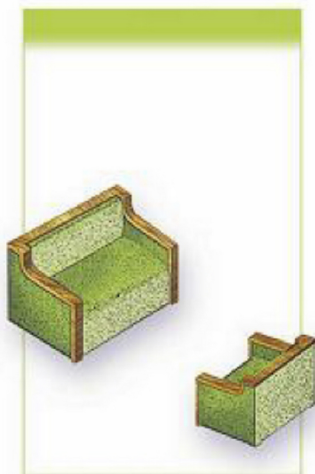




Alain DELOURME, Edmond MARC *et al.*

# La supervision en psychanalyse et en psychothérapie

Avant-propos de  
J.-D. Nasio



DUNOD

# La supervision en psychanalyse et en psychothérapie

# Consultez nos catalogues sur le Web

The screenshot displays the Dunod website's main interface. At the top, there is a search bar with the text "Recherche" and a dropdown menu set to "Par Titre". To the right of the search bar are links for "Collections" and "Index thématique". Below the search bar, the Dunod logo is visible, along with the text "Éditions ETSF InterÉditions Microsoft Press".

The main navigation bar includes several categories: "Accueil", "Contacts", "Sciences et Techniques", "Informatique", "Gestion et Management", "Sciences Humaines", "Acheter", and "Mon panier".

The content area is divided into several sections:

- Interviews:** Features two interviews. The first is "Comme nous avons changé ! La saga inédite de 50 ans de bouleversements socioculturels" by Alain de Vulpian. The second is "Mars, planète de mythes, planète d'espoirs" by Francis Rocard. A link "toutes les interviews" is provided.
- Événements:** Includes "Saint-Valentin : j'aime mon couple... et je le salue ! Interview exclusive de H. Jaoui" and "En librairie ce mois-ci".
- Spécial Révisions scientifiques:** Promotes a service for exam preparation, mentioning a 15€ discount.
- Nouveautés:** A central section displaying new books. Titles include "Image numérique couleur" by Alain Trémeau, Christine Fernandez-Maloigne, and Pierre Bonton; "Risque Pays 2004" by Coface, Le Moci; "Détection et prévention des intrusions IDS" by Thierry Evangelista; and "De quelle vie voulez-vous être le héros ?" by Pierre-Jean De Jonghe.
- LES BIBLIOTHÈQUES DES MÉTIERS:** A section for professional libraries, listing topics like "Gestion industrielle", "Métiers du vin", "Directeur", "d'établissement social et médico-social", and "Toutes les bibliothèques".
- LES NEWSLETTERS:** A section for newsletters, listing topics like "Action sociale", "Entreprise", "Informatique et NTIC", "Documentation pour l'industrie", and "Toutes les newsletters".

At the bottom of the page, there are links for "les librairies", "bibliothèques des métiers", "newsletters", "ediscience.net", "expert-sup.com", and a "Notice légale" link.

**www.dunod.com**

Alain DELOURME  
Edmond MARC *et al.*

# La supervision en psychanalyse et en psychothérapie

Avant-propos de J.-D. Nasio

DUNOD



<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--



© Dunod, Paris, 2007  
 ISBN 978-2-10-050345-2

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

---

## LISTE DES AUTEURS

Alain DELOURME : Docteur en psychologie, psychologue clinicien, psychothérapeute, superviseur. Auteur de *Pour une psychothérapie plurielle* (collectif sous sa direction), Paris, Retz, 1999, *Pratiquer la psychothérapie* (en coll. avec Edmond Marc), Dunod, 2004, *Construisez votre avenir*, Paris, Seuil, 2006.

Jean-Michel FOURCADE : Docteur en psychologie, directeur de la Nouvelle Faculté libre, président de l'Association des fédérations françaises d'organismes de psychothérapie, auteur de *Les patients limites* (Desclée de Brouwer, 1997).

Charles GELLMAN : Neuropsychiatre, sexologue, psychothérapeute gestaltiste, président de l'École parisienne de Gestalt. Auteur de *L'Art du contact* (avec C. Higy-Lang, Éditions d'organisation, 2003), *Suis-je normal(e) docteur ?* (Eyrolles, 2005), *Le Groupe de psychothérapie humaniste* (avec M. Boulart, éditions Bernet-Danilo, 2006).

Maria GILBERT : Psychologue clinicienne et psychothérapeute? directrice des départements de psychothérapie intégrative et de supervision du *Metanoia Institute* de Londres. Auteur de *Psychotherapy supervision, an integrative relational approach* (avec Ken Evans), Open university Press, 2000.

Serge GINGER : Psychologue clinicien, psychothérapeute, superviseur, fondateur de l'EPG (École parisienne de Gestalt), président de la FORGE (Fédération internationale des organismes de formation à la Gestalt), secrétaire général de la FF2P (Fédération française de psychothérapie et psychanalyse). Auteur de *La Gestalt, une thérapie du contact* (Hommes

et Groupes, 1987, 7<sup>e</sup> éd. 2003), *La Gestalt, l'art du contact* (Marabout, 1995, 8<sup>e</sup> éd. 2006), *Psychothérapie : 100 réponses pour en finir avec les idées reçues* (Dunod, 2006), coauteur de *Être psychothérapeute*, (Dunod, 2006).

Edmond GILLIERON : Psychiatre, psychanalyste, professeur aux universités de Lausanne, Montréal et Québec. Auteur de *Manuel de psychothérapies brèves* (Dunod, 1997, 2<sup>e</sup> éd. 2004), *Le Premier Entretien en psychothérapie* (Dunod, 2004).

Jean-Pierre KLEIN : Psychiatre honoraire des Hôpitaux, docteur habilité à diriger des recherches en psychologie, directeur de l'Institut national d'expression, de création, d'art et de thérapie (Paris/Barcelone), président de la FITRAM (Fédération internationale des thérapies et relations d'aide avec médiation), Strasbourg. Auteur de *Petit voyage iconoclaste en psychothérapie* (Presses universitaires de Grenoble, 2006), *Pour une psychiatrie de l'ellipse* (Presses universitaires de Limoges, 2006), *Violences sexuelles faites à enfants* (Pleins feux, 2006).

Edmond MARC : Professeur de psychologie, psychologue clinicien. Auteur de *Le Changement en psychothérapie* (Dunod, 2002), *Pratiquer la psychothérapie* (avec A. Delourme, Dunod, 2004), *Guide pratique des psychothérapies* (Retz, 2000), *Petit traité des conflits ordinaires* (avec D. Picard, Seuil, 2005).

J.-D. NASIO : Psychiatre, psychanalyste, superviseur depuis plus de trente ans et directeur des *Séminaires psychanalytiques de Paris*. Auteur de nombreux ouvrages dont les plus récents sont *L'Œdipe, le concept le plus crucial de la psychanalyse* (Payot, 2005), *Le Fantasme, le plaisir de lire Lacan* (Payot, 2005), *La Douleur d'aimer* (Payot, 2005), *La Douleur physique* (Payot, 2006).

Jean-Pierre PINEL : Psychologue clinicien, psychanalyste, maître de conférences à l'université Paris 13, docteur habilité à diriger des recherches.

Jean-Marie ROBINE : Psychologue clinicien, Gestalt-thérapeute, didacticien international, fondateur de l'Institut français de Gestalt-thérapie, Bordeaux. Auteur de *Gestalt-thérapie, la construction du Soi* (L'Harmattan, 1998) et de *S'apparaître à l'occasion d'un autre* (L'expresserie, 2004) traduits en 5 langues.

Brigitte RUBBERS : Maîtrise en sciences politiques, psychothérapeute (CEP), analyste transactionnelle, formatrice didacticienne et superviseur (TSTA), cofondatrice et directrice-adjointe de l'Institut d'analyse transactionnelle (France, Belgique) et de l'École lilloise de psychothérapie intégrative. Coauteur du volume n° 6 des *Classiques de l'analyse transactionnelle* : « La symbiose : une relation de dépendance parmi d'autres ? », Les éditions d'Analyse transactionnelle, 2006.

Véronique SICHEM : Psychothérapeute, analyste transactionnelle, formatrice didacticienne et superviseur (TSTA), cofondatrice et directrice adjointe de l'Institut d'analyse transactionnelle (France, Belgique). Auteur de plusieurs articles dans la revue *Actualités en analyse transactionnelle* (prix Raymond Hostie) et de *Analyse transactionnelle face à la difficulté d'apprendre*, Psycom éditions.



---

# TABLE DES MATIÈRES

<i>LISTE DES AUTEURS</i>	V
--------------------------	---

<i>AVANT-PROPOS. LA SUPERVISION : UN MOYEN DE FORMER L'INCONSCIENT INSTRUMENTAL DU PSYCHANALYSTE</i>	XV
--	----

J.-D. NASIO INTERVIEWÉ PAR ALAIN DELOURME

<i>INTRODUCTION</i>	1
---------------------	---

ALAIN DELOURME ET EDMOND MARC

## PREMIÈRE PARTIE

### FONDEMENTS

<b>1. Du contrôle à la supervision</b>	11
--	----

EDMOND MARC

L'analyse de contrôle	12
-----------------------	----

Controverses et conflits	17
--------------------------	----

*La controverse britannique, 18 • Le Symposium de Broadway, 20 • Les critiques de l'institution, 22*

La supervision collective	23
---------------------------	----

Bilan	27
-------	----

Perspectives	29
--------------	----

*Les objectifs, 29 • Les contenus, 31 • La relation, 32 • Les modalités, 33*

Bibliographie	35
---------------	----

<b>2. Aspects didactiques</b>	37
EDMOND GILLIÉRON	
Une rencontre difficile, celle du superviseur et du supervisé	37
Être supervisé et superviseur	39
<i>Mon expérience de supervisé, 39 • Mon expérience de superviseur, 40</i>	
Quelques observations de la pratique de certains superviseurs	41
Quelques observations de la pratique des supervisés	42
Modèle implicite transmis par le superviseur	45
Questions techniques	45
<i>À propos du modèle théorique psychanalytique, 47 • Comment aider le supervisé à distinguer sa propre subjectivité de celle de son patient ?, 50</i>	
Cas clinique	51
Conclusion	55
Bibliographie	56
<b>3. Éthique de la supervision</b>	57
ALAIN DELOURME	
Fonctions du superviseur	58
<i>Veilleur, 58 • Transmetteur, 61 • Chercheur, 62</i>	
Le cadre éthique	65
<i>De la morale à l'éthique, 65 • Chercher à comprendre, 67 • Soutenir la responsabilité, 70</i>	
Conclusion	72
Bibliographie	73

## DEUXIÈME PARTIE

### PROBLÉMATIQUES

<b>4. Le processus de cocréation en supervision</b>	77
MARIA GILBERT	
La supervision dans un contexte intersubjectif	77
Le processus de supervision et ses objectifs	79
L'inconscient relationnel (ou le tiers analytique) et son émergence dans les mises en acte	84

Les mises en acte et les impasses thérapeutiques	85
Bibliographie	89
<b>5. Contre-transfert et supervision</b>	91
JEAN-PIERRE KLEIN	
Deux versions des supervisions	91
<i>Le contre-transfert du thérapeute comme test projectif de la personne en soin, 92 • Notes sélectives, 94 • Complicités avec les résistances au changement, 96 • Les formes qui nous organisent, 96</i>	
Deux cas particuliers de supervisions	97
<i>Les supervisions individuelles : écouter les écoutes, 97 • Les supervisions dans les services, 98 • Pathologies soignantes induites, 99</i>	
Exemples succincts de supervisions	100
Bibliographie	106
<b>6. La honte en supervision</b>	107
JEAN-MARIE ROBINE	
La honte comme phénomène	108
La honte en psychothérapie	109
En supervision de psychothérapie	110
<i>L'orthodoxie, 111 • Le savoir du superviseur, 112 • L'estime de soi, 113</i>	
Honte du psychothérapeute/honte du patient	115
La défensivité	117
Conclusion	118
Bibliographie	119
<b>7. « Ce que m'a apporté la supervision »</b>	121
CHARLES GELLMAN	
L'exemple d'Aurore	121
La séance de supervision	123
<i>Évolution de la thérapie, 123</i>	
Les apports de cette supervision	124
<i>Pour la cliente, 124 • Pour moi, 124 • Pour la relation, 124 • En ce qui concerne le champ, c'est-à-dire, le contexte,</i>	



*l'environnement, 124 • En ce qui concerne mon regard  
thérapeutique, 125*

<b>8. Un regard gestaltiste sur la supervision</b>	129
SERGE GINGER	
Le cadre de travail	129
Des séances variées	131
Sept axes de travail	132
« Gestaltiser » la supervision	134
Mobilisation du « cerveau droit » et « ouverture limbique »	135
Le « double-verrouillage » de la confidentialité	138
La supervision comme « anti-formation »	139
La supervision n'est pas une « thérapie continue »	140
Conclusion	142
Annexes : Quelques définitions	143
Bibliographie	145
<b>9. La supervision d'équipe en institution spécialisée</b>	149
JEAN-PIERRE PINEL	
La supervision dans le champ institutionnel : des fondements méthodologiques incertains	150
Des demandes en tension entre la clinique directe et l'exploration des processus groupaux et institutionnels	153
Proposition d'un dispositif spécifique	154
<i>L'objectif et l'objet de la supervision d'équipe, 154 • Les singularités du dispositif, 155 • Les règles, 157</i>	
Illustration clinique	158
<i>Les préalables et la mise en œuvre du dispositif, 158 • Les processus mobilisés, 161 • La fin de la supervision, 165</i>	
Bibliographie	166

### TROISIÈME PARTIE

#### OUVERTURES INTÉGRATIVES

<b>10. L'approche intégrative de la supervision</b>	171
JEAN-MICHEL FOURCADE	
L'histoire : deux repères	172

La psychothérapie intégrative : quelques principes généraux	174
Supervision et intégration	175
L'intégration personnelle du thérapeute	181
Plus de complexité et plus d'insu	184
Construire les articulations	186
L'ouverture au dialogue	188
En guise de conclusion	190
Bibliographie	192
<b>11. Se former à la supervision</b>	193
BRIGITTE RUBBERS ET VÉRONIQUE SICHEM	
Une expérience de formation à la supervision	194
<i>Philosophie et éthique de la formation, 195 • Objectifs et contenus, 196</i>	
La pratique de la supervision	205
<i>La demande, c'est l'éclairage d'une zone d'ombre..., 207 • Le processus parallèle, 208 • Le contre-transfert du psychothérapeute, 209 • L'écoute de soi, le vécu du futur superviseur, 211 • Le processus de modélisation, 212 • Le mécanisme d'idéalisation, 212 • Le contenu et le processus, 213 • Le contexte, 213 • L'évaluation des compétences des futurs superviseurs, 214</i>	
Quelques méthodes de formation à la supervision	215
<i>Entretiens de supervision individuelle devant le groupe, 215 • Séquences enregistrées de psychothérapie individuelle ou de groupe, 216 • Jeux de rôles, 217 • Jeux de rôles avec fiches de consignes données au client ou au thérapeute, 217 • La chaise « joker » ou le « coach privé », 217 • La supervision suivie d'un client, 218</i>	
Conclusion	219
Bibliographie	220
<b>CONCLUSION</b>	221
ALAIN DELOURME ET EDMOND MARC	
Un champ de tensions	222
Une supervision responsabilisante	223
Vers une supervision intégrative	224

<i>BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE</i>	227
<i>INDEX DES MOTS CLÉS</i>	229
<i>INDEX DES NOMS PROPRES</i>	233

*Avant-propos*

---

# LA SUPERVISION : UN MOYEN DE FORMER L'INCONSCIENT INSTRUMENTAL DU PSYCHANALYSTE

J.-D. Nasio  
interviewé par Alain Delourme

*« La psychanalyse, depuis son origine,  
est une des rares professions dans lesquelles un praticien  
soumet régulièrement son travail à l'évaluation d'un aîné. »  
J.-D. N.*

*Alain Delourme : Nous aimerions connaître votre position sur la formation du psychanalyste et le rôle de la supervision. Au préalable, pourriez-vous nous donner votre définition de la psychanalyse, de la psychanalyse didactique et de la supervision ?*

*J.-D. Nasio : Rappelons pour commencer la définition classique de la psychanalyse proposée par Freud : c'est une méthode d'investigation du fonctionnement de la vie mentale, un traitement thérapeutique des souffrances psychiques, et, enfin, une doctrine fondée sur des axiomes*

fondamentaux et composée de concepts la plupart vérifiables dans la pratique. Cependant, bien que je sois freudien, je définirai autrement la psychanalyse. Pour moi la psychanalyse est une expérience humaine de création d'un lien fort, affectif, plus émotionnel qu'intellectuel, destinée à réduire la souffrance de celui qui s'analyse. J'adopte ici un point de vue très focalisé sur la portée thérapeutique de la psychanalyse. À l'instar de Freud, j'ai toujours pensé que la valeur de la psychanalyse résidait principalement dans son action thérapeutique et dans son pouvoir de diminuer les souffrances de celui qui consulte. Toute ma conception de la formation du psychanalyste et du rôle de la supervision est imprégnée de cette conviction qu'un psychanalyste est avant tout un clinicien. Assurément, il existe de multiples formes de relations entre les hommes destinées à ce qu'une personne en aide une autre à souffrir moins. Quelle est alors l'originalité de la psychanalyse ? Il s'agit d'une rencontre singulière dans laquelle un professionnel cherchant à soulager l'autre de sa souffrance met au service de cet autre ce que j'appelle son *inconscient instrumental*. Certes, un psychanalyste est celui qui écoute les mots de son patient, leur donne du sens et observe ses attitudes non verbales, mais c'est au moyen de son inconscient instrumental qu'il réussira à accomplir l'essentiel de son action thérapeutique : capter avec son inconscient l'inconscient de l'autre. C'est en captant l'inconscient de l'autre avec son propre inconscient que l'analyste a une chance de saisir les causes des conflits douloureux qui envahissent la vie de son patient, de lui en faire part et contribuer ainsi au processus de guérison. Voilà ce qui est à mes yeux le propre de la psychanalyse ! J'insiste. Un psychanalyste peut proposer au patient le divan ou le fauteuil, marcher ou rester assis, mais la spécificité analytique de son écoute se définit par l'utilisation de son inconscient perceuteur. Il n'y aurait pas d'analyse sans ce moment de captation par l'analyste de l'inconscient de son patient. Je vous le répète, c'est là l'essentiel ! Cependant, pour être complet quant à la spécificité de la psychanalyse, disons qu'il y a analyse lorsque celui qui écoute a déjà suivi une analyse personnelle, est en supervision avec un aîné, se sent appartenir à la communauté analytique, a fait siens les principes fondateurs de la psychanalyse, parle la langue de la psychanalyse et surtout, surtout, met en œuvre son inconscient instrumental au fur et à mesure de l'avancée de son expérience. Si un praticien réunit toutes ces conditions, nous affirmerons alors que la pratique qu'il exerce est une pratique analytique.

*A.D. : Établissez-vous une différence entre la psychanalyse telle que vous venez de la définir et l'analyse didactique ?*

*J.-D.N.* : Non. À ce propos, je suis d'accord avec Lacan pour dire que toute analyse personnelle est nécessairement une analyse didactique. Selon moi, toute analyse est une formation, une éducation de l'analysant qui apprend tantôt à se parler à lui-même, à délibérer avec lui-même, tantôt à être le témoin de son propre dialogue intérieur. Dans ce va-et-vient entre ce qu'il se dit intimement et ce qu'il perçoit de lui-même, l'analysant apprend à faire collaborer le conscient avec l'inconscient, à les tresser ensemble et, partant, à assouplir son inconscient. Quand je souligne que toute analyse est didactique, ce n'est pas parce qu'elle enseigne à l'analysant à travailler comme analyste, mais bien parce qu'elle façonne et sensibilise son inconscient.

*A.D.* : *En est-il de même pour la supervision ?*

*J.-D.N.* : Absolument. Rappelez-vous d'abord les trois tâches impossibles relevées par Freud, celles d'éduquer, de gouverner et d'analyser. Or, j'en ajouterai aujourd'hui une quatrième qui rassemble les trois : superviser ! Oui, dans la supervision, je dois à la fois éduquer, gouverner et même analyser celui qui se livre à la supervision. Je dis bien « analyser », car j'inclus dans l'acte de superviser ce qu'il est convenu de nommer « l'analyse de contrôle », tant je constate la grande sensibilité du supervisé aux effets transférentiels de la relation avec son contrôleur. C'est pourquoi je n'hésiterai pas à dire que la supervision contribue notablement à assouplir l'inconscient du jeune praticien, qu'il ait terminé ou non son analyse personnelle. Bref, un superviseur forme son élève puisqu'il lui transmet un savoir clinique et un savoir théorique ; il lui transmet, en acte, un savoir-faire dans la mesure où il lui demande de respecter un protocole aussi ritualisé que celui d'une cure ; et il l'analyse – même s'il se garde de délivrer explicitement des interprétations – puisque le transfert de contrôle est à lui seul capable d'agir sur l'inconscient du supervisé et de l'affiner.

*A.D.* : *Qu'est-ce donc que la supervision ?*

*J.-D.N.* : C'est avant tout une *expérience de transmission qui s'avérera formatrice*. Au-delà de l'analyse de contrôle et de la transmission explicite d'un savoir clinique et théorique, la supervision est à proprement parler une initiation à travers laquelle un psychanalyste expérimenté transmet à un autre moins expérimenté, cinq contenus tout aussi implicites que le savoir-faire transmis en acte, cinq idéaux constitutifs du moi de l'analyste. Un superviseur transmet donc au supervisé :

- sa manière de vivre son identité d'analyste, c'est-à-dire son enthousiasme et sa *fierté* ;

- sa manière de vivre la relation avec ses patients, c'est-à-dire sa *disponibilité* ;
- sa manière de vivre la relation avec ses maîtres, morts ou vivants, c'est-à-dire son *humilité* ;
- sa manière de vivre la relation avec les idées et les concepts, c'est-à-dire sa *rigueur* de pensée ainsi que l'*inventivité* qui peut en surgir ;
- et enfin, le contenu le plus important et le plus difficile à transmettre pour un superviseur est sa manière de vivre la relation avec son propre inconscient instrumental, c'est-à-dire l'art de s'en servir et la condition de l'exercice de cet *art* : la *stabilité* de sa vie personnelle. Autrement dit, le superviseur transmet à son supervisé l'exigence d'une vie privée globalement stable et satisfaisante, condition nécessaire à un maniement adéquat de l'inconscient instrumental.

Les cinq contenus implicites à transmettre en supervision sont donc : la fierté d'être analyste, la disponibilité envers le patient, l'humilité vis-à-vis des maîtres, la rigueur et l'éventuelle inventivité, et enfin le maniement de son inconscient instrumental qui suppose la stabilité dans sa vie privée. Mais à propos de ce dernier point, pourquoi faire dépendre l'action professionnelle du domaine privé ? Parce que la mise en œuvre de cet outil psychique qu'est l'inconscient instrumental exige du praticien une grande disponibilité mentale ainsi qu'une nette dissociation entre son engagement dans l'écoute et sa vie privée, entre son inconscient instrumental et son inconscient personnel. Quand j'écoute mon patient avec tout mon être, je ne puis que me dissocier : je suis là, tout entier absorbé à entrer dans l'autre, riche de mon expérience, de ma théorie, de mon savoir faire et surtout doté d'un inconscient capteur ; et simultanément, je suis celui qui laisse de côté sa vie intime, la met en sourdine et plonge dans l'inconscient de l'autre en étant libéré de toute préoccupation quotidienne. Sans doute, notre tâche d'analyste est-elle largement facilitée lorsque nous avons une vie relativement stable. Nous sommes alors disponibles pour réussir la dissociation inhérente à l'écoute, à une écoute comprise comme un acte générateur de changement et non pas comme une réception passive de la parole de l'autre.

*A.D. : Pourriez-vous préciser davantage ce qu'est l'inconscient instrumental ?*

*J.-D.N. : Volontiers. D'autant plus que l'objectif principal de la supervision – vous ai-je dit – est d'éveiller l'inconscient instrumental du jeune praticien et de stimuler son développement. Commençons par dire qu'un praticien, quel qu'il soit, travaille avec son inconscient mais un inconscient bien particulier, bien différent de son inconscient personnel.*

C'est un inconscient qui s'est affiné avec sa propre analyse, son travail d'analyste, et qui s'est assoupli à force de capter, interpréter et traduire l'inconscient du patient. J'ai nommé dernièrement cet organe récepteur, cet inconscient malléable et sensible, « inconscient instrumental ». Instrumental au sens d'outil de perception dont le praticien se sert chaque fois qu'il écoute intensément son patient et qu'il réussit à déceler, enregistrer et traduire en mots les vibrations les plus ténues de l'inconscient de l'autre. Bref, l'inconscient instrumental s'ajuste et se peaufine dans les moments les plus intenses de l'écoute et n'arrive à sa pleine efficacité qu'après plusieurs années d'activité clinique. Avant de vous parler du rôle de la supervision dans la maturation de ce singulier organe détecteur, je voudrais relever l'une de ses qualités particulièrement utiles lors des premiers entretiens quand le praticien ne connaît pas encore son patient ou quand il doit, lors d'une phase difficile de l'analyse, réorienter la cure. L'organe détecteur est toujours le même mais il fonctionne différemment selon les circonstances, tel un violon qui vibre tantôt dans le cadre d'un orchestre, tantôt en solo, que ce soit pour jouer du jazz ou de la musique baroque. Pour revenir à l'analyse, je dirais que le praticien, fort d'un inconscient percepteur suffisamment sensibilisé, peut interpréter les manifestations de l'inconscient du patient sans faire intervenir sa conscience. Ainsi il saisit directement, sans raisonnement, en une intuition fulgurante, l'origine de la souffrance de l'autre ; il parvient à tirer des conclusions justes à partir de ce qu'il entend et de ce qu'il sait sur la vie du patient, des détails parfois insignifiants mais précieux pour dégager l'essentiel. Il s'agit, en définitive, d'avoir la capacité de parvenir à des conclusions vraies à partir de peu d'informations, ou plutôt, à partir d'informations triées dans la foule des signaux que l'analyste reçoit de son patient. Bien entendu, cette captation de l'inconscient, peu fréquente dans une cure mais décisive, révèle de manière flagrante combien un praticien expérimenté écoute non pas avec ce qu'il *sait* consciemment mais avec ce qu'il *est* inconsciemment.

Cela admit, je voudrais vous montrer le fonctionnement de l'inconscient instrumental en dégageant trois phases successives : la phase où le praticien *capte* l'inconscient du patient, celle où il *conscientise* le contenu inconsciemment perçu et, enfin, la phase où il *met en mots* ce contenu. Trois phases donc : *captation*, *conscientisation* et *verbalisation*. La première phase est celle où le fantasme inconscient de l'analysant se projette sur l'écran sensible de l'inconscient percepteur de l'analyste. La deuxième, est celle où l'analyste prend conscience de ce qu'il vient de percevoir inconsciemment. Il reconnaît sous la forme d'une scène imagée, des fragments du fantasme inconscient du patient ayant été imprimés



sur l'écran de son inconscient captateur. Vous comprenez combien cette seconde phase suppose de la part du praticien une grande souplesse de conscience, d'une conscience perméable aux contenus inconscients venus de l'autre. Enfin, dans la troisième phase, l'analyste traduit en mots compréhensibles, chargés d'émotion et opportuns, le contenu de ce qu'il visualise consciemment. Il restitue à l'analysant, au bon moment, ce qu'il a perçu en silence. Je vous résumerai cette dernière phase en disant : « Je fais appel à mon préconscient afin de choisir les mots les plus justes pour restituer au patient ce que ma conscience, en pleine osmose avec mon inconscient sensibilisé, vient de découvrir. » En somme, au point culminant de l'écoute, il existe une particulière photosensibilité de mon inconscient – une extrême sensibilité à la lumière du fantasme inconscient du patient –, une grande perméabilité de ma conscience et une remarquable fluidité de mon préconscient.

*A.D. : Le même processus s'opère-t-il en situation de supervision ?*

*J.-D.N. :* Pas exactement, puisque en tant que superviseur je ne me focalise pas sur l'inconscient du supervisé mais sur l'inconscient du patient dont il est question dans le contrôle, en attendant bien sûr que mes interventions aient un effet formateur sur le supervisé. Certes, il arrive quelques fois que les propos que je tiens au supervisé touchent latéralement son inconscient personnel et, sans que je l'aie voulu, provoquent un effet interprétatif. Mais en dehors de cette éventualité, il faut souligner que dans la supervision, le superviseur se cantonne à interpréter l'inconscient d'un patient qu'il n'a jamais vu, dans le but d'influencer et de modeler l'inconscient instrumental du supervisé. Aussi, le superviseur montre-t-il en acte au supervisé comment manier l'inconscient pour aboutir à une interprétation pertinente. Cette intervention démonstrative du superviseur à propos d'un patient qu'il ne connaît pas, m'évoque les nombreuses fois où Freud dévoile l'inconscient d'un personnage littéraire, et, ce faisant, éduque notre inconscient à nous, ses lecteurs. Quelques fois, il va jusqu'à dévoiler l'inconscient de l'auteur de la fiction. Je pense à Hamlet et vous propose d'imaginer Shakespeare en supervision avec Freud, lui soumettant le cas du célèbre Prince danois. En écoutant Shakespeare relater les inhibitions de son patient, Freud lui expliquerait que celui-ci souffre d'un sentiment pathologique de culpabilité inconsciente. Voilà que Freud se sert de son propre inconscient instrumental pour plonger dans le monde intérieur d'Hamlet et s'identifier à lui jusqu'à ressentir ce qu'il ressent consciemment, voire inconsciemment. Consciemment, Hamlet est obsédé par le doute et la honte d'être un lâche. En écoutant Shakespeare lui parler de son patient, Freud a compris et éprouvé le désarroi d'Hamlet, comme s'il avait

lui-même entendu résonner dans la tête du Prince la voix surmoïque l'accusant d'être lâche : « Tu es un lâche ! » lui ressasse-t-elle sans cesse. Mais le plus extraordinaire est que Freud a ressenti aussi le vécu inconscient d'Hamlet, c'est-à-dire son désir parricide et le sentiment de culpabilité qui s'ensuit. C'est alors que Freud dévoile à Shakespeare et à nous, ses lecteurs, les véritables conflits qui paralysent la volonté d'Hamlet ; et plus que dévoiler, il nous apprend en acte l'art de jouer de notre inconscient interprétatif. Cependant, notre « superviseur » ne s'arrête pas là, il veut encore explorer l'inconscient de Shakespeare lui-même. Voici ce qu'il écrit, dans une lettre à Fliess de 1897 : « Sans penser aux intentions conscientes de Shakespeare, je suppose qu'un événement réel a poussé le poète à écrire ce drame, son propre inconscient lui ayant permis de comprendre l'inconscient de son héros. »

*A.D. : Votre exemple est passionnant ! Mais revenons à nous. En tant que superviseur, comment procédez-vous dans les séances de contrôle ?*

*J.-D.N. :* Je supervise de manières très différentes selon l'attente du supervisé. Il est des praticiens qui m'interrogent sur le diagnostic, l'évolution des symptômes ou le pronostic concernant le patient présenté. D'autres me demandent plutôt des précisions théoriques, des éclaircissements conceptuels ou des références bibliographiques. D'autres encore se préoccupent surtout du cadre de la cure, de la mise en place des séances, en particulier lorsqu'il s'agit de praticiens qui suivent des enfants ; ils veulent savoir, par exemple, s'il faut rencontrer les parents, à quelle fréquence et surtout comment orienter cette relation pour qu'elle devienne un allié thérapeutique dans la cure du petit patient. D'autres enfin consacrent la séance de supervision à me faire état de leur ressenti vis-à-vis de leur analysant. Bref, il y a des supervisions à dominante clinique, théorique, technique ou contre-transférentielle. Mais, j'insiste à vous dire que, quel que soit le contenu explicite de l'échange avec le supervisé, l'essentiel de la supervision s'opère sans mots, au-delà des mots et se résume en trois effets majeurs : former l'inconscient instrumental du supervisé, lui transmettre les cinq idéaux dont je vous ai parlé et, enfin, gérer l'analyse de contrôle, je veux dire, gérer le transfert à l'œuvre au sein de la relation de supervision. Je vous le répète : peu importe que la supervision soit clinique, théorique, technique ou contre-transférentielle, l'essentiel de la transmission est véhiculé à travers une multitude de non-dits, de principes non formulés et de messages implicites contenus dans les interventions du superviseur. Au-delà des différents thèmes abordés dans une supervision, c'est un style de pratique qui se transmet et ce style pourrait se définir en une phrase : utiliser son inconscient pour se transporter à l'intérieur du patient

et coïncider avec ce qu'il a d'unique. Entrer dans le moi du patient, s'y installer, le connaître du dedans et le faire vivre en soi tel qu'il se vit dans ses fantasmes.

*A.D. : Quand un supervisé expose le cas clinique d'un analysant qui le trouble personnellement, il lui arrive de parler de ses difficultés intimes. Dans cette situation, choisissez-vous d'intervenir au niveau de l'analysant dont il est question, ou au niveau du supervisé qui s'adresse à vous ?*

*J.-D.N. :* Comme je viens de vous le dire, l'essentiel de la supervision est toujours en acte. Le vrai message au praticien est contenu dans ma manière d'aborder le cas du patient. Il ne faut pas, surtout si le supervisé est encore en analyse, que je sois trop explicite vis-à-vis de son fonctionnement personnel. Si, par contre, il a fini son analyse, la supervision de ses patients lui apportera indiscutablement des éclaircissements nouveaux sur tel ou tel aspect irrésolu de sa propre analyse. En un mot, je préfère éviter d'aborder de front les problèmes personnels du supervisé, bien que parfois le praticien en contrôle me consulte explicitement pour lui-même. À ce moment, je l'écoute comme j'écoute tout patient qui souffre. Il se peut aussi que des personnes en supervision suspendent le travail de contrôle et s'allongent de nouveau sur le divan durant un temps, entre six mois et un an, avant que la relation de supervision ne reprenne en face-à-face. Dans le même esprit, je considère que pour mes patients en fin de cure et déjà praticiens, il est préférable que, dans un premier temps, ils me parlent de leurs cas pendant leurs séances et, plus tard, une fois la cure finie, entreprennent une supervision avec moi en face-à-face. Je préfère qu'ils n'aillent pas contrôler avec un autre contrôleur. Pourquoi ? Parce que le transfert d'une supervision, suivie hors de l'analyse peut être si puissant qu'il en vienne à perturber la fin de l'analyse telle que je la souhaite pour mon patient. En somme, ma consigne est d'éviter les transferts latéraux avant la fin de l'analyse et même quelque temps après. Ce point de vue, qui intègre la supervision dans la cure du praticien ou la situe dans son prolongement, a nourri de nombreux débats et il se peut que certains collègues qui nous lisent soient en désaccord. Cependant, je suis convaincu de la nécessité pour un praticien, venant de terminer sa cure avec moi, d'engager une supervision en face-à-face pendant un ou deux ans. Cette pratique a été introduite par Lacan, mais pas seulement par lui. Je pense aux travaux de l'école hongroise qui recommande aux jeunes praticiens de superviser avec leur propre analyste.

*A.D. : N'y a-t-il pas un risque de mimétisme ? L'analyste vous ayant eu comme analyste puis comme superviseur, ne va-t-il pas copier votre*

*style, vos manières de parler et d'agir en séance ? N'est-ce pas une limite à son émancipation, à sa capacité de créer son propre style ?*

*J.-D.N.* : J'ai formé quatre vagues générationnelles d'analystes depuis que j'ai commencé à enseigner à l'École Freudienne de Paris en 1976. L'expérience d'enseignant m'a montré que chaque élève suit une première étape de formation, puis une étape d'identification au style de l'enseignant et, enfin, une étape d'éloignement progressif qui nous conduit plus tard, et j'en suis heureux, à entretenir une relation d'échange et d'amitié. Mon propre vécu d'élève et mon parcours d'enseignant m'ont appris qu'avec chaque maître, il faut aller jusqu'au bout et vivre la relation le plus intensément possible en se disant que travailler avec celui que nous tenons pour un maître est une chance unique. C'est vrai qu'au début il peut se produire un phénomène de mimétisme, mais fort de son inconscient instrumental en gestation, le jeune praticien saura tracer peu à peu son propre chemin. Il est vrai que chacun aura à trouver son style, si tant est qu'il y parvienne ! Le style n'est pas à la portée de tout le monde. Le mot style est d'une haute valeur symbolique. C'est comme en musique ou en peinture : ce n'est pas en peignant trois ans que l'on peut se forger un style ! C'est une impertinence de parler de style sans avoir au préalable suivi ses maîtres – en les reconnaissant humblement comme tels – et sans avoir exercé le métier pendant au moins vingt ans ! Pour acquérir un style, il faut non seulement être très persévérant, authentiquement dépendant de ses maîtres, mais surtout il faut éviter de chercher à avoir un style ! Oui, le style se trouve mais ne se cherche pas ! Plus vous le chercherez, moins vous le trouverez. Le style vient par surcroît au bout de nombreuses années de pratique et d'une grande discipline de travail ; et ce, sans aucune garantie qu'il advienne un jour. C'est en ce sens que je parle d'humilité.

*A.D.* : *Comment vous occupez-vous du patient lors de la supervision ?*

*J.-D.N.* : D'abord je travaille en transmettant au jeune praticien l'importance de l'observation et du détail. Car l'une des carences que j'ai fréquemment constatées chez les jeunes praticiens, c'est d'ignorer combien il est décisif de cerner le symptôme lors des premiers rendez-vous. Habituellement, lorsqu'ils présentent un cas, ils me parlent de la vie du patient, alors que cet aspect, aussi important soit-il, ne présente à mes yeux aucun intérêt clinique immédiat. Un supervisé me dit par exemple : « Je viens vous parler du cas d'une femme dont la mère s'est suicidée il y a dix ans et qui... ». Aussitôt je l'interromps et lui demande : « Attendez ! Pourquoi cette femme consulte-t-elle ? Quelle est la souffrance qui l'a décidée à faire ce pas toujours difficile de vous téléphoner ? ». Et d'expliquer au praticien que dans un premier temps il

ne faut pas s'occuper de l'histoire familiale du patient, fût-elle marquée par des événements tragiques. Ce n'est pas l'essentiel. L'essentiel est ce qui a conduit le patient à consulter, c'est-à-dire le symptôme devenu insupportable qui l'a poussé à demander de l'aide. Nombre de praticiens ne sont pas assez formés comme cliniciens. Ils croient que l'analyse consiste en diverses considérations sur la vie du patient alors que nous nous intéressons avant tout aux symptômes et à la souffrance qu'ils recèlent. Pourquoi ? Parce que le sujet de l'inconscient, c'est-à-dire la part la plus authentique du souffrant, est contenu dans le symptôme plutôt que dans l'histoire. *Je suis mille fois plus présent, intimement présent, dans l'éprouvé actuel de ma souffrance que dans les événements qui jalonnent mon passé.* Pour être exact, je vous dirai que mon moi se construit au fil de mon histoire alors que le sujet de l'inconscient jaillit vivant au cœur de mes symptômes. Il faut donc apprendre à notre supervisé à interroger le patient, au sens noble du terme *interroger*, c'est-à-dire questionner le patient sur les circonstances d'apparition de sa souffrance tout en pressentant sa réponse la plus probable. Peut-être êtes-vous étonné par cette dernière remarque, mais vous admettrez qu'on ne demande que ce qu'on sait déjà ! Toutes les questions que nous posons à nos patients ne sont au fond qu'une tentative de confirmer un savoir préexistant. Bien entendu, une telle anticipation n'exclut aucunement l'erreur. Vous savez, l'attitude d'un vrai professionnel est de prévoir la réponse tout en étant pleinement ouvert à la surprise. C'est pourquoi, pour bien interroger, il faut avant tout disposer d'un solide savoir clinique. Imaginons que vous alliez au Musée d'Orsay et y découvriez, admiratif, une peinture de Vlaminck. Vous pouvez vous exclamer « Comme elle est belle ! » ou, au contraire, « Elle me laisse de marbre ! ». Or, votre réaction sera fort différente si vous connaissez déjà le fauvisme, Maurice de Vlaminck, le thème de ses tableaux ou ses couleurs préférées. Je suis sûr que vous verrez alors sa peinture d'un autre œil, avec un pré-savoir qui vous permettra d'affiner votre approche de l'œuvre. Sa beauté n'en sera que plus éblouissante. Eh bien, c'est la même chose pour l'observation et le questionnement d'un patient qui consulte. Si j'ignore tout de la névrose phobique, ou connais mal la clinique de l'obsessionnel, si je ne connais pas bien les psychoses et leurs symptômes, si je n'ai pas acquis un savoir théorique et clinique suffisant, il est certain que je ne saurai relever les indices du mal-être du patient et, par conséquent, j'ignorerai quelles questions lui adresser, et surtout comment l'écouter. Poser les bonnes questions est sans doute un art difficile qui requiert, au préalable, une connaissance approfondie de la théorie et de la pratique clinique. J'insiste. Je recommande toujours au jeune praticien : cherchez d'abord le symptôme et pour ce faire,

concentrez-vous sur les circonstances qui ont décidé le patient à vous appeler. N'oubliez pas que les patients eux-mêmes ne veulent ou ne savent pas parler de leur souffrance.

J'ai d'autres remarques à vous faire sur la meilleure attitude clinique que j'essaie de transmettre au supervisé, mais auparavant, il me faut définir ce qu'est un symptôme. Un symptôme est d'abord une *souffrance locale*, c'est-à-dire relative à des circonstances bien précises. « Être mal dans sa peau » n'est pas un symptôme. Par contre, s'angoisser chaque fois qu'on doit prendre un ascenseur, ou éprouver du dégoût au contact charnel avec son partenaire, sont des manifestations symptomatiques bien caractérisées. Le symptôme se définit aussi comme une *souffrance incontrôlable* qui dépasse la volonté et la maîtrise du sujet. Et enfin, le symptôme est une *souffrance récurrente* qui ne cesse de se répéter. Or, quand un symptôme local, compulsif et itératif s'étend à l'ensemble de ma vie, il devient insupportable et me pousse à appeler un professionnel.

À présent, vous comprenez pourquoi j'insiste tant sur la nécessité de transmettre au supervisé le geste mental de traquer le symptôme. Si, lors des premières minutes du premier entretien, le patient reste plutôt silencieux en attendant vos questions, ne lui demandez pas : « Qu'est-ce qui vous préoccupe ? » ou « Pourquoi m'avez-vous appelé ? » Dans la plupart des cas la réponse est vague : « Parce que je suis déprimé ou mal dans ma peau ». Or, cela ne veut rien dire ! Si, par contre, je lui demande : « Qu'est-ce qui vous a *décidé* à m'appeler ? », je l'oblige indirectement à me préciser quelle a été l'étincelle, le détail qui l'a conduit à consulter, la goutte de fiel qui a fait déborder le vase de sa souffrance. C'est le petit incident qui m'intéresse. Lacan l'aurait appelé le *semblant* en énonçant qu'« Il n'y a de discours que du semblant. » Formule qui indique combien le semblant est la porte d'entrée du discours, le déclencheur du discours, c'est-à-dire l'aiguillon qui pousse le sujet à s'engager dans un lien thérapeutique nommé « discours ». En d'autres termes, c'est le poids d'un symptôme devenu envahissant qui décidera le sujet à décrocher son téléphone pour vous demander un rendez-vous avec l'espoir de trouver enfin l'interlocuteur qui saura conjurer son malheur. Je dis souvent en plaisantant qu'un psychanalyste doit savoir enfile l'imperméable de l'inspecteur Columbo, le célèbre détective de la série télévisée ! Mon idéal d'analyste le plus achevé est d'adopter l'attitude de Columbo : toujours candide, toujours perspicace, jamais arrogant, s'insinuant entre les gens, pénétrant à l'intérieur de chacun, prêt à l'inattendu, et surtout passionné par la vérité ; je devrais dire, s'agissant de l'analyste que je suis, passionné par la vérité de l'autre. Être Columbo, c'est être dupe, prêt à l'étonnement, et, en même temps,

assumer le rôle du professionnel chevronné qui pose les bonnes questions, pressent les réponses et sait rester en silence. À propos du silence, le praticien doit savoir se taire surtout lorsqu'il est pris par l'envie de parler. Rester en silence est facile quand on n'a rien à dire ou qu'on ne sait pas quoi dire ! La difficulté, c'est de garder le silence lorsqu'on brûle d'envie de dire au patient ce que l'on a compris alors qu'on sait combien il est nécessaire d'attendre le moment opportun où l'analysant sera réceptif à notre interprétation. Le sens de l'opportunité de l'interprétation est l'un des enseignements indispensables de la supervision. Bref, tout l'art du praticien est d'aller à la rencontre de la souffrance de l'autre, avec tact et mesure, en étant armé d'un savoir théorique et clinique suffisamment consistant. En somme, le premier geste de clinicien que le supervisé doit acquérir est celui de savoir cerner ce point où la souffrance du sujet lui a rendu la vie insupportable. Voilà l'attitude clinique que j'essaie de transmettre à mes élèves. L'autre geste mental que je leur enseigne est celui de se transporter affectivement et visuellement dans la situation de souffrance du sujet.

*A.D. : Pourquoi « visuellement » ?*

*J.-D.N. :* J'apprends au praticien à visualiser la situation concrète dans laquelle le patient vit sa souffrance. Prenons un exemple. Un praticien en supervision me dit : « Je voudrais vous parler d'un homme de quarante-cinq ans qui traverse une dépression et vous demander comment orienter sa cure. » Après lui avoir fait remarquer que le terme de « dépression » est trop vague et que l'on n'oriente pas une cure en se positionnant en dehors de la relation transférentielle avec son patient, je questionne ainsi le supervisé :

« Avez-vous demandé à cet homme s'il pleurait ? Et à quel moment ? »

Le praticien me répond : – « Oui il pleure quand il se réveille au milieu de la nuit. »

Et moi d'insister : – « Est-ce qu'à ce moment-là, il sort de son lit ? »

Le praticien étonné m'avoue : – « Alors ça, je ne lui ai pas demandé ! »

J'insiste : – « Est-ce qu'il quitte la chambre pour aller au salon ? »

Le praticien ne sait pas me répondre. Je l'invite alors à demander à son analysant si, par exemple, quand il pleure la nuit, il se lève, va au salon, se laisse tomber dans un fauteuil et, en pleine obscurité, se prend la tête entre les mains et pense au suicide. C'est ainsi que l'on opère une visualisation affective ou plus exactement une identification projective avec le patient en état de détresse. Vous comprenez, il y a deux manières

de connaître une chose, soit on tourne autour d'elle, soit on entre en elle. La première est une connaissance intellectuelle opérée du dehors, la seconde est une connaissance affective opérée du dedans. C'est cette seconde manière de connaître le patient que j'essaie de transmettre au supervisé.

*A.D. : Est-ce que cette visualisation vous aide à identifier le fantasme inconscient qui torture le patient ?*

*J.-D.N. : Tout à fait. Le fantasme inconscient du patient, on le capte de deux façons. L'une est cette captation affective et visuelle où je m'identifie par exemple avec ce patient déprimé, abattu dans son fauteuil au milieu de la nuit, et j'essaie de ressentir non seulement ce qu'il ressent consciemment mais le ressenti *inconscient* à l'origine de son mal-être. Je m'identifie, au sens d'une identification projective. Je projette ce que je sais sur lui, je m'installe dans la scène que j'imagine et je vis ce qu'il vit consciemment et inconsciemment. C'est alors que j'ai une chance de capter le fantasme ou quelques bribes du fantasme dont le sujet est la proie. Parallèlement et de manière progressive au fil des séances, le psychanalyste développe une autre procédure, éminemment intellectuelle, de reconstruction théorique du fantasme. En somme, vous pouvez capter le fantasme inconscient en plongeant instantanément dans le psychisme du patient, tout en élaborant, au fil de séances, une minutieuse reconstruction théorique. C'est cette double démarche que je tente de suggérer au jeune praticien. Souvent je me contente d'indiquer au supervisé : « Avec votre patient j'aurais agi de telle manière ou avancé telle intervention. » Il arrive que le praticien me demande quelques séances plus tard : « Mais comment avez-vous su ? Le patient vient de me confirmer la plupart des hypothèses que nous avions envisagées ! » Je lui réponds qu'un praticien exerçant ce métier depuis longtemps, attentif à ce qu'il fait et affinant sans cesse son appareil de perception analytique, a toutes les chances d'avancer des hypothèses vérifiables.*

*A.D. : Pour tout professionnel, psychanalyste ou psychothérapeute, une des difficultés est de relier la théorie et la pratique, de les intégrer en un ensemble relativement cohérent.*

*J.-D.N. : En effet, et c'est un des objectifs de la supervision que d'accorder la théorie et la pratique. Je rappelle toujours que nos grands maîtres à penser ont été de grands cliniciens, tels Freud, Lacan, Mélanie Klein, Winnicott ou Dolto. Pour ma part, je m'emploie à transmettre cette qualité du clinicien qui s'intéresse au symptôme et aux circonstances de son apparition, et qui sait saisir le fantasme du patient grâce à la *plongée intrapsychique* dont je viens de vous parler, complétée par l'élaboration d'une construction théorique. Aboutir à la construction théorique du*



fantasme, c'est en fait établir ce que j'appelle le *Schéma directeur de la cure*. Ce schéma consiste en la mise en place d'une ébauche du fantasme primordial du patient à partir duquel le psychanalyste pourra orienter la cure.

*A.D. : Nous parlons de théorie et de pratique, mais qu'en est-il de l'éthique dans la supervision ?*

*J.-D.N. :* Vous avez raison d'introduire le thème de l'éthique car la supervision n'est pas seulement la transmission d'un savoir explicite et d'idéaux implicites, elle est aussi un apprentissage de la responsabilité du praticien vis-à-vis de son patient et sa famille, ainsi que de la société en général. Quand je demande au jeune supervisé s'il a pensé à souscrire une assurance professionnelle, par exemple, il mesure déjà combien ce métier comporte de risques et de responsabilités. À ce propos, je vous rappelle que la psychanalyse est, depuis son origine, une des rares professions dans lesquelles un praticien soumet régulièrement son travail à l'évaluation d'un aîné non seulement pour apprendre le métier, mais aussi pour garantir aux patients le sérieux de son action. Au moment où nous parlons, l'État vient de réglementer l'utilisation du titre de psychothérapeute en vue de garantir à l'usager tout le sérieux d'un soin professionnel compétent. Or, justement, c'est dans cet esprit d'éthique que les psychanalystes ont eu depuis très longtemps, presque un siècle, le souci de superviser et de vérifier la qualité du travail des jeunes praticiens. Cette tradition psychanalytique de contrôle de l'exercice professionnel a incontestablement influencé d'autres disciplines proches, notamment la psychothérapie. Toujours dans ce sens, j'ajouterai que le superviseur n'a pas seulement la responsabilité de former le praticien, il a aussi celle, indirecte, de prendre soin du patient dont il est question dans la supervision.

*A.D. : Et vous-même, quel fut votre parcours de supervisé ?*

*J.-D.N. :* J'ai été en supervision pendant au moins vingt ans. D'abord avec un psychanalyste spécialisé en thérapie familiale. J'avais vingt-trois ans et je pratiquais la thérapie familiale de patients schizophrènes. Ma formation initiale ne se référait pas à Freud ou à Mélanie Klein mais à G. Bateson, Watzlawick et l'École de Palo Alto, après avoir longuement étudié avec d'autres maîtres, H. Wallon et G. Politzer. Cela m'a beaucoup apporté de commencer ma carrière avec des orientations aussi différentes. J'ai aussi pratiqué le psychodrame à cette époque. Mon premier contrôleur était donc Carlos Sluzki, une des grandes figures actuelles de la thérapie familiale exerçant aujourd'hui à Washington. Puis j'ai été supervisé pendant plusieurs années par Madame Fanny Schultz, psychanalyste de l'Association Psychanalytique Argentinienne. Pour

l'anecdote, je me souviens qu'elle posait sur son bureau un énorme réveil dont la sonnerie se déclenchait lorsque la séance de contrôle était terminée ! Ce fut une excellente supervision de la pratique très classique que j'exerçais à mes débuts : séances de cinquante minutes, avec une fréquence de trois ou quatre fois par semaine, interprétations du transfert négatif, silences plutôt brefs... J'ai énormément appris. J'ai suivi ensuite un contrôle collectif avec le Docteur Antonio Caparros, spécialiste de Politzer et Wallon, qui ne se voulait surtout pas psychanalyste mais psychothérapeute. Sa méthode de supervision était la suivante : il nous faisait écouter en groupe des enregistrements de séances avec ses patients et chacun de nous devait se risquer à dire, avant qu'il n'intervienne, l'interprétation la plus judicieuse. Ce furent des exercices inoubliables ! Plus tard, j'eus également la chance de contrôler avec ce grand maître de la psychanalyse argentine que fut Enrique Pichon-Rivière. Il supervisait mes thérapies de couples. Je voudrais ici faire une digression à propos de ma filiation analytique dont Enrique Pichon-Rivière est un des maillons. Il est, en quelque sorte, mon arrière-grand-père analytique. Les nombreux patients que j'ai analysés et qui sont devenus analystes peuvent se considérer comme les descendants d'une lignée qui a commencé avec Freud, bien sûr, analyste de Karl Abraham, lui même analyste de Théodor Reik qui analysa, à Berlin, Angel Garma jeune psychiatre espagnol immigré en Argentine, en 1937. Celui-ci fonda l'année suivante, avec quelques autres dont son analysant Enrique Pichon-Rivière, l'Association Psychanalytique Argentine. Analysé par Angel Garma, E. Pichon-Rivière sera à son tour l'analyste de José Bleger, connu en France par ses nombreuses publications, lequel analysera Emiliano del Campo, prestigieux psychanalyste argentin toujours en activité à Buenos Aires et qui fut mon propre analyste. Je suis donc un arrière-arrière-petit-fils de Théodor Reik et mes patients sont des arrière-arrière-arrière-petits-enfants issus de cette filiation créative et stimulante. N'oublions pas que Théodor Reik fut l'un des plus éminents disciples de Freud, passionné de musique, de littérature et de mythologie. Mais revenons à ma supervision avec Enrique Pichon-Rivière. Elle eut lieu en 1967-1968, quelque temps avant mon arrivée en France. Pichon-Rivière était déjà très âgé et il lui arrivait de somnoler pendant les séances. Il se réveillait soudain et à propos du cas que j'avais apporté, il proférait par exemple : « Cette femme-là a subi un avortement traumatique qui explique ses actuelles difficultés avec son mari ! ». Et moi je me demandais s'il délirait ! Quelle fut ma surprise d'apprendre plus tard que la patiente avait, effectivement, souffert très jeune d'un avortement pénible ! Je dois vous dire que cet éclair d'intelligence fulgurante se répéta à plusieurs reprises.

*A.D. : Comment comprenez-vous ce phénomène aujourd'hui ?*

*J.-D.N. :* Dans ces années, Pichon-Rivière devait avoir plus de cinquante ans d'expérience clinique et, en reprenant nos termes, autant d'années d'assouplissement de son inconscient instrumental. Sa longue expérience lui permettait, à partir de quelques indices cliniques, d'identifier, avec une quasi certitude, une problématique précise. Une autre expérience de contrôle, très différente, fut celle engagée avec Jacques Lacan. Pendant six ans j'ai supervisé avec Lacan, une fois par semaine, tous les lundis matin à 11 heures. Ce fut une transmission bouleversante. Je n'ai pas été en analyse avec Lacan mais ce travail de supervision fut décisif dans ma formation et dans la manière d'écouter avec mes patients. Je préparais soigneusement ma supervision le dimanche soir et je vous avoue que cette préparation représentait quatre-vingts pour cent de la séance de contrôle. La reprise du matériel clinique et l'élaboration préalable est la meilleure garantie de la réussite de la séance de supervision. Car, quand on prépare la supervision, elle a déjà commencé, de telle sorte qu'on ne soumet au superviseur que les aspects essentiels de la problématique à considérer. C'est justement en pensant à l'importance de cette préparation que j'ai l'habitude de demander aux supervisés de me poser à chaque séance deux questions. Et je vous l'assure, c'est pour eux très difficile ! Cette simple demande les oblige à réfléchir au préalable sur le matériel qu'ils vont me présenter. Je recommande donc à tous les praticiens qui nous lisent de préparer à l'avance leur contrôle et de ne pas aller voir leur superviseur sans élaborer et rédiger auparavant les principales questions relatives au cas. J'allais donc chez Lacan avec ma supervision bien travaillée et il me recevait parfois cinq minutes, jamais plus de vingt minutes quand ce que j'apportais l'intéressait. Il soulignait par exemple l'importance de ne pas proposer le divan trop vite, ou bien m'apprenait la manière d'intervenir avec des patients hystériques. C'était sans conteste un clinicien incomparable ! Au bout de quelques années, je lui soumettais moins de cas et davantage de problèmes théoriques. Je vous raconte les modalités pratiques de mon contrôle avec Lacan, mais ce que je ne puis vous transmettre est l'intensité de sa présence, le vécu d'être chez lui, rue de Lille, et de le rencontrer dans la petite pièce où il recevait. Jamais je ne me suis trouvé avec lui sans penser à la définition d'une personnalité vraie : une réserve de force qui agit par sa seule présence. Il se dégageait de cet homme un rayonnement qui m'atteignait, un charme de l'esprit que je ne puis vous faire comprendre et qu'un lecteur profane pourrait trouver étrange. Je vous précise que je n'ai jamais été un admirateur inconditionnel de Lacan ni un militant du lacanisme, mais j'ai toujours été sensible à l'impact de sa personne.

Le dialogue avec lui a changé ma manière de penser le travail avec les patients, il m'a touché plus parce qu'il n'a pas dit que parce qu'il m'a dit. Sa manière de se déplacer, d'ouvrir la porte, de me serrer la main, de me regarder, tous ces détails imperceptibles ont modifié résolument ma pratique. Cependant, je n'ai jamais travaillé comme Lacan. Mon style est plus chaleureux et moins tranchant. Par ailleurs, j'ai eu le privilège d'avoir d'autres grands maîtres, comme par exemple Mauricio Goldenberg, en psychiatrie, ou Françoise Dolto qui m'a encouragé à développer ce qui était déjà en moi, et en faire le meilleur instrument de mon écoute. À propos de Dolto, je n'oublie pas une autre expérience de transmission riche et incomparable mais qui n'a pas été à proprement parler une supervision puisque je ne présentais pas mes cas. Je pense à la consultation de F. Dolto, ouverte à quelques élus, où elle recevait des enfants de pouponnière. Ce fut pour moi le plus émouvant enseignement *in vivo* de l'art d'écouter un enfant. Tous ces maîtres m'ont permis de forger le style qui est le mien aujourd'hui.

*A.D. : Depuis le début de l'entretien, vous évoquez des superviseurs aînés et des supervisés jeunes. Mais la supervision s'adresse aussi aux praticiens expérimentés qui rencontrent inévitablement des difficultés dans l'exercice de leur métier. Dans certaines institutions, il existe une règle déontologique établissant que tout praticien, quels que soient son âge ou son expérience, doit être en supervision pendant toute la durée de son exercice, car la supervision répondrait aussi à un besoin d'échange et de co-réflexion entre collègues. Qu'en pensez-vous ?*

*J.-D.N. :* Je préfère parler d'une dissymétrie dans la relation de supervision sans penser à l'âge, mais à la différence d'expérience entre le superviseur et le supervisé : l'un étant plus expérimenté que l'autre. Si par exemple des collègues se réunissent entre eux pour discuter ensemble d'un cas, ce n'est pas, pour moi, de la supervision. Il faut toujours qu'il y ait un tiers plus expérimenté et en position de sujet-supposé-savoir. À ce titre, la supervision répond à trois conditions. Premièrement, elle doit se limiter, si possible, à une relation duelle ; il faut être deux, pas plus. Deuxièmement, qu'elle soit duelle ou non, la relation avec le superviseur doit être dissymétrique, de par la plus grande expérience de celui-ci. Troisièmement, il y a un transfert de contrôle qui suscite des effets qui n'existeront jamais dans un groupe d'échanges cliniques entre pairs. Concernant la règle que vous avez évoquée d'une supervision permanente, je préfère au contraire que sa durée soit limitée et conseiller à tous les praticiens de suivre une ou plusieurs supervisions sur une période de quinze ou vingt ans, mais jamais simultanément. Il est souhaitable que l'on ne suive qu'une supervision à la fois. En outre, je recommande aux

jeunes praticiens de transcrire les paroles de leurs patients, non pas durant les séances pendant lesquelles on peut néanmoins prendre quelques notes, mais surtout dès que le patient est parti. C'est pourquoi il faut prévoir quelques minutes de pause après la séance pour reconstruire l'essentiel ce qui a été vécu et dit, y compris ses propres interventions. Ce travail d'écriture est fondamental. En reconstruisant la séance, le praticien s'aperçoit de la logique du dialogue analytique, découvre sa manière d'y intervenir et perçoit autrement le sens des paroles du patient. Ainsi apprend-on à écouter ! Il ne s'agit pas de consigner toutes les séances mais il importe que le clinicien s'entraîne régulièrement à cet exercice de transcription. Dans le même esprit, je demande aux praticiens supervisés de faire des séances de cinquante minutes ou d'une heure, même si, quant à moi, je reçois aujourd'hui mes patients pendant une vingtaine de minutes ou une demi-heure. Durant mes quinze premières années d'exercice je faisais des séances de cinquante minutes et même plus, et je m'en félicite. Pourquoi cette durée ? Non pas pour répondre à des critères normatifs, mais parce qu'une séance longue laisse au praticien le temps d'apprendre à écouter et à observer. Si par exemple je veux devenir un professionnel du tennis, il faut qu'au début je joue de nombreux matchs, plutôt longs, que j'aie des adversaires meilleurs que moi et surtout, il faut que je m'entraîne régulièrement devant le mur ; le mur étant ici la retranscription de la séance qui me renvoie mes erreurs et mes justesses. Il faut donc s'exercer souvent au travail de transcription des séances et prendre le temps d'apprendre à observer, à écouter, à intervenir et à se corriger.

*A.D. : J'ai constaté maintes fois que le patient dont il était question dans la supervision, manifestait des signes qui montraient qu'inconsciemment il savait que son analyste parlait de sa cure avec un tiers. Comment expliquez-vous ce phénomène ?*

*J.-D.N. : Le travail du contrôle, par ce qui se dit explicitement et par la force invisible du transfert de contrôle, affecte bien évidemment le praticien et le modifie. Insensiblement, le praticien change d'attitude vis-à-vis de son patient et celui-ci, à son tour, réagit tout naturellement. Le patient ne peut donc qu'être influencé par les effets de la supervision même s'il en ignore tout. Il arrive que cette influence se manifeste étonnamment dans un rêve où le patient voit apparaître son analyste en train de discuter avec un tiers ! Le supervisé est déconcerté : aucun de ses autres patients ne produit ce type de rêve ! Ces phénomènes existent fréquemment. Je les explique par la force du transfert analytique de la supervision qui rebondit du supervisé à son analysant.*

*A.D. : Tout analyste peut-il superviser ? Et peut-on enseigner la supervision ?*

*J.-D.N. :* Je ne connais pas de formation à la supervision autre que d'avoir été supervisé et de se considérer apte à transmettre les fondements et la pratique de la psychanalyse. Hormis cette généralité, rappelez-vous la situation du patient-praticien qui, une fois son analyse personnelle terminée et quelquefois avant, engage une supervision avec son analyste. De ce fait, l'analyste est institué superviseur.

*A.D. : Sur quoi souhaitez-vous insister pour conclure ?*

*J.-D.N. :* Sur deux points. D'abord, tous les propos que j'ai tenus aujourd'hui sont destinés à l'ensemble des praticiens de l'écoute, psychanalystes ou non. Aussi la supervision est-elle une des conditions indispensables pour écouter correctement ses patients, quelles que soient la technique employée et l'école à laquelle appartient le praticien. Je rappellerai aussi que l'exigence de suivre une supervision a toujours été une condition *sine qua non* pour pratiquer la psychanalyse et se dire psychanalyste. C'est bien la psychanalyse qui, depuis son origine, a institué cette salubre tradition d'obliger un praticien à soumettre son travail à l'évaluation d'un aîné. Ensuite, et ce sera ma dernière remarque, je vous ai dit que la supervision était une transmission de ce qui se dit et de ce qui ne se dit pas. Ce qui ne se dit pas, et que j'ai résumé en cinq idéaux implicites qui guident le supervisé et affinent son inconscient instrumental, est pour moi la substance médullaire de la supervision.



---

# INTRODUCTION

Alain Delourme et Edmond Marc

LA supervision est une dimension essentielle de la formation continue des praticiens de la psychothérapie et de la psychanalyse. Les associations professionnelles en font même une obligation déontologique ; par exemple le SNP psy stipule dans son code de déontologie :

« Le psychothérapeute se maintient dans un système de supervision ou de contrôle de sa pratique par un tiers qualifié<sup>1</sup>. »

Il existe bien des manières de concevoir la supervision et les modalités de sa mise en œuvre. Elles se reflètent dans différents types de séances :

- *Les séances centrées sur le client*, parfois appelé le « patient », ou encore le « cas ». On cherche à connaître son style mental et comportemental, son histoire et ses histoires, la relation qui s'est développée avec les différents membres de sa famille d'origine, quelle a été sa trajectoire de vie, quel fut jusqu'à aujourd'hui son parcours thérapeutique, etc. À travers cette investigation, on élabore des hypothèses cliniques, diagnostiques et pronostiques, afin de penser une stratégie thérapeutique ajustée.

L'usage de la notion de « cas » présente des risques. Car les patients ne peuvent être réduits à des illustrations pour traité de psychopathologie. Ne doivent-ils pas plutôt être considérés comme des personnes singulières dont la souffrance ne se laisse enfermer dans aucune case nosographique ? On oscille généralement entre deux pôles : mettre en avant la spécificité de la personne et de sa situation ; ou faire entrer le patient dans le cadre général des théories et des pratiques psychothérapeutiques. Signalons que les histoires de cas sont toujours

---

1. Syndicat national des praticiens de la psychothérapie, *Code de déontologie*, Titre I, « Obligations générales du psychothérapeute ».



des récits subjectifs dont on se demande parfois quelle est leur rapport à la réalité : « L'histoire n'a pas de sens. Mais le sens du récit est projeté dans l'histoire » signale D. Anzieu<sup>1</sup>. D. Widlöcher ajoute que « le cas clinique ne prouve rien mais il enrichit les connaissances de ceux qui partagent le même type d'expérience<sup>2</sup> ». Le cas c'est souvent du drame que l'on cherche à transformer en connaissance. Mais cette transmutation est difficile et l'on peine à rendre véritablement compte de ce qui se passe dans l'indicible de la rencontre et de ce que le patient nous a fait ressentir. Le supervisé en bafouille et s'en excuse, ou se perd dans des anecdotes qui écrasent le récit. C'est ainsi que, dans une lettre à Jung, Freud s'était exclamé : « Ce qu'elles peuvent être bâclées, nos restitutions ! »

- *Les séances centrées sur le praticien* : sur les problèmes qu'il rencontre dans l'exercice de son métier, sur les questions que celui-ci actualise. Quels sont ses points forts ? Quelles sont ses failles ? Quels sont les doutes qui le taraudent ? Ou, au contraire, quelles sont les certitudes qui certes lui servent d'étayages mais qu'il faut aussi parfois remettre en question ? Et comment les aléas de sa vie privée influencent son travail ? Et réciproquement, comment ses déceptions et ses joies avec ses patients modifient ses attentes vis-à-vis de sa ou son partenaire, et plus largement de son existence personnelle ? C'est notamment la question du narcissisme qui est touchée ici. Pas seulement le narcissisme écorché de nombreux patients mais aussi celui, parfois abîmé et toujours interpellé, du psychothérapeute. Comment celui-ci gère-t-il ses failles, ses manques, son besoin de reconnaissance ? Beaucoup de praticiens avouent dans le secret des séances de supervision qu'ils se sentent incompetents, parfois imposteurs. Il s'agit de les aider à développer une auto-observation critique, distanciée et juste : pas seulement identifier leurs limites et là où ils ne sont pas très bons mais aussi, et c'est tout aussi important, leurs talents spécifiques. Le supervisé est soutenu pour mieux puiser dans ses forces personnelles et dans ses indispensables références extérieures.
- *Les séances centrées sur la situation thérapeutique* : comment s'effectuent les rencontres ? De quelle dynamique transférentielle et contre-transférentielle est-il question dans cette dyade patient-praticien ? On s'intéresse moins ici aux protagonistes pris isolément qu'au système qu'ils forment, système plus ou moins dynamique, plus ou moins

---

1. Dans l'article « Comment dire. Du récit d'une séance à l'histoire d'une cure », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 42, 1990, Paris, Gallimard, p. 25.

2. *id.*, p. 286.

créatif, plus ou moins vivant. Cette focalisation sur la situation et l'interaction résulte d'une prise de conscience : pour aider quelqu'un lors d'un accompagnement thérapeutique, il ne suffit pas d'effectuer l'analyse de son histoire et de son mode d'être. Il est judicieux de compléter cette première approche par une prise en compte du cadre relationnel qu'on lui propose et de l'adapter à ses besoins spécifiques.

- *Les séances centrées sur les concepts*, leur définition et leur élaboration. Superviseur et supervisé peuvent chercher ensemble à expliciter certaines notions, à rendre intelligibles certains thèmes, pour créer des liens entre théorie et pratique. Il peut s'agir, par exemple, de préciser ce que sont les mécanismes de défense, en définir quelques-uns et percevoir comment ils sont à l'œuvre dans certaines structures psychopathologiques et chez les patients qu'accompagne le supervisé. Il convient cependant d'éviter certains pièges comme l'idéalisme (prendre l'idée pour le réel), la rationalisation (enfermer le réel dans un système cohérent mais réducteur), ou la normalisation (éliminer l'étrange<sup>1</sup>).
- *Les séances centrées sur les modalités concrètes du travail* : Le cadre, les règles, la place de chacun, le paiement, tout peut être interrogé et problématisé. Si, par exemple, le patient s'allonge confortablement alors que le praticien s'assied derrière lui, est-ce parce que cela aide le patient ? Est-ce pour correspondre à un aspect de la cure psychanalytique ? Est-ce pour reposer le praticien ? Probablement un mélange de ces trois réponses, plus quelques autres encore. Il s'agit, sans juger, d'essayer de comprendre, d'aider le professionnel à savoir pourquoi il fait ce qu'il fait, d'une part, et pourquoi il ne fait pas ce qu'il ne fait pas, d'autre part.

Il est souvent intéressant, car fécond, d'alterner ou d'articuler ces différentes possibilités de focalisation dont des exemples seront donnés et analysés dans l'ouvrage.

Selon le cadre et le contexte, nous pouvons aussi distinguer :

- Les supervisions en libéral de pratiques libérales ;
- Les supervisions institutionnelles de pratiques institutionnelles ;
- Les supervisions de thérapies individuelles : enfants, adolescents, adultes ;
- Les supervisions de thérapies groupales ;
- Les supervisions de thérapies de couples ;

---

1. Voir E. Morin, *La Méthode*, notamment le vol. 6, 2004.

– Les supervisions de thérapies familiales.

Là aussi nous nous efforcerons de prendre en compte ces diverses modalités.

En aidant le supervisé à problématiser les différentes thématiques touchant à l'exercice de son métier, on l'incite à réfléchir sur ses choix théoriques et méthodologiques. On l'invite à la fois à connaître les travaux des fondateurs et des aînés, et à penser par lui-même. Car :

« Il y a des moments où la question de savoir si on peut penser autrement qu'on ne pense et percevoir autrement qu'on ne voit est indispensable pour continuer à regarder ou à réfléchir. Le travail critique de la pensée sur elle-même ne consiste-t-il pas, au lieu de légitimer ce qu'on sait déjà, à entreprendre de savoir comment et jusqu'où il serait possible de penser autrement ? » (M. Foucault, *L'Usage des plaisirs*, Gallimard, 1984)

Pendant tout son parcours de développement et de formation, le supervisé a été élève, étudiant, parfois disciple ; et souvent il l'est resté, s'évitant ainsi le « risque » de penser et de parler pour son propre compte. Or cette position est redoutable, là même où elle paraît protectrice. C'est pourquoi la supervision peut aider à passer du statut d'apprenti, qui applique des règles qu'il ne maîtrise pas et qu'il n'a peut-être pas beaucoup questionnées, à celui d'artisan, qui connaît suffisamment ses outils et les « règles de l'art » pour inventer sa propre pratique. C'est aussi ce qu'évoque la citation de Goethe qui termine l'*Abrégé* de Freud :

« Ce que tes aïeux t'ont laissé en héritage, si tu le veux posséder, gagne-le. »

Les questions que le praticien pose au superviseur portent souvent sur son rapport aux acquis de sa formation : comment m'approprier les différents héritages ? Puis-je les utiliser librement sans pour autant être considéré comme un hérétique ? Tout en m'inscrivant dans une lignée et en intégrant ce que ma trajectoire psychothérapique et mon parcours formatif ont révélé, puis-je personnaliser ma pratique ? De nombreux témoignages montrent que ce n'est pas chose facile et que la supervision, telle qu'elle est pratiquée classiquement, ne favorise pas toujours ce mouvement. « J'ai toujours été attristé et en colère en entendant des confrères parler de leur impossibilité à évoquer dans leurs supervisions des situations dans lesquelles leur pratique s'était située aux confins de l'orthodoxie de leur méthode. Mon expérience m'a montré que l'inculture d'un certain nombre de psychothérapeutes et de

psychanalystes quant aux approches qui ne sont pas les leurs est massive et inquiétante », témoigne J.-M. Robine dans le chapitre 4.

En ce qui concerne leur mode d'intervention lors des séances, les praticiens s'interrogent sur ce qui est judicieux, utile et aussi sur ce qui peut parasiter le processus. Par exemple, Winnicott reconnaissait qu'il lui avait fallu beaucoup de temps pour comprendre qu'il était plus juste d'aider le patient à construire ses propres interprétations plutôt que de chercher à les lui livrer avec intelligence et brio. Il en va de même en supervision. Un des objectifs est de « favoriser chez le supervisé un processus d'autoréflexion qui va lui permettre d'évaluer son travail pour pouvoir petit à petit développer un superviseur interne fiable » (M. Gilbert, chapitre 6).

On va l'inviter à savoir se protéger mais sans se défendre, ce qui est tout un art, une gymnastique personnelle à découvrir et apprécier.

Un superviseur, s'il se veut bienveillant au même titre qu'un bon pédagogue, est aussi quelqu'un qui trouve de l'intérêt à apprendre à un autre à se passer de lui. Il saura aussi rester à sa place en n'étant pas tenté de se substituer à l'analyste du supervisé : « À trop mêler analyse et supervision, ne risque-t-on pas une certaine confusion et de ne faire vraiment ni l'une ni l'autre ? N'est-il pas plus judicieux, pour le superviseur, d'encourager les capacités d'auto-analyse du thérapeute plutôt que de prendre la place de son analyste ? » (E. Marc, chapitre 1).

Tout cela peut prendre du temps, généralement quelques années, mais le processus d'intériorisation des capacités d'accueil et de distanciation réflexive du superviseur n'est pas un des moindres enjeux de ce processus.

\*\*\*

Malgré l'importance de la supervision en psychothérapie et en psychanalyse, les publications traitant de ses enjeux et de ses modalités sont rares. Hormis le livre *La Supervision de la psychothérapie* (Perrot et al., 2002) qui se limite au contrôle de médecins proposant des psychothérapies psychanalytiques et de soutien en institution, il n'existe aucun ouvrage en langue française présentant ce thème de manière générale.

C'est pourquoi nous avons fait appel à des professionnels expérimentés de formations et d'obédiences différentes pour réfléchir et écrire sur cette pratique. Le fait qu'ils aient répondu favorablement témoigne déjà de l'intérêt de la profession pour ce sujet.

L'ouvrage s'efforce, à partir de la multiplicité des auteurs, de présenter un parcours cohérent.

Pour J.-D. Nasio, les contenus implicites à transmettre en supervision sont « la fierté d'être analyste, la disponibilité envers le patient, l'humilité vis-à-vis des maîtres, la rigueur et l'éventuelle inventivité, et enfin le maniement de son inconscient instrumental qui suppose la stabilité dans sa vie personnelle » (Avant-propos). Il développe cette notion originale d'« inconscient instrumental » et défend son intérêt dans le travail thérapeutique.

*La première partie* est consacrée aux fondements.

E. Marc décrit l'évolution historique et les enjeux des notions de contrôle et de supervision et montre notamment qu'il s'agit d'un instrument de travail pour tout thérapeute, et non plus d'une simple épreuve destinée à vérifier les connaissances des praticiens débutants (chapitre 1).

E. Gilliéron précise les objectifs majeurs d'une supervision : « la vérification et l'amélioration des compétences pratiques du supervisé ; la vérification et l'amélioration des capacités d'application des connaissances théoriques ; la maîtrise du contre-transfert (apprendre à se dégager de l'emprise du patient) et la capacité à l'utiliser (élaboration et interprétation) » (chapitre 2).

Quant à l'éthique, qui est une reprise réflexive de la morale et une interrogation sur les valeurs qui président à nos choix pratiques, A. Delourme indique comment elle aide à problématiser différents enjeux de cette situation (chapitre 3).

*La seconde partie* s'attache à rendre compte de la diversité des problématiques rencontrées en supervision.

Outre les contributions de M. Gilbert et J.-M. Robine, déjà citées, celle de J.-P. Klein explore le rôle du contre-transfert en supervision. Elle permet de saisir comment ce que le patient a mis en place dans son univers subjectif se reproduit dans les réponses soignantes à son égard. Ce sont les réactions intimes du praticien qui vont alors permettre d'identifier cette actualisation. C'est ainsi que « le contre-transfert du thérapeute vaut comme test projectif de la personne en soin » (chapitre 5).

Après un témoignage personnel de Charles Gellman (chapitre 7), S. Ginger, à partir de sa pratique de la gestalt-thérapie, soutient une conception créative de la supervision. De même qu'en psychothérapie on peut condamner l'acharnement thérapeutique et la « rage de guérir » (Freud), de même en supervision, peut-on s'élever « contre la "rage d'expliquer" et de vouloir tout comprendre, tout prévoir, tout analyser, au prix d'étouffer la spontanéité, la créativité et l'imprévu, caractéristiques mêmes du vivant » (chapitre 8).

La réflexion se poursuit avec J.-P. Pinel qui traite de la supervision des équipes institutionnelles. L'objectif d'un dispositif de supervision est de soutenir les processus de symbolisation, c'est-à-dire « d'offrir un espace de contenance et de métabolisation des mécanismes de déliaison et de scission, de confusion et d'alliance pathologique inconsciente, mobilisés dans la relation aux sujets accueillis » (chapitre 9).

*La troisième partie* ouvre une perspective résolument novatrice : celle qu'offre le pluralisme intégratif tant dans les supervisions que dans les formations de superviseurs. Pour J.-M. Fourcade, « un des défis de l'approche intégrative consiste à faire coexister, à accueillir et à mettre en relation des systèmes thérapeutiques complémentaires mais aussi contradictoires. Le travail de supervision montre deux niveaux d'intégration possible : celui des techniques et celui des théories » (chapitre 10).

B. Rubbers et V. Sichem soutiennent que l'autonomie du superviseur s'exprime dans sa capacité à développer sa propre pensée, son sens des responsabilités, sa confiance dans les potentialités du psychothérapeute et de son client, le respect de ceux-ci et de leurs défenses, le souci d'apporter sécurité, attention bienveillante et aide ajustée. C'est pourquoi il importe que « dans la formation de superviseurs, le futur superviseur — comme le psychothérapeute qu'il supervisera et le client de celui-ci — est lui-même amené à s'ouvrir et à montrer ses fragilités, ses doutes et ses manques » (chapitre 11).

La diversité des auteurs s'accompagne heureusement du soutien de points de vue différents, voire divergents. Chacun est donc responsable de son écrit et des prises de position qu'il contient. Nous-mêmes prenons la responsabilité, outre de nos propres textes, de la proposition et de l'organisation de l'ensemble de l'ouvrage.

Il existe en supervision « une transmission de ce qui se dit et une transmission de ce qui ne se dit pas », confie J.-D. Nasio dans son Avant-propos. Il nous a paru utile de mettre en mots et de conceptualiser cette pratique, et aussi de témoigner de sa diversité et de sa richesse; car elle reste un des garants du sérieux et de l'efficacité de professions centrées sur l'exploration du psychisme et l'accompagnement d'êtres en souffrance.



# PARTIE 1

---

## FONDEMENTS





## Chapitre 1

---

# DU CONTRÔLE À LA SUPERVISION

Edmond Marc

LA FORMATION du psychothérapeute a été conçue dès les années 1910, par le courant psychanalytique, comme reposant sur un triptyque : une analyse personnelle, un enseignement théorique et une analyse de contrôle<sup>1</sup> qui deviendra par la suite « supervision ».

Ce triptyque n'a guère changé depuis un siècle. Or, paradoxalement, sous cet apparent consensus qui n'a jamais été remis en question, le problème de la formation a été constamment l'objet de vifs débats et la source, au sein du mouvement psychanalytique, de nombreuses ruptures et scissions.

« Il a souvent pris plus l'aspect d'une pomme de discorde que l'allure d'un fruit de connaissance. » (M. Fain, 1984, p. 7)

C'est moins les trois piliers fondamentaux qui ont été l'objet de contestations que la place conférée à chacun et, surtout, la manière institutionnelle de les mettre en œuvre.

---

1. « *Kontrollanalyse* », en allemand.

## L'ANALYSE DE CONTRÔLE

Quand la psychanalyse s'est développée, Freud a eu très vite le souci d'édicter des règles concernant la formation des analystes pour s'assurer que « leurs activités reçoivent une sorte de garantie » et pour asseoir une certaine orthodoxie.

C'est, dès 1919, dans un article au titre significatif (« Doit-on enseigner la psychanalyse à l'université ? ») qu'il pose les bases de la formation et évoque l'analyse de contrôle comme un de ses éléments clefs. Il insiste sur le fait que la psychanalyse ne peut être enseignée comme les autres sciences sociales, car le fonctionnement psychique du thérapeute est impliqué dans sa mise en œuvre et que ce dernier doit en avoir éprouvé les manifestations et pouvoir en maîtriser les effets à travers sa propre analyse :

« Quant à l'expérience pratique, en dehors de ce que lui apporte son analyse personnelle, il peut l'acquérir en conduisant des cures, pourvu qu'il s'assure du contrôle et du conseil de psychanalystes confirmés<sup>1</sup>. »

On sait que la nécessité d'une analyse personnelle, appelée par la suite « analyse didactique », avait été énoncée par Jung et retenue et institutionnalisée par l'ensemble du mouvement analytique lors du Congrès de Berlin en 1922. Freud (1912) la justifie par la nécessité pour l'analyste d'une « purification », d'« une connaissance de ses propres complexes qui risqueraient de gêner sa compréhension des propos de l'analysé ».

Il est clair, dès cette époque, que la psychothérapie ne peut être l'objet d'un simple enseignement, fut-il universitaire, mais qu'elle ne peut être acquise qu'au travers d'une formation spécifique dans laquelle l'expérience personnelle et le contrôle par les pairs les plus qualifiés jouent un rôle essentiel.

Freud réaffirmera ces positions, sans beaucoup y ajouter d'ailleurs, dans des textes ultérieurs et notamment dans « La question de l'analyse profane ». Il y soutient à nouveau la nécessité, pour les futurs analystes, d'une analyse personnelle, d'une formation distincte de l'enseignement académique et l'exigence d'un contrôle sur les débuts de la pratique : les candidats des instituts de formation doivent bénéficier « du contrôle d'analystes plus âgés, ayant de l'expérience, lorsqu'ils sont autorisés à faire leurs premiers essais sur des cas assez faciles » (p. 103). Il distingue

---

1. Cité dans *Résultats, Idées, Problèmes*.

ainsi nettement la formation des psychothérapeutes de celle des médecins, insistant même sur le fait que la formation médicale est inutile et même néfaste pour les premiers car ses principes sont antinomiques de ceux qui président à l'analyse. Il montre comment analyse personnelle et analyse de contrôle permettent au thérapeute de reconnaître et de maîtriser son « contre-transfert ».

Dans les premiers temps de la psychanalyse, l'analyse de contrôle s'effectuait de façon informelle dans des échanges très libres entre collègues. Freud, bien entendu, était sollicité très souvent par ses disciples. Ainsi Jones note, en 1916 :

« J'accablais Freud d'une foule de questions. Nous discutons toutes sortes de problèmes techniques concernant les cas que j'avais analysés. »

Ces « consultations » avaient souvent lieu par lettres, car les jeunes analystes n'avaient pas toujours la possibilité de rencontrer directement le maître. Ainsi, E. Weiss (1975) a correspondu pendant plus de quinze ans (de 1919 à 1935) avec lui, sollicitant ses conseils sur sa pratique.

Parmi les points faisant débat à l'époque : le « contrôleur » devait-il être l'analyste du candidat-analyste ou une autre personne ? Pour les uns, l'analyste en formation devait poursuivre son analyse personnelle pendant ses premières cures sous contrôle ; et c'est tout naturellement, selon eux, son analyste connaissant bien la problématique inconsciente du candidat – entrant en résonance avec celle de ses premiers patients – qui pouvait le mieux en assurer le contrôle. Pour d'autres, au contraire, une telle solution risquait de renforcer la dépendance transférentielle du candidat à l'égard de l'analyste, à la fois didacticien et contrôleur ; il convenait donc de dissocier les deux rôles. Cette question a été un objet constant de discussion au sein du mouvement psychanalytique, sans qu'une position l'emporte franchement sur l'autre.

## **L'institutionnalisation du contrôle**

L'institutionnalisation du contrôle est préconisée en 1922 par M. Eitington, dans son rapport présenté au 7<sup>e</sup> Congrès psychanalytique international sur son expérience à la Polyclinique de Berlin<sup>1</sup>. Cette polyclinique fonctionnait comme un centre de traitement ouvert à tous et comme un Institut de formation des analystes. Les étudiants suivant les cours dans l'intention de devenir analystes devaient avoir fait une analyse

1. Rapport présenté par M. Moreau, *Topique*, n° 18.

personnelle didactique. Lorsqu'ils étaient suffisamment avancés, ils se voyaient confier un ou plusieurs cas de patients reçus en consultation à la polyclinique. Ils étaient soumis, dans cette tâche, à un « contrôle vigilant » de la part des analystes statutaires. Le terme est tout à fait justifié, reflétant bien la pratique, comme le souligne Eitingon :

« Au moyen de notes détaillées que doivent rédiger les étudiants, nous suivons étroitement les analyses et pouvons détecter facilement une foule d'erreurs que fait l'analyste inexpérimenté, erreurs dues à une conception erronée de l'objectif et de la méthode et une attitude trop rigide par rapport aux théories et aux résultats de l'analyse. [...] Nous protégeons les patients qui sont confiés aux débutants par le contrôle que nous exerçons sur leur traitement et en étant toujours prêts à retirer le cas à l'étudiant pour continuer nous-mêmes le traitement. » (*op. cit.*, p. 77)

Sur la base de cette expérience, le contrôle a été retenu comme un élément fondamental de la formation et adopté par tous les instituts et associations de psychanalyse membres de l'IPA (Association psychanalytique internationale).

Ainsi, dans les années 1930, au moment où la psychanalyse connaît une expansion mondiale, les principes qui président à sa transmission sont solidement établis. La formation des thérapeutes est assurée par des instituts privés, autant en raison des résistances des universités que de la spécificité reconnue d'une telle formation. Résolument orientée vers la pratique, même si elle comporte une part importante d'enseignements théoriques, elle exige du candidat analyste qu'il ait exploré et éprouvé les mécanismes psychiques et les caractéristiques de sa personnalité à travers une analyse personnelle, qualifiée de didactique en raison de ses visées formatives. Cette exigence poursuit deux objectifs :

- Que le candidat ait une expérience vécue et concrète des processus inconscients et des modalités pratiques de la cure.
- Qu'il puisse connaître et maîtriser les aspects de son propre fonctionnement impliqué dans la relation et le travail thérapeutique (ce qui est désigné par la notion de contre-transfert).

Conçue au départ comme une sorte de sensibilisation aux mécanismes inconscients, l'analyse didactique est devenue de plus en plus exigeante et approfondie, sous l'influence, notamment, de Ferenczi (ainsi le Congrès d'Innsbruck, en 1927, pose le principe que les futurs thérapeutes soient plus analysés que leurs patients). En même temps, les différences entre analyse didactique et analyse thérapeutique tendent à s'estomper,

comme en témoigne, en 1926, H. Sachs, didacticien à l'Institut de Berlin :

« J'ai appris à regarder la différence entre patients et élèves et entre les buts thérapeutiques et didactiques comme d'importance secondaire<sup>1</sup>. »

Comme on l'a vu, la nécessité d'un contrôle pour les thérapeutes débutants faisait consensus ; mais la personne même du contrôleur posait question. Pour les uns, ce ne pouvait être que l'analyste didacticien car il s'agit d'amener le candidat à une conscience claire de ses processus inconscients, des traits de son caractère et de sa structure de personnalité, éléments qui vont nourrir son contre-transfert et qui ne se révèlent explicitement que dans une analyse personnelle.

Pour les autres, le contrôleur doit être distinct du didacticien car son rôle est surtout de transmettre la méthodologie du travail thérapeutique et d'élargir, pour le candidat, la technique de son propre analyste, en le confrontant à d'autres points de vue et pratiques. Dans ce sens, s'il apparaît que les conflits psychiques du candidat gênent encore son travail auprès des patients, le contrôleur peut lui conseiller de reprendre, pour un temps, une analyse personnelle. Comme l'exprimait, en 1936, l'analyste V. Kovacs dans un article intitulé « Analyse didactique et analyse de contrôle » :

« Si le candidat continue son analyse personnelle alors qu'il commence à analyser des patients, les deux parties de travail parallèles éclairent ces côtés de sa personnalité qui n'avaient reçu que peu ou pas d'attention jusqu'ici, ou qui ne pouvaient pas se manifester de façon si expressive. Toutes ses qualités, bonnes ou mauvaises et ses faiblesses sont révélées ; par exemple, son incapacité à être objectif ; son impatience ; sa vanité ; son incapacité à supporter les critiques ; la tendance à n'observer que ce qui est en sa faveur et à ne pas voir les reproches graves que le patient nourrit à son égard mais n'ose lui exprimer que sous forme déguisée ; son absence de tact, venant de pulsions sadomasochistes non maîtrisées ; sa dureté ou, au contraire, sa sympathie exagérée et sa tolérance excessive. Tout cela donne l'occasion de montrer à l'étudiant la façon correcte de manier le contre-transfert, ce qui est un des facteurs le plus importants dans le travail analytique<sup>2</sup>. »

Les mécanismes inconscients du patient et ses réactions transférentielles suscitent chez l'analyste des mouvements affectifs auxquels il

1. Cité par C. Girard, *La Part transmise*, p. 121.

2. Cité par M. Moreau, *Topique* n°18, p. 82.

doit prêter constamment attention. Car ces mouvements le renseignent à la fois sur ce que le transfert du patient provoque en lui, et sur les points sensibles de sa propre problématique qui risquent d'entraîner une réponse inadaptée aux visées thérapeutiques.

La cécité à ses propres réactions et le refoulement de ses affects sont aussi préjudiciables à l'analyste et à son équilibre personnel qu'ils sont nuisibles au travail thérapeutique. Or, de même que le patient a besoin de l'analyste pour comprendre sa problématique inconsciente, celui-ci a besoin aussi du contrôleur pour repérer les aspects les moins conscients de son contre-transfert.

On voit bien que les motifs qui président à la préconisation du contrôle sont multiples et relèvent à la fois de visées méthodologiques et didactiques, et de considérations relationnelles impliquant l'« hygiène » personnelle et professionnelle de l'analyste. Selon que l'on met l'accent sur les unes ou les autres, on est amené à des points de vue différents quant au choix du contrôleur.

La discussion dans les milieux analytiques, reflétée par de nombreux articles<sup>1</sup>, tourne très souvent autour de cette polarité : le but du contrôle est-il le contrôle d'une analyse menée par le candidat ou l'analyse du candidat en contrôle ? Est-il une formation à la méthodologie de l'analyse ou l'élucidation des difficultés contre-transférentielles du candidat dans son travail thérapeutique ? Il semble assez évident que les deux aspects sont également importants.

L'entrée dans la pratique thérapeutique et les questions qu'elle suscite, est une sorte de pierre de touche qui permet de tester les résultats de l'analyse personnelle du candidat et d'en améliorer les faiblesses et les points aveugles. Elle est aussi le moyen de parfaire ses connaissances théoriques et sa maîtrise pratique de la démarche thérapeutique acquises à travers sa propre analyse et ses lectures.

Les arguments présentés de part et d'autre ne manquent pas de pertinence et appellent moins, à mon sens, une réponse générale et tranchée qu'une évaluation particulière, à chaque situation, de la solution la plus juste et la plus adaptée.

---

1. Cf. notamment : « Rapport du Comité international de formation » au Congrès de Budapest de 1937, cité par M. Moreau, *op. cit.*

## CONTROVERSES ET CONFLITS

Lorsqu'on considère l'histoire du mouvement psychanalytique, on ne peut qu'être frappé par un paradoxe : les principes de base de la formation des analystes, tels qu'on vient de les rappeler n'ont pas changé et n'ont guère été remis en cause ; et, en même temps, ils ont fait l'objet de discussions incessantes et de conflits violents. Tous les observateurs notent, d'ailleurs, que c'est sur les questions de formation que les principales ruptures et scissions ont eu lieu. Il faut essayer de comprendre ce paradoxe apparent car il est riche d'enseignements et il a une portée qui dépasse le seul mouvement psychanalytique. En effet, il est sous-tendu par une contradiction inhérente à la nature même de la psychanalyse et, plus largement, de la psychothérapie.

D'une part, il s'agit d'une démarche éminemment personnelle qui implique profondément le thérapeute et le patient et dans laquelle chacun engage fortement son être, sa liberté et sa responsabilité. Toute intrusion d'un tiers dans cette relation semble problématique et potentiellement perturbatrice. Et d'autre part, à cause de l'importance même de ses enjeux, cette pratique ne peut pas échapper à tout contrôle et à toute régulation sociale. La formation se trouve au cœur même de cette contradiction, car elle a pour charge d'assurer la transmission des expériences, des règles et des connaissances acquises dans ce domaine et d'instaurer, voire de vérifier, la compétence professionnelle du thérapeute.

Freud, on l'a vu, a ressenti très vite la nécessité dans ce domaine de « mettre en garde chacun contre l'idée d'entreprendre un traitement psychanalytique sans une formation stricte » et de fixer des normes minimales dans ce sens. À sa suite, l'Association psychanalytique internationale a énoncé le principe que la formation ne pouvait être laissée à l'initiative individuelle et qu'elle relevait des différentes associations constituantes et de leurs instituts.

Peu ou prou, la plupart des démarches thérapeutiques ont repris ce principe et ont confié à des organismes collégiaux le soin de fixer des règles concernant les conditions d'accès, les contenus et la validation de la formation des thérapeutes. Mais du coup, ces institutions possèdent, de fait, une responsabilité et un pouvoir importants qui justifient qu'elles soient soumises à une régulation interne et à une déontologie rigoureuse.

Beaucoup de difficultés naissent de cette nécessité d'un encadrement collectif qui assure la valeur et la compétence des psychothérapeutes formés, tout en respectant la liberté, la responsabilité et la créativité inhérentes à leur pratique. Les institutions sont constamment guettées par le danger d'utiliser leur pouvoir au profit de ceux qui la dirigent et



dans l'oubli relatif des missions qui sont les leurs ; pour se prémunir contre cette dérive, elles sont amenées à fixer des règles bureaucratiques, indépendantes des personnalités qui les constituent. Mais, si ces règles assurent une relative égalité de traitement, elles peuvent devenir stérilisantes et aller à l'encontre des objectifs de qualité qui les ont motivées initialement.

Ainsi, l'histoire des institutions psychanalytiques montre qu'elles ont été prises dans des tensions récurrentes entre conservatisme et innovation, entre tentation dogmatique et exigence scientifique (cf. Marc, 2006), entre régulation nécessaire et bureaucratie, entre accaparement du pouvoir et participation collégiale, entre élitisme et démocratie, entre autoritarisme et laxisme... Le contrôle, avec l'analyse didactique, a été au centre de ces tensions. Les occurrences historiques des conflits qui en ont résulté sont très nombreuses ; mais je n'en évoquerai que quelques unes à titre d'exemples.

### **La controverse britannique**

Pendant les années 1940, la Société britannique de Psychanalyse est traversée par de graves conflits entre les partisans d'Anna Freud et ceux de Mélanie Klein. Un essai de médiation est proposé en 1944 par un comité chargé de rédiger un rapport sur les problèmes de formation<sup>1</sup>. Ce comité pose une question préliminaire, lourde de significations :

« Les opinions des membres de la Société sont-elles un système clos de vérités repliées sur elles-mêmes et immuables, incapables d'extension ou de corrections ? Ou bien sont-elles un corps de généralisations, basées sur l'observation et constamment soumises à l'expansion et à la modification à la lumière de l'expérience ? » (*op. cit.*, p. 280)

On voit que cette question se ramène à savoir si la psychanalyse est un système dogmatique de croyances ou une discipline rigoureuse fondée sur l'expérience. Elle est effectivement fondamentale et peut être posée à toutes les théories qui sous-tendent la psychothérapie.

Le Comité se penche d'abord sur les problèmes liés à l'analyse didactique :

« En dépit de la similitude entre analyses didactiques et analyses thérapeutiques, celles-là offrent de plus grandes difficultés et spécialement

---

1. Ce rapport figure en annexe dans l'ouvrage *La Formation du psychanalyste*, sous la direction de S. Lebovici et A. Solnit, Paris, PUF, 1982.

en ce qui concerne le domaine vital du maniement du transfert et du contre-transfert. Le fait, par exemple, que des contacts extra-analytiques soient inévitables sur une très grande échelle, surtout dans les derniers moments de l'analyse didactique, doit compliquer la situation. Il en est de même dans le fait que le candidat est conscient que les véritables perspectives de sa carrière dépendent, pour une large part, de l'opinion que son analyste se fait de lui. Et, d'un autre côté, un analyste didacticien ayant de forts intérêts théoriques – qu'ils soient de caractère conservateurs ou innovateurs – peut avoir la tentation d'utiliser l'instrument du transfert en vue de favoriser l'influence de ses propres vues pour la génération à venir des analystes pour fonder ou préserver une école d'analystes qui lui seraient personnellement fidèles. » (*op. cit.*, p. 281)

Le Comité aborde ensuite la question de l'analyse de contrôle et de ses relations avec l'analyse didactique :

« L'analyste de contrôle évitera naturellement d'empiéter sur le domaine de l'analyste didacticien. Mais en même temps, l'un des objectifs de l'analyste de contrôle doit être l'élargissement de l'horizon du candidat ; il faut attirer son attention sur les possibilités qui lui ont échappé et discuter à la lumière de diverses hypothèses les phénomènes qu'il a observés. » (*op. cit.*, p. 282).

Le Comité préconise, dans ce sens, que le contrôleur soit différent du didacticien quant à ses orientations théoriques et méthodologiques. On perçoit bien qu'il s'agit d'éviter que le candidat soit endoctriné dans l'unique orientation théorique de son didacticien ; ce qui sous-entend que ce risque existe bien.

Mais comment choisir didacticiens et contrôleurs ? Le Comité pose le principe fondamental selon lequel ils « doivent être désignés avant tout parce que ce sont de bons analystes » (p. 284). Ce principe semble peu contestable mais ne fait que déplacer la question ; car qui décide quels sont les bons analystes et selon quels critères ? Le Comité reconnaît la difficulté de répondre à cette question. La tentation est forte, dans la plupart des associations, de confier ces fonctions aux membres les plus élevés de la hiérarchie ; ce qui ne peut que renforcer leur pouvoir institutionnel, symbolique et aussi économique. Car les titres de didacticien et de contrôleur entraînent pour leurs détenteurs une rente de situation<sup>1</sup>.

1. Lorsque l'on considère qu'une analyse didactique se fait pendant deux ans minimum à raison de cinq séances par semaine à un coût forcément élevé, justifié par l'éminence du didacticien, on conçoit qu'il s'agisse d'une fonction particulièrement lucrative.

## Le Symposium de Broadway

Quelques décennies plus tard, les débats sont toujours aussi vifs et les questions n'ont guère changé, comme le montre le Symposium de Broadway organisé par l'API, en 1980, sur « la formation du psychanalyste<sup>1</sup> ». Le symposium ne peut que constater la très grande variété des modalités concrètes retenues par les différentes associations et la difficulté de trouver un accord entre elles.

Le président de l'API, E. Joseph, parle de « terribles variations » qui tiennent, selon lui, à « l'absence d'un consensus quant à la nature de la psychanalyse » (p. 13). Ce jugement peut sembler surprenant et alarmant ; mais il reflète bien l'état du mouvement psychanalytique international.

Entre-temps, notons que le terme de contrôle, aux résonances trop coercitives, a cédé la place à celui de supervision sous l'influence des Anglo-Saxons. En effet, la tendance a été forte, pour les instituts de psychanalyse, d'utiliser le contrôle comme une sorte d'examen de passage permettant de vérifier l'orthodoxie des candidats et commandant leur reconnaissance par l'institution. Elle coïncidait avec le souci d'une transmission conservatrice de la psychanalyse pour empêcher tout écart ou toute déviation novatrice. Perçue comme nécessaire par les fondateurs de la psychanalyse, cette conception a suscité, par la suite, des réserves et des critiques ; elle impliquait une vision trop normative et conformiste de la formation ; elle tendait à brider le sens de l'autonomie et de la responsabilité de l'analyste débutant et à inhiber sa liberté d'expression. Dans ces conditions, il était habituel d'entendre dire parmi les analystes, même si c'était sous forme de plaisanterie, que les analyses contrôlées étaient très souvent des échecs. Le rôle du contrôleur était donc mis en question : était-il un évaluateur (voire un examinateur) un guide, un formateur, un thérapeute agissant par le truchement du candidat, un expert ou simplement un analyste expérimenté ?

Lors du symposium, les questions qui suscitaient la discussion étaient les suivantes :

- Faut-il que le candidat ne s'engage dans la pratique des cures supervisées qu'une fois son analyse personnelle terminée ?
- Au contraire, est-il important que son analyse se poursuive dans les débuts de sa pratique ?

---

1. Symposium dont les travaux ont été publiés sous le titre *La Formation du psychanalyste*, sous la direction de S. Lebovici et A. Solnit, *op. cit.*.

- La supervision doit-elle être pratiquée par une personne autre que l'analyste personnel ?
- Le superviseur est-il librement choisi par le candidat ou lui est-il imposé par l'institution ?
- Quels cas le candidat peut-il prendre en charge ? Au début, on préconisait de prendre des cas de névrose franche, des cas « faciles » (mais en existe-t-il ?) ; par la suite, certains proposaient, à l'inverse, de choisir des cas reflétant la diversité des pathologies.
- Faut-il limiter la supervision au traitement d'adultes ou, au contraire, l'élargir à la thérapie d'enfants ? Faut-il prendre en compte le sexe des patients dans la diversité des cas ?
- Quelles sont les modalités pratiques de la supervision ? Durée et fréquence des séances ? Durée de la supervision elle-même (le minimum étant généralement fixé à deux ans) ? Nombre de cas supervisés (là encore le minimum habituel étant de deux) ?
- La supervision porte-t-elle de fait sur le début du travail thérapeutique ou doit-elle inclure aussi des fins d'analyse (ce qui implique de reprendre la supervision à ce moment-là) ?
- Le superviseur doit-il se centrer sur le traitement du patient et pallier l'inexpérience relative du candidat ? Ou doit-il se centrer sur le candidat en l'aidant à analyser son contre-transfert ?
- Le superviseur est-il amené à transmettre une évaluation du candidat à l'institut de formation et se prononce-t-il sur son habilitation ? Point particulièrement important puisqu'il est la source de nombreux problèmes.
- Comment s'acquiert le titre de superviseur ?

Ces questions, pour la plupart, gardent aujourd'hui toute leur pertinence.

La difficulté à y répondre de manière univoque montre bien leur complexité, qu'il s'agit moins de réduire par une norme institutionnelle que de prendre pleinement en compte en examinant, dans chaque cas, les avantages et les inconvénients de la solution retenue.

Ce qui rend souvent ces questions conflictuelles, c'est justement la recherche de normes uniformes et la tentation d'utiliser toutes ces procédures pour renforcer le pouvoir de l'institution et s'assurer le conformisme de ses membres. Les difficultés naissent en grande partie de ce que la supervision a été transformée en procédure d'habilitation et d'affiliation, ce qui en pervertit la finalité profonde.

À ce niveau, le Symposium de Broadway met en relief deux tendances :

1. Une qui tend à faire de la formation un cursus très structuré, proche du cursus universitaire, avec des étapes précises organisées et contrôlées par l'institution : sélection des candidats, analyse didactique, supervision commandant finalement l'habilitation des candidats comme analystes ;
2. Une autre concevant la formation de façon beaucoup moins directive, laissant plus de liberté et de choix aux candidats, cherchant à éviter l'intrusion de l'institution dans l'analyse personnelle et la démarche de formation des futurs analystes et reportant les questions de qualification et de reconnaissance à l'issue de la formation.

Notons encore que le symposium fait état d'une innovation de plus en plus reconnue : la pratique, à côté ou en complément de la supervision individuelle, d'une supervision en groupe.

### **Les critiques de l'institution**

On retrouve toutes ces tensions à l'œuvre, ainsi que les questions qui les provoquent, dans les vifs conflits et les nombreuses scissions qui ont agité le mouvement psychanalytique en France dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Je n'en reprendrai pas l'exposé, pour éviter un effet lassant de répétition, mais plusieurs publications témoignent de l'ampleur et de la récurrence des débats dans ce domaine<sup>1</sup>. Ils ont conduit, entre autres, à la remise en cause des notions d'analyse didactique (rebaptisée souvent analyse de formation) et d'analyse de contrôle (le terme de supervision s'étant, comme on l'a vu, généralement imposé), « dans la mesure où ces mots traînent avec eux un passé théorique et pratique allant jusqu'à l'aberration », comme le soutient J.-P. Valabrega (1969, p. 49).

Dans la mouvance des événements de 1968, on assiste à une remise en cause des fonctionnements institutionnels qui pèsent sur l'analyse didactique et la supervision. Les réflexions de J.-P. Valabrega sont illustratives de cette tendance. Il dénonce la logique de l'« appartenance » qui amène les sociétés analytiques à s'organiser en « réseaux ». Il entend par là que les analystes « formateurs » constituent avec leurs « élèves »

---

1. Citons notamment : « La formation du psychanalyste », *Topique*, n° 1, 1969 ; « Critique de la psychanalyse », *Études freudiennes* n° 5-6, 1972 ; « Trajets analytiques », *Topique*, n° 18, 1977 ; « La transmission de la psychanalyse », *Revue française de psychanalyse* t. XLVIII, 1984. Cf. aussi E. Roudinesco, *Histoire de la psychanalyse en France*.

(leurs analysés) des clans dont la fonction est d'entretenir la dévotion du « maître » et de se partager la clientèle des candidats et des postes de pouvoir. De la sorte, la transmission analytique « n'est plus une transmission qu'au sens infectieux du mot ». En effet, l'appartenance aux réseaux en pervertit le sens :

« Elle fait régner la tyrannie, parfois la terreur, toujours l'endoctrinement et le tarissement des esprits dans le milieu analytique tout entier. » (*op. cit.*, p. 51)

C'est l'une des sources du dogmatisme qui étouffe les institutions psychanalytiques.

Valabrega préconise comme solution une séparation radicale entre la fonction d'analyste et le pouvoir institutionnel d'« habilitier ». Concernant la supervision, il propose de la remplacer par la notion d'« analyse quatrième » ou encore d'« analyse pluriréférentielle » mettant en relation quatre acteurs : un patient, un candidat-analyste de ce patient, l'analyste du candidat et un autre analyste ayant le rôle de superviseur. Il insiste donc sur l'importance de distinguer l'analyste du candidat et son superviseur. Car le candidat a une tendance naturelle à imiter, dans sa pratique, celle de son analyste et l'extériorité du superviseur à cette relation lui permet d'en prendre en compte les effets. L'analyse quatrième peut s'exercer sur les quatre référents et sur l'intrication de leurs relations transférentielles. C'est d'autant plus important que l'analyse du candidat est souvent « prisonnière d'une relation "maître-élève" avec ses pièges, ses séductions mutuelles, sa coercition et ses tyrannies » (p. 69).

Toutes ces critiques ont entraîné une remise en cause forte des fonctionnements institutionnels traditionnels. Ainsi, l'Association psychanalytique de France en est venue à récuser la notion même d'analyse didactique, faisant de l'analyse personnelle le fondement de la formation, analyse dégagée de tout contrôle *a priori* de l'institution ; de ce fait, le titre et la fonction de didacticien ont été supprimés.

Les solutions concernant la supervision n'ont pas été aussi radicales et celle-ci est restée trop souvent, dans les associations psychanalytiques, le moyen d'assurer l'orthodoxie des membres et leur conformité aux orientations de l'institution.

## LA SUPERVISION COLLECTIVE

On a noté qu'une des innovations intervenues dans le domaine de la supervision était le développement, à partir des années soixante, de

la supervision collective réunissant autour d'un superviseur plusieurs analystes, généralement en formation.

Cette pratique s'est inspirée en partie de l'expérience des « groupes Balint ». Il s'agit d'une méthode de supervision conçue par le psychanalyste Michaël Balint (fondateur de la *Tavistock Clinic* de Londres qui a joué un rôle important avec W. Bion dans l'usage du groupe en thérapie et en formation). Elle était destinée initialement aux médecins pour leur permettre d'analyser leurs relations aux patients et à la maladie (Balint, 1968) et a connu un très large succès.

Elle réunit un petit nombre de praticiens autour d'un analyste, chacun étant invité à présenter un cas clinique qui lui pose problème ; ses collègues font écho à cette présentation en se centrant moins sur le cas lui-même que sur la relation entre le médecin et son patient. Le superviseur s'intéresse surtout au contre-transfert du médecin, à la façon dont il réagit à son malade et à la maladie à un niveau conscient, mais aussi à un niveau inconscient, à ses identifications et à ses modèles professionnels. Le groupe Balint s'est étendu par la suite à d'autres professions : psychologues, personnels de santé, psychothérapeutes...

En dehors des travaux de Balint, la supervision collective a donné lieu à peu d'élaborations théoriques et méthodologiques. Le psychanalyste J. Guillaumin (1999) est un des seuls, en France, à s'être penché sur ce mode de pratique ; à partir d'une expérience de plus de vingt ans au sein de la Société psychanalytique de Paris, il compare les deux modes de supervision – individuel et collectif – en s'appuyant sur sa pratique qui associe les deux.

Il constate que :

« Les supervisions collectives paraissent contribuer à préserver un peu mieux que les individuelles les analystes en formation de certains effets d'après-coup qui déplacent sur des collègues plus anciens la violence de transferts résiduels d'analyse personnelle, réactivés et réorientés par les supervisions en direction du superviseur. » (Guillaumin, 1999, p. 945)

Les supervisions individuelles semblent plus coûteuses à gérer psychologiquement dans la recherche d'une distance difficile à trouver entre trop et pas assez de familiarité et de confiance. Dans ce sens, elles sont source de moins de plaisir et de plus d'attitudes masochistes.

Les supervisions collectives favorisent certains effets latéraux entre participants : échanges hors séances sur les cas présentés permettant de relativiser la parole et le poids du superviseur. Enfin, la supervision collective habitue les participants à s'impliquer personnellement face aux autres, à dialoguer entre collègues et à gérer la vie communautaire, ce

qui peut, par ailleurs, faciliter leur intégration dans les fonctionnements institutionnels.

Cependant, elles présentent aussi quelques risques : les interventions du superviseur étant publiques, elles peuvent infliger une blessure narcissique à un participant remis en cause, dans une comparaison humiliante aux collègues valorisés. De ce fait, la supervision collective n'est pas indiquée pour des personnalités présentant une fragilité narcissique marquée. Mais on constate, en même temps, une attitude réparatrice du groupe à l'égard du collègue en difficulté. Le superviseur, de son côté, s'il ressent qu'un participant a été blessé par telle ou telle remarque, peut en parler directement et en tête-à-tête avec lui.

J. Guillaumin pense aussi que la supervision individuelle a de meilleurs effets quand il s'agit de favoriser l'approfondissement de l'originalité et de la personnalité analytiques du candidat. Dans ce sens, la combinaison des deux démarches lui semble avoir l'impact le plus dynamisant. Cette combinaison demande de la part du superviseur une familiarité et une maîtrise des deux modes de travail et, donc, une expérience de l'animation des groupes.

### **Quelques processus à l'œuvre dans le groupe**

Ayant examiné les avantages et les inconvénients comparés des deux méthodes, il convient d'approfondir les caractéristiques propres de la supervision collective.

Elle renvoie, pour une part, à la spécificité dynamique du groupe. Sur celle-ci, il existe une littérature abondante allant des travaux de K. Lewin à ceux de Foulkes, de W. Bion, de C. Rogers, de M. Pagès, de D. Anzieu, de R. Kaës... pour ne citer que les principaux ; littérature, hélas, très souvent ignorée des analystes et des psychothérapeutes. Elle met en lumière la nature des processus de groupe dans leur dimension consciente et inconsciente. La connaissance de ces processus permet de les utiliser pour soutenir le travail collectif et lever les résistances qui peuvent l'entraver. On constate notamment dans un groupe un climat affectif ayant un effet porteur et stimulant pour les participants. Il s'impose à tous et crée une forme de partage émotionnel dynamisant.

Le groupe permet une diversification des mouvements transférentiels des supervisés qui se portent à la fois sur le superviseur, sur leurs collègues et sur le groupe lui-même ; ces manifestations sont plus faciles à repérer que dans la relation individuelle.



De même, le groupe rend aussi plus visible et plus verbalisable le contre-transfert du superviseur, contre-transfert indirect sur les patients des participants et plus direct sur les participants eux-mêmes.

Tous ces mouvements, perçus par les uns et les autres, peuvent faire l'objet d'une analyse collective plus libre qu'en relation duelle.

J. Guillaumin pose l'hypothèse que quelque chose de la problématique du patient se rejoue métaphoriquement entre les membres du groupe, ce qui permet à son analyste une meilleure intervention auprès de lui :

« Ce réemploi par le supervisé au bénéfice du patient de ce qui a été compris d'une manière quelquefois quasi psychodramatique et par le déplacement dans le groupe, paraît franchement aidé par le fait que la compréhension en a été collective. » (*op. cit.*, p. 953)

Comme D. Anzieu (1975) l'a souligné, dans le groupe, le jeu des instances psychiques (Ça, Moi, Surmoi) se distribue entre les membres et s'exprime dans leurs relations. Le préconscient est stimulé par les associations spontanées de participants. Il se forme aussi une sorte de Moi groupal s'exprimant à travers des habitudes, des façons de parler, des rituels qui confèrent au groupe une certaine identité et lui fait éprouver un sentiment de solidarité. L'instance surmoïque est généralement projetée sur le superviseur, et ce avec d'autant plus de force que, dans la réalité, il assume une fonction d'évaluation. Mais en même temps, la coopération qui s'instaure au sein du groupe estompe un peu ce caractère surmoïque attribué au superviseur, surtout si ce dernier s'efforce d'être animateur du travail collectif plus que juge. Ce mouvement favorise une certaine maturation chez les participants, les aidant à passer du statut subjectif d'enfant à celui d'adulte.

En raison de tous ces éléments, la supervision collective apparaît comme une situation formative particulièrement riche par laquelle « les candidats s'affirment et se personnalisent le plus visiblement au milieu des autres, dans une tension observable (que l'on peut assister et aider à développer) entre l'appartenance et l'autonomie » (*op. cit.*, p. 956). Paradoxalement, la mise en commun des réactions de chacun favorise l'appropriation personnelle et la compréhension par celui qui présente un cas de ce qui lui est renvoyé par le groupe ; la multiplicité des points de vue lui laissant plus de liberté pour choisir ce qui peut l'aider.

Les supervisions collectives constituent donc un domaine particulièrement fécond qui mériterait une élaboration plus approfondie que celle initiée brièvement par ces quelques réflexions.

Indiquons, au passage, que la supervision des psychothérapies de groupe, qui, aujourd'hui, occupe une place importante dans la multiplicité des techniques thérapeutiques, mériterait aussi un développement. Elle est évoquée, notamment, par E. de Perrot (2002) à partir de son expérience en institution psychiatrique. Il souligne, lui aussi, la spécificité des processus de groupe (saisissables à la fois d'un point de vue psychosociologique et d'un point de vue psychanalytique) et la nature régressive des phénomènes qu'ils génèrent. Le groupe thérapeutique a aussi l'avantage de permettre la cothérapie (pratiquée souvent par un homme et une femme), ce qui autorise une supervision mutuelle.

Il est souhaitable que le superviseur de cette forme de thérapie en ait une connaissance et une expérience directe :

« Le superviseur qui a, comme on dit, fait du groupe [...] se sent d'emblée plus à l'aise pour comprendre les arcanes de cette dynamique groupale. »  
(*op. cit.*, p. 77)

Étant donné la complexité et la multiplicité des interactions groupales, l'enregistrement vidéo et le visionnement d'une séquence en supervision sont des points d'appui fructueux, tant pour le superviseur que pour le thérapeute.

E. de Perrot propose aussi la pratique de l'« intervision », sorte de supervision sans superviseur (p. 70). Il s'agit d'un groupe de psychothérapeutes se réunissant pour discuter ensemble de situations difficiles rencontrées dans leur pratique. Chaque participant peut très librement communiquer ses réactions au collègue qui assure la présentation et un échange collectif s'instaure en vue d'aider l'intéressé à faire face à la difficulté exposée.

La situation de groupe autorise des démarches originales telles que la supervision en direct, le superviseur pouvant être présent dans le groupe en tant qu'observateur (cette présence n'étant, bien sûr, pas « neutre » et engendrant des effets qui peuvent jouer un rôle d'analyste quant au fonctionnement du groupe).

Il y a là, pour la supervision, un champ d'extension et d'innovation que des recherches ultérieures pourraient explorer.

## BILAN

Le courant psychanalytique a, comme on vient de le voir, développé une expérience de la supervision profonde et étendue ; elle porte sur

plus d'un demi-siècle de pratique. Elle est riche en analyses et en réflexions et constitue une base importante pour aborder cette problématique. Cependant, elle a aussi ses manques et ses limites. Elle s'est déployée surtout à un niveau théorique et, dans une moindre mesure, méthodologique. Toutefois, on peut regretter qu'il y ait, dans ce domaine, très peu d'observations cliniques analysant de façon concrète et précise le travail du superviseur et ses effets sur le supervisé et sur son patient<sup>1</sup>.

Il est dommageable aussi que, peu à peu, la supervision soit devenue pour les instituts de formation un moyen de sélection et d'habilitation et que cette problématique d'« adoubement » ait envahi tout le champ de la réflexion aux dépens des finalités premières de la démarche.

Ce dévoiement a eu plusieurs conséquences fâcheuses. La première est d'avoir restreint le plus souvent la supervision à un examen de passage, et, par le fait, d'en avoir réservé l'usage au psychanalyste en formation. Du coup, elle est devenue, pour les analystes, un élément de la formation initiale ; tandis que les autres courants l'ont considérée de plus en plus comme une partie essentielle de la formation continue et de l'exercice habituel de la profession de psychothérapeute.

Le corollaire de ce parti pris est d'avoir confiné la supervision dans une relation « maître-élève » et de ne plus pouvoir l'envisager que dans cette optique-là. Cette attitude ne fait qu'en accentuer le caractère didactique et tend à l'enfermer dans un rapport d'apprenti à maître-supposé-savoir, avec tous les risques de suggestion, de conformisme et d'endoctrinement que les analystes ont bien perçu mais auxquels, pris dans leur logique d'affiliation, ils n'ont pas su échapper.

Aujourd'hui, si l'on veut donner à la supervision sa pleine valeur, ne faut-il pas la libérer de cette logique et en faire un instrument de travail pour tout thérapeute, et non plus une simple épreuve destinée à vérifier les connaissances des praticiens débutants ? Ne peut-on élargir et ouvrir la relation maître-élève à un dialogue entre pairs qui n'implique pas nécessairement un rapport hiérarchique ?

On passe ainsi d'une relation « parentale » à un échange « fraternel ». Dès lors, on pourra s'apercevoir que nombre de difficultés sur lesquelles les analystes ont mis l'accent (transfert déplacé sur le superviseur, résistances, défenses narcissiques, inhibitions, attitudes d'idéalisation ou de séduction...) s'estompent (lorsqu'elles ne disparaissent pas) puisque

---

1. On peut citer dans cette direction l'ouvrage de Robert Langs, *Thérapie de vérité, Thérapie de mensonge* (1988, PUF), ouvrage intéressant sur la pratique de la supervision, même si certaines hypothèses de l'auteur sont contestables ou trop radicales.

le cadre de la supervision et la nature du rapport qu'elle instaure ne les favorisent plus.

De même que la visée « didactique » de l'analyse ne peut qu'en pervertir le fonctionnement, la fonction de « contrôle » de la supervision – si elle demeure malgré le changement de terme – ne peut que gauchir ses visées et sa pratique.

Une autre lacune de l'héritage psychanalytique est d'avoir très peu abordé la question de la formation du superviseur. Il est conçu comme un maître expérimenté, situé au sommet de la hiérarchie institutionnelle, ce qui le dispense de toute formation. Son savoir et son expérience apparaissent comme un bagage suffisant. Aujourd'hui, on peut se demander si une formation spécifique, appuyée sur l'expérience accumulée et sur un exercice pratique de la démarche, ne pourrait accroître la compétence et l'habileté professionnelle du superviseur<sup>1</sup>.

Ainsi, tout en reconnaissant et en accueillant la richesse de l'héritage psychanalytique, il serait préjudiciable de restreindre la réflexion sur la supervision à ce seul legs. Ouvrir les fenêtres sur d'autres traditions ou d'autres expériences est un des objectifs de cet ouvrage.

## PERSPECTIVES

En conclusion à cette introduction essentiellement historique, je voudrais récapituler les points forts qui s'en dégagent : à la fois les acquis consensuels et les questions qui font débat. Je le ferai autour de quelques grands thèmes : les objectifs, les contenus, les aspects relationnels et les modalités de la supervision tels qu'ils se posent aujourd'hui où la profession de psychothérapeute tend à trouver une identité et une définition légale.

### Les objectifs

Je laisserai volontairement de côté les objectifs d'habilitation, qui ont été déjà largement abordés et débattus, pour me centrer sur les visées intrinsèques.

La plus claire est, sans conteste, d'aider le psychothérapeute dans sa pratique, quel que soit son niveau d'expérience. Tout praticien, débutant ou confirmé, peut se trouver confronté à des difficultés qui tiennent à la

---

1. Cette question sera reprise au chapitre 11.

problématique de son patient, à son équation personnelle ou encore au cadre et à la relation qu'ils entretiennent et peut avoir besoin de l'écoute et du soutien d'un collègue prêt à jouer ce rôle.

De là découle un autre objectif : celui de protéger le patient lorsque son thérapeute se trouve en difficulté et hésite sur l'attitude à adopter dans le travail thérapeutique. En arrière plan de la supervision, prévalent toujours l'intérêt du patient et le souci des finalités thérapeutiques.

Il s'agit aussi, pour le thérapeute, d'être plus conscient de ses référents théoriques et méthodologiques, qu'ils soient implicites ou explicites. La supervision peut l'aider à accroître sa capacité à analyser et à formaliser les différentes composantes du travail thérapeutique (psychopathologie du patient, transfert et contre-transfert, résistances, processus de changement, stratégies thérapeutiques....). Savoir ce qu'il fait et pourquoi il le fait.

C'est le moyen aussi de l'amener à élargir et à ouvrir ses référents à d'autres points de vue, à d'autres hypothèses ou à d'autres techniques proposés par le superviseur. Cette démarche peut aider le psychothérapeute à repérer ses manques et à les combler, mais aussi à accroître son savoir et son savoir-faire.

Un autre objectif encore est ce que Ferenczi désignait comme « l'hygiène personnelle » du psychothérapeute. Celui-ci travaille avec ses connaissances et ses techniques, mais aussi avec sa personnalité qui est profondément impliquée dans sa relation au patient, en dépit de tout effort de « neutralité ». Le superviseur est là pour le soutenir face à ses limites, ses vulnérabilités et ses failles et faire en sorte qu'elles n'aient pas un impact négatif sur le processus thérapeutique. Il s'agit encore de l'éclairer sur son contre-transfert qui peut être une gêne, mais aussi un outil dans la compréhension du transfert du patient.

Toutes ces démarches vont permettre au thérapeute de trouver et de développer son style propre et de stimuler sa créativité en le dégageant progressivement des limites posées nécessairement par sa formation initiale et ses attaches institutionnelles. Les buts de la supervision sont, pour le thérapeute, similaires à ceux de la thérapie pour le patient : l'individuation, l'autonomie, la responsabilité et la liberté.

Ces différents objectifs concourent à accroître la compétence, la compréhension, les qualités humaines, les aptitudes relationnelles et donc l'efficacité du psychothérapeute.

## Les contenus

Les contenus (ce sur quoi porte le travail de supervision) sont en lien direct avec ces objectifs.

Ils comportent l'analyse de tous les matériaux qui permettent une compréhension de la problématique du patient (anamnèse, comportements symptomatiques, compte rendus de séances, hypothèses diagnostiques...). Le thérapeute et son superviseur peuvent confronter leurs perceptions, leurs hypothèses et leurs interprétations des troubles du patient. Cependant, un écueil possible serait de transformer la supervision en étude de cas ; l'objectif thérapeutique doit toujours rester central et la compréhension lui être subordonnée. Une autre limite de cette démarche est que le superviseur n'a pas de contact direct avec le patient. Il ne le saisit qu'à travers ce qu'en dit son thérapeute ; intervient à ce niveau la capacité du thérapeute à présenter les informations concernant le patient avec justesse et pertinence, à discriminer l'important de l'accessoire. Or le thérapeute n'a pas toujours cette capacité et la supervision peut l'aider à la développer. D'autre part, la centration sur le patient suscite une coopération entre le superviseur et le thérapeute qui renforce l'alliance de travail entre les deux ; alors que d'autres aspects, impliquant plus directement la personne du thérapeute, sont plus délicats à manier.

La supervision permet aussi au thérapeute d'explicitier et de soumettre ses hypothèses interprétatives. La discussion avec le superviseur amène à tester leur pertinence et à envisager d'autres hypothèses possibles.

La relation entre le thérapeute et son patient est une dimension importante du travail de supervision. Cette relation est plus directement atteignable puisqu'un des protagonistes (le thérapeute) est présent. C'est pourquoi le contre-transfert du thérapeute est un axe central de réflexion ; il ouvre à la fois un accès au transfert du patient et aux réactions propres du thérapeute. Le superviseur va d'ailleurs aider ce dernier à démêler ce qui, dans son contre-transfert, renseigne sur le patient et ce qui le renvoie à sa propre personnalité.

Ce domaine demande un tact particulier de la part du superviseur qui ne doit pas prendre à l'égard du supervisé la position de thérapeute, à part s'il cumule les deux fonctions ou s'il y a une demande explicite de celui-ci pour surmonter une difficulté passagère. Sinon, le supervisé sera amené à traiter ces aspects avec son propre thérapeute. Même si on a pu soutenir que la supervision pouvait être une sorte de poursuite de l'analyse du supervisé lui permettant de prendre conscience de zones inexplorées par l'analyse personnelle, il est important de distinguer les genres ; à trop mêler analyse et supervision, ne risque-t-on pas une certaine confusion et

de ne faire vraiment ni l'une ni l'autre ? N'est-il pas plus judicieux, pour le superviseur, d'encourager les capacités d'autoanalyse du thérapeute plutôt que de prendre la place de son analyste ?

*Un autre contenu important* de la supervision est la méthodologie du travail thérapeutique, tout ce qui touche aux interventions du thérapeute et à leurs finalités. Il s'agit d'aider le thérapeute à expliciter les objectifs qu'il se fixe et les « stratégies » qu'il utilise dans ce sens. Le thérapeute, dans son travail quotidien avec le patient, est souvent pris dans la spontanéité d'interventions dictées par les interactions qu'il a avec lui. C'est souvent dans l'après-coup et avec une certaine distance qu'il peut mieux saisir le sens de ses interventions. Là aussi, surtout si le thérapeute a une impression de stagnation ou de blocage dans l'évolution du patient, le superviseur peut lui suggérer d'autres pistes possibles capables de débloquer la situation.

L'éclairage théorique que le superviseur est susceptible d'apporter au problème rencontré peut contribuer aussi à ce but. Cependant, toutes ces interventions doivent rester ponctuelles et ne pas se transformer en un exposé didactique qui relèverait davantage de l'enseignement. Plutôt que de faire un cours, le superviseur peut conseiller éventuellement certaines lectures pouvant éclairer la problématique rencontrée.

Enfin, la supervision permet d'aborder les questions diverses que le thérapeute rencontre dans sa pratique : questions relatives à la gestion du cadre, aux honoraires, aux comportements inattendus du patient, aux sentiments perturbants qu'il peut ressentir, à la fin de la thérapie... Bref, les multiples interrogations que suscite cette pratique impliquante et complexe. Bien sûr, les questions sont plus fréquentes chez le thérapeute débutant qui manque d'expérience. Mais un thérapeute, même expérimenté, est toujours amené à s'interroger à certains moments sur sa pratique ; et pouvoir partager ses difficultés et ses perplexités avec un collègue se révèle source d'intérêt et de soutien (sinon, c'est probablement parce que son travail est devenu routinier et désinvesti).

## **La relation**

La relation entre le supervisé et son superviseur est un autre aspect important.

On a vu les biais que peut y apporter le rôle de contrôle, d'évaluation et d'habilitation, joué institutionnellement par le superviseur. Mais si l'on s'éloigne de ce cas de figure et des réactions défensives et scolaires qu'il risque d'entraîner, on conçoit bien que la supervision soit une relation de travail fondée autant que possible sur l'intérêt et le choix mutuels, sur la

confiance et la sécurité, sur la liberté d'expression et l'authenticité. Ce sont les conditions relationnelles indispensables pour qu'elle puisse être profitable et efficace.

Ne convient-il pas d'éviter le piège d'une relation hiérarchique (qu'elle le soit objectivement ou subjectivement) qui nuit à la liberté d'expression, peut créer un climat d'insécurité et de jugement et a un caractère infantilisant pour le supervisé ? N'est-ce pas une relation entre pairs et entre collègues (même si l'un a plus d'expérience et de savoir que l'autre) qui est la plus à même de servir les objectifs de la supervision ?

Ce n'est pas pour autant une relation dénuée de tout risque et de toute difficulté. Du côté du supervisé, les enjeux narcissiques concernant son savoir, ses qualités humaines, ses compétences professionnelles, s'actualisent dans cette situation. Mais ils peuvent être plus ou moins accentués en fonction de sa personnalité et constituer, s'ils sont trop présents, une entrave au travail : le désir d'apparaître comme un « bon thérapeute » peut devenir paralysant et engendrer des réactions de prestance et la dissimulation (consciente ou inconsciente) des difficultés et des échecs. Le superviseur devient un miroir auquel on demande de refléter l'image idéale que l'on souhaite présenter. À l'inverse, le thérapeute peut manifester une attitude défensive de doute, de dévalorisation, d'incapacité qui nuit aussi au travail. Il peut encore nouer une relation plus ou moins consciente de rivalité avec son superviseur.

Les enjeux narcissiques peuvent exister aussi du côté du superviseur qui s'identifie défensivement au « sujet-supposé-savoir » ; ils peuvent l'entraîner à se montrer omniscient, à vouloir prouver sa supériorité, à vouloir briller, à substituer l'endoctrinement au dialogue et à la réflexion et à tenter de placer le supervisé dans la position d'élève ou de disciple ; ou encore à le disqualifier subtilement pour asseoir sa propre supériorité. Des témoignages montrent qu'il ne s'agit pas seulement d'hypothèses d'école. La tentation de faire des clones ou des disciples semble se rencontrer surtout chez ceux qui se présentent comme les fondateurs d'une nouvelle démarche ou les « gourous » d'une chapelle thérapeutique.

## **Les modalités**

Les modalités de la supervision apparaissent, à travers les quelques articles et réflexions qui lui sont consacrées comme l'aspect le plus flou et le moins développé. Certainement parce qu'il s'agit d'une pratique peu formalisée (nous ne connaissons pas de manuel de supervision).



Nous avons déjà abordé la supervision collective et évoqué ses différences avec la supervision individuelle. L'ouvrage envisagera d'autres modalités, comme la supervision d'équipe<sup>1</sup>.

On constate que peu de normes sont édictées au niveau de la durée des séances (qui semble s'aligner sur celle de la thérapie) et de leur fréquence (qui semble varier d'une séance hebdomadaire à une séance mensuelle ou répondre à la demande quand elle se présente).

Quant aux techniques de restitution et de présentation du matériel, elles sont très variables. Les psychanalystes privilégient « l'écoute flottante » et la « libre association », choisissant souvent la mémorisation et l'évocation verbale, proscrivant même, pour certains, toute prise de notes de la part du supervisé. Chez les superviseurs d'autres obédiences, le choix est souvent laissé à l'initiative du supervisé de s'appuyer soit sur des notes, soit sur un enregistrement sonore, soit sur la mémorisation. La prise de notes donne certainement plus de consistance et de fiabilité au matériel présenté.

La séance peut être préparée par l'envoi préalable d'un écrit du thérapeute, présentant les données sur lesquelles il souhaite travailler. Cela permet alors un gain de temps en dispensant de l'exposé du cas en séance.

La supervision à partir de séances enregistrées est particulièrement riche et permet d'aborder avec précision les principaux contenus que l'on a répertoriés. Cette pratique a été systématisée par les thérapies familiales, surtout celles d'inspiration systémique ; c'est sans conteste la méthode qui permet d'accéder le plus directement au matériel thérapeutique et aux interventions du thérapeute. On a évoqué aussi la possibilité d'observation directe dans le cas des thérapies de groupe.

Comme nous l'avons indiqué, la tradition psychanalytique veut que la supervision porte sur un cas ou deux, suivis régulièrement. Mais lorsque l'on a à faire à des thérapeutes confirmés ayant une clientèle plus importante, elle peut être beaucoup plus variée et se centrer davantage sur les patients qui posent problème à un moment ou un autre au thérapeute. Dans ce cas, il n'y a pas toujours un suivi régulier d'un patient, ce qui a pour inconvénient une moindre familiarité du superviseur avec les patients abordés, et surtout une plus grande difficulté à saisir la dimension processuelle et évolutive du travail thérapeutique.

Toutes ces modalités mériteraient, bien sûr, un inventaire plus précis à

---

1. Chapitre 9.

partir d'expériences concrètes et une discussion des effets de chacune d'entre elles.

Je terminerai cet exposé liminaire en évoquant les bénéfices et les limites de la supervision. Ces dernières tiennent aux risques d'endocrinement, à l'idéalisation du superviseur, au renforcement du surmoi professionnel qu'elle peut entraîner. Si son objectif est de développer l'autonomisation et la créativité du thérapeute, la supervision peut avoir l'effet inverse, surtout lorsqu'elle s'inscrit dans une logique d'affiliation institutionnelle. Mais lorsqu'elle échappe au contrôle et à l'obligation, elle a plutôt des effets bénéfiques pour le thérapeute.

Elle lui donne la possibilité de parler de son travail et d'échapper à l'isolement d'une pratique largement solitaire. Elle constitue une aide précieuse dans les moments de doute, de difficulté ou de lassitude professionnelle qui ne manquent pas dans la vie d'un psychothérapeute. Elle l'aide à améliorer et à enrichir sa compréhension, ses modes d'intervention et son équilibre personnel.

Bien sûr, la synthèse que l'on vient de présenter constitue une cartographie sommaire du domaine. Elle n'avait pour ambition que de jalonner le terrain et d'en repérer les grandes orientations et les principaux reliefs. Il reviendra aux chapitres suivants d'en explorer les différents paysages avec plus de précision, de manière à la fois concrète et approfondie.

## BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D. (1975), *Le Groupe et l'inconscient*, Paris, Dunod.

BALINT M. (1968), *Le Médecin, son malade et la maladie*, trad. fr., Paris, Payot.

BALINT M. (1972), « Formation analytique et analyse didactique », in *Amour primaire et technique psychanalytique*, Paris, Payot.

DEBELL D.E. (1981), « The study of supervision », in Wallenrstein, *Becoming a psychanalyst*

FAIN M. (1984), in *Revue française de psychanalyse*, 1, p. 7.

FAVREAU J. (1972), « La Formation des psychanalystes », *Études freudiennes* 5-6, Paris, Denoël.

FREUD S. (1926), « La question de l'analyse profane » in *Œuvres complètes : Psychanalyse*, vol. 18, Paris, PUF, 2002.

FREUD S. (1912), *La Technique psychanalytique*, trad. fr., Paris, PUF, 1972.

FREUD S. (1919), « Doit-on enseigner la psychanalyse à l'université ? » in *Résultats, Idées, Problèmes*, t. 1, Paris, PUF, 1984.

FF2P (dir. GINGER, MARC, TARPINIAN) (2006) *Être psychothérapeute*, Paris, Dunod.

GIRARD C. (1984), « La Part transmise », *Revue française de psychanalyse*, n° spécial « Transmission de la psychanalyse », janvier-février, Paris, PUF.

GUILLAUMIN J. (1999), « Quelques remarques sur les supervisions collectives », *Revue française de psychanalyse*, t. LXIII, n° 3, Paris, PUF.

JACOBS D. *et al.* (1969), « La formation du psychanalyste », *Topique*, n° 1, Paris, PUF.

JACOBS D. *et al.* (1995), *The supervisory encounter*, New Haven, London, Yale University Press.

LANGS R. (1988), *Thérapie de vérité, Thérapie de mensonge*, Paris, PUF.

LEBOVICI S. & SOLNIT A. (dir.) (1982), *La Formation du psychanalyste*, Paris, PUF.

MARC E. (2006), « Entre dogmatisme et créativité », in FF2P, *Être psychothérapeute*, Paris, Dunod.

MOREAU M. (1977), « Analyse quatrième, contrôle, formation », *Topique* n° 18, Paris, Épi.

PERROT E. DE *et al.* (2002), *La Supervision de la psychothérapie*, Paris, Masson.

ROUDINESCO E. (1994), *Histoire de la psychanalyse en France*, 2<sup>e</sup> vol., Paris, Fayard.

SEARLES H. (1965), « Problems of psychoanalytic supervision », *Collected papers on schizophrenia*, London, Hogarth Press.

SEARLES H. (1984), « Transmission de la psychanalyse », *Revue française de psychanalyse*, n° spécial, janvier-février, Paris, PUF.

VALABREGA J.-P. (1969), « Les Voies de la formation psychanalytique », *Topique* n° 1, Paris, PUF.

WALLERSTEIN R.S. (1981), *Becoming a psychoanalyst*, New York, International University Press.

WEISS E. (1975), *Lettres sur la pratique analytique*, Paris, Privat.

## *Chapitre 2*

---

# ASPECTS DIDACTIQUES

Edmond Gilliéron

### UNE RENCONTRE DIFFICILE, CELLE DU SUPERVISEUR ET DU SUPERVISÉ

La rencontre du superviseur et du supervisé est un phénomène complexe que l'on décrit d'ordinaire en termes de transfert et contre-transfert, sans qu'en soient véritablement définis les objectifs et le contenu. Par exemple, certains superviseurs exigent que le supervisé s'exprime sans notes de séances, d'autres, au contraire, exigent le mot à mot. Certains acceptent d'étudier des enregistrements vidéo alors que d'autres le refusent catégoriquement. Le fait que l'on utilise parfois le terme de contrôle de psychothérapie ou contrôle de psychanalyse pour définir cette rencontre illustre aussi cette ambiguïté : Le supervisé est-il ici pour montrer ses capacités ou pour apprendre quelque chose ? Va-t-on le juger ou l'aider à mieux travailler ?

Cette incertitude n'est pas sans effet sur le climat affectif de la rencontre superviseur-supervisé ; par exemple, j'ai pu vivre l'atmosphère extrêmement tendue et persécutrice d'un groupe de supervision de psychanalyse. Ainsi, le malheureux qui présentait son travail au groupe se voyait souvent la cible d'un mitraillage de remarques ou questions parfois franchement désobligeantes qui mettaient fortement à l'épreuve

son intégrité narcissique. Le psychanalyste du groupe semblait participer lui-même à ces attaques et le supervisé en ressortait évidemment avec l'idée que tout ce qu'il avait fait était erroné. Ce même climat peut se retrouver dans les supervisions individuelles où, là encore, le supervisé peut se sentir blessé par les remarques plus ou moins bienveillantes des superviseurs malgré les éventuelles précautions verbales prises par ce dernier. Il semble pourtant évident que le supervisé n'a pas toujours raison et que c'est le devoir du superviseur que de le montrer. Mais il s'agirait de savoir comment échapper à ce climat où le narcissisme de chacun des partenaires semble menacé. Je crois, pour ma part, qu'une manière d'y parvenir est de donner une forme didactique claire à la supervision. C'est là le fil conducteur de cet article.

L'ambiguïté de la situation de supervision me semble en grande partie déterminée par deux craintes principales du psychanalyste :

- Celle de se présenter comme un enseignant ;
- Celle d'adopter une attitude trop « objectivante ».
- *La peur d'« enseigner »* : le fait que la psychanalyse soit issue de l'hypnose, mais se voit définie comme une science qui doit sa spécificité au fait de s'être détachée de cette dernière, a certainement laissé des traces. Par exemple, on connaît la célèbre phrase de Freud concernant l'or de la psychanalyse et le cuivre de la suggestion. Ceci ne peut qu'influencer inconsciemment le psychanalyste superviseur qui craindra toujours de se montrer trop « suggestif » et se heurtera au gros problème de savoir comment montrer au supervisé qu'il se trompe sans lui « suggérer » quelque chose.
- *La peur de ce qui est « objectif »* : là encore on sait que l'objet de la psychanalyse s'est aussi défini par un autre détachement, plus nuancé celui-ci, à savoir le détachement de la théorie du traumatisme externe. En ce sens, toute référence à une réalité objective peut être vécue comme une attaque contre le modèle psychanalytique, ce qui peut empêcher le psychanalyste superviseur de démontrer la validité de ses propos en se référant à une réalité objectivable. À l'heure actuelle encore, on sait que le psychanalyste regarde souvent d'un air soupçonneux les observations directes du développement psychique de l'enfant, on n'aime guère non plus les références aux observations des systémiciens, etc. Je crois que c'est essentiellement l'accent mis sur la subjectivité et l'exclusion « idéologique » de toute référence à des « observables » objectifs qui est à l'origine du climat narcissique que j'ai mentionné. En se défendant trop de vouloir influencer son supervisé, le psychanalyste se prive de la possibilité de transmettre

la psychanalyse au supervisé. De plus, s'il se réfère à une théorie essentiellement subjective, il impose paradoxalement au supervisé de le croire « sur parole ». C'est pourquoi je suggérerais que la supervision gagne à être considérée comme l'occasion d'acquérir un nouveau savoir, savoir sur soi-même et savoir sur l'autre. Cet aspect didactique de la supervision serait facilité si le modèle psychanalytique pouvait être référé à quelque chose d'« objectivable ». Ce sont les deux aspects que je voudrais mettre en évidence dans ce chapitre.

Je commencerai par faire quelques observations sur les divers comportements des superviseurs et des supervisés, comportements que j'ai pu observer soit en tant que supervisé, soit en tant que superviseur. J'essaierai alors de montrer que quelle que soit la pratique de supervision, cette dernière comporte un aspect didactique implicite. Je relèverai ensuite, qu'en dépit de l'évolution de la pensée théorique et des propositions techniques, la plupart des échanges entre le superviseur et le supervisé peuvent se comprendre en se référant à la *première topique freudienne* (plus qu'à la deuxième). Puis j'évoquerai en quelques lignes la théorie de l'*étayage objectal* que j'ai développée, théorie qui lie le modèle psychanalytique à quelques aspects clairement objectivables.

Enfin, à l'aide d'un exemple clinique assez détaillé, j'essaierai d'évoquer les effets concrets du modèle théorique de référence du superviseur sur l'évolution d'une cure.

## ÊTRE SUPERVISÉ ET SUPERVISEUR

### Mon expérience de supervisé

Il ne me semble pas inutile de préciser ici sur quoi se fondent mes élaborations dans la mesure où il ne s'agit pas là d'un travail de recherche au sens strict du terme mais de diverses hypothèses issues de ma pratique de « supervisé » et de « superviseur ». Le fait d'avoir soumis mon propre travail à un grand nombre de supervisions, tant individuelles que de groupe, m'a permis de comparer les attitudes souvent extrêmement différentes des superviseurs. Par ailleurs, le fait d'avoir eu l'occasion de pratiquer moi-même un nombre considérable de supervisions durant toute ma pratique, m'a aussi permis de comparer les attitudes spontanées des psychothérapeutes dans cette situation.

Résumons donc les différentes situations de supervision dans lesquelles je me suis trouvé : comme tout psychanalyste, j'ai bénéficié d'un nombre considérable de supervisions individuelles de plusieurs

*psychanalyses*, ceci pour entrer dans la Société Suisse de Psychanalyse. Par ailleurs, j'ai subi aussi un grand nombre de *supervisions de psychothérapies individuelles* pour ma spécialisation en psychiatrie. D'autre part, j'ai aussi eu l'occasion de soumettre de nombreux cas de *psychiatrie lourde* à la supervision de mes aînés, soit sous forme de *présentations d'enregistrements audio et vidéo*, soit sous la forme de *notes d'entretiens*. J'ai également bénéficié de supervisions en *groupe* pour des séances de psychothérapie individuelle et de psychothérapies de groupe, ceci sur la base, à nouveau, de notes cliniques, d'enregistrements audio ou vidéo. J'ai aussi pu faire superviser des séances de psychothérapie de famille. Une autre situation dans laquelle je me trouve encore est celle d'intervisions de psychothérapies individuelles, ou de groupes de formation.

Toutes ces expériences m'ont permis d'observer le comportement de mes superviseurs, soit dans des situations différentes de supervisions, soit dans la même situation. Les superviseurs n'avaient pas du tout la même attitude lors de présentations de psychothérapies ou de psychanalyses individuelles. Par ailleurs, les mêmes superviseurs avaient des comportements différents selon qu'ils se trouvaient en groupe ou seulement avec moi. De plus, dans les situations de groupes, l'attitude des superviseurs variait selon la personne qui était supervisée. Ce qui paraît une évidence mais qui n'est pas à négliger.

## **Mon expérience de superviseur**

J'ai eu le privilège, en ce qui me concerne, de superviser le travail de très nombreux psychothérapeutes ou psychanalystes, plus ou moins jeunes. J'ai aussi supervisé des centaines d'enregistrements vidéo d'entretiens menés par des psychothérapeutes (médecins ou psychologues) avec des patients présentant des troubles psychiatriques plus ou moins graves. J'ai eu aussi l'occasion d'animer de nombreux groupes Balint, de superviser des psychodrames psychanalytiques individuels ou de groupe. Je précise encore, ce qui n'est pas sans importance pour notre sujet, que j'ai eu le privilège de pratiquer des supervisions dans différents pays d'Europe et d'outre Atlantique, ce qui m'a confronté à certains aspects culturels de la psychothérapie et de la psychanalyse. Enfin, avec une dizaine de superviseurs, nous avons constitué un groupe de travail où nous étudions des enregistrements vidéo de séances de psychothérapie où chacun d'entre nous présentait son point de vue. Ce groupe a duré deux ans. Ces dernières expériences m'ont permis de constater la grande variété des attitudes des jeunes psychothérapeutes ou psychanalystes en

formation, mais aussi la variété des attitudes des superviseurs face à ces débutants.

## QUELQUES OBSERVATIONS DE LA PRATIQUE DE CERTAINS SUPERVISEURS

Selon mes observations, il me semble que l'on peut répartir les différents superviseurs en quelques catégories, même si cette catégorisation est évidemment schématique.

- Il y a, tout d'abord, ceux que l'on pourrait considérer comme les « bavards ». Il s'agit de superviseurs qui se montrent très affables, parlent volontiers de leur propre travail, racontent de nombreuses anecdotes sur leurs expériences, parlent parfois d'eux-mêmes et de leurs réactions *contre-transférentielles* dans certaines situations, etc. Ils paraissent très soucieux de ne pas mettre le supervisé mal à l'aise et de lui montrer qu'ils le considèrent comme un collègue. Cela ne les empêche d'ailleurs pas de faire leur travail au mieux, bien au contraire. Ils écoutent très attentivement ce qui leur est présenté, font des remarques sur la problématique du cas, sur leurs éventuels désaccords sur les interprétations du psychothérapeute, etc. Mais ils présentent tout ceci comme leur propre point de vue, sans vouloir vraiment l'imposer au supervisé. L'atmosphère générale est celle d'une véritable collégialité. La supervision se déroule dans une atmosphère agréable où le supervisé n'hésite pas à s'exprimer, même s'il a parfois l'impression que le superviseur parle un peu trop de lui-même et pas assez des séances.
- À l'opposé, il y a les « silencieux ». Soucieux de maintenir une neutralité très psychanalytique, ces derniers s'expriment au compte-gouttes et se contentent d'écouter longuement leur supervisé parler du patient. L'atmosphère est beaucoup moins conviviale que dans la première situation et parfois on peut même sentir qu'un certain climat persécuteur s'installe. Les remarques du superviseur portent très souvent sur le *contre-transfert* du psychothérapeute plus que sur la problématique du cas. En tout état de chose, c'est essentiellement la relation *transfert-contre-transfert* qui est évoquée. Dans les groupes de supervision, ce climat légèrement persécuteur se reflète dans le fait que les participants, quant à eux, hésitent à s'impliquer. Ils s'expriment souvent de manière allusive, paraissant craindre de montrer clairement ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent.



- Une troisième catégorie est celle de ceux qu'on pourrait considérer comme les « didacticiens ». Eux aussi parlent beaucoup mais s'intéressent, avant tout, aux séances d'analyses ou de psychothérapies. Ils sont très intéressés aux mots à mots des séances, interviennent beaucoup pour expliquer le mode de résistance des patients, n'hésitant pas, parfois, à donner des explications théoriques. L'atmosphère générale est plus celle d'un cours que celle d'une discussion. Il arrive évidemment qu'une question soit posée au superviseur, mais toujours dans un climat où celui « qui sait » est le superviseur et celui « qui apprend » est le supervisé. Ce genre de supervision est souvent très apprécié par les supervisés, dans la mesure où ces derniers ont le sentiment d'apprendre quelque chose et où ils ne se sentent, paradoxalement, pas trop remis en question.

Ces différentes attitudes traduisent bien la difficulté (souvent peu consciente) du superviseur de se situer par rapport au supervisé. Il ne sait souvent pas comment gérer la relation au supervisé ni maintenir une certaine neutralité psychanalytique pour mettre en évidence le contre-transfert inconscient du jeune psychothérapeute. Il lui est aussi difficile de savoir s'il doit enseigner avec précision la pratique psychanalytique aux jeunes psychothérapeutes ou se contenter d'être le témoin bienveillant de la relation qu'établit le psychothérapeute avec son patient.

L'ensemble de ces comportements illustrent plusieurs difficultés :

1. Comment gérer la *relation transférentielle* superviseur-supervisé ;
2. Comment gérer la *relation thérapeutique* du supervisé et de son patient ;
3. Comment gérer l'équilibre entre un contrôle de la *qualité du travail* du supervisé et une aide au *développement des compétences* de ce dernier.

## QUELQUES OBSERVATIONS DE LA PRATIQUE DES SUPERVISÉS

Ici j'évoquerai aussi bien les supervisés qui n'ont pas encore ou ont à peine débuté une démarche personnelle que ceux qui sont déjà avancés dans une telle démarche.

Leur observation montre aussi d'énormes différences dans leur comportement, tant face à leurs superviseurs que face à leurs patients. Ces différences ne sont pas seulement liées aux personnalités des thérapeutes mais ont aussi à voir avec leur conception de la psychothérapie ou de la

psychanalyse. Là encore, on peut distinguer schématiquement quelques catégories assez marquantes :

- Les « spontanés » : ils tiennent à leur spontanéité et se réfèrent essentiellement à leur propre subjectivité. Ils sont très sensibles aux émotions du patient, s'impliquent énormément, éprouvent parfois un peu de peine à prendre distance de la situation thérapeutique. En ce qui concerne leurs compétences, ils sont peu intéressés par la théorie et, sans en avoir conscience, ils ont tendance à orienter eux-mêmes l'entretien, à faire partager aux patients leurs propres conceptions du monde. Par ailleurs, ils donnent des interprétations portant essentiellement sur la signification du contenu des propos du patient, et prêtent moins d'attention aux mécanismes de défense et aux résistances.

Les spontanés se recrutent d'ordinaire chez des jeunes thérapeutes qui s'intéressent beaucoup à l'approche psychanalytique mais n'ont pas encore commencé de démarche personnelle. Ils ont souvent une organisation de personnalité très souple, ne manquent pas d'*insight* mais n'ont guère de connaissances théoriques, ce qui les rend très vulnérables face au patient. La question se pose de savoir, dans les cas où le psychothérapeute n'a pas fait de démarche personnelle, s'il est bon de poursuivre la supervision. Pour ma part, j'ai opté pour l'affirmative dans la mesure où leur ouverture permet très souvent de mettre en évidence leurs mouvements contre-transférentiels, ce qui leur permet de comprendre la nécessité d'une démarche personnelle.

- À l'opposé, on peut décrire une certaine catégorie de « timides » : ceux-ci se taisent beaucoup, ils sont très à l'écoute du patient, mais ils ne montrent guère leur empathie, ils craignent de se tromper et ne se prononcent guère sur le contenu des propos du patient. Dans les séances de supervision, ils se montrent surtout très curieux de savoir ce que pense le superviseur. En réalité, il s'avère souvent que leurs compétences théoriques et leur *insight* sont largement supérieurs à ce que leur attitude de dépendance pourrait laisser supposer. Là encore, c'est essentiellement une démarche personnelle qui améliorera les choses. Le comportement (didactique) du superviseur peut les orienter en ce sens.

Une sous-catégorie de timides est celle des supervisés « schizoïdes » : leur style se caractérise par une attitude de froideur et de distance affective. On a l'impression que le supervisé se défend d'éprouver toute émotion face à son patient en gardant une distance glaciale. Face au superviseur, il est très susceptible, se défend contre les remarques qui lui sont faites, remarques qui paraissent le persécuter. Ici, il ne s'agit plus d'inhibition mais d'un véritable trouble de la personnalité.

Ceci est d'autant plus frappant qu'ils ont d'ordinaire entrepris une démarche personnelle depuis longtemps et qu'ils se montrent très motivés pour leur travail. Par ailleurs, leurs compétences théoriques sont grandes, mais l'application de la théorie à la pratique est manifestement déficiente. D'un point de vue didactique, il incomberait au superviseur de rendre le supervisé attentif à ce problème. On pourrait dire que c'est essentiellement la vérification des compétences pratiques qui compte ici.

- Une autre catégorie est celle des « studieux » : très curieux, ils observent leur patient comme un objet d'étude, sans trop se préoccuper de leur propre subjectivité ou de celle de leur patient. Il s'agit là, d'ordinaire, de psychothérapeutes s'étant engagés dans des psychothérapies dites psychanalytiques sans avoir eux-mêmes fait une démarche psychanalytique et ayant une connaissance très superficielle de ce qu'est la psychanalyse. Les psychanalystes en formation n'ont pratiquement jamais cette attitude. En ce qui me concerne, j'ai toujours refusé de poursuivre la supervision de tels sujets, non qu'ils soient obligatoirement de mauvais psychothérapeutes, mais il me semble erroné de donner à un traitement une qualification qui ne correspond en rien à la nature du travail proposé. Ceci est nocif tant pour le thérapeute lui-même que pour le patient.
- Une dernière catégorie est celle des « intellectuels » : ces psychothérapeutes, quant à eux, ont d'excellentes connaissances de la théorie psychanalytique. Ils ont lu d'innombrables ouvrages et sont capables de citer tous les auteurs. Cependant, théoriciens dans l'âme, ils cherchent à tout prix à appliquer leurs connaissances à leurs patients, au risque de déformer la réalité clinique. En quelque sorte, ils inversent la démarche qui devrait être de tout psychanalyste, à savoir, premièrement, l'écoute du patient, deuxièmement un questionnement sur ce que le patient est en train de dire et de faire et, troisièmement, un questionnement sur les rapports entre ce que dit le patient et nos connaissances théoriques. L'intellectuel, quant à lui, suit une démarche inverse, à savoir, premièrement, des connaissances théoriques, deuxièmement, l'écoute du patient et troisièmement, une interrogation sur la manière d'appliquer les connaissances théoriques à ce qu'il a entendu. J'ai été frappé de voir que nombre d'entre eux suivent eux-mêmes une psychanalyse dite « didactique ».

De fait, l'ensemble des comportements décrits jusqu'ici concerne essentiellement les psychothérapeutes se trouvant au début de leur formation. Les psychothérapeutes ou psychanalystes plus avancés dans

leur formation ont d'ordinaire des comportements plus nuancés. Mais, dans tous les cas, on retrouve deux difficultés principales :

1. Savoir comment utiliser le propre contre-transfert comme moyen de connaissance du fonctionnement psychique du patient ;
2. Savoir comment lier la théorie et la pratique.

## MODÈLE IMPLICITE TRANSMIS PAR LE SUPERVISEUR

Quelle que soit la pratique de supervision, un modèle théorique implicite est transmis. Par exemple, l'analyste silencieux transmet implicitement l'idée que c'est la mise à jour de l'inconscient individuel du supervisé (essentiellement transfert inconscient) qui permettra au patient de changer. Ce modèle est donc très proche de la première topique freudienne. Quant aux analystes « bavards », ils transmettent implicitement l'idée qu'en psychanalyse il n'y a pas de modèle théorique de référence stable et que chacun peut choisir – ce qu'un de mes collègues appelait avec humour, sa « métapsychologie de poche ». L'autre est un *alter ego* qui n'est pas là pour être supervisé mais pour échanger des idées. En somme, quelle que soit la théorie ou la « non théorie » de référence, le patient changera. Quant aux didacticiens, très soucieux de la précision théorique, ils transmettent évidemment l'idée qu'une application rigoureuse de la théorie à la pratique permettra la guérison du patient. En réalité, selon moi, la variété des différents modèles implicitement transmis traduit la difficulté du psychanalyste de se référer à un modèle clair définissant les conditions du changement psychique chez le patient et le mode de transmission de ce modèle au supervisé. Ici nous sommes confrontés à la problématique de la technique psychanalytique ou psychothérapique.

## QUESTIONS TECHNIQUES

En ce qui concerne Freud, on sait qu'il a écrit peu d'articles sur la technique. Dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920), il a écrit à peu près ceci :

« Vingt-cinq années de travail intensif ont eu pour conséquence d'affiner la technique psychanalytique des buts immédiats qui diffèrent totalement de ceux du début. Au début en effet, toute l'ambition du médecin analyste devait se borner à conjecturer ce qui était caché dans l'inconscient du

malade, à réunir les éléments en un tout et à les communiquer en temps voulu. La psychanalyse était avant tout un art d'interprétation. La tâche thérapeutique n'était aucunement résolue pour autant. Un dessin nouveau se fit alors jour qui consistait à obtenir du malade une confirmation de la construction, en le poussant à faire appel à ses souvenirs. »

De fait, cette seconde option technique commence pratiquement en 1904, lorsque Freud abandonne l'idée de l'interprétation de contenu pour lui substituer (il serait peut-être plus juste de dire « pour ajouter ») celle d'interprétation des résistances. Cependant il s'est très peu étendu sur cette question et ce sont surtout ses successeurs qui se sont efforcés de clarifier un peu les choses, à commencer par sa fille, Anna Freud, qui s'est intéressée aux mécanismes de défense. Par ailleurs, Mélanie Klein a surtout mis l'accent sur la problématique fantasmatique qu'elle considère comme fondatrice du psychisme tandis que Ferenczi et Balint ont été à l'origine d'un courant s'intéressant essentiellement à la relation thérapeutique. Cependant si l'on examine la pratique des superviseurs et des supervisés débutants ou avancés, on s'aperçoit que pratiquement tous donnent la priorité à l'interprétation des contenus, à savoir la première manière freudienne. Peu d'entre eux mettent l'accent sur l'interprétation des résistances et des défenses. En revanche, on met aussi beaucoup l'accent sur la question du transfert.

De plus, j'ai pu remarquer que, autant en Europe qu'outre-Atlantique, la difficulté majeure des jeunes psychanalystes ou psychothérapeutes est de lier théorie et pratique. Certains sont d'excellents théoriciens mais de médiocres praticiens, d'autres sont d'excellents praticiens (en certaines circonstances) mais ne savent guère ce qu'ils font.

Je rappelle qu'il s'agit là de mes propres observations et que je n'en tirerai pas de conclusions définitives. Tout au plus dirais-je que, selon mes constatations, la tendance spontanée des psychothérapeutes est de se référer implicitement à la première topique freudienne, quelle que soit la problématique du patient. De toute façon, ce qui paraît constamment manquer, c'est une claire vision du fonctionnement psychique et une claire théorie du changement psychique. Trop nombreux sont ceux qui croient qu'il suffit de comprendre et de verbaliser ce que l'on a compris pour aider le patient à changer. Or trop souvent le psychanalyste, et quel que soit son degré de formation, tend à confondre sa propre subjectivité avec celle de son patient. Il raisonne en effet par analogie et *non* par analyse, ce qui interdit tout véritable accord. Ce même problème se retrouve évidemment dans le rapport superviseur-supervisé, en ce sens que le superviseur se réfère à sa propre vision des choses plutôt qu'à un modèle objectivable et partageable. Tout ce que peut dire en ce sens

le superviseur, c'est comment il voit lui-même les choses sans pouvoir affirmer que le supervisé soit plus aveugle que lui. C'est d'ordinaire en ces termes que s'exprime tout bon superviseur, pourtant il serait plus judicieux que chacun sache que la réalité psychique présente des facettes multiples.

Il me semble nécessaire ici, et par souci de clarté, de préciser quels sont, à mes yeux, les objectifs possibles d'une supervision. Il me semble que ces derniers peuvent être divisés en trois groupes :

1. Vérification et amélioration des compétences pratiques du supervisé ;
2. Vérification et amélioration des capacités d'application des connaissances théoriques ;
3. Maîtrise du contre-transfert (apprendre à se dégager de l'emprise du patient) et capacité de l'utiliser (élaboration et interprétation).

Tout ceci implique au moins deux problèmes :

1. La définition d'un modèle théorique de référence ;
2. Permettre au supervisé de distinguer sa propre subjectivité de celle de son patient.

### À propos du modèle théorique psychanalytique

J'ai déjà mentionné plus haut l'évolution de la pensée freudienne, je n'y reviendrai pas. Je préciserai ici que, du point de vue psychanalytique, on était très tôt attentif à la question du transfert et du contre-transfert. En ce sens, on s'intéresse principalement à ce que le patient et le psychanalyste vivent, ressentent, imaginent, fantasment à l'intérieur de la relation psychanalytique. On ne s'intéresse guère à ce que l'un et l'autre font dans cette relation, à savoir à l'influence réciproque du patient sur son thérapeute et vice-versa. Or la question du « faire » est tout de même présente en psychanalyse mais, d'ordinaire, sous une forme négative, par exemple « suggestion », ou « *acting out* », « mise en acte », etc., le tout étant considéré comme *résistance*. Par ailleurs, on est assez peu sensible aux différentes pratiques des psychanalystes, bien que l'on sache et accepte l'idée que les comportements des uns et des autres sont loin d'être les mêmes. Tout se passe comme si on laissait à chacun la liberté de décider de sa technique à l'exception des *règles d'abstinence, de silence et de neutralité*. Il est vrai que chacun de nous a sa propre personnalité, sa propre créativité, mais est-il vraisemblable que ces dernières suffisent à faire de nous de bons professionnels psychanalystes ou de bons psychothérapeutes ? Par ailleurs, en ce qui concerne les patients, on admet en psychanalyse que la problématique inconsciente

influence le comportement de ces derniers, de même qu'on admet aussi que le contre-transfert inconscient peut influencer le comportement de ce dernier en psychanalyse. Ce sont ces considérations qui m'ont amené à m'intéresser de près au rapport entre le comportement des uns et des autres et la psychanalyse, à savoir au rapport entre le caractère visible d'une personnalité et sa problématique intrapsychique.

Très tôt, j'avais eu l'occasion de constater que la connaissance psychanalytique associée à une approche systémique (accent mis sur l'observation directe d'une relation) permet un diagnostic précoce et fiable du fonctionnement psychique du patient. Ceci m'avait conduit à m'intéresser aux rapports possibles entre théories systémique et psychanalytique ; si les uns et les autres préfèrent mettre l'accent sur leurs différences épistémologiques, j'ai relevé, pour ma part, que certains psychanalystes tels Rickman, Ferenczi, Balint, Winnicott, etc., s'intéressent à la relation thérapeutique au même titre que les systémiciens. J'ai donc préféré m'intéresser aux points communs entre l'épistémologie psychanalytique et l'épistémologie systémique. J'ai donc présumé qu'il existait obligatoirement des ponts entre l'une et l'autre approche (*meta-épistémologie*). Ainsi, nous disposerions d'un puissant outil de validation (ou d'invalidation) de la psychanalyse ainsi qu'un excellent instrument didactique.

Ce dernier aspect concerne évidemment le sujet de la supervision. Cette hypothèse a été à l'origine de mon approche empirico-théorique qui articule diagnostic, changement psychique et stratégie thérapeutique. Les résultats de cette recherche sont très utiles, tant pour ce qui concerne la question du diagnostic de fonctionnement psychique (Gilliéron, 2004a) que pour ce qui concerne les stratégies psychothérapeutiques (Gilliéron, 2004b). Cette approche m'a logiquement amené à m'intéresser aux caractéristiques des organisations de la personnalité du patient, un peu dans la même optique que des auteurs comme Bergeret ou Kernberg. Connaître les caractéristiques de la relation entre thérapeute et patient permet d'émettre un diagnostic sur le fonctionnement psychique de ce dernier et de définir clairement la meilleure stratégie permettant d'aboutir un changement psychique. C'est ainsi que j'ai pu lier clairement la question de la stratégie psychothérapeutique à celle du diagnostic psychodynamique portant sur le fonctionnement psychique du patient. En effet, les caractéristiques fondamentales du transfert sont directement liées, à mon avis, à l'organisation de la personnalité. Mettre en évidence le comportement spécifique du patient (*étayage objectal*) face au psychanalyste lors des premiers entretiens surtout, permet assez facilement de définir son fonctionnement psychique. Ce que je voudrais relever c'est

que les organisations de personnalité sont beaucoup mieux mises en évidence si l'on ne se contente pas d'écouter le discours des patients et que l'on observe leur comportement, ou plutôt les réactions suscitées par leur comportement. *L'étayage objectal* définit la manière dont un sujet utilise son partenaire pour confirmer sa propre identité.

Par ailleurs, connaître le fonctionnement psychique permet de définir non seulement la nature du traitement à proposer mais encore la meilleure manière d'affronter le système défensif du patient et de favoriser le processus psychanalytique. Ceci permet aussi de mettre en évidence certaines règles fondamentales qui régissent les relations thérapeutiques ou conduisent au changement psychique.

Mon modèle théorique (*étayage objectal*) est indirectement applicable à la pratique de la supervision. À la base, il se fonde sur une double observation : celle du patient en action et celle du psychanalyste en action (effets observables de la relation transfert-contre-transfert), autrement dit sur leur interaction (transfert-contre-transfert « en action »).

Cette approche implique aussi le renoncement à la toute-puissance du psychothérapeute qui doit accepter de se considérer comme un élément actif de la relation : il n'est pas « neutre », il n'est pas que le « miroir » du patient, il est en réalité l'objet de l'influence exercée par ce dernier (contre transfert mis en acte). C'est l'analyse de ses propres réactions qui fournira au psychanalyste l'instrument diagnostic le plus puissant. Il s'agit donc d'observer la relation psychanalyste-patient et non pas seulement le patient. La neutralité est quelque chose qui se gagne au prix d'un gros effort exercé sur soi-même, condition indispensable à l'*insight*. Le résultat de toute psychothérapie psychanalytique dépend donc d'une double implication, celle du patient et celle du psychanalyste : en s'impliquant affectivement le psychanalyste renonce à la toute puissance narcissique ; mais il doit aussi être capable de se détacher de cette implication pour analyser son vécu, ce qui lui permettra de donner une signification à la relation psychanalytique et permettra au patient de changer. Ce double renoncement narcissique (implication affective puis renoncement à cette implication) est le facteur thérapeutique le plus puissant. Mais cette frustration n'est acceptable que si le psychothérapeute est capable d'investir narcissiquement cette fonction symbolique et paradoxale qu'est le savoir : le « savoir » est le tiers liant.

Je ne peux évidemment pas m'étendre sur cette question et renvoie le lecteur aux deux ouvrages cités plus haut. Toutefois, je montrerai ici, schématiquement, l'application de ce modèle et ses effets tant sur la supervision que sur le processus psychanalytique.



## Comment aider le supervisé à distinguer sa propre subjectivité de celle de son patient ?

Pour éviter tout malentendu, lorsque l'on me demande une supervision, je précise au supervisé que ma manière d'affronter les problèmes pourra parfois le surprendre un peu mais que j'essaierai de lui expliquer les raisons de mes remarques, au fur et à mesure des séances. Je résume ici les différents points sur lesquels je suis amené à insister :

- Ce que tout le monde sait, mais que les psychothérapeutes oublient trop souvent : c'est le *contexte* qui donne signification aux messages, aux propos des individus. Un dialogue sur une scène de théâtre n'a pas la même signification que dans la rue, en famille, entre étrangers, etc. Ceci vaut aussi pour les psychanalystes où le discours des patients n'a pas la même signification, à l'intérieur du *cadre psychanalytique* (contexte) que s'il était adressé au psychanalyste hors de la cure. Il a d'ailleurs fallu inventer la notion de *transfert* pour expliciter cette différence qui, de prime abord, n'apparaissait pas si évidente ;
- Le *cadre psychanalytique* comporte une *règle fondamentale* imposée au patient (*libres associations*) à laquelle répondent des règles imposées au psychanalyste : *silence, abstinence, neutralité* ;
- Ce que l'on ne réalise pas assez clairement d'ordinaire, c'est que ce cadre crée une asymétrie où le psychanalyste est soumis à l'emprise du patient. Le psychanalyste doit, en quelque sorte, se laisser « prendre » non seulement par le discours du patient mais encore par les aspects non-verbaux de la relation imposée par ce dernier. Il s'ensuit une relation dont la dynamique dépend presque entièrement du patient. D'un point de vue narcissique, et pour protéger son identité, le psychanalyste ne peut que commencer par réagir en tant que personne dans le secret de son âme, et non en tant que psychanalyste : c'est l'élément *contre-transférentiel* contre lequel on cherche à se protéger en préconisant la *psychanalyse didactique* ;
- Se pose alors un problème : comment sauver son propre narcissisme tout en accordant le maximum de place au patient ? Selon la théorie psychanalytique, c'est l'interprétation du transfert qui le permettra ;
- C'est ici qu'intervient ma propre théorie : il n'y a pas d'interprétation possible si le psychanalyste n'a pas « vécu » l'expérience relationnelle (transférentielle) imposée par le patient. Sans ce vécu, l'interprétation n'est que le fruit d'une observation froide et détachée qui ne saurait apporter le moindre *insight* au patient. Ainsi, en toute logique, le psychanalyste doit tout d'abord se laisser entraîner dans une relation « normale », à savoir, se donner la liberté de ressentir *momentanément*

ce que son patient lui fait vivre et réagir affectivement, sinon rien ne se passerait, en ce sens que la relation serait niée. Si le psychanalyste se contente d'observer, il n'est pas en contact avec l'inconscient du patient... Par exemple, une patiente (de structure prépsychotique) qui me consultait pour la première fois m'a dit, dès qu'elle s'est sentie en confiance, et ce sont strictement ses mots : « j'étais complètement morcelée, je n'avais pas d'identité. J'ai alors suivi une psychothérapie pendant trois ans chez le docteur X... Depuis lors je ne suis plus morcelée, mais je ne suis pas moi-même. » Il est certain que, durant ces trois ans, X... n'est jamais entré en relation avec sa patiente : il s'est contenté de lui donner des soi-disant « interprétations ».

Mais le psychanalyste doit ensuite absolument se « dégager » de son implication affective, ce qu'il fera par une interprétation portant sur ce qui s'est passé dans la relation. C'est cela qui va permettre le changement chez le patient et la récupération de son identité chez le psychanalyste (Gilliéron, 1999). Le processus psychanalytique est donc un processus dynamique d'implication mutuelle patient-psychanalyste et de « désimplication ». Dans ce rapport dynamique, le psychanalyste n'a pas à exprimer verbalement toutes ses interprétations pour se dégager, il suffit qu'il les pense. Le *cadre psychanalytique* s'inscrit dans le *cadre social* et permet de donner sa spécificité à la relation psychanalytique par rapport aux relations sociales habituelles. Il existe donc un rapport dynamique entre le contexte social et le contexte de la cure. Par conséquent, si l'on désire comprendre ce qui se passe vraiment, il convient d'étudier la relation psychanalytique à l'intérieur de son contexte social. Ce qui signifie que tant le psychanalyste que le patient doivent être capables à la fois d'oublier le contexte social et d'en tenir compte.

## CAS CLINIQUE

Je me fonderai maintenant sur un cas de supervision pour illustrer mon approche.

Il s'agit d'un jeune patient qui a été suivi et supervisé pendant plus de trois ans par une psychanalyste qui a décidé de changer de superviseur et de me présenter ce cas. (Je précise qu'elle n'était pas en conflit avec son superviseur mais voulait simplement faire une autre expérience de supervision.) Ce patient présentait des troubles qui, durant tout ce temps, avaient été considérés comme *névrotiques* alors qu'il m'était apparu très rapidement qu'il n'en était rien et que ce patient fonctionnait plutôt à un niveau *prépsychotique*.

Ceci est une séance de supervision pour laquelle j'ai disposé d'un compte rendu écrit de la thérapeute (pour d'autres séances le compte rendu était oral).

Appliquons maintenant les principes évoqués plus haut à l'analyse d'une séance du patient précité. Les notes de séances du supervisé sont en caractères romains, et mes réflexions et observations en *italique*. Les éléments des notes sur lesquelles portent plus spécifiquement mes interventions sont soulignés.

Passons maintenant au texte de la séance.

*Première entrevue après le retour de vacances*

(Silence de 5 minutes...)

*Que se passe-t-il dans ce silence ? Il y a quelque chose qu'il ne dit pas. La suite va montrer ce qu'il ne dit pas. Il s'agit ici d'une situation spécifique : la première entrevue après le retour de vacances. Si l'on ne tient pas compte de ce contexte, on ne peut rien comprendre à ce qui se passe. C'est évidemment ce qui peut arriver ici dans la mesure où le patient semble élaborer avec finesse son problème relationnel, lorsqu'il commence la séance en disant « ce que je trouve le plus difficile avec K, c'est de départager ce qui est à moi de ce qui est à elle. » On peut avoir l'impression que le patient comprend très bien quel est son problème, à savoir une certaine confusion des identités. Or il n'en est rien, comme nous le verrons, ce qui amènera le patient à tirer des conclusions erronées de ses associations.*

P. : – « Ce que je trouve le plus difficile avec K, c'est de départager ce qui est à moi de ce qui est à elle. Est-ce à cause de mes difficultés sexuelles, puis elle, elle perd le contrôle... K et moi on a des problèmes complémentaires, moi, j'ai de la difficulté à ressentir mon désir et à le lui montrer, elle, elle vit du rejet. »

*En réalité, le patient ne fait aucune allusion à la séparation des vacances et reprend son discours comme si rien ne s'était passé. C'est probablement cela qui était caché dans le silence. Or, que représente une absence ? D'un point de vue relationnel un manque (tu m'as manqué, j'étais enfin libre, etc.) D'un point de vue psychanalytique, une rupture du lien associatif et reconstruction des résistances (C'est difficile de reprendre, j'ai tout oublié, etc.). On peut donc supposer que, ce qui était non dit, c'est quelque chose de cet ordre, à savoir la perception d'un manque, ce qui, du point de vue du fonctionnement psychique de ce patient prépsychotique (au moi morcelé), pourrait représenter un progrès : il commencerait à percevoir l'importance des liens, de la continuité des liens même en l'absence de l'autre. C'est pourquoi j'aurais simplement demandé : « À quoi pensiez-vous durant ce silence ? ». Ceci m'aurait donné une meilleure idée de la position transférentielle du patient qui aurait pu répondre : « À rien, ou rien d'intéressant, ou à mes vacances, etc. ».*

Psy : – « Voyez-vous un lien entre votre difficulté à exprimer votre désir et son sentiment de rejet ? »

*Vous voyez que vous entrez dans le jeu du patient et vous faites comme s'il n'y avait eu aucune absence, que le temps ne compte pas.*

P : – « Cela fait un contexte difficile, ça accentue la pression que je sens, je la mets dans cet état, je lui fais du mal...

Psy : – Parlez-moi de cette pression.

P : – Ce serait d'agir pour combler son manque qui est d'être désirée la pression c'est l'expression de son mécontentement sur moi... Je veux qu'elle attende que je sois prêt, je ne veux pas céder à ses pressions... mais je suis étonné qu'elle ne soit pas encore partie... si elle partait je vivrais deux émotions contraires : une grande tristesse et un soulagement, soulagement à cause des pressions qu'elle me fait. Je n'en aurais plus de ces pressions de sa part à cause de mes difficultés sexuelles... Ma tristesse serait de la perdre comme partenaire de vie... J'ai le désir de partager ma vie avec elle.

Psy : – Être amoureux, est-ce que ça ne va pas avec l'expression de sa sexualité. Quel est donc ce désir dont vous parlez ?

P : – Moi je l'aime dans ce qu'elle est. Je ne peux pas tout décrire... je sais qu'il y a en dedans de moi un mouvement qui ne peut s'exprimer, quelque chose qui ne peut pas prendre forme. J'ai l'impression que ce quelque chose est plus fort que moi... Quelque chose sur laquelle je n'ai pas beaucoup de prise.

Psy : – C'est ce quelque chose que vous nommez un mouvement. Qu'est-ce que vous voulez dire par cela ?

P : – Je reviens à quand j'étais plus jeune, que j'avais des pulsions avec les filles. J'étais incapable de passer à l'acte. Je vivais mes pulsions, seul.

Psy : – Le mouvement que vous n'avez pas maintenant c'est d'aller vers l'autre. Alors quand K vous désire, vous sentez ce désir comme une pression, car ce n'est pas votre mouvement à vous dont il s'agit.

P : – J'ai toujours vécu ma sexualité, seul. Je ne suis pas dans un monde relationnel. J'ai un blocage. Peut-être est-ce une déviation qui va vers de l'autoérotisme... Je parle de blocage car j'ai beaucoup de difficulté à aller dans une sexualité à deux, à m'abandonner, à me laisser aller... Il y a une retenue. » (Silence.) (Fin de la séance.)

*J'ai souligné ces passages parce qu'ils illustrent bien ce que j'essaie de montrer à propos du fonctionnement prépsychotique. Le désir est vécu comme une pression intolérable qui met en cause son identité : « Je veux qu'elle attende que je sois prêt » signifie qu'il ne se sent pas prêt à recevoir le désir de l'autre ; ce qui est confirmé par : « Je vivais mes pulsions, seul ». Le problème est un problème relationnel où l'identité du patient est mise en danger par le désir de l'autre, ce qui est typique du prépsychotique dont les frontières du moi sont extrêmement fragiles. Le désir sexuel met en danger ces frontières, ce qui fait que le patient doit toujours s'en défendre. C'est la raison pour laquelle j'insiste sur la nécessité d'un travail intensif sur le moi*

*avant d'investiguer la question des désirs. Vous avez remarqué qu'il n'est pas question de culpabilité face aux désirs mais d'un malaise indéfinissable.*

Résumé de la séance suivante

P. : – « Je pense à mon père. Je me suis beaucoup rapproché de lui cet été. J'ai plus de contact avec lui qu'avec ma mère. J'ai un sentiment de culpabilité.

Psy : – Qu'est-ce qui vous permet d'imaginer que vous soyez responsable du malaise de votre mère ?

P. : – Je suis troublé parce que je m'éloigne d'elle et que je me rapproche de mon père. C'est elle qui a pris soin de moi quand j'étais petit. Je vois ma mère comme une femme triste qui a passé à côté de sa vie. J'ai une tristesse devant sa peine. Je n'arrive pas à me détacher de tout cela.

Psy : – Ne pensez-vous pas que ce qui la trouble est de vous savoir en train de développer un lien avec votre père ? »

*Vous parlez de ce qui se passe chez la mère et non chez lui : vous êtes une vraie sorcière qui sait lire à distance l'âme des autres. Qu'est-ce qui trouble votre patient ? Il y a quelque chose de l'ordre de l'angoisse de « défusion » si l'on peut dire. S'il se rapproche de son père, condition fondamentale pour trouver son identité, il confronte sa mère au fait qu'elle « a passé à côté de sa vie ». Elle n'a donc pas de vie propre... Parler de la mère réelle est dangereux ici dans la mesure où les frontières du moi du patient sont très fragiles et qu'il a peine à distinguer ce qu'il « imagine », de la réalité.*

P. : (silence) – « C'est tellement gros, tellement chargé émotionnellement, ma mère prend tellement de place en moi. »

*Je pense, quant à moi, que le patient est perplexe ici.*

Ces deux séances illustrent bien l'importance du rapport entre théorie et clinique. Ici, le comportement du patient ainsi que son système associatif sont caractéristiques, selon ma théorie, d'un fonctionnement prépsychotique. Selon la théorie du précédent superviseur, il s'agissait d'une névrose. Il est évident que si je n'explicite pas ma position au supervisé (il s'agit de prépsychose) je commets une faute éthique et j'entretiens la confusion ; d'autant plus que je suis persuadé que cette psychothérapie, qui stagne depuis trois ans, évoluera favorablement si l'on change de technique. Mais le supervisé acceptera plus facilement mon point de vue si je l'appuie sur des bases concrètes et observables comme le comportement du patient *et du psychanalyste* par rapport au cadre, par exemple.

En l'occurrence, le contexte (retour de vacances) et le comportement du patient (absence d'allusion au temps écoulé) fournissent deux points de repère solides pour analyser la problématique du patient. Ce dernier reprend les séances comme s'il n'y avait pas eu de coupure temporelle. Ce comportement diffère totalement de celui d'un patient qui dirait : « Ces vacances m'ont paru longues, les séances m'ont manqué » ou

au contraire : « Les vacances m'ont paru très courtes », ou encore : « Vous m'avez manqué », ou : « J'ai beaucoup pensé aux dernières séances durant les vacances », etc. À chaque fois le temps est pris en compte, même si ces différentes attitudes traduisent des problématiques différentes : « abandonnique » ou « névrotique » mais certainement pas psychotique. Je ne m'arrêterai pas sur ce dernier point mais je préciserai que ce qui permettra au supervisé de percevoir l'importance du contre-transfert c'est sa réaction au comportement du patient (étayage objectal).

Dans l'exemple précité, c'est le fait que le psychothérapeute entre dans le jeu de négation du temps qui permet de comprendre à la fois l'emprise du patient et la nécessité de se dégager de cette emprise par l'interprétation. Seule la supervision permet au psychanalyste de bien intégrer ce phénomène, et c'est bien là son effet didactique indispensable.

## CONCLUSION

Je me suis interrogé, dans cet article, sur la transmission du métier de psychanalyste et de psychothérapeute. Les psychanalystes se sont beaucoup penchés sur cette question et la réponse que l'on donne d'ordinaire est que la psychanalyse se transmet, en quelque sorte, par initiation : c'est essentiellement l'expérience personnelle d'une psychanalyse dite didactique qui permettra au futur psychanalyste d'apprendre son métier. Cette expérience est complétée par la fréquentation de séminaires, de lectures, et par des supervisions. On aura compris que je ne partage pas complètement ce point de vue. Si l'expérience psychanalytique personnelle est d'une valeur incomparable pour aider le sujet à se comprendre lui-même, elle est un piètre moyen d'apprentissage du métier de psychanalyste. Elle permet au sujet d'apprendre le style de son propre psychanalyste, mais ne donne ni formation technique ni ne permet de comprendre la logique des règles de la psychanalyse ou de la psychothérapie psychanalytique.

Pour ma part, je considère que c'est la supervision qui occupe une fonction centrale dans la formation du futur psychanalyste et du futur psychothérapeute. En évoquant mes propres expériences de supervisé et de superviseur et en les confrontant à d'autres pratiques, j'ai discuté les problèmes auxquels sont confrontés supervisés et superviseurs avant d'exposer la conception qui s'est progressivement imposée à moi : celle d'une supervision didactique occupant une place centrale dans le processus de formation du futur psychothérapeute.

## BIBLIOGRAPHIE

FREUD S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, trad. fr., Paris Payot, 1981.

GILLIÉRON E. (1999), « Interprétation, *insight* et changement dans l'investigation psychodynamique brève », in *Psychothérapies*, vol. XIX, n° 2.

GILLIÉRON E. (2004a), *Le Premier Entretien en psychothérapie*, Paris, Dunod.

GILLIÉRON E. (2004b), *Les Psychothérapies brèves*, Paris, Dunod, 2<sup>e</sup> éd.

## Chapitre 3

---

# ÉTHIQUE DE LA SUPERVISION

Alain Delourme

DANS l'un de ses romans, *Le Sagouin*, François Mauriac évoque un père qui « n'entendait son enfant qu'à travers son propre tumulte ». Il est attendu du superviseur qu'il perçoive et pense le tumulte de son client en le différenciant du sien. Ainsi aura-t-il quelque possibilité d'accueillir cet autre qui se confie à lui et de le comprendre. Et ainsi de l'aider à accueillir et comprendre ses patients.

Le supervisé, comme tout un chacun, est confronté aux limites de ses connaissances intellectuelles, expérientielles et techniques. Les différents registres de la connaissance – savoir, savoir faire, savoir être et savoir devenir – sont convoqués dans l'exercice de son métier et sont donc interrogés dans celui de la supervision.

Son amour propre est mis à mal dans son travail. Le moins propre aussi. En d'autres termes, c'est tout son narcissisme, qualifiant et disqualifiant, vital et morbide, nul et grandiose, qui y est interrogé et confronté. C'est pourquoi, s'il n'est pas simple de devenir un professionnel de la psychothérapie, il est peut-être encore plus difficile de le rester. Cela ne manquera pas de faire effet en situation de supervision.

Entre celle-ci et la psychothérapie il n'existe pas de frontières nettes. Au niveau des enjeux et des modalités concrètes de la rencontre, on



trouve plus de points communs que de différences. Il est néanmoins souhaitable de bien les distinguer mais n'oublions pas que ces situations font partie d'un même ensemble qui est l'accompagnement d'êtres qui souffrent et qui s'interrogent.

Explorons quelques spécificités de la situation de supervision.

## FONCTIONS DU SUPERVISEUR

Le projet du superviseur n'est pas la distribution de recettes mais le développement, chez celui qui le consulte, d'une pensée critique et d'une pratique créative. Pour la clarté, on peut dire qu'avant tout c'est un veilleur, un transmetteur et un chercheur.

### Veilleur

Le mot *contrôle* est ambigu, tant il véhicule de connotations surmoïques requérant du supervisé davantage de conformité que de créativité, davantage d'accommodation que d'assimilation. C'est pourquoi en supervision, plutôt que de contrôler, on veille, et ceci de deux manières : on *veille à* et on *veille sur*.

- *Veiller à* : on s'assure notamment que le praticien a effectué un parcours psychothérapique suffisamment avancé, qu'il a suivi une ou des formations et qu'il les a en partie intégrées, et aussi qu'il a une pratique professionnelle qui ne nuit pas à autrui. Généralement, le superviseur se dispense de donner des conseils. Car il sait par expérience qu'ils sont rarement suivis. Toutefois il peut être bienvenu, voire nécessaire dans certains cas où le supervisé n'a de toute évidence pas durablement été analysé, qu'il suggère à celui-ci de poursuivre un travail d'exploration de sa problématique et de conscientisation de son fonctionnement, ou qu'il reprenne, par exemple pour le conclure, un cursus de formation inabouti. Le superviseur n'est pas un juge mais un collègue expérimenté qui a fait de la réflexion sur les enjeux et les modalités de l'accompagnement thérapeutique son métier. C'est à ce titre qu'il intervient et c'est pour cette aptitude que le supervisé le rémunère. La pluralité des styles et des attitudes (plus ou moins parental, plus ou moins collégial, plus ou moins détendu...) ne change rien à cette similarité des raisons de leur relation.
- *Veiller sur* : un des messages à faire passer est qu'il faut d'abord vivre. On avertit le praticien qu'il doit faire attention à ne pas se laisser

happer par les patients et phagocyter par leurs problèmes. Il doit apprendre à se protéger sans se défendre. L'abrasion de ses mécanismes de défense, résultat logique de sa trajectoire thérapeutique, de son parcours de formation et du processus de supervision s'accompagne de la préservation hautement souhaitable de son système de protection. C'est tout un art, une gymnastique personnelle à découvrir, à inventer et à pratiquer.

L'affinement du sens critique vis-à-vis de ce qu'il pense et de ce qu'il fait entraîne une capacité accrue d'intervenir à bon escient, verbalement et non verbalement (qualité de silence qui n'est pas un retrait mais une invitation adressée au patient pour soutenir son propre effort de réflexion, gestes apparemment spontanés mais qui résultent d'une stratégie discrète et même secrète : variabilité des attitudes selon la problématique du client et son état ce jour-là, etc.).

Voici un exemple de supervision individuelle, rapporté par un collègue, montrant qu'on peut à la fois veiller à ce que le patient soit justement accompagné et veiller sur le professionnel responsable de cet accompagnement :

« Une psychothérapeute me parle d'une patiente qui fait son noviciat dans un ordre religieux, elle m'explique la situation puis s'exclame : « j'espère qu'au terme de sa thérapie elle va quitter les ordres ! ». Je l'interroge sur cette réaction et sur son histoire religieuse dont elle m'a déjà parlé pour me dire qu'elle avait réglé ses problèmes avec les « bonnes sœurs ». Et nous mettons en évidence une croyance qui date de la préadolescence : on ne peut pas s'épanouir dans un ordre religieux, puis une généralisation : l'être humain ne peut développer ses potentialités que dans un monde laïque ou dans un univers spirituel détaché des « névroses religieuses », puis une autre généralisation : l'être humain qui s'engage dans une voie religieuse est forcément névrosé et l'objectif de la thérapie serait de le faire sortir du couvent pour soigner sa névrose. Il ne m'appartient pas de réagir sur les contenus mais de l'accompagner dans la prise de conscience d'un élément de sa conception de l'être humain. Dans la prise de conscience aussi qu'elle pourrait orienter la thérapie de la patiente vers son propre « projet » et que son histoire avec la religion catholique n'est peut-être pas complètement réglée. » (Delacroix, 2001, p. 6)

Chacun a une vision de l'être humain, du rapport à l'autre et au monde, qui reste très influencée par son histoire, individuelle, familiale et culturelle. Le superviseur est attentif à ce que le praticien ait suffisamment exploré les différentes thématiques à l'œuvre dans la vie en général, dans sa vie en particulier, et qui ne manquent pas d'apparaître en situation psychothérapique afin d'accueillir celles-ci sans trop frémir ni esquiver.

Il peut d'ailleurs inviter le praticien à mettre ou remettre au travail tel ou tel thème qui semble faire l'objet d'un évitement, d'une projection, d'une formation réactionnelle, d'un clivage ou de toute autre modalité défensive.

*Irène, psychologue clinicienne déjà expérimentée mais psychothérapeute débutante, s'exclame à propos d'une jeune patiente présentant les symptômes de la boulimie : « Je comprends ce qu'elle ressent parce que j'ai vécu la même chose à son âge ». Ce « parce que » pose question et problème. Ce n'est pas parce qu'on a connu des faits semblables qu'on a vécu la même chose et les mêmes événements. D'autant plus que ceux-ci tirent leur signification d'une part du contexte particulier de leur apparition et d'autre part de leur élaboration personnelle et donc subjective<sup>1</sup>. Dès lors, la question à poser à Irène n'est pas tant « comment votre passé de boulimique vous aide à comprendre cette patiente ? », mais plutôt « comment cette analogie vous gêne pour saisir la singularité de sa problématique ? »*

De même que les mécanismes de défense du praticien influencent les modalités d'investigation des mondes intra- et interpsychiques de ses clients, de même leur conscientisation par le praticien augmentera la possibilité de les percevoir et de les interroger chez ceux qu'il accompagne.

Beaucoup de praticiens ne se sentent pas à la hauteur de leur tâche. Et parfois même, dans le secret des échanges avec leur superviseur, ils évoquent leur impression d'imposture. Il faut dire que leur fonction les amène quotidiennement à côtoyer non seulement la souffrance mais aussi la mystification. Les patients se leurrent, se racontent des histoires, et ils tentent plus ou moins adroitement de leurrer les cliniciens qu'ils consultent, de les entraîner dans leurs fables et parfois dans leur délire. Le psychothérapeute peut alors se sentir perdu, manipulé et il se demande s'il est suffisamment analysé et formé pour affronter, client après client, séance après séance, tant de résistances d'autant plus difficiles à identifier et à interpréter qu'elles sont généralement inconscientes.

C'est pourquoi le superviseur l'aide à développer une observation critique, distanciée et objectivante. Pour lui-même tout autant que pour autrui. Car les systèmes défensifs et les résistances à la prise de conscience sont à l'œuvre chez tous. La visée est le développement de la lucidité, en préservant ces précieuses balises que sont le bon sens et la simplicité.

---

1. Pour une réflexion sur ce thème, voir Delourme, 2006, notamment la première partie.

## Transmetteur

Le superviseur, comme celui qu'il accompagne, est présent en tant que professionnel et en tant que personne. Il assume ce double engagement qui fait de lui à la fois un acteur et un observateur, un être impliqué et distancié. C'est en montrant l'exemple qu'il transmet.

Sa capacité à se situer contextuellement, à relativiser son travail, son adaptabilité théorique et concrète aux exigences spécifiques de tel ou tel supervisé, et de telle ou telle situation thérapeutique faisant l'objet de la supervision, sont autant d'exemples donnés à l'observation du supervisé.

Des qualités pédagogiques sont aussi convoquées, non pas en donnant un cours, ce n'est pas le lieu, mais en éveillant la curiosité, en incitant à la lecture, en soutenant l'autodidactisme. Et aussi, parfois, en donnant sa place à ce qui n'est guère indiqué dans les manuels, à savoir le plaisir (à travailler, à partager, à chercher, à penser).

Avant de devenir professionnel, le clinicien a suivi un long parcours de thérapie et de formation qui n'a pas laissé que des traces positives. Bien souvent on devient étudiant et disciple, et surtout on le reste, pour s'éviter cette lourde charge de penser et de parler pour son propre compte. Cette position finit par être redoutable, là même où elle paraît protectrice (Roustang, 1976).

La supervision consiste non seulement à soutenir le supervisé, à l'aider à mieux puiser dans ses ressources personnelles, mais aussi à étayer sa pratique sur ce qui lui semble juste et qui peut être fort différent de ce qu'il a appris à l'université ou dans ses écoles de formation.

*Didier, psychothérapeute pratiquant depuis plusieurs années la psychothérapie analytique en libéral, parle de la situation suivante. Une de ses collègues et amies a en thérapie depuis quatre ans, une femme qui a beaucoup évolué pendant les deux premières années du travail mais qui depuis a tendance à stagner et commence même à régresser. Cette amie dit à Didier que sa patiente aimerait beaucoup poursuivre la psychothérapie avec un homme mais tout en continuant les séances avec elle. Elle a pensé à Didier pour être ce collègue complémentaire. Accepte-t-il ? Didier s'interroge : il est tenté de donner son accord (la patiente viendrait une semaine chez lui, une semaine chez sa collègue, en alternance) mais, dit-il, « cela ne se fait pas d'avoir deux thérapeutes » !*

Le superviseur intervient alors pour problématiser.

Premièrement, ce n'est pas que cela ne se fait pas mais cela se fait rarement. Et l'on peut interroger cette rareté. Il est probable que dans cette situation, le transfert de la patiente sera plus difficile à cerner. Mais n'est-ce pas plutôt le contre-transfert de Didier qui risque d'être mis à mal ? La patiente peut aller raconter à sa collègue ce qui se passe en séance avec lui et sa maîtrise

de la situation s'en trouve considérablement diminuée par rapport au cadre traditionnel. Mais en quoi est-ce un problème ? De quoi a-t-il peur ?

Deuxièmement, on peut considérer qu'en psychothérapie d'adultes, on s'occupe prioritairement de l'enfant en souffrance à l'intérieur de l'adulte. C'est l'enfant mal aimé qui demande à être accueilli et restauré dans ses capacités d'ouverture et de participation au monde. Or, un enfant a généralement été élevé par deux parents ! Pourquoi un patient ne pourrait-il pas avoir deux thérapeutes, dont on sait qu'ils sont des images parentales ? Pourquoi cette situation ne favoriserait-elle pas le processus de maturation ?

Il ne s'agit pas de donner une réponse généralisable mais d'aider Didier à sortir d'une position dogmatique non réfléchie et bloquante (« ça ne se fait pas ! »), de lui transmettre qu'il existe d'autres manières de penser la situation puis de lui laisser exercer sa responsabilité face au choix qui reste le sien.

## Chercheur

Un superviseur n'est pas tant un praticien qui sait qu'un clinicien qui cherche.

Parmi les caractéristiques de la mentalité requise, signalons la curiosité, la rigueur, l'ouverture et la tolérance, comme l'ont identifié certains épistémologues<sup>1</sup>.

Prenons l'exemple d'une session de supervision en groupe. Dans ce groupe de supervision sont inscrits :

- Maurice, psychiatre et bioénergéticien, exerce depuis quinze ans en séances individuelles et sessions groupales ;
- Estelle, psychologue clinicienne et psychothérapeute analytique depuis dix ans ;
- Bertrand, maîtrise de psychopathologie, art thérapeute depuis un an ;
- Véronique, formée à la psychothérapie intégrative après dix ans de *coaching* et un long parcours psychothérapique (notamment en psychodrame analytique),
- Paul, gestalt-thérapeute depuis trois ou quatre ans ;
- Fiona, vient de terminer une formation à l'approche psychodynamique et débute comme psychothérapeute (trois clients) ;

---

1. Voir B. Nicolescu, 1996.

- Brigitte, a cumulé les formations (analyse transactionnelle, méthode Vittoz, EMDR, etc.) et exerce depuis vingt ans en séances individuelles et en groupe.

*Parmi les intervenants lors de cette journée*, Maurice a présenté une situation psychothérapique dans laquelle il se trouvait en difficulté. Xavier, son patient, ne manquait jamais ses rendez-vous, écoutait attentivement les interventions de son thérapeute, faisait les éventuels exercices que celui-ci lui suggérait, et donnait l'impression d'être un bon élève, sympathique et bien adapté. Mais Maurice ressentait de l'agacement, et avait de temps en temps envie de secouer ce patient trop gentil, trop propre, trop « comme il faut ». Il posait le diagnostic de « faux-self », de personnalité « comme si », et se demandait comment il pouvait faire évoluer cette psychothérapie pour qu'elle devienne plus authentique et plus utile.

Une discussion s'ensuivit dont l'idée dominante était qu'il fallait aider Xavier à effectuer une plongée dans son monde interne en insistant moins, ou pas du tout, sur les aspects comportementaux de sa problématique. Mais comment, demanda Maurice, dont le parcours était riche mais dont le rapport à la psychanalyse était marqué par la réserve. Le superviseur expliqua alors la méthode d'associations libres, son grand intérêt pour l'exploration de la vie fantasmatique et la découverte de pensées originales et irrationnelles, ce qui pour Xavier pouvait s'avérer bénéfique. Puis il proposa au groupe quelques minutes d'associations libres collectives afin de concrétiser son propos et d'aider Maurice à l'intégrer.

Après cinquante minutes de discussion, le superviseur déclare : « Pour conclure, je voudrais compléter les questionnements et les réflexions qui viennent d'être partagés par une proposition de lecture. Il s'agit des travaux de Theodor Reik sur la surprise. Reik, dont la vie se situe globalement entre 1890 et 1970 a fréquenté Freud à partir des années 1910 et a beaucoup mis l'accent dans ses travaux sur la rencontre entre les processus inconscients de l'analyste et ceux du patient. Parmi ses ouvrages je vous conseille *Le psychologue surpris* ; c'est ce matin l'intervention de Bertrand qui m'y a fait penser, et aussi *Écouter avec la troisième oreille*, qui porte sur l'expérience intérieure du praticien.

Il y a, par exemple, dans ce livre, un bel article intitulé « Au début est le silence » où Reik évoque une zone de silence existant dans le Pacifique, près de l'île de Vancouver. Nombreux sont les navires qui se sont échoués sur les rochers car aucune sirène n'est assez puissante pour avertir les capitaines. Aucun bruit extérieur ne peut pénétrer cette zone qui s'étend sur plusieurs miles. Les bruits du monde extérieur ne parviennent pas au navire. Pour Reik, le matériau refoulé correspond à cette zone de silence. Lorsque le patient parle, les premiers sons, à peine perceptibles, parviennent à la zone de silence de l'analyste...

Gustav Malher, que Reik a étudié, disait qu'en musique, le plus important ne se trouve pas dans la partition. Ajoutons qu'en psychothérapie, ce qui se dit

est rarement le plus important. Il nous faut détecter ce que cache le discours et ce que révèle le silence. Quand les paroles sont creuses, le silence est souvent vide. Par contre, quand le silence est habité, les patients bavardent moins et les propos sont plus substantiels. »

Effectuons quelques brefs commentaires.

Chacun a le droit d'avoir la pratique qu'il a mais chacun gagne à confronter ses manières de penser et d'agir avec celles de ses collègues. Il identifie mieux son style personnel et reconnaît plus facilement l'existence et la valeur d'autres approches, d'autres modes de pensée. La supervision en groupe s'avère plus adaptée à ce dialogue créatif, à la pratique du multiple. On s'y trouve souvent en communauté de sensibilité mais pas forcément de méthodes. Chacun y est invité à trouver-crée sa pensée et sa pratique dans ce champ de possibles qu'ouvrent les interactions groupales dans le cadre réflexif et convivial proposé par le superviseur.

Ici le superviseur est intégratif, c'est-à-dire qu'il est influencé par différentes théories et différentes méthodes et, plutôt que de chercher à être puriste dans l'un des ensembles théorico-cliniques connus, il souhaite les mettre en rapport. Une présentation de l'ensemble de la journée de supervision permettait de constater qu'il tente de faire varier ses interventions pour se situer en complémentarité, et non en concurrence, vis-à-vis de ce que le supervisé connaît déjà.

Il « jongle » avec les références pour trouver un accordage et une compréhension mutuels. Il tente de comprendre les supervisés, leur identité professionnelle, leurs systèmes de références, certaines de leurs croyances et de leurs convictions, ainsi que leurs zones de clairvoyance et parallèlement leurs zones de cécité. Il tente simultanément de se faire comprendre d'eux. Il est à la fois un miroir, qui renvoie au supervisé une image de ce qu'il est, et une fenêtre qui lui montre une partie de ce qu'il n'est pas encore. Un miroir non pas déformant mais transformant.

Par exemple, avec Maurice, qui est un médecin formé à la psychiatrie et un psychothérapeute formé à l'analyse bioénergétique, le superviseur se réfère rarement à la nosographie psychopathologique et à la typologie issue des travaux de Reich puis de Lowen (tous les deux à l'origine de la bioénergie). Il sait que ce supervisé est compétent sur ces points et il ne servirait à rien d'en rajouter, d'ajouter plus d'informations, sur des sujets déjà connus par l'interlocuteur. Il ne cherche pas à se montrer plus efficient que les supervisés sur leurs domaines singuliers de compétence. Et généralement, il ne l'est pas.

S'il évoque néanmoins ces thèmes dans les échanges, c'est pour conserver un minimum de langage commun. Et surtout il va insister sur d'autres dimensions que le supervisé concerné ne connaît pas ou peu. Dans notre exemple, il insiste sur une méthode, les associations libres, et un auteur, Reik, dont il suppose qu'ils sont peu connus de Maurice, mais aussi de la plupart des praticiens présents.

Que le supervisé entende ou n'entende pas l'invitation, qu'il intègre ou n'intègre pas ce qui lui est transmis en dehors de son champ habituel de réflexion, ne relèvent pas de la maîtrise du superviseur. Celui-ci est satisfait s'il a ouvert des portes, s'il a favorisé des prises de conscience, s'il a provoqué la réflexion.

Cet accompagnement s'avère aussi, volontairement ou non, consciemment ou non, transmission d'une éthique.

## LE CADRE ÉTHIQUE

### De la morale à l'éthique

La notion de morale implique le bien, le devoir ou la vertu. Ses sources d'inspirations sont religieuses et dualistes, ce qui la rend équivoque. Si l'on prend l'exemple de la morale de Kant, celle-ci consiste essentiellement en l'exigence d'accomplir son devoir. On doit aider son prochain parce qu'il a le visage de Dieu. Cette morale de l'obligation est formelle et abstraite, elle s'adresse à l'homme défini comme raison pure.

Or la seule référence au devoir permet rarement de choisir. Par exemple, sur le plan social elle est insuffisante quand il s'agit d'opter pour une liste dans un bureau de vote ou de se prononcer pour ou contre la peine de mort. Sur le plan qui nous occupe, elle est trop réductrice pour définir les buts et les modalités de la supervision en psychothérapie.

C'est pourquoi nous faisons appel à l'éthique qui est une reprise réflexive de la morale. C'est une interrogation sur les valeurs qui président aux choix pratiques. Alors que la notion de morale est porteuse de connotations coercitives, l'éthique évoque plus volontiers la responsabilité. Elle permet d'orienter l'action sans se référer à une transcendance (Dieu, le Bien, le Devoir). Elle est une réflexion sur les affaires humaines afin que celles-ci acquièrent du sens et de la cohérence tant au niveau individuel que collectif. Son contenu procède de l'image que l'homme a de lui-même et de l'idéal d'humanité qu'il poursuit.

Alors que les animaux vivent dans la nature, l'homme existe dans le monde. Le monde est certes relié à la nature qui lui fournit ses



conditions de base mais il s'en distingue aussi dans la mesure où il n'est pas seulement un espace physique mais une enveloppe psychique et culturelle. C'est pourquoi, au lieu d'être assujettis aux seuls cycles de la nature, les hommes vivent aussi une histoire qui peut se modifier dans le temps, connaître des tragédies et des joies. Alors que l'animal ne peut être que ce qu'il est, sans moyen de s'élever au-dessus de soi ni d'ailleurs de tomber en dessous, l'homme est sans cesse menacé d'errance puisque sa liberté est puissance des contraires. Il est le seul à véritablement pouvoir suivre des règles puisqu'il est le seul à pouvoir les enfreindre. C'est ce qui fonde la nécessité de l'éthique.

Les différences entre un homme et un animal mais aussi entre un sage et un « barbare » intéressent au plus haut point la réflexion éthique : la difficulté est que l'homme est à la fois un être spirituel et un organisme biologique, à la fois un individu rationnel et un fou, une personne à la fois subtile et grossière, ce qui impose d'être prudent. On a tenté au <sup>XX</sup><sup>e</sup> siècle de fonder l'éthique soit du côté de la liberté pure, avec Jean-Paul Sartre pour qui l'homme se donne à lui-même son être, soit du côté de la nature pure, avec Jean-Pierre Changeux pour qui l'homme neuronal puise sa moralité dans ses conditions biologiques. Ce dualisme est coûteux quand chacun des termes de la dualité prétend occuper tout le terrain. La réalité ne se réduit pas à cette dichotomie.

L'activité de psychothérapeute et celle de superviseur sont d'emblée plongées dans cette complexité et dans la perplexité qui l'accompagne. Non seulement ils se demandent ce qu'ils « doivent » faire mais en plus ils s'inquiètent à propos de ce qu'ils peuvent faire face à tant de difficultés et d'errances. Car ces professionnels sont placés dans une situation qui est fort différente de celle de l'éthicien, quel que soit son talent. La réflexion sur la psychothérapie et sur la supervision ne se détache jamais sur un fond vide, sur une table rase autorisant toutes les reconstructions mais sur des situations pratiques qui font obligation aux hommes qui les pensent.

La situation de supervision se caractérise par la rencontre singulière entre un professionnel confronté à des difficultés et un autre professionnel dont l'expérience et les qualifications laissent présumer qu'il pourra lui apporter une aide. Leur relation repose sur un contrat d'alliance qui définit entre eux des rapports de réciprocité asymétrique.

Fonder la supervision nécessite d'expliquer les objectifs d'une telle situation. Deux raisons dominent : les deux protagonistes se rencontrent régulièrement pour tenter de mieux comprendre les personnes et les situations qu'ils côtoient, et aussi pour se responsabiliser par rapport à leurs inévitables prises de position tant conceptuelles que pratiques. Ces

raisons concernent le supervisé mais tout autant le superviseur : la tentative de compréhension de l'autre nécessite un effort au moins égal pour se comprendre ; la responsabilisation implique l'autoresponsabilisation (notamment la capacité à assumer et justifier ses choix professionnels).

Ces principes ont vocation à être interpersonnels et transpersonnels. Ils concernent chacun, considéré séparément, mais aussi les liens dyadiques et groupaux auxquels chacun participe ainsi que la collectivité humaine en tant que système englobant.

L'explicitation de certaines bases de cette situation professionnelle est d'autant plus importante que celle-ci vaut aussi comme transmission, consciente ou non, d'une éthique.

## **Chercher à comprendre**

La compréhension, sans vision manichéenne du monde, fait de nous des êtres plus lucides. Elle est le mode de connaissances des situations humaines impliquant l'affectivité subjective. Nous oscillons entre une culture sous-compréhensive (sur un mode scientifico-technique) et une culture sous-explicative (de type humaniste, essentiellement basée sur l'intuition et la vibration empathique). Le projet est que la compréhension et l'explication se contrôlent mutuellement et se complètent dans une boucle constructive de connaissance.

## *Comprendre sans juger*

Le supervisé n'a pas à se justifier, encore moins à avouer. Il n'est pas là pour ça. Il est là pour pouvoir se confier, en toute liberté, sans craindre les foudres de son superviseur. Si celui-ci juge, ne supporte pas ce qu'on lui confie ou rejette celui qui lui ouvre son cœur et son psychisme, c'est qu'il peine à assumer les exigences de son métier.

Lors d'un groupe de supervision, *Stéphanie, psychothérapeute gestaltiste* depuis une dizaine d'années, relate une situation thérapeutique qu'elle a du mal à gérer et pour laquelle elle annonce avoir besoin de l'aide du superviseur et du groupe.

Il s'agit d'un patient pédophile qui consulte parce qu'un juge en a donné l'ordre mais qui peine à explorer son monde interne qui lui paraît « trop compliqué et plutôt glauque ». Ancien enfant martyr, il a souffert très jeune d'attitudes incestueuses et violentes de la part de son entourage proche. Lui-même n'est pas violent et s'avère plutôt touchant et sympathique mais il a régulièrement des passages à l'acte sexuels avec des enfants dont l'âge se situe toujours entre douze et quatorze ans.

À écouter le récit de cette psychothérapie, le groupe de supervision est très remué et partagé. Certains réagissent émotionnellement (« heureusement qu'il n'est pas en thérapie avec moi ! », « comment peux-tu dire qu'il est sympathique ! »...) ; d'autres posent des questions pour chercher à mieux comprendre (« Est-ce qu'il répète ce qu'il a connu lui-même étant enfant ou ses comportements sont-ils différents ? », « Comment tu te sens avec lui ? Quel est ton contre-transfert ? »...) ; un autre encore s'indigne et considère que Stéphanie devrait imposer à son client de ne plus avoir ce type de comportement en le menaçant d'interrompre le traitement s'il continuait ; une collègue enfin l'invite à dénoncer son patient à la police afin qu'il soit enfermé et dans l'impossibilité de poursuivre ses conduites perverses. L'ambiance devient de plus en plus houleuse et confuse.

Le superviseur intervient alors pour encadrer la discussion et situer le cas présenté dans le contexte global de la profession. Il dit essentiellement trois choses :

1. Stéphanie a demandé de l'aide et ce n'est pas en faisant pression sur elle que le groupe va lui permettre de se tranquilliser face à une situation aussi délicate ;
2. Demander à un pédophile de ne plus avoir de comportement pédophile, c'est comme demander à un obsessionnel de ne plus avoir d'obsessions, à un alcoolique de ne plus boire, à un phobique de ne plus avoir peur, etc. C'est naïf ! De plus, si ces personnes pouvaient en effet ne plus avoir de symptômes, alors elles n'auraient plus besoin non plus de thérapeutes et le problème principal qui se poserait alors à ceux-ci serait celui du chômage et de leur nécessaire reclassement professionnel !
3. Dénoncer le patient à la justice, n'est-ce pas quitter le statut de psychothérapeute ? Un accompagnement clinique est-il compatible avec un jugement moral ? Bien sûr, il y a la Loi, qui s'applique autant aux psychothérapeutes qu'aux autres citoyens. Et si le praticien soutient son patient, il peut aussi se montrer attentif aux victimes de celui-ci. Mais Stéphanie est probablement pour ce patient l'ultime ressource. Elle est consultée pour favoriser l'élucidation de son monde psychique et le dégageant vis-à-vis de ses pulsions aliénantes, non pour les critiquer et porter plainte. La règle de confidentialité est une condition indispensable pour que puisse s'effectuer le travail avec suffisamment d'authenticité et de profondeur, et donc avec une probabilité d'efficacité augmentée.

Il s'agit là du témoignage d'un superviseur à propos d'une question clinique particulière et d'un point de vue déontologique précis. Sur ces deux thèmes, d'autres superviseurs pourraient bien sûr avoir des positions différentes, voire opposées. Ce qui est attendu de chacun, c'est de suffisamment problématiser pour pouvoir édifier une réflexion et permettre aux supervisés d'effectuer des choix pratiques qui tiennent compte à la fois de la clinique et de l'éthique.

*Supporter de ne pas comprendre*

Les praticiens et les superviseurs sont habitués à chercher un sens caché aux phénomènes psychiques et aux situations humaines qui sont souvent présentés comme insensés ou absurdes. Ils ont suivi un entraînement expérientiel et didactique pour aller au-delà et en deçà des facilités de la pensée rationnelle et apparemment logique pour découvrir d'autres modes de fonctionnement intra et inter psychiques.

Mais pour ce faire il leur faut passer de nombreuses fois par une étape difficile, parfois douloureuse, qui est celle de la non compréhension. Plutôt que de se contenter d'une explication superficielle, et plutôt que de rejeter la question évoquée ou la situation concernée sous prétexte qu'elle serait trop compliquée, ils supportent de tenir ouverte la thématique et, pendant un temps plus ou moins long, de ne pas saisir de quoi il retourne.

Cette attitude requiert de l'obstination certes mais aussi la capacité autant émotionnelle qu'intellectuelle de supporter durablement ce qui apparaît phénoménologiquement comme une souffrance : un état d'incompréhension que beaucoup de supervisés associent hâtivement avec un manque de connaissances ou avec une insuffisante analyse de leur monde conscient et inconscient. Même si ces registres sont à prendre en considération, il importe d'insister sur un autre aspect qui est l'acceptation de ne pas comprendre. Ce ne sont pas là seulement les limites intellectuelles du praticien ou l'insuffisance de l'exploration de son monde interne qui sont à prendre en considération, mais aussi la complexité infinie des faits psychiques et relationnels et donc le caractère inévitable des temps de confusion psychoémotionnelle ou du sentiment de vacuité. C'est même le développement de la capacité à supporter ces temps-là sans se jeter sur des idées toutes faites ou des interprétations de surface qui permettra au praticien d'affiner son sens clinique et son tact relationnel.

La recherche, ici soutenue, de compréhension n'est donc pas l'application défensive et stérile de recettes psychologiques attribuant du sens à tout ce qui se présente mais la capacité à endurer une certaine souffrance psychique liée au fait que les portes de l'entendement restent longtemps ouvertes alors que rien ne semble apparemment y entrer, encore moins en sortir. Tout en cherchant à saisir de quoi il est question dans ce que le client (patient ou supervisé) nous transmet, nous nous méfions de la tentation de vouloir tout comprendre, tout expliquer, et refusons de marcher avec ceux qui traversent les régions de l'évident, ou encore avec ceux-là qui prennent les faits d'assaut sous l'effet d'une volonté d'emprise non contrôlée. Il n'y a pas de plus grand obstacle au progrès des connaissances que l'assurance de posséder la vérité :

« J'ai toujours été du côté des chercheurs de vérité, disait Luis Bunuel, mais je les quitte lorsqu'ils disent l'avoir trouvée. »

De plus, constatons que si « nous ne pouvons pas nous passer de théorisation, même ébauchée, nous aspirons toujours au récit inouï, celui qui viendra contredire cette théorie » (Donnet, 1990, p. 243). La propension du supervisé à présenter des situations qui échapperaient à l'intelligibilité ne doit pas nous étonner, car c'est un jeu qu'il aime pratiquer. Jeu dont il est rarement dupe, et il est bienvenu de lui laisser le plaisir de constater de temps en temps qu'en effet nous ne comprenons pas !

### *Proposer sans imposer*

Le supervisé est invité à réfléchir sur son système de croyances, sur ses convictions. Il y a celles qu'il a reçues de son milieu familial et social d'origine ; celles qu'il a perçues puis intériorisées chez ses analystes, psychothérapeutes et formateurs ; celles enfin que ses expériences de vie et sa réflexion lui ont permis de constituer lui-même.

Aider le supervisé à découvrir qui il est et pourquoi il agit de telle ou telle manière est au cœur du processus évolutif qui repose sur cette élucidation progressive. C'est parce qu'il comprend de mieux en mieux les raisons de ses choix professionnels qu'il acquiert la capacité de s'en sentir davantage responsable et éventuellement de les infléchir dans un autre sens.

### **Soutenir la responsabilité**

Le superviseur aide le supervisé à sortir de l'obscurité et de la confusion tout en l'invitant à supporter une dose de malaise liée à l'incompréhension d'une grande partie du matériel clinique que les patients lui apportent.

Aux interrogations sur les théories qui rendent compte partiellement, et parfois partialement, de l'homme et de ses conduites s'ajoutent de nombreux doutes sur la pratique concrète. Règne dans ce domaine un sentiment de désarroi qu'aucune certitude ne vient soulager durablement.

Cela fait partie du travail de supervision que de maintenir ouverts les questionnements. De continuer à problématiser en supportant l'anxiété que cela peut provoquer. Car ce peut être éprouvant intellectuellement mais aussi émotionnellement.

Le supervisé prend progressivement la responsabilité de ses questions et de ses réponses, comprenant que, bien souvent, celles-ci sont

incertaines et provisoires. Il a le droit d'utiliser librement ses héritages, sa priorité étant d'être utile à ses patients et non de correspondre aux dogmes d'une quelconque école.

*Éric est en supervision individuelle.* Formé à la psychanalyse freudienne, il exerce en libéral depuis une dizaine d'années. Il apporte ce jour-là le cas suivant : un homme que nous appellerons Roger se trouve en thérapie psychanalytique avec lui depuis trois ans à raison de deux séances par semaine. Durant cette période, ce patient, chef d'entreprise à la retraite, a appris qu'il était atteint d'une maladie grave qui le menait inévitablement et rapidement vers la mort. Il est tellement fatigué et atteint que durant ces dernières semaines, il devait se faire accompagner par un proche ou conduire par un taxi pour venir à ses rendez-vous. Mais la situation a encore évolué. Il a dû être hospitalisé et a téléphoné à Éric pour lui demander de venir le voir à la clinique. Celui-ci hésite, s'interroge sur le cadre et demande au superviseur de l'aider à penser cette situation.

Les questions qui sont alors discutées sont les suivantes : si Éric veut suivre strictement les règles généralement appliquées dans le domaine de l'accompagnement thérapeutique en libéral, il importe préalablement d'identifier ces règles ! Quel est le règlement suivi par la plupart des cliniciens ? Et qui les a édictées ? Quelles sont les situations qui sortent d'un tel cadre, s'il existe ?

Si Éric décide d'aller au chevet de son patient, que va-t-il y faire ? Est-ce pour poursuivre le travail d'analyse ? Ou est-ce pour accompagner jusqu'au bout un homme dont il sait combien sa vie est marquée par le thème de l'abandon, et qui probablement va mourir seul ?

Il est apparu qu'Éric se sentait seul et désespéré, comme son client, et qu'il venait demander au superviseur une autorisation pour faire ce que lui dictait son cœur : aller voir Roger à l'hôpital et l'aider à vivre cette impressionnante et mystérieuse étape de l'entrée dans la mort.

La décision ne pouvait que lui appartenir mais il demandait au superviseur de l'aider à penser différents enjeux de cette situation, pour Roger et pour lui, avant de choisir.

En ce qui touche à la personne du praticien, il ne s'agit pas seulement d'identifier ses limites et là où il ne sent pas très bon, ce sur quoi les supervisés insistent volontiers. Il convient aussi, et c'est tout aussi important comme dans l'exemple d'Éric, de reconnaître ses qualités de cœur, ce sur quoi ils sont peu diserts : c'est parfois de l'humilité, parfois un manque de conscience, parfois un défaut d'estime.

Dans notre domaine, tout le monde est confronté à ses limites. Tout le monde connaît des « réussites » et commet des « erreurs ». Ce qui compte, c'est de pouvoir en parler et d'en tirer des leçons. Si le praticien

accepte de se tromper, il importe qu'il refuse de se mentir. Son honnêteté et sa quête de lucidité sont les meilleurs garants de son évolution.

## CONCLUSION

Certes le superviseur dispose de certains savoirs et d'une solide expérience. Mais celle-ci lui a permis d'une part d'être conscient de ses ignorances et d'autre part elle lui a donné le goût pour l'investigation tant conceptuelle que méthodologique. C'est pourquoi il a pu assumer le rôle de veilleur et de transmetteur dans le monde professionnel qui est le sien.

La pratique et l'éthique de chaque praticien dépendent des motivations conscientes et inconscientes pour lesquelles il l'est devenu ; et de la façon dont il s'est formé, des spécialités qu'il a choisies (dans le cas où il a choisi) et plus globalement « des raisons qui l'ont conduit à quitter son métier initial pour assumer ce rôle étrange de personnage ambigu, à la fois réel et fictif, support des projections transférentielles, pour un petit nombre de personnes, et cela pour des années » (Denis et Schaeffer, 1992).

Les cadres de la supervision intègrent quelques principes fondamentaux que le superviseur adopte pour lui-même, dans une perspective d'autoévaluation critique (autoéthique) et en référence à la communauté des praticiens de la psychothérapie, de la psychanalyse et de la supervision dans une perspective d'intercontrôle (éthique générale de la profession, déontologies spécifiques des différentes écoles de formation et d'appartenance).

Il s'agit fondamentalement d'une éthique de la relation qui, si elle n'oublie pas l'unicité de chaque personne, de chaque situation et de chaque problème thérapeutique, vise le repérage et l'élaboration de quelques règles générales de fonctionnement valant comme protection des personnes concernées (le client, le supervisé, le superviseur), comme rappel des raisons professionnelles de leur coopération et comme sauvegarde de leur lien.

Il s'agit donc tout à la fois d'une autoéthique et d'un projet plus vaste touchant l'ensemble des professionnels de la psychanalyse et de la psychothérapie, et plus généralement du monde de la relation d'aide.

Les deux messages cruciaux que le superviseur transmet, à mon sens, sont : « ne nuisez pas » et « restez vivants ». La vie est mouvement et création. Ce qui se transmet en supervision relève fondamentalement de cet ordre vital. La question à poser à un supervisé sur le processus de

supervision pourrait être celle-ci : est-ce que la supervision vous rend plus ouvert, plus vivant, plus créatif, plus libre ? Sa réponse permettrait de discerner s'il se trouve dans un processus d'accompagnement voulu et impliquant ou bien si sa supervision relève de l'obligation déontologique, dont le suivi peut s'avérer plus ou moins passif et routinier.

Pour le superviseur comme pour le supervisé, il s'agit de vivre en accord, d'apprendre à jouer, à danser, avec les personnes et avec les situations. On ne cherche pas *la* vérité mais à éviter les erreurs. On ne cherche pas à être performant mais à être juste.

À la question « Quelle est la meilleure religion ? », le Dalaï Lama ne répond pas en évoquant le bouddhisme et ses bienfaits. Il répond : « La meilleure religion est celle qui vous rend meilleur. » Ainsi en va-t-il pour la psychothérapie et pour la supervision : elles sont bonnes quand elles nous améliorent.

## BIBLIOGRAPHIE

DENIS P. & SCHAEFFER J. (1992), introduction à *Devenir psychanalyste*, Paris, PUF.

DELACROIX J.-M. (2001), « Supervision », *Journal Actua-Psy*, 116, nov.

DELOURME A. (2006), *Construisez votre avenir*, Paris, Seuil.

DELOURME A. & MARC E. (2004), *Pratiquer la psychothérapie*, Paris, Dunod.

DONNET J.-L. (1990), « Le Récit de l'action », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 42.

MISRAHI R. (2006), *Le Philosophe, le patient et le soignant*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.

MORIN E. (2004), *La Méthode*, 6, *Éthique*, Paris, Seuil.

NICOLESCU B. (1996), *La Transdisciplinarité*, Paris, Rocher.

REIK TH. (1935), *Le Psychologue surpris*, trad. fr., Paris, Denoël, 2001.

ROUSTANG F. (1976), *Un Destin si funeste*, Paris, Éditions de Minuit.





## PARTIE 2

---

# PROBLÉMATIQUES



## *Chapitre 4*

---

# LE PROCESSUS DE COCRÉATION EN SUPERVISION

Maria Gilbert<sup>1</sup>

### LA SUPERVISION DANS UN CONTEXTE INTERSUBJECTIF

Mon approche de la supervision place la relation de supervision et la relation psychothérapeutique dans une perspective intersubjective (Stolorow, Atwood, Brandchaft, 1994) qui se focalise sur le champ relationnel créé par deux individus. Dans cette perspective, le transfert et le contre-transfert sont inextricablement liés et ne peuvent donc pas être considérés séparément. Cette approche met donc l'accent sur la création d'un sens partagé entre thérapeute et client dans l'espace thérapeutique....

« Les processus de transformation mis en œuvre par l'engagement analytique, ainsi que leurs déraillements inévitables, surviennent toujours dans un système intersubjectif spécifique. » (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987, p. 9)

---

1. Traduit de l'anglais par Liesbet Plissart, Martine Casterman.

Les deux participants contribuent à la cocréation de la relation. Ils apportent à la rencontre leurs propres expériences intérieures telles qu'elles s'inscrivent dans leur histoire et leur contexte présent ; ceci « dans un mouvement continu d'influence réciproque et mutuelle » (Stolorow & Atwood, 1992, p. 18). Une telle représentation des relations humaines accepte que la réalité personnelle est toujours codéterminée par la relation et par l'unicité du sens que chaque individu apporte à la rencontre. Aron (1991) décrit avec éloquence la nature de cette interaction analytique « comme étant continuellement établie et ré-établie par une influence mutuelle dans laquelle chaque personne touche et est touchée par l'autre systématiquement » (p. 248). Dans cette conception de l'intersubjectivité, superviseur et supervisé apportent à leurs rencontres respectives un aspect de réciprocité entre leurs processus intrapsychiques et interpersonnels, aussi bien actuels que déjà installés ; cet aspect sera influencé et altéré par l'interaction existant entre eux.

Dans cette perspective selon laquelle les relations thérapeutiques et de supervision sont considérées comme des processus relationnel mutuels, il est important d'accepter qu'il ne soit pas question d'égalité ou de symétrie en termes de pouvoir et d'autorité investie dans le thérapeute et le superviseur. Par exemple, en tant que superviseur nous avons un rôle de surveillance et d'évaluation qui rend la relation inégale et inévitablement hiérarchique. Le pouvoir du thérapeute est également incontesté ; et pourtant la thérapie demeure un processus mutuel dans lequel les deux parties s'influencent et s'affectent l'une l'autre.

« Que l'influence entre le patient et l'analyste ne soit pas égale, ne signifie pas qu'elle n'est pas mutuelle. Influence mutuelle n'implique pas influence égale, et la relation analytique peut être mutuelle sans être symétrique. » (Aron, 1991, p. 249)

Ce concept de mutualité des efforts thérapeutiques et de supervision est central. Il est essentiel pour le thérapeute et le superviseur de prendre conscience avec beaucoup de sensibilité de l'influence qu'ils ont sur la relation et ceci aussi bien au niveau de l'interaction explicite (consciente), qu'au niveau de l'interaction implicite (inconsciente). En tant que participant au processus thérapeutique, la seule présence du thérapeute/analyste influence inévitablement l'interaction. Il en est de même pour le superviseur ; pour le meilleur et pour le pire, en tant que superviseur, nous contribuons de manière inextricable à la cocréation de la relation de supervision, et ceci aussi bien au niveau conscient qu'au niveau inconscient.

## LE PROCESSUS DE SUPERVISION ET SES OBJECTIFS

Les fondements de ma compréhension des objectifs primaires du processus de supervision s'étaient sur plusieurs concepts apparentés : le concept de la « fonction réflexive » ou de la « mentalisation » (Fonagy *et al.*, 2002), le concept de la « perspective de la tierce personne » (Wright, 1991) et le concept d'« inclusion » (Buber, 1923).

L'objectif principal de la supervision est de favoriser chez le supervisé un processus d'autoréflexion qui va lui permettre d'entamer une réflexion et d'évaluer son travail thérapeutique, pour pouvoir petit à petit développer un « superviseur interne » (Casement, 1985, p. 32) fiable. Dans le processus d'apprentissage des compétences thérapeutiques, le supervisé aura tendance, dans un premier temps, à appliquer les « il faut » internalisés des personnes référentes de son environnement précoce et de son contexte éducatif. Au fil des discussions de cas, il va graduellement internaliser les attitudes et les connaissances du superviseur. Casement fait la distinction entre le « superviseur internalisé » et le « superviseur interne » (Casement, 1985, p. 32). Dans un premier temps, le supervisé va internaliser le superviseur et faire confiance à cette voix internalisée, l'utilisant en quelque sorte comme un manuel. Petit à petit, le supervisé va développer et intégrer son propre superviseur interne ; celui-ci regroupe sa propre pensée indépendante, sa spontanéité, son jugement autonome ainsi que les influences de ses superviseurs et professeurs. Le superviseur interne est donc une création personnelle du supervisé regroupant ses références internes du processus thérapeutique. À ce stade, le clinicien aura développé une fonction réflexive perfectionnée ainsi qu'un raffinement résultant d'une approche multiperspectives du client.

La compétence du superviseur interne permet au supervisé d'être à l'écoute aussi bien du transfert et du contre-transfert, que de l'interaction dynamique entre ces dimensions de la relation. Il prêterait attention aux deux et n'écarterait pas l'importance de l'une à l'avantage de l'autre car il est conscient que la relation avec le client est une cocréation aux niveaux conscient et inconscient. Ceci implique une prise de conscience finement équilibrée ainsi qu'une capacité de contact avec notre propre expérience, une appréciation de l'expérience de l'autre et une certaine distance pour réfléchir à l'interaction entre les deux ; c'est la capacité de « subjectivité critique » (Reason, 1994). La capacité du thérapeute d'utiliser sa fonction réflexive efficacement et donc d'améliorer continuellement et constamment son autosupervision, lui permettra de favoriser efficacement la fonction réflexive du client.

J'estime donc que l'éducation du « superviseur interne » est l'objectif primaire du processus de supervision.

« Je crois que le processus de supervision devrait évoluer vers un dialogue entre le superviseur externe et le superviseur interne. » (Casement, 1985, p. 32)

Fonagy *et al.* (2002), se basant sur la théorie de l'attachement de Bowlby, se concentrent sur le développement de la fonction réflexive chez l'enfant (nommée également par ces auteurs « mentalisation ») dans le contexte des relations affectives précoces en soutenant que le soi existe et évolue uniquement en relation à l'autre. Pour ces auteurs, la capacité de mentalisation est intimement reliée à la capacité de structuration du soi et de régulation de l'affect. Le développement de la fonction réflexive de l'enfant implique essentiellement le développement d'une conscience croissante que les autres constituent des entités psychiques séparées et différentes ; ce qui permet à l'enfant de « deviner » les pensées de l'autre.

« La fonction réflexive, consiste en l'acquis développemental qui permet aux enfants non seulement de tenir compte du comportement de l'autre mais aussi de la conception que l'enfant peut se faire des croyances, attitudes, désirs, espérances, connaissances, imaginaire, simulations, déceptions, intentions, projets, etc., de l'autre. » (Fonagy *et al.*, 2002, p. 24)

La fonction réflexive réunit les aspects autoréflexifs et interpersonnels qui permettent à l'individu « de distinguer la réalité interne de la réalité externe, le faux-semblant des modes de fonctionnement authentiques, et les processus intrapsychiques mentaux et émotionnels des communications interpersonnelles » (Fonagy *et al.*, 2002, p. 25). En utilisant la fonction réflexive, les enfants peuvent essentiellement donner un sens au comportement des autres et juger de leur prédictibilité. L'acquisition de la fonction réflexive est donc considérée par ces chercheurs comme une étape critique de développement.

Les travaux de Fonagy *et al.* (2002) ont été précédés par une discussion intéressante de « la perspective de la tierce personne », par K. Wright, en 1991. Celle-ci s'accorde bien à leur conceptualisation de la fonction réflexive. Dans son excellent ouvrage sur le développement, *Vision and Separation*, K. Wright décrit cette étape de développement où l'enfant passe d'une perspective à deux à une perspective à trois, c'est-à-dire, d'une perspective dyadique à une perspective triadique des relations humaines. Nous avons traité ce sujet dans une publication précédente (Gilbert & Evans, 2000). Dans un premier temps, l'enfant dépend de sa mère (ou figure parentale primaire), qui lui renvoie ce qu'elle perçoit :

« L'enfant regarde le visage de la mère et y trouve un reflet de lui-même. »  
(Wright, 1991, p. 12)

À ce stade, l'enfant dépend complètement de ce retour de la figure parentale primaire pour l'image qu'il a de lui-même. Le retour peut être positif, soutenant et en accord avec les besoins de l'enfant tout comme il peut être en désaccord, ne prêtant pas attention aux besoins de l'enfant. Si le regard de l'autre est hostile et rejetant, l'enfant vivra cette expérience comme aliénante ou, dans des cas plus extrêmes, comme anéantissante. N'oublions pas qu'à ce stade sa vision de lui-même dépend entièrement de la perspective d'une seule autre personne.

Ce qui est introduit par le père (ou une autre seconde figure parentale), c'est la possibilité d'une autre perspective, d'une vision extérieure sur la relation primaire mère-enfant, à partir de la perspective d'une tierce personne. Cette perspective de la tierce personne offre une autre lecture de ce qui se passe et du soi de l'enfant en relation avec les autres et le monde qui l'entoure. Le vécu de l'enfant en tant que soi en relation avec la mère fait maintenant partie d'un champ élargi dans lequel il n'est plus le centre de l'attention, mais où il fait partie d'un univers d'individus et d'objets interdépendants qui s'influencent réciproquement les uns les autres. À partir de ce point de vue, la validité absolue de la perspective de la mère peut être contestée. L'enfant ne dépend donc plus uniquement de la vision d'une seule personne pour fonder son attitude envers lui-même et son environnement, mais il peut s'inspirer des perspectives de tierces personnes pour se créer une vision multiperspectives de la réalité. La discussion de Wright de la perspective de la tierce personne ajoute une dimension intéressante à notre vision du rôle du superviseur :

« La perspective de la tierce personne offre pour la première fois une appréciation de la place du sujet dans un système comportemental interactif. »  
(Wright, 1991, p. 234)

Pour acquérir une conscience de soi objective, nous avons besoin de nous percevoir à travers le regard des autres :

« Pour pouvoir se considérer en tant qu'objet, isolé ou en relation à une autre personne, il faut nécessairement que nous nous placions en dehors de nous-mêmes et que nous nous observions d'un "ailleurs". » (Wright, 1991, p. 229)

Cette capacité de nous placer dans une perspective extérieure à nous-mêmes nous soutient dans le développement de la compréhension et de l'empathie pour la perception que les autres pourraient avoir de nous



et nous mène à apprécier les multiples narrations que différents observateurs peuvent énoncer simultanément. Cette description est proche de celle de la fonction réflexive de Fonagy *et al.* (2002) en tant qu'étape dans le développement de l'enfant.

Je considère que ces processus étayent la capacité de l'adulte à maintenir l'autre au cœur de son attention et ceci aussi bien en psychothérapie qu'en supervision. L'essentiel de cette approche de la relation de supervision est aussi exprimé dans l'élaboration que Buber fait du concept d'« inclusion » (Buber, 1923). L'inclusion fait référence à la capacité d'entrer dans le vécu de l'autre, de le percevoir dans sa singularité, tout en restant ancré dans sa propre perspective. Ce concept fut repris et élaboré par la Gestalt thérapie dialogique contemporaine comme étant au cœur du dialogue efficace. Hycner (1991, p. 20) explique que :

« L'inclusion est le mouvement d'aller et retour qui permet d'aller vers l'autre côté tout en restant centré sur sa propre expérience. »

L'inclusion n'exclut pas le besoin de distance entre soi et l'autre. Hycner (1991) et Yontef (1993) insistent tous deux sur le fait que l'inclusion est différente de l'empathie parce que le thérapeute maintient un sens séparé de son soi quand il pratique l'inclusion. C'est cette capacité d'entrer dans le vécu de l'autre tout en gardant un sens de son soi séparé et différent qui distingue une véritable relation mutuelle d'une relation dans laquelle le soi et l'intérêt personnel est accentué ou une relation qui est centrée principalement sur l'autre avec peu d'attention pour l'impact sur soi et pour ses propres réactions. Nous voudrions ajouter à ce processus l'importance vitale d'une méta-perspective de la relation, c'est-à-dire, une vision contextuelle du soi en relation à l'autre – se placer au-dessus du champ tout en en faisant partie. Cette attitude est parfois nommée « perspective méta-systémique ». Cette vision multiperspectives de la relation ne sera habituellement maintenue que pendant de courtes périodes, ceci à cause de la tension créée par le maintien de ces deux polarités en même temps.

J'estime qu'une des visées principales de la supervision est de favoriser la capacité d'inclusion chez le supervisé. Néanmoins, certaines personnes qui pratiquent déjà l'inclusion viendront parfois en thérapie pour pouvoir explorer leur propre expérience d'une situation pendant que le thérapeute pratique l'inclusion et maintient pour eux une perspective plus large. Ceci est similaire à la situation en supervision (particulièrement pour des thérapeutes expérimentés cherchant une supervision consultative). Ce qui est offert au supervisé, c'est un espace sécurisant

où il/elle peut entrer en contact avec ses sentiments à l'état brut sans se soucier de la perspective du client. Le superviseur maintient la posture inclusive pour la période d'exploration et, au moment de la conclusion, il amène le thérapeute à percevoir à nouveau la relation avec le client dans sa totalité. Par exemple, un supervisé peut être conscient de sa tristesse en écoutant ce qui lui raconte son client mais en même temps il faut qu'il entre dans le vécu du client qui est coupé de ses propres sentiments et donc n'est pas en contact avec sa tristesse ; l'inclusion, c'est la capacité de maintenir ces deux perspectives. L'exploration de son contre-transfert dans un espace sécurisant libère le supervisé, pour reprendre par la suite une posture relationnelle avec le client qui contienne la possibilité d'inclusion. De même, une opportunité d'explorer les dynamiques intrapsychiques d'un client ou d'explorer librement les dimensions d'un diagnostic dans une atmosphère d'inclusion, permet au supervisé de ramener ses conclusions dans le travail relationnel avec le client.

Ceci implique pour le superviseur la capacité de maintenir une sensibilité à son propre contre-transfert et à ses origines, en même temps qu'il entre en contact avec le vécu interpersonnel et intrapsychique du supervisé, et par ailleurs, qu'il acquière une perspective prenant en compte l'intersubjectivité du processus de supervision. À chaque moment de la supervision, chacun de ces éléments peut être au centre de l'intervention. Ceci inclut les réflexions du thérapeute sur les dynamiques du client ou sur son contre-transfert, l'engagement empathique du thérapeute avec le client et la conscience qu'a le thérapeute de la finesse de l'échange avec le client. Le superviseur est confronté à un défi similaire : il doit continuellement passer de l'observation des performances du thérapeute, à l'évaluation de la dynamique du client, à prêter attention à ses propres réactions face au thérapeute/supervisé qui pourraient empiéter sur le processus, à l'appréciation des réactions contre-transférentielles du thérapeute et à l'encouragement de la confiance en la relation de supervision. Inévitablement, cet exercice inclut une prise de conscience aiguë et fine de la « danse interpersonnelle » en supervision, prise de conscience, qui à son tour, servira de modèle pour le supervisé quant au type de contact qu'il est possible d'établir avec les clients.

Il faudra que le superviseur soit particulièrement attentif aux aspects conscient et inconscient de la communication entre thérapeute et client pour informer la meta-perspective de l'alliance thérapeutique et du contexte dans lequel il se joue. Ceci inclut une réflexion concernant l'interaction entre les dynamiques transférentielles et contre-transférentielles dans toutes les relations. C'est dans ce cadre que j'utilise le concept d'« inconscient relationnel » (aussi nommé tiers analytique) comme

une façon de voir les processus inconscients partagés dans les relations thérapeutique et de supervision.

## L'INCONSCIENT RELATIONNEL (OU LE TIERS ANALYTIQUE) ET SON ÉMERGENCE DANS LES MISES EN ACTE

L'inconscient relationnel, que l'on retrouve dans la littérature relationnelle contemporaine sous le dénominateur du tiers analytique, fait référence à un processus inconscient qui est le résultat d'une cocréation entre le thérapeute et le client. Ogden (1994) décrit trois subjectivités dans l'espace thérapeutique : l'analyste, l'analysant et le « tiers analytique », auquel il fait référence comme étant une troisième subjectivité constituée par l'interaction entre deux processus inconscients.

« La troisième subjectivité, le tiers analytique intersubjectif... résulte d'une dialectique unique générée dans le cadre analytique par les subjectivités distinctes de l'analyste et de l'analysé. » (Ogden, 1994, p. 463-464)

Donc le tiers analytique n'appartient ni au thérapeute ni au client, mais plutôt au deux simultanément.

Bollas (1992) parle de « l'ombre de l'objet » pour souligner l'idée que l'inconscient n'est pas seulement le réceptacle de ce qui est réprimé mais qu'il contient aussi les expériences en développement ou les activités mentales potentielles, comme des pensées qui n'ont pas encore été formulées en mots, et des souvenirs qui n'ont pas encore été symbolisés en langage. Bollas met en évidence ces parties de notre vécu qui n'ont pas encore été cristallisées en pensées et qui pourtant exercent une influence importante sur notre expérience du monde. Ce « non encore pensé » peut émerger dans des réflexions du processus thérapeutique mais peut également faire surface d'abord dans des mises en acte entre le thérapeute et le client.

« Une partie très importante de notre existence est prédéterminée par ce savoir pas encore pensé... » (Bollas, 1991, p. 9)

Dans ce sens, le tiers analytique peut contenir ce qui est réprimé ou ce qui n'a encore jamais été symbolisé et donc en attente d'être rendu accessible.

Selon Gerson (2004), l'inconscient relationnel est une partie fondamentale de la relation entre deux personnes. Il est co-construit par

l'interaction dans la dyade et, à son tour, va influencer les processus en développement des subjectivités des deux personnes. Ce processus inconscient partagé est une forme de communication subtile, comme nous le décrit Gerson (2004, p. 83) :

« On peut concevoir l'intersubjectivité et l'inconscient relationnel comme des processus par lesquels les individus communiquent sans être pour autant conscients de leurs peurs et de leurs désirs et, ce faisant, ils structurent la relation selon des dissimulations et des recherches de reconnaissance régulées mutuellement et selon l'expression de leurs individualités subjectives. »

En supervision on essaiera de déterminer « ce qui appartient à qui » dans l'espoir de clarifier et faire avancer le travail, mais il doit être bien clair que c'est en quelque sorte une différenciation artificielle puisque le transfert et le contre-transfert sont reliés inextricablement dans le processus inconscient partagé. En tant que thérapeutes, nous construisons ce processus inconscient avec nos clients d'un instant à l'autre dans l'effort thérapeutique. Nous pouvons maintenant étendre ce concept de manière à éclairer certaines facettes du processus de supervision.

La meilleure façon de considérer l'inconscient relationnel est peut-être de le voir comme un processus qui se passe hors de la conscience des deux participants, et qui fait surface habituellement dans des situations de mise en acte. C'est ce processus inconscient partagé et son émergence dans les mises en acte qui permettent au superviseur de se rendre compte de ce qui devrait être traité dans la relation thérapeutique et de supervision. Ceci peut se présenter sous la forme de l'apparition de contenu réprimé, ou peut représenter ce qui est non encore articulé. Gerson (2004) a choisi cette terminologie de « l'inconscient relationnel » parce qu'elle met en avant la nature du processus entre deux personnes, « les influences réciproques et réverbérantes » (p. 73). Nous pouvons être informés de l'inconscient relationnel par l'intermédiaire de mises en acte qui apparaissent dans la relation thérapeutique ou de supervision et qui s'expriment parfois à travers ces deux relations sous la forme de processus parallèles.

## LES MISES EN ACTE ET LES IMPASSES THÉRAPEUTIQUES

La terminologie de « mise en acte » est utilisée pour mettre l'accent sur l'aspect partagé et cocréé d'un processus auquel les deux participants contribuent. La terminologie de mise en acte (*enactment*) est, de manière

générale, préférée à celle de passage à l'acte (*acting out*) dans la littérature relationnelle parce que cette dernière fait référence directement à des comportements évidents et flagrants, alors que la mise en acte fait référence à ce qui peut se passer dans l'imaginaire, les rêves, ou ce qui peut être communiqué de façon subtile par des gestes ou même des changements de posture. Un grand nombre de termes utilisés dans la littérature pour décrire des éléments de la rencontre thérapeutique met uniquement en évidence le comportement du client. Chused (1991) nous fait remarquer que des termes comme « répétition » et « passage à l'acte » peuvent suggérer qu'il s'agit uniquement du comportement du client avec le thérapeute comme observateur impartial. C'est pour cette raison que le terme de mise en acte a été utilisé plutôt que le quelque peu péjoratif « passage à l'acte » ; car ceci souligne l'aspect partagé de ce processus relationnel et son occurrence (fréquente) à des niveaux de communication subtils (McLaughlin 1991, p. 599). Chused nous fait encore remarquer :

« Même le concept “d'identification projective”, tout en admettant la réceptivité de l'analyste, ne reconnaît pas la contribution à l'expérience analytique déterminée par la psychologie de l'analyste. » (1991, p. 627)

L'important, c'est que la mise en acte peut être initiée soit par l'analyste soit par le client et que tous deux sont acteurs dans ce processus.

Je vais maintenant illustrer mon propos par deux exemples de mise en acte. Le premier dans un groupe de supervision, le deuxième en psychothérapie.

### ***Exemple de mise en acte dans le contexte d'un groupe de supervision***

*Un des supervisés arrivait à chaque fois dix à quinze minutes en retard. La première fois il dit avoir sous-estimé le temps du trajet ; néanmoins, il continua à arriver en retard les mois suivant. Dans d'autres circonstances, la superviseuse l'aurait confronté avec ses retards, mais dans ce cas elle n'en fit rien. Elle prit cela à la légère sans trop de commentaires ; elle n'était pas non plus « persécutrice », bien que c'était à quoi le supervisé semblait s'attendre, en faisant des remarques en termes voilés concernant l'intolérance générale de la faiblesse humaine autour de lui ! En fait, la superviseuse « trouvait des excuses » pour ses retards. Elle révisa ce processus dans sa propre supervision et l'identifia comme étant une mise en acte inconsciente ; un « pardon » pour un relâchement des limites du cadre que normalement elle n'aurait pas toléré si longtemps. En réfléchissant par rapport à son propre processus, elle réalisa qu'elle avait « excusé » un comportement qu'elle-même avait eu en tant qu'étudiante motivé par un désir de reconnaissance. Elle décida de soulever la question de la mise en acte lors de la prochaine*

séance de groupe comme un processus intéressant au sein du groupe. Ce qui en ressortit est que le supervisé avait été un élève dans un pensionnat très strict où il avait été discipliné par des punitions très sévères. Il rêvait donc d'un environnement plus accueillant dans lequel il pourrait s'épanouir ; il avait un grand désir d'exprimer sa puissance mais avait peur que son succès soit menaçant pour les autres membres du groupe. Apparemment à l'école les autres élèves étaient envieux car il les surpassait de loin et il était souvent réprimandé pour avoir apparu fier de son travail. Ceci le mena à développer une attitude quelque peu humoristique et dénigrante par rapport à lui-même ce qui incitait les autres à diminuer son importance, mais en même temps, il évitait la « punition ». La superviseuse avait inconsciemment joué le jeu en ne le prenant pas au sérieux et en lui permettant de « disparaître » puisqu'elle ne le confrontait pas avec ses retards. Néanmoins, l'avantage de nommer ce processus dans le groupe permettait de comprendre la mise en action. Le désir du supervisé d'être puissant et efficace devint le point central de sa supervision et graduellement il pouvait célébrer ses compétences dans le groupe sans s'autodénigrer et sans attirer l'envie destructive des autres membres du groupe.

### ***Exemple d'une mise en acte qu'une thérapeute amena en supervision***

*Une thérapeute souleva, en supervision, une tension qu'elle ressentait dans sa relation avec une cliente.* Elle exprimait le sentiment d'être dans une impasse. La thérapeute avait pris conscience qu'elle se sentait constamment tendue quand elle était avec cette cliente ; ceci contrastait fortement avec son vécu avec d'autres clients. Elle avait aussi remarqué qu'avant l'arrivée de cette cliente, elle vérifiait plusieurs fois que son cabinet soit bien en ordre. Sa procédure habituelle étant de s'assurer que les coussins sont bien placés sur les chaises, d'enlever un éventuel verre d'eau, et que la pièce présente un aspect général propre. Avant l'arrivée de cette cliente, par contre, elle se comportait différemment. C'était comme si la moindre petite poussière devait être nettoyée, les livres rangés par taille sur les étagères, etc. Elle n'avait pas le temps de faire tout cela, mais elle était consciente de son anxiété que tout ne soit impeccable – c'était comme ci elle anticipait que la cliente remarquerait tous ces détails et qu'elle fasse une remarque défavorable. Elle était pleine d'appréhension à l'arrivée de la cliente et sa propre anxiété était écrasante.

Dans la séance précédente, elle s'était rendu compte que sa cliente effleurait la pièce du regard en début de séance et ensuite périodiquement, comme si elle inspectait l'environnement attentivement. En supervision, elle explora son anxiété contre-transférentielle excessive en réaction à ce processus, et elle identifia que sa mère avait été obsessionnellement ordonnée et que, enfant, on l'envoyait dans sa chambre tous les jours pour s'assurer que tout est impeccablement propre. Ceci expliquait son contre-transfert, mais pourquoi apparaissait-il avec cette cliente ? Et pourquoi de manière substantiellement

plus prononcée que chez une ou un autre ? Et que faire de son appréhension à l'arrivée de la cliente ?

Avec sa cliente, elle avait l'impression de « faire du surplace » car, bien que la cliente ait changé certaines choses dans le domaine de son travail, elle était toujours malheureuse et anxieuse dans ses relations intimes. Elle disait qu'elle n'était pas sûre que son comportement soit acceptable pour son partenaire et qu'elle s'inquiétait d'être « trop exigeante ». Elle était affamée d'affection, mais ne prenait jamais l'initiative, par peur d'être repoussée. Elle se sentait aussi incapable d'en parler à son partenaire, par peur que le fait d'aborder le sujet ne le fâche et qu'il s'en aille.

En supervision, nous avons exploré l'anxiété que la thérapeute ressentait en présence de cette cliente et nous avons considéré la possibilité qu'elles aient cocréé un processus inconscient partagé, que nous avons surnommé « hypervigilance ». J'ai soulevé la possibilité que la cliente ait ressenti que de parler de ce processus pourrait « troubler et fâcher » la thérapeute et donc la « faire partir ». Simultanément, la thérapeute évitait le sujet à cause de ses propres souvenirs d'avoir vécu avec une mère hyper anxieuse et obsessionnelle ; mère à l'égard de laquelle elle éprouvait de l'amertume et qu'elle essayait d'ignorer dans ses activités journalières. Il en était peut-être de même avec l'hypervigilance de sa cliente ! Le fait de réaliser que sa cliente et elle-même se sentaient poussées de force dans une position d'hypervigilance l'une par rapport à l'autre, l'a rendue plus libre, de manière à pouvoir aborder ce processus dans le cabinet de consultation. Il est important de souligner que ce processus opérait à un niveau non-verbal et était présent dans une mise en acte de comportements « hypervigilants » aussi bien de la part de la thérapeute que de celle de la cliente. En ce sens, elles cocréaient une impasse inconsciente qui s'intensifiait de séance en séance parce qu'elles se méfiaient de plus en plus l'une de l'autre. Cette contrainte aurait pu éventuellement faire échouer la thérapie.

Au début de la séance suivante, au moment où l'anxiété était à nouveau palpable, la thérapeute intervint de la sorte : – « Le mot hypervigilance me vient à l'esprit ; il semble y avoir comme une anxiété dans la pièce, une anxiété que nous partageons quand nous faisons le point en début de séance. »

La cliente eut une réaction immédiate au mot « hypervigilance » et dit : – « C'est l'histoire de ma vie... dans toutes mes relations. Je suis tout le temps hypervigilante. Jamais je ne lâche prise ».

Ensuite, la thérapeute et la cliente ont pu explorer le processus relationnel qui s'était installé entre elles. Elles identifièrent que les sentiments éveillés chez la cliente étaient très similaires à ceux qu'elle ressentait par rapport à sa mère, qui était également très exigeante en ce qui concerne la propreté, la nécessité de faire les choses « comme il faut ». Sa fille était aussi consciente du fait que sa propre arrivée dans sa famille avait été « inattendue » et avait fait interférence avec la progression de la carrière de sa mère. Cette séance marqua une ouverture dans le processus thérapeutique entre la

thérapeute et sa cliente ; par la suite, elles ont été davantage capables de parler ouvertement des tensions ou de l'anxiété éveillées entre elles.

Je suis convaincue qu'une sensibilité au niveau implicite de la relation nous permet de travailler avec les mises en acte et de faire face aux impasses thérapeutiques. Ceci est également le cas dans la relation de supervision, dans laquelle des mises en acte peuvent faire émerger des thèmes qui doivent être traités pour pouvoir optimiser l'environnement d'apprentissage.

## BIBLIOGRAPHIE

ARON L. (1991), « The Patient's experience of the analyst's subjectivity », in *Relational psychoanalysis : The Emergence of a tradition*, Mitchell S. & Aron L. (Eds), Hillsdale, N.J., The Analytic Press, 1999.

BOLLAS C. (1987), *The Shadow of the Object*, London, Free Association Books.

BUBER M. (1923), *I and Thou*, (trad. par W. Kaufman), New York, Touchstone, 1996.

CASEMENT P. (1985), *On Learning from the patient*, London, Routledge.

CHUSED M.D. (1991), « The Evocative power of enactments », *Journal of American Psychoanalysis Assesment*, 39, 615-639.

FONAGY P., GERGELY G., JURIST E.L. & TARGET M. (2002), *Affect regulation, mentalization and the development of the self*, New York, Other Press.

GERSON S. (2004), « The Relational unconscious : a core element of intersubjectivity, thirdness, and clinical process », *Psychoanalytic Quar.*, LXX, 11, 63-98.

GILBERT M.C. & EVANS K. (2000), *Psychotherapy Supervision*, Buckingham, U.K., Open University Press.

HYCNER, R. (1991), *Between person and person*, Highland, N.Y., The Gestalt Journal Press.

JACOBS J.J. (1986), « On Countertransference enactments », *Journal of American Psychoanalysis Assesment*, 34, 289-307.

MCLAUGHLIN J.T. (1991), « Clinical and theoretical aspects of enactment », *Journal of American Psychoanalysis Assesment*, 39, 595-614.

OGDEN T.H. (1994), « The Analytic third : Working with intersubjective clinical facts », in *Relational Psychoanalysis : The Emergence of a tradition*, Mitchell S. & Aron L. (Eds), Hillsdale, N.J., The Analytic Press, 1999.

REASON P. (1994), *Participation in human inquiry*, London, Sage.

SLOCHOWER J. (1996), « Holding : Something old and something new », in Aron L. & Harris A. (Eds) *Relational psychoanalysis : Innovation and expansion*, Hillsdale, N.J., The Analytic Press, 2005.

STOLOROW R.D., BRANDCHAFT B. & ATWOOD G.E. (1987), *Psychoanalytic treatment : An intersubjective approach*, Hillsdale, N.J., The Analytic Press.



STOLOROW R.D. & ATWOOD G.E. (1992), *Contexts of being*, Hillsdale, N.J., The Analytic Press.

STOLOROW R.D., ATWOOD G.E. & BRANDCHAFT B. (1994), *The Intersubjective perspective*, Northvale, N.J., Jason Aronson.

WRIGHT K. (1991), *Vision and separation : Between mother and baby*, London, Free Association Books.

YONTEF G. (1993), *Awareness, dialogue and process : Essays on Gestalt therapy*, Highland, N.Y., Gestalt Journal Press.

## Chapitre 5

---

# CONTRE-TRANSFERT ET SUPERVISION

Jean-Pierre Klein

*« Le savant n'est pas l'homme qui fournit les vraies réponses,  
c'est celui qui pose les vraies questions. »*

*Claude Lévi-Strauss*

*« Les questions sont un fardeau pour les autres,  
les réponses une prison pour soi-même. »*

*Patrick Mc Goohan*

*(dicton du village du « Prisonnier », 1966-1968)*

## DEUX VERSIONS DES SUPERVISIONS

Il est deux façons habituelles de pratiquer des supervisions de thérapies :

- *La première* recueille le discours du soignant comme un document en vue de la connaissance du soigné. C'est la version objective : colliger les informations à partir desquelles poser un diagnostic de structure mentale voire de problématique inconsciente de la personne en soin, à travers l'histoire reconstituée de la maladie et le décryptage de son comportement et de ses discours. On se trouve là dans une prise

d'observation sur le modèle médical classique, même si l'esprit ne se veut pas semblable. Il s'agit alors plutôt de ce qu'on appelle étude de cas.

- *La seconde* est similaire, à cela près qu'elle s'applique au soignant. C'est la version subjective. C'est son discours qui est analysé comme projectif de ses propres problématiques qu'on lui interprète. C'est une forme de supervision dans une optique didactique tout à fait intéressante qui permet une exploration de soi à travers ses attitudes contre-transférentielles, en particulier de reproductions d'attitudes, mais je préfère réserver ce travail à des supervisions individuelles qui tiennent à la fois du personnel et du professionnel. Notre profession de psychothérapeute a ceci de remarquable que c'est nous-même qui constituons le support et la condition de tout travail avec autrui, pour mieux l'accompagner dans son travail sur lui-même.  
« L'instrument du psychanalyste, ce n'est pas seulement le savoir, mais avant tout son propre inconscient, le seul moyen dont il dispose pour capter<sup>1</sup> l'inconscient du patient. » (Nasio, 1994)

### **Le contre-transfert du thérapeute comme test projectif de la personne en soin**

Ma façon de faire lorsqu'il s'agit de supervisions en groupe est différente, elle tient des deux versions si l'on veut. Mes interprétations à la personne du soignant se font discrètement, indirectement, allusivement, adressées moins à lui qu'au groupe en termes de tentations soignantes générales. C'est en quoi je fais œuvre d'enseignant en mettant en évidence, à partir d'une personne, les pièges, les passages à l'acte, et les transgressions dans lesquels tout praticien risque de tomber. Au soignant particulier en supervision de comprendre ce que j'essaie de lui suggérer sur le mode du générique, quitte à retravailler la chose avec moi de façon plus intime dans une entrevue duelle ou, mieux, dans des supervisions individuelles didactiques.

L'examen collectif de réactions contre-transférentielles est traité autrement : certes la manière de « mener » une psychothérapie ainsi que la façon de parler des patients dans le cours même de la supervision est une façon de se dévoiler mais on peut aussi avancer l'hypothèse que le contre-transfert n'est pas seulement fait de l'inconscient du soignant, on peut le considérer comme partiellement induit par le patient et révélateur de façon travestie de sa pathologie.

---

1. Le terme « capter » est bien discutable.

La supervision est ainsi pour moi une tentative de cerner l'être-au-monde du patient, ce qui se repère entre autres par ce qu'on met en place pour lui et qui reproduit, d'abord à l'insu de tous, sa figure fondamentale.

Le déroulement est le suivant : après le rappel du sens et des principes des supervisions, on désigne deux participants qui relatent la progression globale de la supervision, ses « minutes » au fur et à mesure qu'elle se déroule. Le but est de percevoir et d'affiner la méthodologie. Ils les remettent au superviseur et à la personne en supervision la fois suivante, assorties de ce qu'ils en ont tiré personnellement.

D'autres participants prennent des notes partielles suscitées par les questionnements premiers de la personne en supervision qui les expose d'emblée. Je la laisse parler sans l'interrompre.

Ensuite, les participants posent des questions afin de préciser quelques points.

Mais cette hypothèse du contre-transfert comme, aussi, test projectif de la personne en soin, ne concerne pas que le soignant, elle englobe les autres contre-attitudes, institutionnelles, familiales. Elles constituent le monde même du malade et entrent en phase avec sa problématique profonde.

On peut ainsi repérer les correspondances éventuelles entre :

- les formes que l'on peut dégager des productions de la personne en soin (discours, attitudes, expressions du corps, productions en séance, etc.) ;
- les formes des productions du soignant, en particulier ses réactions au malade, la conception qu'il se fait de lui ;
- les formes de la configuration thérapeutique proposée et de son évolution, notamment des passages à l'acte de tous, soignants et soigné, transgressant les règles du jeu définies au départ. [Encore faut-il que la réponse soignante ne soit pas univoque, applicable systématiquement à tous sans distinction. J'ai traité de cette diversité de l'indication dans plusieurs écrits (Klein & Hénin, 2006 ; Klein, 2006). À la singularité de la personne devrait correspondre une singularité de la psychothérapie, non seulement différente d'une personne en soin à l'autre dans le contenu mais aussi plus ou moins dans sa forme : on n'applique pas tout à fait la même formule à chacun et les règles du jeu peuvent être adaptées à chaque indication. C'est ce que tout psychothérapeute d'enfants pratique couramment mais cela peut aussi être le cas chez les adultes.]

Les correspondances entre ces formes sont révélatrices de ce que la pathologie du sujet induit comme reproduction de sa configuration structurelle douloureuse personnelle, elle-même éventuellement en rapport avec une configuration structurelle douloureuse familiale.

Mais ces « rimes » entre les formes peuvent être « forcées » par quelqu'un qui, en supervision, voudrait à tout prix en faire la preuve en les retrouvant *a priori*, alors que leur organisation semblable doit se révéler dans la surprise qui a généralement lieu lors du dernier tiers de la supervision, alors qu'on ne l'avait jusque-là guère aperçue (réfléchissons par analogie aux « interprétations forcées de ces « analyseurs » qui, au lieu d'être analystes, font entrer de force dans leur armoire de significations standard les symptômes et les discours de leurs « analysants »).

C'est pourquoi il est nécessaire de procéder étape par étape sans trop vouloir d'emblée chercher à comprendre – la phase de patageage est nécessaire dans une séance de supervision – et de noter des descriptions isolées de champs séparés concernant le cas relaté sans savoir en quoi les descriptions renvoient au fond aux mêmes structures sémiotiques.

### Notes sélectives

Les autres participants de la supervision pratiquent ainsi des écoutes sélectives selon les interrogations de fond de la thérapie particulière :

- L'un note, par exemple, le rapport de tous, principalement le patient, au temps et à l'espace : positions des corps, plan du lieu de soins, inscription dans la temporalité, périodicité... ;
- Un deuxième note le rapport du patient à ses symptômes, à ses défenses, à ses résistances, aux dimensions taboues à ne pas toucher, comment elles s'expriment : place du corps, de la mentalisation, de l'imagination, élection de quel langage privilégié, etc., et comment le thérapeute a respecté, agressé ou contourné ces paramètres dans sa proposition ;
- Un autre essaie de consigner la place du patient dans son réseau de relations, familial, institutionnel, professionnel, amical, etc. Comment ça circule autour de lui : parents, amis, collègues, soignants, travailleurs sociaux, etc. Il s'agit de mettre en particulier en évidence dans quel rôle le patient se trouve, ainsi que son entourage et le soignant : par exemple, Sujet de ses pensées décisions et actions, Objet d'autrui (non-sujet), Destinateur qui fait penser ou agir autrui<sup>1</sup>, et de quel

---

1. Définition du Destinateur : le Destinateur est une instance supérieure au Sujet, décrite en sémiotique, comme dans les contes le personnage du Roi qui envoie le héros accomplir

ordre (négatif/positif). Cela est facilité par une petite initiation à la sémiotique que je prodigue à mes élèves. On peut ainsi mettre en évidence le rapport du patient aux autres et des autres à lui-même, en particulier ce qui se noue entre la personne qui relate et lui. Il s'agit de repérer les interrelations et les tentations d'attitudes induites par le patient dans l'institution éventuelle, dans le thérapeute, dans ses relations d'objet ;

- Un autre ne se préoccupe, avec bienveillance, que du discours tenu par la personne en supervision, comment elle parle du patient et de son histoire ; est-elle floue, confuse, précise ; comment peut-on deviner le discours des autres intervenants éventuels (de l'institution par exemple) à l'égard du patient et du soignant particulier. Il s'agit aussi de noter la forme de l'énonciation que la personne fait du cas : sa gestualité non-verbale, mots clés, silences, scansions, hésitation, rythme, tonalité de la voix, postures, etc. ; le tout non pas pour dévoiler publiquement dans ces supervisions en groupe les problématiques du soignant (cela se fera, le cas échéant, en individuel) mais pour connaître la personne en soin.

Ce qu'on développe face au patient sert ainsi d'indice pour le comprendre, en particulier ce qu'il induit pour qu'on ne touche pas véritablement à sa pathologie, dans la reproduction des contre-attitudes qu'il a l'habitude de rencontrer et de susciter (comme ces adolescents qui induisent par leurs attitudes complaisance, alliances, séduction, affrontement ou rejet). Il est toujours sain devant une de ses propres réactions à quelqu'un (par exemple, d'irritation, de fascination ou d'ennui), de se demander aussi si ce n'est pas ce qu'autrui a l'habitude de rencontrer, dans un scénario répétitif.

Il s'agit de repérer en quoi le transfert est une figure de répétition, une mise en acte des fantasmes des premiers liens affectifs. Notre position comme thérapeutes fait que nous sommes d'abord agis par la personne en soin comme personnages d'un schéma qui s'y reproduit avant de trouver résolution et du cercle vicieux passer à la spirale.

---

son épreuve, et qu'on retrouve à la fin pour reconnaître qu'elle a été ou non passée. On parle aussi de tiers actant transcendant (extérieur au Sujet, comme les parents, l'institution, les règles de société ou Dieu) ou immanent (envies et besoins du corps, par exemple).

## **Complicités avec les résistances au changement**

Lorsque le soignant a fini d'exposer le suivi qu'il accompagne et répondu à quelques questions, les participants livrent leurs notes partielles.

À partir de là, on essaie d'abord de repérer ce que la relation du cas a induit dans la supervision même : tentations de réponses faciles qui semblent aller de soi, d'autant qu'elles sont habituelles. Elles ne sont en fait qu'une déclinaison des variantes des réactions contre-transférentielles induites par la pathologie de la personne en soin pour faire semblant (sans s'en rendre compte, bien sûr) d'aller dans le sens d'un changement positif en ne touchant au fond à rien, forme subtile de résistances au changement en donnant le change pour ne rien changer : soit parce que l'on brutalise les symptômes pour prouver au fond qu'ils triomphent au bout du compte, soit parce qu'on fait appel à des automatismes déjà fréquentés, par exemple dans un discours psychologisant explicatif mille fois répété, ou bien dans une impuissance plaintive alléguée, ou dans des réactions affectives émotionnelles, ou dans des condamnations de l'entourage du malade...

Autant de réponses habituelles paresseuses, non-inventives, et stériles.

## **Les formes qui nous organisent**

C'est alors qu'au cours même de la séance de supervision, petit à petit ou le plus souvent assez soudainement, émerge une forme qui figure ce qui est en jeu pour la personne particulière en soin, ce qu'elle a mis en place dans son univers subjectif et projectif et ce qui s'en reproduit dans les réponses soignantes à son égard. Cette figure abstraite qui se dégage peut, le cas échéant, se tracer en un schéma de l'organisation de l'être-au-monde du patient, les réactions contre-transférentielles qu'il induit, l'organisation de ses productions comportementales et discursives, sa mythologie familiale éventuelle, etc.

En d'autres termes, la supervision permet de percevoir l'apparemment entre l'organisation profonde d'une production discursive du malade en séance, les figures de répétition douloureuse de son organisation libidinale, les productions discursives du soignant en supervision, l'organisation des conditions de la rencontre thérapeutique, celle de la mythologie familiale du patient : figure du sacrifice, du doublon, de la porosité des limites corporelles, etc. Il ne s'agit pas ici de décryptage sémantique mais de repérage de similarités, de ressemblances, de rimes entre ces figures.

Le rapport du patient à tous les items de son organisation personnelle apparaît de telle sorte qu'un ménagement-aménagement de ces dimensions soit possible discrètement et sans sauvagerie, y compris pour le soignant qui s'est éventuellement fourvoyé dans des automatismes ou des contre-attitudes aliénantes.

En effet, arrive la proposition non d'une solution mais des conditions d'une solution possible. Il ne s'agit pas de la trouver mais plutôt qu'une solution se trouve et s'impose d'elle-même. La modification porte sur le cadre dans un détail, une nuance, dans les conditions de la prise en charge ou des réponses données, de telle sorte que le processus bloqué ou enlisé redémarre : c'est la « théorie du poil » (« *el pelín* », disent mes élèves espagnols) qui provoque une différence dans le tableau, méthodologie pour que du contenu advienne qui ne se réduise pas à la « découverte » d'un contenu prévu par le thérapeute.

Chaque supervision dure ainsi entre trois et quatre heures, aboutissant à la proposition d'une piste permettant de faire évoluer le patient en passant du répétitif à l'inventif, piste que le soignant, qui a contribué à la trouver, va parfois suivre à la lettre ou plutôt dont il va s'inspirer car il reste Sujet de ses propositions thérapeutiques.

## DEUX CAS PARTICULIERS DE SUPERVISIONS

### **Les supervisions individuelles : écouter les écoutes**

Ces supervisions peuvent davantage être axées explicitement sur la prise en compte des phénomènes transférentiels, ce qui pour moi distingue le thérapeute du soignant. Le soignant écoute au sens large du terme consacré, il le fait par les oreilles, certes, mais aussi par les yeux (y compris le troisième), la kinesthésie, l'intuition. (Il est bien caractéristique d'une thérapie préoccupée avant tout de sémantique qu'on ait élu le terme d'écoute qui privilégie la parole comme représentant unique du paradigme langage.)

Mais pour accéder à la qualité de thérapeute, il lui faut aussi s'écouter écoutant l'autre : « je fais attention à mon écoute de toi ». Si le travail porte sur ce que le patient induit, il s'interroge cette fois davantage sur ce que l'autre éveille en lui et qui rejoue encore une fois ses problématiques plus ou moins résolues. Le contre-transfert agit ainsi comme test projectif du patient mêlé aux propres implications inconscientes du thérapeute qui peuvent s'aborder plus aisément que dans le groupe.



Il lui faut en outre être dans l'écoute de l'écoute de l'autre, c'est-à-dire, prêter attention au transfert du patient à l'égard du thérapeute, cette projection/identification qui prend notre présence comme support. Je ne traiterai pas ici de cette dimension fondamentale qui est le moteur principal de la psychothérapie. Qu'il suffise de rappeler qu'il s'y évoque des projections imaginaires non pas des personnes du passé (père, mère, etc.) mais de leurs représentations internes, et des représentations que chacun se fait de ses relations à leurs images introjectées.

### **Les supervisions dans les services**

Il est pour moi obligatoire, dans un service, d'imposer des réunions hebdomadaires consacrées à plusieurs « groupes de contrôle » de prises en charge des patients, dans lesquels il est interdit de mettre à nu les problématiques inconscientes individuelles de n'importe quel soignant. Un de ces groupes doit ne pas comporter en son sein le chef de service. Il s'agit de réunions de travail comprenant environ huit personnes qui se cooptent par affinité pour la durée d'une année et qui n'ont rien à voir avec des réunions de synthèse qui font le point de l'évolution d'un patient par la mise en commun et l'harmonisation des soins divers qui lui sont proposés.

Pendant deux heures, un soignant rapporte l'évolution d'une thérapie qui lui pose problème. Les autres membres du groupe l'écoutent attentivement, l'amènent à préciser quelques éléments, à percevoir ses difficultés (en termes professionnels). Cela se fait, ici aussi, non pas en termes de psychologie personnelle, impossible à aborder avec des collègues, mais comme réactions induites par la pathologie du patient et de sa famille, amenant dans la relation une répétition de relations pathologiques habituelles, tant du soignant que du service.

L'un des membres du groupe saisit une « ressemblance » éventuelle entre l'histoire du soigné et les avatars de la thérapie, ce qui permet un dévoilement de la répétition qui se met en place. Il s'agit ensuite de partir de cette prise de conscience pour réintroduire une dynamique dans la thérapie, la plupart du temps en termes de modifications minimales dans la forme de la proposition thérapeutique.

L'intérêt de ces groupes de reprises de la pratique tient aussi à une mise en scène en miroir de celle de la thérapie : le soignant exposant la progression de son projet thérapeutique se trouve, en quelque sorte, en position de parent consultant pour un membre de sa famille évoquant ses difficultés pour lui venir en aide. Celui qui se dégage du groupe comme « contrôleur » se trouve alors dans la position du soignant, se

pénétrant de ce qu'il recueille de l'exposé pour s'ouvrir à une mise en relation d'éléments qui prennent ainsi sens. Le tout repose sur l'absence du patient, ce qui introduit une différence radicale avec sa présence constante au cours de la thérapie. Le patient, absent dans ces groupes de « contrôle », est ainsi évoqué pour mieux apparaître autrement.

Mais il existe aussi des contre-transferts institutionnels qui sont moins le fait d'individus que de la tradition psychiatrique d'entretien de la chronicité.

### Pathologies soignantes induites

J'en parlerai en termes génériques psychopathologiques. Je répugne habituellement à ces généralités qui tombent dans des schématisations réductrices mais on peut les utiliser (pour mieux les dénoncer) lorsqu'il s'agit d'un groupe étiqueté en particulier dans un projet institutionnel : « Hôpital de jour pour psychotiques », par exemple. La singularité de chaque malade s'y estompe au profit de la dénomination qui fait massification.

Certaines pathologies de personnes en soin peuvent induire ainsi des pathologies soignantes institutionnelles et les soins véritables consistent à ne pas se laisser aller à ces automatismes :

- Les *psychotiques* induisent, par exemple, volontiers, la débilité institutionnelle des soignants qui se retrouvent comme paralysés dans le temps arrêté de l'asile et la répétition des gestes sans proposition soignante pensée et novatrice ;
- Les *débiles*, au contraire, induisent une hyperactivité soignante vaine compensatoire ;
- Les *déments séniles*, une indifférenciation dans le générique – « Alors, comment vont les mamies ce matin, on a bien dormi ? » – dans un espace sonore envahi par radio et télévision que personne n'écoute ni ne regarde ;
- Les *autistes*, de la surstimulation intrusive de leur bulle de protection ;
- Les *alcooliques*, du manichéisme grossier sur le modèle de la croisade contre le mal ;
- Les *anorexiques mentales* du sadisme en vue d'abattre le symptôme ;
- Les *hypochondriaques*, une débauche d'examens organiques pour les convaincre de l'inanité de leurs plaintes ;
- Les *délirants*, un traitement d'attaque offensif pour supprimer leur délire ;
- Les *suicidaires*, des discours moralistes se voulant persuasifs ;

- Les *paranoïaques*, une prise en charge paranoïaque – c'est la seule maladie à être contagieuse – par des complots dans leur dos pour leur bien... etc.

Je compte faire un recueil de toutes ces tentations.

## EXEMPLES SUCCINCTS DE SUPERVISIONS

### ***Reproduction dans la configuration thérapeutique de la problématique d'une famille***

*Dans un service d'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, l'on propose la configuration thérapeutique suivante à un garçon qui vient pour dépression grave : une psychothérapie avec un psychanalyste, un groupe thérapeutique mené par deux soignants dont un infirmier qui en est le leader. Très vite, viennent au jour des conflits de rivalités, plus ou moins arbitrés par la soignante du groupe, entre les deux hommes qui peuvent l'explicitier sans acrimonie dans un groupe de contrôle où ils essaient, plutôt que de s'en culpabiliser, de comprendre en profondeur ce que ce patient réveille en eux, ce qui est très déculpabilisant... Quelque temps après, se révèle ce que tout le monde ignorait : cet enfant a un père officiel et un père biologique jaloux du précédent... Nous avons reproduit, à notre insu, la forme même de la problématique familiale qui a pu commencer à se résoudre grâce à la résolution que nous avons tous mise en œuvre, en particulier du fait de la soignante, de la situation conflictuelle entre professionnels.*

### ***Autre exemple***

J'ai relaté dans le livre *Pour une psychiatrie de l'ellipse* (Klein & Darrault, 1993, p. 107-161), une de mes psychothérapies d'une jeune fille dépressive ayant en outre des atteintes psychosomatiques. Elle était la fille de parents qui recevaient des enfants en nourrice de la DDASS. La mythologie familiale opposait les deux ordres : les enfants confiés ressortissant du monde du malheur, de la maladie et de la mort préservant en quelque sorte les enfants biologiques, sauf Béatrice qui, pour des raisons complexes, se retrouve de côté pathologique. C'est alors que la famille propose aussi en soins Mélanie, une fille du même âge qui leur est confiée depuis toujours. Celle-ci est confiée à un psychanalyste de mon équipe : Jean-Pierre H.

La thérapie de Béatrice n'avance pas et je décide de faire appel au groupe de contrôle. C'est dans cette mise en scène d'un espace parallèle que s'est dévoilée la figure de répétition de Béatrice. Délibérément, je ne me suis pas tenu au courant de l'évolution du travail psychothérapique avec Mélanie, ne voulant pas être parasité par l'évocation du double de Béatrice. Mais, dans le groupe de réflexion, je suis saisi, dans une position de contrôleur

de moi-même, par la forme évidente qui se détache, homothétique, dans la famille de Béatrice et dans le service. Sans l'avoir prévu ni remarqué, deux soignants du service, deux hommes, tous deux barbus et portant le même prénom (Jean-Pierre), reçoivent au même rythme (une fois par semaine) Béatrice et Mélanie, pour une psychothérapie traditionnelle, dans deux pièces contiguës. Nous avons reproduit, à notre insu, comme c'est la règle, dans la configuration thérapeutique offerte, la configuration structurelle du sujet (ici deux sujets) dans ses (leurs) troubles.

Nous avons rejoué ici, bien sûr, nos problématiques et personnelles et institutionnelles. Le fait que ce doublon chef de service/membre du service était hiérarchisé (comme Béatrice et Mélanie), le premier amenant au second, en est un signe supplémentaire.

Notons qu'il nous a fallu un dédoublement de l'espace-temps thérapeutique dans le groupe de réflexion pour que soit perçu ce doublon, qui était pourtant évident. Notons aussi que c'est dans un dédoublement personnel du psychiatre qui occupa successivement les deux positions : celle de l'exposant puis celle de contrôleur de soi-même, que s'est faite cette prise de conscience.

Pourtant, cette configuration thérapeutique, remarquons-le, introduit déjà une différence avec la configuration structurelle du sujet dans ses troubles : notre version faisait déjà sens dynamique puisqu'aucun des acteurs n'avait été sacrifié à l'autre, et que, de toute façon, Mélanie rejoignant Béatrice dans le camp de la maladie (ce qui, à tout prendre, était un peu plus acceptable par la famille que le « monde à l'envers » où Béatrice était seule du côté négatif), n'avait pas entraîné une bascule de Béatrice vers la santé. Le doublon thérapeutique n'était donc pas sacrificiel. Reste qu'il fallait partir de cette figure pour tenter un dépassement plus important encore.

Toute thérapie, dont le champ est celui de la répétition, peut se définir comme le passage du même au différent. Comment introduire un changement pour aller plus avant ? La thérapie de Mélanie continue, inchangée, mais je modifie mon approche qui ne me satisfait à aucun point de vue, en introduisant un travail débrayé dans des inventions imaginaires de contes dont le décryptage sémiotique confirmera la dichotomie à l'œuvre dans la famille et la résoudra d'abord dans la structure des récits que Béatrice créera, puis dans sa vie même.

### ***Contre-transfert identificatoire***

*Isabelle est troublée* par la « coïncidence » suivante : une jeune fille de dix-sept ans de qui elle s'occupe depuis six mois dans le cadre d'un atelier théâtre (Isabelle est comédienne) lui demande, un jour qu'elles se retrouvent seule à seule, de « l'aider ». Il s'agit, dit-elle, d'écrire une pièce sur le déménagement prochain de sa famille qui va lui faire quitter sa meilleure amie. Isabelle se rappelle qu'à son âge elle a elle-même écrit une pièce sur une amie qu'elle devait quitter.

À y regarder de plus près, ce que je ne ferai ici qu'à très grands traits, on s'aperçoit que tout est dit par la jeune fille dans l'énoncé « quitter sa meilleure amie » sans véritable intrigue théâtrale ni aucun développement. Il est évident que le sous-texte est « veux-tu devenir mon amie, remplacer l'autre, et ce d'autant plus que j'ai pu éveiller ton intérêt en choisissant ton art ». Plutôt que d'y voir une « coïncidence » et se projeter elle-même de façon spéculaire dans la jeune fille qu'elle n'est plus, Isabelle a été amenée à relativiser la demande de l'adolescente aux sentiments transférentiels que celle-ci lui portait et qui n'ont pas été sans influencer sa demande séductrice (avec succès !). Elle a pu prendre conscience de la nature de ses projections sur l'adolescente, en rapport avec un ancien conflit avec son propre père.

### ***Induction d'un oubli significatif***

*Madeleine est psychiatre, psychothérapeute et elle se forme à l'art-thérapie. Elle relate l'histoire de Célimène, dix-huit ans, qui est suivie en ambulatoire depuis l'âge de seize ans dans un institut de rééducation. Elle souffre d'anorexie mentale qui a commencé lorsqu'elle était préadolescente en 6<sup>e</sup> de Collège. Les troubles sont d'emblée très graves, avec parfois des tentatives de suicide, et elle a été hospitalisée en psychiatrie plusieurs fois.*

Madeleine l'accompagne dans un travail de collage de matériaux, de papiers en relief, puis de plâtre tenu par un grillage. Célimène met un grillage dans la terre et associe sur son enfermement de façon trop mentale psychologique standard. Madeleine passe très justement outre aux « explicitations » de Célimène à propos du grillage, mais c'est en supervision qu'elle s'aperçoit qu'il lui aurait été possible de faire interprétation en paraissant ne parler que du concret de l'œuvre : « C'est grâce au grillage... aussi que ça tient ! », ce qui fait métaphore implicite du cadre de leur relation thérapeutique.

Madeleine avait posé au début sa difficulté à rétablir une « bonne distance » afin de conjurer les dires trop contrôlés de Célimène sur elle-même, en oubliant qu'elle a pris la place du psychothérapeute de ville qui était prévu et qui devait ne fonctionner que dans l'intersubjectivité sans création patente d'une production.

Surtout l'examen du discours de Madeleine en fin de supervision apparaît révélateur des problématiques de Célimène : elle n'a en effet parlé que de l'évolution des relations entre les deux et aucunement des productions qui en sont résultées comme si elles ne valaient que pour nouer ce lien. Attention portée au relationnel interindividuel et non au corps de l'œuvre, on est bien dans le paradigme de l'anorexie mentale... Tout ne s'est-il joué que dans l'interaffectif transférentiel ? Quelle place a pris le concret des œuvres ? N'ont-elles servi que comme prétextes à associations sur elles, revenant ainsi à la situation classique psychothérapeutique dans laquelle Madeleine se retrouvait plus à l'aise ?

Célimène avait réussi à transformer une relation art-thérapeutique en n'accordant à la production d'objets que la place de prétexte à une relation psychothérapeutique dans laquelle elle tentait de reproduire ses manipulations coutumières...

La poursuite de la thérapie est à l'accompagnement non seulement de Célimène comme créatrice, mais aussi de l'évolution de ses œuvres qui lui permettront de jouer avec la matière elle-même, l'accompagnant dans ses transformations, qu'il s'agisse de dessins, de peinture, de plâtre (et de son rituel calorique quand il « prend ») ou du modelage à propos duquel Célimène pose le problème de la cuisson. La distance dans la création permettra de parfaire sa transformation personnelle d'autant plus que les supports proposés par Célimène ont leur poids « corporel » et que par eux, elle pourra petit à petit se réapproprier son corps.

La réalisation de l'œuvre et ses difficultés, et l'exigence, tant de Célimène que de Madeleine, quant à sa qualité, doivent préoccuper davantage cette dernière. C'est en quelque sorte en son nom que les rencontres doivent se dérouler, en sachant, au moins pour Madeleine, que l'introduction plus grande de la matière métaphorise la réintroduction progressive du corps érogène par Célimène qui en avait dénié la présence et le dynamisme vécus comme dangereux.

La thérapie consiste, pour moi, beaucoup moins dans la recherche d'un contenu à expliciter par une désymbolisation, que dans l'introduction du mouvement dans une forme répétitive qui peut évoluer parce qu'elle se développe dans un espace symbolique : c'est une symbolisation accompagnée par le thérapeute comme professionnel de l'organisation de voyages en symbolique...

### ***De l'énonciation de l'une comme reflet des problématiques de l'autre***

*Èva travaille dans un centre d'alcoologie, elle y anime un atelier de danse/expression corporelle. « C'est une activité qui a pris forme à la demande des patients. J'ai mis en place un système où, tous les lundis après-midi, je me déplace dans les chambres des patients pour leur demander ce qu'ils veulent faire. Cela a marché un temps, mais comme je n'étais pas suivie dans cette méthode, ça n'a pas pu se poursuivre... Ils n'en avaient pas envie. Depuis le début, j'ai du mal à motiver les patients pour qu'ils viennent. J'ai essayé plein de choses. Ils choisissent la musique qu'ils veulent. Mon souci, c'est comment les motiver à venir ? La participation est vite devenue fluctuante. À une séance venaient dix personnes et la séance suivante plus personne... Puis ça reprenait. Comment installer une régularité ? Le bouche à oreille est aléatoire », se plaint Èva quand il lui est simplement demandé : « Que proposes-tu dans cet atelier ? », ce qui la renvoie brutalement à son désir à elle.*

La question de la motivation à venir est en rapport avec la notion de « volonté » qui résonne à la fois avec la venue à l'atelier, avec la problématique de la personne alcoolique à qui on dit – et qui y croit – que le sevrage « est affaire de volonté », et avec l'attitude habituelle d'Éva dans les propositions qu'elle n'arrive pas à soutenir de son désir clairement exprimé. La personne alcoolique ne se vit généralement pas comme malade, si ce n'est physiquement du fait de la dépendance, mais comme malade de la volonté, ce qui occulte toute interrogation sur une pathologie plus lourde, plus complexe, plus archaïque. Le désir est propre à chacun alors que le besoin est mécanique, il ne concerne pas l'individu mais le manque et la substance. Avec le besoin, il n'y a plus personne et nous rejoignons l'anonyme de la masse qui répond de façon univoque, par exemple, aux envies de boire ou de manger.

Le désir de l'enfant a jadis été éventuellement comblé par la mère offrant du lait pour toute réaction. Au moindre cri, le biberon ou le sein est là. La mère peut même, de peur qu'il manque, anticiper la demande. Le comblement d'un besoin supposé est alors donné comme réponse, souvent anticipatoire, à toute manifestation désirante. Leur demander : « Qu'est-ce que tu veux ? », c'est risquer de les mettre dans une position d'inhibition du fait de leur peur face à la béance de leur désir empêché de s'exprimer autrement qu'en termes de besoin. L'imbibition est alors le traitement de l'inhibition. On peut opposer la séquence normale : désir-tentative de le satisfaire-impossibilité de comblement total-relance du désir, avec le système binaire clos du besoin : sensation-satiété qui n'évolue guère que quantitativement dans une toxicomanie.

L'alcoolique, le toxicomane, l'anorexique ou le boulimique déploient des stratégies différentes par rapport à des substances différentes, mais se fondent pareillement dans le générique des besoins qui réduisent la personne et à quoi la personne se réduit, dans un présent renouvelé qui n'évolue guère sinon du fait du corps qui met en place l'assuétude et l'accoutumance, voire des cercles vicieux porteurs de mort.

La difficulté vient du fait qu'il n'est pas possible de renverser artificiellement l'attitude de la personne dans ce domaine brûlant de la consommation alcoolique, le raisonnement ou l'intimidation ne sont que des tentatives de conditionnement, cette partie militaire et simpliste de la psy qui attaque le symptôme et, partant, la personne dont on violente le corps comme sur un champ de bataille (nous avons vu que saint Michel archange est implicitement référentiel dans les croisades contre l'alcoolisme).

La thérapeutique doit porter d'abord sur l'attitude de la personne alcoolique, elle doit la restaurer (le mot est choisi) comme Sujet assumant ses désirs et surtout ses réalisations. Le projet thérapeutique concernant l'alcoolisme ne doit pas seulement s'adresser à l'objet apparent de la

personne qui paraît être la boisson, et il serait anti-thérapeutique de focaliser sur celle-ci dans des essais de persuasion à coups de menaces, de raisonnements, de séduction ou de contention. Je propose toujours de ne jamais parler de boisson si ce n'est pour souligner que l'on sait que ce n'est pas, loin de là, une affaire de volonté, on désigne ainsi implicitement l'inconscient comme le maître du jeu.

Et ce n'est pas dans l'interrogation sauvage sur leur envie que l'on permettra de rétablir un circuit permettant de la reconnaître avec certitude tant elle a été non reconnue et dévoyée. Il est nécessaire de se montrer un peu dans ce qu'on désire pour que le patient puisse se confronter à quelqu'un qui assume le sien et l'assure. Passer par l'interrogation sur la réponse au désir du soignant est renverser les rôles et mettre à distance le besoin comme unique résolution.

Changer, par exemple, le propos « Veux-tu venir ? » en « Je pense que pour ton bien, tu devrais venir », ce qui permet de sortir de la venue au gré d'un désir ou pour faire plaisir à l'intervenante. On peut, d'ailleurs, insister sur le bien corporel en mettant de côté les bienfaits psychiques si les personnes ne veulent pas parler de leurs difficultés en ces termes.

À partir de là, Èva peut s'appuyer sur ses propres compétences. Encore faut-il qu'elle puisse affirmer son désir sans s'effacer comme instrument de la demande de ceux qu'elle a d'abord décrits comme « physiquement diminués, souffrant de polynévrites, de problèmes musculaires et oculaires, handicapés ». Il faut qu'elle passe outre ce « dévouement au service de... » qui est au cœur de sa vocation et qui masque à la fois un profond désir de réparation, une mésestime de soi-même, et un désir secret de coincer l'autre dans une responsabilité qu'il ne peut prendre. Cela, Èva s'en aperçoit lors de la supervision ainsi que de son appétence à « remplir » espace et temps d'activités pleines et trop combantes.

Le pari des supervisions telles que je les propose est de compléter la manière habituelle d'investigation du soignant sur lui-même, grâce à l'examen de ses réactions contre-transférentielles, par l'attention portée au binôme qu'il met en place avec le patient, ce qui permet de sortir de la pensée classique action/réaction des individus en présence par la mise en évidence de la dyade qu'ils forment de façon complémentaire. L'aboutissement de ce travail ne propose pas une explicitation dans la thérapie de ce qui est en jeu mais une modification des conditions de la rencontre, intervention minimale sur le cadre, qui les concerne tous deux, et ouvrira à des contenus nouveaux qui résoudront l'aporie qui a causé la demande de supervision.



## BIBLIOGRAPHIE

NASIO J.-D. (1994), « Introduction à l'œuvre de Freud », in *Introduction aux œuvres de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*, Paris, Rivages.

KLEIN J.-P. & HÉNIN M. (1995), *Métapsychothérapie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Desclée de Brouwer/Hommes et perspectives.

KLEIN J.-P. (2006), *Petit Voyage iconoclaste en psychothérapie*, Gre-

noble, Presses Universitaires (préface de Georges Lantéri-Laura).

KLEIN J.-P. & DARRAULT I. (1993), « Béatrice ou bonjour l'imagination, adieu les dégâts », in *Pour une psychiatrie de l'ellipse, les aventures du sujet en création*, Paris, PUF (préface de Jean Duvinlaud, postface de Paul Ricœur) ; réédition revue et complétée, Presses Universitaires de Limoges, 2006.

## Chapitre 6

---

# LA HONTE EN SUPERVISION

Jean-Marie Robine

*« Aussi devons-nous voir,  
Mais pas être vus. »  
Euripide*

« L'empêchement le plus sérieux à dépasser l'impasse thérapeutique, et peut-être la contribution la plus commune de la part du thérapeute au développement d'une impasse, réside dans les difficultés du thérapeute à l'égard de sa propre honte. »

Cette hypothèse avancée par L. Jacobs trouve son prolongement habituel dans la situation de supervision. Pourtant, il serait peu pertinent d'en déduire qu'en thérapie comme en formation ou en supervision la honte doit à tout prix être évitée. C'est notre sensibilité à la honte, notre connaissance des défenses qu'elle engendre, la mise au travail et surtout l'ouverture dialogale à ces expériences qui permettra de renforcer le processus thérapeutique si la résolution peut intervenir précisément dans l'ici-maintenant de la relation thérapeutique.

La culture narcissique invite au camouflage et au refoulement des insuffisances, des déficiences, des sentiments de manque, d'erreur, de faute, etc. L'expérience ne peut alors être validée que si elle est conforme aux normes exigeantes du groupe social d'appartenance. Le « reste » de l'expérience, non validé, non accueilli, devient honte.

La maïeutique socratique a souvent été utilisée comme référence ancestrale pour la psychothérapie. Qu'en est-il de cet accouchement dans le dialogue ? Socrate y pratique un art consommé de mettre l'interlocuteur en difficulté, de le piéger dans ses contradictions, de le confronter à une logique impitoyable jusqu'à l'humiliation suprême :

« Tu croyais savoir, mais tu ne sais rien ! Moi, je ne sais qu'une chose, c'est que je ne sais rien ! »

La question de la honte nous contraint à penser la question du soutien, de la solidarité et du lien, et à intégrer ces composants dans notre entrée en présence de psychothérapeute, de didacticiens, de superviseurs.

## LA HONTE COMME PHÉNOMÈNE

La démarche phénoménologique a su mettre en évidence que ce que l'on appelle le phénomène n'est que rarement ce qui apparaît, ce qui est expérimenté comme un donné. Il est la plupart du temps nécessaire de se livrer à un véritable travail d'explicitation, de dépli, afin de permettre au phénomène de se manifester. C'est toute la différence entre la phénoménologie et ce qu'on pourrait appeler une phénologie, la racine grecque dénotant que quelque chose « est à faire » pour que l'expérience puisse entrer dans le champ de conscience et de connaissance.

Ainsi en est-il de la honte : parfois consciente et vécue comme émotion, parfois confondue avec la culpabilité, parfois ressentie sous des formes atténuées comme l'embarras ou la timidité, souvent aussi non consciente, non identifiée, non nommée, n'apparaissant qu'au terme d'un travail de dépli dont la psychothérapie peut fournir l'occasion.

La honte s'articule avec la façon dont nous sommes accueillis, acceptés et reconnus par notre environnement significatif. Elle désigne une expérience d'indignité, de faiblesse, d'impuissance, d'inadéquation, de dépendance, de fragilité, d'incohérence sous le regard d'un autre : tel que je suis, je ne suis pas digne d'appartenir à la communauté des humains. Elle est donc fondamentalement déficit de reconnaissance et, par là même, rupture de lien.

La honte implique en effet le regard d'un autre, contrairement à ce qu'a pu en théoriser le vieux paradigme individualiste en son mythe d'un individu isolé et autosuffisant. Autrui peut être ouvertement honnisseur, auquel cas le schème d'interaction entre soi et lui se développe généralement de façon à ce qu'il se fasse oublier pour que ne demeurent

que l'affect et l'isolement du honteux. Le trop commun : « Tu devrais avoir honte ! » montre avec force comment l'un impose à l'autre un éprouvé qui le concernerait en propre, pour ensuite se retirer de son champ de conscience après cette infiltration insidieuse. Mais le lien à autrui, voire son simple regard, peut amplement suffire à générer ou réveiller la honte, particulièrement lorsque la relation est investie, comme ce peut être le cas d'une relation aux parents, aux maîtres, aux formateurs, aux psychothérapeutes et superviseurs et autres liens dissymétriques dans lesquels le développement de l'un se nourrit – entre autres – de la reconnaissance de l'autre.

L. Wurmser, qui fut l'un des auteurs pionniers sur ce thème, a décrit trois modalités principales de honte :

- *La honte proprement dite* : c'est l'expérience directe de la honte, vécue comme affect, émotion spécifique ;
- *L'angoisse de la honte* : il y a anticipation de la honte comme danger immédiat et donc mise en place de défenses d'évitement ;
- *La honte comme potentiel* : elle donne lieu à la création d'un style qui porte à éviter une honte possible (par exemple, à manifester une grandiosité défensive, à cacher ou accentuer sa différence).

Mais, fondamentalement, la problématique de la honte renvoie au « Qui je suis », à ce que le sujet peut considérer comme essentiel à son identité propre et, par là même, à ce qu'il peut faire montre de son désir. C'est parce qu'il est vu vivant, et donc désirant, et qu'il fait ou a fait l'expérience de l'inadéquation de son désir, de son irrecevabilité, qu'il immobilise l'excitation et retourne son expérience en honte.

## LA HONTE EN PSYCHOTHÉRAPIE

Les publications sur ce thème ont été abondantes au cours de ces dernières années, particulièrement chez les Gestalt-thérapeutes, mais aussi chez les autres psychothérapeutes psychodynamiques et relationnels sensibles à la dynamique des affects et aux processus de construction identitaire. Pour notre propos, retenons, au risque de réduction grossière, l'expérience vécue d'inadéquation. Or lorsqu'un patient décide de s'engager dans un processus psychothérapeutique, c'est bien sur fond de sentiment d'inadéquation, voire de demande d'être autre que ce qu'il est, que vient s'opérer son entrée en présence. La situation psychothérapique en elle-même est donc activatrice de cette honte essentielle, et la présence et le regard du thérapeute sont ainsi en eux-mêmes des facteurs

iatrogènes. Le patient est invité à « se montrer » dans ses faiblesses et fragilités à quelqu'un qui sera volontiers (et éthiquement) discret, voire caché, mais qui verra.

Aussi est-il indispensable que le psychothérapeute ait pu lui-même explorer sa propre honte et la mettre au travail, ne serait-ce que pour dépasser la honte d'avoir honte qui verrouille solidement les accès à ces pans de l'expérience. Une des modalités de défense contre la honte, illusoire mais commune, consiste en effet à la refiler à autrui et, à cet égard, la situation psychothérapeutique y est particulièrement propice puisque le patient sera de plus en plus disposé à endosser la responsabilité de tout ce qui ne va pas chez lui. Les manifestations d'individuation, d'autonomisation, les critiques et insatisfactions que le patient peut adresser au thérapeute peuvent déclencher chez ce dernier des réactions défensives (évitement, dénégation, responsabilisation prématurée de l'autre, projection, etc.). Le mode de pensée individualiste a encore de beaux jours devant lui, ne serait-ce que grâce aux patients moulés par une tradition millénaire de pensée et un bain culturel et médiatique des plus propices.

## EN SUPERVISION DE PSYCHOTHÉRAPIE

Dans la situation de supervision, qui s'apparente en cela à celle de la psychothérapie autant qu'à celle de la formation, le superviseur est à tort ou à raison investi d'un supposé savoir qui lui confère un statut hiérarchique d'expert. Le supervisé est confronté aux limites de son savoir-faire, de sa compétence, voire de son orthodoxie. Compte tenu de son expérience et de son ancienneté dans la profession, le superviseur est érigé en modèle identificatoire et l'écart est volontiers générateur ou activateur de honte. La recherche de l'excellence, instaurée en principe dans nombre d'institutions, n'est pas étrangère à notre sphère et s'accompagne d'un cortège d'effets secondaires : émulation et compétition, honte et humiliations, refoulements et répressions, etc.

J'ai toujours été interpellé, attristé et en colère, lorsqu'il m'arrivait d'entendre des confrères, de toutes approches psychothérapeutiques, me parler de leur impossibilité à évoquer dans leurs propres supervisions un certain nombre de situations dans lesquelles leur pratique s'était située aux confins de l'orthodoxie de leur méthode, voire au delà, ou qui avaient généré des ressentis, fantasmes et contre-transferts dont l'expression aurait pris la forme d'un aveu. Et bien entendu, la fréquence de ces témoignages concernant « les autres » me donne à inférer qu'il en est

vraisemblablement de même avec moi lorsque je suis superviseur, malgré toute la vigilance que je peux apporter concernant cette question.

Certes toute modalité de présence du psychothérapeute en ses propos, du verbal au non-verbal, gestes et attitudes, connotations, etc., peut être considérée comme révélant quelque chose de lui, en propre. Cela peut aussi être abordé comme produit de la situation, de l'interaction entre les deux protagonistes, et donc généré par deux cocréateurs sans qu'un *a priori* ne vienne permettre d'attribuer à l'un ou à l'autre la propriété de cette modalité. L'inavouable dit quelque chose d'essentiel de ce qui se passe et restreindre l'expression au « psychothérapeutiquement correct » signe le principe d'une pratique à l'identique : le patient se doit d'être conforme aux exigences théoriques et méthodologiques de son psychothérapeute. Si la supervision est un contrôle, si elle s'avère par trop « surmoïque », elle modélisera par voie de conséquence une pratique psychothérapeutique tout autant contrôlante et adaptatrice.

La supervision pourra se déployer dans une atmosphère d'accueil et de soutien et la qualité de présence du superviseur sera un facteur déterminant dans l'instauration de la confiance et de la sécurité nécessaires au dévoilement d'espaces de fragilité, de doute, d'insuffisances, d'échec. La honte ferme ces espaces, et la honte d'avoir honte ajoute un verrou supplémentaire.

## L'orthodoxie

L'inculture d'un certain nombre de psychothérapeutes et psychanalystes quant aux approches qui ne sont pas la leur est massive et inquiétante. À mes yeux, elle dénote une fermeture à l'expérience d'autrui lorsque cette expérience n'est pas filtrée par un système d'hypothèses théoriques qui, en évitant toute confrontation et toute dialectique, ressemble rapidement à un fanatisme religieux. Dans un tel contexte, oser penser avec des concepts non estampillés par l'École, oser renoncer à des *setting* ritualisés mais sans signification ni pertinence dans tel cas particulier, bref : oser l'engagement de soi hors des abris et tranchées fournis par l'Institution, c'est prendre le risque d'être honni, rejeté, exclu de la société de pairs.

*Thérapeute* : – « ... Concernant ce moment de la séance, j'ai pensé que ce patient pouvait mettre en jeu un processus d'identification projective à mon égard...

*Superviseur* : – Qu'est ce que c'est que ça, "identification projective" ?... Tu fais appel à la magie maintenant ? »

Que communique ainsi le superviseur ? Qu'il a quelque connaissance du concept mais qu'il en dénigre et rejette l'usage. Le sarcasme qu'il introduit dans son propos manie l'humiliation et place le supervisé dans la honte. Il humilie le psychothérapeute qui fait usage d'un concept qui ne relève pas de ses références théoriques propres. Il humilie en invalidant l'approche qui préconise un tel concept. Il humilie en ironisant sur celui qui n'aurait pas l'aptitude à discerner entre les approches « certifiées conformes » et les approches ésotériques et charlatanesques.

N'y a-t-il d'autres possibilités ?

Si le supervisé éprouve la nécessité de faire appel au concept d'identification projective dans ce contexte, il manifeste par là différentes choses :

- Qu'il lit et travaille en dehors de l'orthodoxie de son école. Ceci doit-il être soutenu et encouragé, ou empêché ?
- Qu'il essaie de penser sa pratique. Ceci doit-il être soutenu et encouragé, ou empêché ?
- Qu'il ose tenir des propos qu'il « sait » (probablement) aller à l'encontre des références de son superviseur. Ceci doit-il être soutenu et encouragé, ou empêché ?

Il me paraît néanmoins pertinent que le superviseur, dans sa fonction didactique, puisse être le garant de la cohérence du système de pensée de l'école qu'il représente, quel qu'il soit. Pourrait-il inviter le supervisé à déplier son analyse et la conceptualisation qu'il en fait et créer avec lui, pour autant que ce soit nécessaire, une mise en forme consistante et cohérente ?

L'expérience du supervisé doit faire l'objet d'une considération fondamentale au même titre que l'expérience du patient, même si celle-ci ne coïncide ni avec l'expérience, ni avec les croyances, ni avec l'appareil théorique du psychothérapeute. Si le superviseur espère contribuer au professionnalisme de psychothérapeutes qui accueillent et respectent l'expérience de leurs patients, il est nécessaire qu'il manifeste la même qualité de présence à l'égard des supervisés qu'il accompagne. Un psychothérapeute qui aura été traité sans aucun égard pour sa honte par ses formateurs ou superviseurs aura vraisemblablement tendance à suivre ce modèle dans sa propre pratique avec ses patients, en toute « bonne foi ».

### **Le savoir du superviseur**

Les situations apportées par les psychothérapeutes nécessitent fréquemment un éclairage psychopathologique, clinique, méthodologique.

Les questions ainsi soulevées rencontrent parfois les limites des connaissances et/ou de l'expérience du superviseur. Qu'en est-il de la capacité du superviseur à dire qu'il ne sait pas ? Se vit-il surpris en flagrant délit d'incompétence ou d'insuffisance professionnelle et, dans ce cas, quelles seront les défenses qu'il mobilisera contre la honte ? À nouveau, le système mis en œuvre par le superviseur modélisera les réponses implicites du psychothérapeute à l'égard de ses patients lorsqu'il rencontrera, à son tour, ses propres limites.

À l'autre extrême, un positionnement également dans lequel le superviseur peut aisément glisser : savoir à la place du psychothérapeute. Le superviseur devient alors le super-thérapeute qui passe allégrement au-dessus du thérapeute et pense, parle et agit comme s'il était lui-même le thérapeute, oubliant la spécificité de la création commune de la situation « Parce que c'était lui, parce que c'était moi... ».

## L'estime de soi

Si l'estime de soi est volontiers considérée comme une élaboration psychique, il n'en reste pas moins qu'elle est la secondarisation d'un processus de contact et qu'elle est une conséquence directe de l'estime qu'autrui a pu nous manifester. Le maniement de *feed-back* négatifs s'avère donc particulièrement sensible et le superviseur devra faire preuve de la délicatesse qui permettra au supervisé d'entendre et d'assimiler ses commentaires, ainsi ceux qui émanent du groupe si la supervision est pratiquée en groupe. Les commentaires du superviseur peuvent même aller à l'encontre de l'objectif poursuivi. Ainsi, dans l'exemple qui suit, je cherchais à sortir une thérapeute de la dévalorisation dans laquelle elle s'enfermait, ce faisant, j'amplifie la honte. (La thérapeute a extrait les lignes qui suivent de son journal et me les a confiées plusieurs mois plus tard).

« [...] *Je relate mon travail* en séance de la manière suivante :

*"J'aurais dû faire comme ceci ou comme cela, là je ne suis pas arrivée à..."*. (Je continue ici de minimiser ma place dans le groupe au risque de faire mauvaise figure.)

*Superviseur : "Je constate que depuis un moment tu exprimes les choses sous la forme négative, pourrais-tu essayer de les exprimer différemment ?"*

C'était pas vraiment difficile à repérer !

La remarque est plutôt ouvrante et cependant je m'immobilise. Je sens poindre la honte d'avoir mal fait, d'être "obligée" de recommencer sous une forme qui serait la bonne forme (toujours le rapport du maître à l'élève). Je me sens épinglée face au regard des autres, emmurée dans ma honte. Je



ne veux pas rester dans cet état, je suis en colère contre J.-M. R. Je serre les mâchoires, je respire court, je deviens dure et froide à l'intérieur, j'allonge mon corps et dresse la tête, je prends appui sur mes pieds et m'adresse au superviseur en ces termes :

*Moi : "Je me sens honteuse, tu me fais vivre la honte."*

Je m'étonne du contraste entre la teneur de mes propos, ma forte énergie et mon ton de voix plutôt bas. Colère et résignation sont tous deux à l'œuvre dans cet épisode, mais quelque chose d'indéfinissable et de différent est là, présent, mais que je ne peux pas encore identifier.

*Superviseur : – "Comment je m'y prends pour te faire ressentir de la honte ?*

*Moi : – Tu me demandes d'être autrement que ce que je suis et je n'y arrive pas, ça me fout dans la honte !"*

Ma manière de m'exprimer est brusque et familière, je cherche un juste équilibre entre proximité et distance, autonomie et dépendance, mais tout cela n'est pas très clair pour moi sur le moment.

Je ne sais que répondre dans l'immédiat, je suis juste sensible à sa posture ; corps incliné tout entier à l'écoute de ce qui pourrait émerger chez moi, regard scrutateur qui cherche à comprendre et ne lâche pas, ton de voix ferme et chaleureux, corps-esprit en éveil à l'affût du moindre signe que je pourrais donner.

Je crois percevoir dans sa posture une double intention, celle de m'amener à comprendre le processus qui m'amène à vivre son intervention sous la forme de la honte, mais aussi son questionnement sur ce que lui-même dans sa manière de faire ou d'être aurait pu provoquer comme honte chez moi. Cette possibilité pour lui de se réinterpeller par rapport à une éventuelle erreur de formulation ou de contenu, sa bienveillance et exigence à mon égard que j'ai pu repérer et tester dans mon travail antérieur en supervision me permettent de ne pas me couper mais d'amorcer un travail qui trouvera ses prolongements dans d'autres séquences de travail et qui, à plus long terme, me permettra des réaménagements en profondeur et une plus grande complicité avec mes p'tites hontes.

Souvent j'entends J.-M. R dire que ce que l'on soutient dans le processus qui est en cours c'est la construction, la mise en forme de la figure ; j'ajouterai que pour moi, c'est aussi sa dimension humaine et son total engagement dans le travail qui m'a permis de me construire au fil des années.

Ce qui est ici paradoxal à mon sens, c'est qu'il a fallu que je sois à nouveau confrontée à la honte pour pouvoir la mettre à distance et commencer à m'en dégager. Guérir la honte par la honte !

Au travers de ce travail je prends conscience des deux aspects de la honte : son côté noir et destructeur qui, à force de miner le fond, asphyxie mon quotidien, mais aussi de son aspect protecteur qui dans certaines situations m'a préservée d'agissements extrêmes qui auraient pu m'exclure de mes proches et de ma communauté. [...] »

Ce témoignage montre clairement différents ingrédients constitutifs de l'expérience de honte et de son approche thérapeutique, par exemple :

La honte est rupture de lien, exclusion de la communauté.

Le véhicule est autant, sinon plus, implicite et non-verbal qu'explicite.

« Mon ami, vous ne savez pas ce qu'une femme comme ma mère sait mettre d'impertinence dans un regard protecteur, d'abaissement dans une parole, de mépris dans un salut. » (Balzac, *Le Lys dans la vallée*, cité par Wurmser).

Ce qui est communiqué par la qualité de présence non-verbale du superviseur (ou du psychothérapeute) et qui ne peut être interprété comme « technique » ou manipulation de sa part, est capté avec une grande intensité.

La honte est générée ou activée dans et par la relation. C'est donc aux deux pôles du système relationnel que quelque chose doit être ouvert et, à ce titre, le superviseur – en situation de supervision – comme le psychothérapeute – en situation de psychothérapie – doivent accepter d'ouvrir leur pan de la situation et de considérer leur rôle et leurs défenses propres dans la mise en place de l'expérience du client, supervisé ou patient.

## HONTE DU PSYCHOTHÉRAPEUTE/HONTE DU PATIENT

L'une des difficultés majeures réside dans la méconnaissance, l'ignorance ou la dénégation de la honte propre du psychothérapeute dans la relation avec un patient, du superviseur dans la relation aux collègues qu'il supervise ; la honte fait partie de ces affects que j'appelle volontiers les « affects à redoublement » et qui génèrent « la honte de la honte » comme peut exister « la peur d'avoir peur ». Le verrouillage est ainsi d'autant plus puissant. La psychothérapeute qui apporte à son groupe de supervision le témoignage ci-après a pris soin de le rédiger entre deux séances. Pour franchir le pas, elle avait besoin de la sécurité de son écrit.

« *Claudine ne dit rien, ne parle pas.* Contact difficile pour moi qui suis habituée à nommer, disséquer les mots, les phrases, les intonations. Elle ne rentre pas dans la catégorie de ce que je suis habituée à rencontrer. Elle emploie une autre manière de faire, une autre manière d'agir, une autre manière d'interpeller. Cette manière est faite de silence, non pas un silence vide, non pas un silence absent, mais un silence interpellant qui va me chercher là où je ne sais pas faire, là où j'ai à apprendre.

Je me sens démunie, ne sachant pas quoi faire, impuissante face à quelque chose que je sers à découvrir mais qui m'échappe. La honte arrive, elle est là, sourde, présente dans le fond. Bien sûr ce sont mes qualités de thérapeute qui sont mises à mal : c'est parce qu'elles me manquent, c'est parce qu'elles sont absentes que nous en sommes là dans la relation, ou plus exactement l'absence de relation. Cela tourne dans ma tête, mon problème devient "Comment arriver à la faire parler". Si elle ne parle pas, c'est parce que je ne sais pas faire, c'est que je ne suis pas à la hauteur. Et le piège s'installe peu à peu, mais finalement tellement vite. Je deviens bourreau : je veux qu'elle parle, il y va de ma survie. Dans les entretiens, lorsqu'elle ne parle pas, je reprends la honte à mon compte. Heureusement, il existe la supervision. Je commence à comprendre le mécanisme, je commence à comprendre ce qui se passe. J'expérimente dans la réalité de la relation thérapeutique ce que l'on nomme transfert et contre-transfert.

Je pensais avoir à peu près traité ce problème pour moi, ou du moins croyais que par la conscience du processus mis en place, j'allais pouvoir me servir de ce que je vis pour le mettre au travail avec elle. C'est ce que je fais.

Illusion ! Je comprends aujourd'hui que je ne fais que commencer la lente descente dans mes propres méandres ; la première étape de la honte étant abordée, il y a les couches inférieures. Je pense immédiatement : "si je dis ce texte au groupe, ils vont penser que j'aurais dû traiter cela depuis longtemps". Privilège du honteux, sa tête fonctionne pour deux. Il fait les demandes et surtout les réponses. Bien avant que l'autre ne le fasse, il s'évite ainsi qu'on les lui serve puisqu'il se les a servi avant !

Nouvelle supervision : je pose le problème de la maladie et surtout de mon histoire par rapport à la maladie. Le superviseur, Jean-Marie, me dit (ou du moins il me reste...) : *"Comment peux-tu faire pour laisser une place à cela, pour que cela n'aille pas chercher à s'achever ailleurs ?"* C'est pour cela que j'ai décidé de raconter l'histoire de ma honte, une honte profonde que j'avais oubliée, ensevelie et qui aujourd'hui me remonte sous forme de douleur au plexus solaire.

Avant d'écrire, tout passe dans ma tête. Si je dis cela, ils ne vont plus m'aimer, ils vont me regarder différemment, je vais leur faire peur, je ne peux plus être des leurs. La honte, c'est cela : on ne mérite plus, on n'a plus les qualités, l'amour des autres. Plutôt que d'être exclu, on cache, on se tait, on garde, on avale et on se détruit. C'est ce que je vis et ce que vit ma cliente : pas un mot sur elle-même, pas un événement qui risquerait de la rendre moins aimable, mais sa tête qui n'arrête pas de penser, de s'autoanalyser. Cela tourne, tourne dans sa tête et dans la mienne. Aujourd'hui, je viens de comprendre que ma honte est profonde, loin dans l'histoire mais tellement près dans mon quotidien.

J'avais dix-sept ans. J'ai fait trois semaines d'hôpital psychiatrique...

[...]

Ce récit, pour vous, pour illustrer ce qu'est la honte et aussi comment finalement, à tout moment, le plus ancien est présent. Grâce à lui, je vais certainement accompagner Claudine différemment maintenant, parce que je

| sais ce que c'est, parce que je l'ai vécu. Plutôt que de vouloir oublier, je vais tenter de me servir de mon histoire. »

## LA DÉFENSIVITÉ

Reconnaître sa défensivité lorsque celle-ci affecte le patient rouvre la possibilité d'un processus transformateur. À la limite, peu importe ce qui est dit, même s'il est blessé, s'il a la sécurité que nous pourrions travailler ensemble dessus. En supervision, les conditions de sécurité et de soutien doivent pouvoir permettre d'aborder les processus même de notre travail commun. Il m'arrive fréquemment, au cours d'une séance de supervision, de prendre conscience dans les instants qui suivent une de mes interventions de son caractère possiblement honnisseur. Avant même de vérifier auprès du supervisé si tel a pu être le cas, je mets « volontiers » à jour le processus qui a été le mien et le système de défense que j'ai ainsi été amené à mobiliser. Prendre les devants permet de créer une respiration qui évite au supervisé de se confronter à la confusion et à l'incertitude face à son ressenti : l'affect mobilisé par des interventions humiliantes est parfois long à identifier et le supervisé peut avoir tendance à refuser de penser que le superviseur ait pu « chercher » à le blesser car il ne saurait avoir de telles intentions !!!

Parfois, ce sera avec beaucoup de retard que ce retour sur des situations potentiellement génératrices de honte pourra avoir lieu. À l'initiative du superviseur comme du supervisé qui parfois devient conscient dans l'après-coup de résonances particulières.

| *Frédéric s'expose avec plus ou moins de facilité* dans les séances de son groupe de supervision mais rencontre assez régulièrement la honte dans l'après-coup. Il associe avec une modalité de fonctionnement familial : lorsqu'il était enfant, sa mère menait une vie sociale intense et recevait volontiers amis et relations avec qui elle se montrait toujours charmante. Lorsque la porte se refermait sur le dernier invité, la mère tenait en sa présence des propos extrêmement vénéreux à l'égard de tous ses amis. Pour Frédéric, la honte et l'humiliation s'organisent comme des expériences d'après-coup : il est pour lui évident que dès qu'il a le dos tourné, ses compagnons du groupe de supervision ne peuvent que dire pique prendre de lui et de ses compétences...

## CONCLUSION

Ce n'est que progressivement que la Gestalt-thérapie a su et pu se dégager de la conception à dominante individualiste et intrapsychique de l'être humain qui prévaut dans les différents courants de psychologie en général, psychothérapeutiques et psychanalytiques en particulier. Même si nombre d'approches voisines, dont certaines ont contribué à l'élaboration du modèle gestaltiste, contiennent les germes – et parfois même plus que les germes – d'une théorisation qui ne s'arrête pas à l'individu isolé, rares sont celles qui ont osé repenser leur méthodologie, théorie, pratique et théorie de la pratique dans le sens d'un désenclavement de l'individu.

La Gestalt-thérapie, s'appuyant sur l'évidence naturelle du caractère indissociable de l'organisme et de ce qui l'entoure, est ainsi amenée à établir un paradigme fondateur, le champ organisme/environnement, à partir duquel vont venir se décliner les concepts, en particulier celui de *contact*, la méthode et la pratique dans une délocalisation radicale du sujet-objet de la psychothérapie.

Le texte fondateur de la Gestalt-thérapie (1951) porte la marque de son époque mais, s'il conserve encore souvent l'empreinte de la théorie des pulsions et d'autres dichotomies aprioriques, ouvre nombre de perspectives que certains travaux ultérieurs des successeurs vont tenter d'approfondir et de radicaliser ou de dialectiser. Poser le contact comme « expérience première » et « réalité la plus simple » ouvre à un positionnement du *self* non pas comme entité psychique mais comme dynamique de l'articulation soi-monde dans les mouvements incessants d'intégration-différenciation.

Ce sont plus particulièrement les recherches sur les concepts de champ et de situation, sur la relation Je-Tu, l'interaction et le dialogue herméneutique, sur le travail du rêve au sein de la dynamique thérapeutique, et enfin sur la honte et sa clinique qui ont permis au cours des quinze dernières années l'évolution théorique et pratique fondamentale évoquée.

## BIBLIOGRAPHIE

DOSSMANN P. (2000), « Le complexe de Cyrano – Un séminaire sur la honte avec Jean-Marie Robine », in « Clinique de la honte », *Cahiers de Gestalt-thérapie*, n°7.

HONNETH AXEL (1992), *La Lutte pour la reconnaissance*, (trad. de l'allemand par P. Rusch), Paris, Cerf, 2000.

JACOBS L. (1995), « Shame in the therapeutic dialogue », in *The British Gestalt Journal*, vol. 4, n°2, trad. fr., *La honte dans le dialogue thérapeutique*, Mini-Bibliothèque de Gestalt-thérapie, Bordeaux, IFGT, 2000.

JACOBS L. (2000), « Honte et défenses contre la honte. Ombres sur le dialogue thérapeutique », in « Clinique de la honte », *Cahiers de Gestalt-thérapie*, n°7 (trad. de l'américain par J.-M. Robine).

LEE ROBERT G. & WHEELER G. (ed.) (1996), *The Voice of shame*, San Francisco, Jossey-Bass.

PERLS F.S., HEFFERLINE R., GOODMAN P. (1951), *Gestalt-thérapie – Nouveauté, excitation et développement*, trad. fr. Bordeaux, L'Express, 2001.

ROBINE J.-M. (1991), « La Honte, rupture de confluence », in *Gestalt*, n°2, réédité in Robine (1997).

ROBINE J.-M. (1997), *Gestalt-thérapie, la construction du soi*, Paris, L'Harmattan, 2<sup>e</sup> éd., 1998.

ROBINE J.-M. (2004), *S'apparaître à l'occasion d'un autre – Études pour la psychothérapie*, Bordeaux, L'Express.

WURMSER L. (1987), *The Mask of Shame*, Baltimore, The John Hopkins University Press.

YONTEF G. (2000), « Relation et sens de soi dans la formation en Gestalt-thérapie », in « Clinique de la honte », *Cahiers de Gestalt-thérapie*, n°7 (trad. de l'américain par J.-M. Robine).



## Chapitre 7

---

# « CE QUE M'A APPORTÉ LA SUPERVISION »

Témoignage de Charles Gellman

LA SUPERVISION a des intérêts multiples, très au-delà de ce qu'on nommait « contrôle » en psychanalyse. Il ne s'agit pas seulement d'évaluer si le travail psychothérapique est conforme aux normes, mais de soutenir un processus opérant dans plusieurs dimensions :

- Pour le client/patient, qui souvent progresse dans sa thérapie après supervision de son thérapeute ;
- Pour le psychothérapeute qui s'enrichit de nouvelles compréhensions théoriques et pratiques ;
- Pour la relation thérapeute-client ;
- Pour le « champ », c'est-à-dire, le contexte de cette relation ;
- Pour l'abord des processus de contact, de relation, de croissance.

## L'EXEMPLE D'AURORE

*Trente-six ans, ingénieur en informatique, en cours de séparation, deux enfants, Aurore est mariée depuis dix ans à Marc et en cours de séparation avec lui. Tous les deux sont de religion juive, de familles marocaines.*



Ils m'ont consulté en couple, il y a cinq ans, pour leur mésentente dans tous les domaines avec des tensions et conflits continuels.

Marc a une liaison agitée avec un homme de son âge, Daniel, qui souhaite vivre avec lui, mais Marc tergiverse à cause de ses enfants, de la famille et de doutes sur son homosexualité mal assumée.

Marc vient consulter ponctuellement, à intervalles espacés, uniquement quand il est dépassé, en souffrance ; il accepte à chaque fois l'idée d'une psychothérapie, mais ne donne jamais suite.

Cela dure ainsi deux ou trois ans. Finalement, il se décide à quitter son couple pour Daniel, mais celui-ci a changé d'avis : il a une nouvelle relation – ce qui met Marc au désespoir.

De toute façon, Marc ne supporte plus sa vie de couple et il décide de tout quitter et de partir travailler à l'étranger.

Entre-temps, il m'envoie en thérapie un ami, Jacques, avec lequel il a eu une brève relation sexuelle, et qui est déprimé également par un divorce en cours, la séparation difficile d'avec son associé et le rachat des parts d'une *start-up* informatique fondée avec cet associé.

Jacques vient plusieurs mois en psychothérapie individuelle, reprend goût à la vie en participant régulièrement à un groupe de Gestalt-thérapie que j'anime.

Tout cela n'est pas anecdotique mais fait partie du problème que je vais exposer bien plus tard (un an plus tard !) en supervision.

Puis Marc revient quelques séances car il a une relation compliquée avec un ami, rencontré dans une association d'homosexuels juifs, ami qui souhaite par ailleurs devenir père, en louant le service d'une mère porteuse.

Marc me demande s'il peut consulter un psychothérapeute spécialisé dans l'homosexualité et je lui conseille de voir un collègue avec qui il va poursuivre une thérapie, d'abord en groupe, puis en individuel.

Aussitôt Marc pris en charge, j'accepte les demandes de consultation d'Aurore, très perturbée par le départ de Marc – qui la maltraite de multiples façons. Elle a aussi une relation sexuelle avec son chef de service, âgé et marié. Après deux week-ends sur les bords de la Loire, il ne répond plus au téléphone et fuit les contacts. Face à sa confusion et sa souffrance, je deviens le confident : plus que d'un psychothérapeute, elle a besoin de conseils et d'une oreille masculine pour comprendre les déboires de son existence et le ratage de sa vie de femme.

À propos de sa difficulté à gérer sa « solitude » ou plutôt son ressenti de solitude, car elle a beaucoup d'ami(e)s et leur téléphone sans arrêt, je lui propose de venir à mon prochain groupe thérapeutique.

À ce groupe, ô surprise, elle rencontre Jacques ! J'avais complètement oublié que Jacques était un ami de son mari.

Sur le moment, elle accepte de participer à cette séance et Jacques accepte, pris de court, mais ne s'exprime pas ce soir là.

Le lendemain, il m'appelle se disant très gêné, car dans la procédure de divorce, il a produit un témoignage écrit sévère contre Aurore, affirmant

qu'elle maltraitait ses enfants ! Aurore n'est pas au courant de ce témoignage mais elle ne tardera pas à l'apprendre !

Voilà la situation que je présente à un groupe de supervision en demandant conseil.

## LA SÉANCE DE SUPERVISION

Après l'exposé des faits, diverses pistes concrètes apparaissent, suggérées par notre groupe d'étudiants superviseurs :

- Appeler Aurore ;
- Lui dire que je suis gêné par rapport au groupe et que je suis dans mes limites ;
- Lui proposer un rendez-vous individuel ;
- Lui offrir gratuitement la séance de groupe à laquelle elle a participé ;
- Lui proposer de participer au groupe d'une autre collègue gestaltiste.

## Évolution de la thérapie

*Aurore accepte le rendez-vous en individuel, reste candidate au groupe après le départ éventuel de Jacques et ne souhaite pas rencontrer une collègue.*

Elle vient de façon irrégulière aux séances, toujours dans des périodes de solitude et de complications affectives, liées au divorce conflictuel et à ses échecs sentimentaux, en général avec des hommes mariés.

Dans les creux psychiques, elle est parfois dans la confusion, n'entend pas mes interventions, répète plusieurs fois les mêmes questions, a du mal à quitter la séance, continue à poser des questions sur le pas de la porte, demande avec insistance de la réassurance.

Je finis par lui faire remarquer qu'elle vient une fois sur deux à ses rendez-vous et qu'elle demande des consultations tardives dans la journée – alors que je suis rarement disponible à ces heures-là.

Ce recadrage a un effet positif sur sa présence aux séances suivantes.

À notre dernière séance, elle arrive perturbée par l'annonce de la rupture avec un ami célibataire : cet homme névrotique ne peut se stabiliser dans une relation et essaie de la renvoyer vers un autre ami, mais il est jaloux quand elle s'entretient avec l'autre.

## LES APPORTS DE CETTE SUPERVISION

### Pour la cliente

- Aurore écartelée dans ses contradictions a pu prendre conscience des aspects multiples de sa personnalité fragile ;
- Elle arrive à se voir comme femme, mère, épouse en divorce, ingénieur informatique ;
- Elle sait passer d'une position de victime, à celui d'une personne attentive à ses droits ;
- Elle a compris son désir de reconstruire un couple et une famille, et non pas de répondre au désir de n'importe quel homme par crainte de la solitude.

### Pour moi

- Je supporte mieux Aurore et ses aspects *borderline*, dépressifs et instables ;
- Depuis la séance de supervision, je me sens en confiance avec elle, plus détendu et fluide ; je suis souvent dans l'humour, ce qu'elle apprécie ;
- Je suis peut-être aussi dans la séduction avec cette jolie femme blonde, trente ans plus jeune que moi. Mais je reste le plus souvent dans un rôle paternel, de soutien bienveillant et permissif.

### Pour la relation

- Le contact est devenu facile. Elle appelle avec modération, avec des plaintes et des larmes ; appels qui se terminent à chaque fois par une offre de rendez-vous ;
- Elle ne veut plus participer à un groupe même si Jacques n'y est plus, préférant la relation individuelle.

### En ce qui concerne le champ, c'est-à-dire, le contexte, l'environnement

- Jacques continue depuis plus de deux ans à participer au groupe. Il y garde sa place précieusement et renouvelle son inscription chaque trimestre ;
- Il aborde maintenant, après deux ans de thérapie, sa problématique homosexuelle ;

- Le divorce d'Aurore a été prononcé, avec des avantages substantiels pour elle. Marc prend en garde les enfants tous les quatorze jours et parle de revivre en couple – ce qu'elle reçoit avec ironie.

### **En ce qui concerne mon regard thérapeutique**

Tout cela a éveillé mon intérêt pour les problèmes de personnalité, d'identité, et pour la fonction « personnalité » du *Self*.

La Gestalt a une approche particulière dans sa conception de la personne, et le cas d'Aurore me donne l'occasion de rappeler cette approche.

Le *Self* gestaltiste rassemble trois fonctions, le ça, le moi et la fonction personnalité, héritages de la topique freudienne. Le ça est l'ensemble physiologique des fonctions vitales organiques et des pulsions. Le moi gestaltiste est différent du moi psychanalytique : c'est un moi décentré, variable car dépendant du contact avec le champ de l'environnement. En fait, ce moi se manifeste à la frontière avec l'environnement, à la frontière-contact, et avec toutes les fluctuations liées à ce contact et au stade actuel du contact (pré-contact, engagement, plein contact, désengagement, post-contact). Donc autant de situations de contact et autant d'ajustements du moi, ce moi qui est aussi support de l'identité, des rôles divers que nous sommes amenés à actualiser à travers nos expériences de vie et aussi en fonction des expériences passées qui constituent la fonction personnalité.

Aurore fait partie de ces personnes prises dans les mailles de filet d'un champ environnemental chaotique, qui ne peut échapper à un destin qu'elle ne construit pas, pas plus que son identité. Son identité n'est qu'une suite de rôles.

À l'occasion d'un *brainstorming* sur la notion de rôle, notre groupe d'étudiants superviseurs parvient à repérer dans tout groupe, une douzaine de rôles qui émergent spontanément, tels que :

- Le leader ;
- L'anti-leader (qui aspire à l'être) ;
- Le lieutenant du leader (qui le soutient) ;
- L'opposant (rebelle, hostile ou officiel) ;
- L'expert (spécialiste, sage) ;
- L'éminence grise (pouvoir occulte) ;
- Le bouc émissaire (victime) ;
- Le soumis ;

- Le sauveur ;
- Le clown (qui détend l'atmosphère) ;
- Le marginal, l'étranger ;
- Le candide (faux naïf qui ne comprend pas et oblige à la réflexion).

Cela amène aussi à distinguer *statut* et *rôle* : on peut être délégué syndical (statut) et clown (rôle). Le *leader* (rôle) d'un groupe n'est pas forcément celui qui a le *statut* de manager.

Quel est le lien avec le cas d'Aurore ?

Elle se met souvent en situation de soumission, voire de victime : épouse trompée, manipulée et résignée ; ingénieur acceptant un travail peu gratifiant de débogueur, maîtresse d'hommes sans égards (elle a accepté des rapports sexuels avec son médecin endocrinologue, son supérieur hiérarchique, des partenaires de rencontre au *Club Med*). Tout cela dans la culpabilité par rapport à sa culture juive qu'elle continue à afficher dans sa famille et avec ses enfants, par exemple en célébrant régulièrement Shabbat. Marc, de son côté, n'est pas moins complexe : expert dans son travail de consultant en finances, mais marginal ne supportant pas d'être dirigé, marginal dans le milieu homosexuel qu'il rejette jusqu'au jour où il rencontre un partenaire stable dans une association d'homosexuels juifs.

Finalement, l'identité d'une personne m'apparaît comme un oignon, constitué d'enveloppes superposées :

- L'identité de genre : masculin ou féminin, et leurs combinaisons ;
- L'unité de l'individu, ou son clivage, ou son identité morcelée ;
- Le type de personnalité ;
- Le statut familial : père, mère, enfant, grand parent, parent ;
- Le statut social, professionnel, culturel ;
- Le rôle dans la situation présente – qui fait intervenir *les fonctions du self*.

Les *mécanismes d'identification* sont très divers. Par exemple, je peux m'identifier :

- à ma douleur : « Je souffre, je suis une victime » ;
- à ma maladie : « Je suis un cancéreux » ;
- à mon âge : « Je suis jeune, vieux » ;
- à mon nom, mon prénom ;
- à ma couleur de peau : « Je suis noir » ;
- à ma religion : « Je suis chrétien, juif, musulman » ;

- à ma commune : « Je suis Parisien » ;
- à mon pays : « Je suis Français » ;
- à la planète : « Je suis Terrien ».

Je peux aussi tricher avec mon identité : fausse identité, mythomanie, identités multiples.

Apprendre à se connaître, objectif de toute thérapie – mais aussi de la supervision –, consiste à repérer toutes ces formes identitaires, à les ressentir, à les analyser, à en expérimenter les limites et parfois à s'en séparer.

L'identité remplit ou comble des vides, parfois comme un enduit mince sur un mur ou le maquillage d'un visage fatigué. Elle a une fonction basique d'unification qui permet de se reconnaître entier dans une situation donnée et de gérer la complexité de l'existence.



## Chapitre 8

---

# UN REGARD GESTALTISTE SUR LA SUPERVISION

Serge Ginger

L'ENSEMBLE de cet ouvrage étant consacré à la supervision, je m'efforcerai surtout de développer dans ce chapitre les aspects qui me paraissent spécifiques à son approche *gestaltiste*, tirés de mon expérience personnelle de superviseur d'éducateurs spécialisés, de formateurs et de psychothérapeutes, depuis une trentaine d'années.

Dans les quelques réflexions qui suivent, j'ai choisi de développer surtout deux thèmes principaux :

1. Une supervision *gestaltiste* de Gestaltistes ;
2. La supervision en tant « *qu'anti-formation* ».

On pourra voir, en annexe, quelques définitions plus précises de divers types de supervision ainsi qu'une bibliographie internationale abrégée.

## LE CADRE DE TRAVAIL

Je parlerai ici essentiellement de la supervision *en petit groupe*, qui me paraît particulièrement riche en ce que chaque séance permet d'évoquer des cas originaux, tant pour les débutants (qui sont ainsi initiés à une large



variété de situations) que pour les thérapeutes confirmés (qui peuvent échanger des réflexions théoriques et cliniques sur des cas difficiles ou exceptionnels).

Certains de mes groupes de supervision réunissent quatre psychothérapeutes de la région parisienne pour une soirée de quatre heures toutes les deux semaines – soit vingt fois dans l’année. D’autres groupes sont constitués de thérapeutes venant de toute la France ou de l’étranger, et ils rassemblent sept personnes pendant une journée entière chaque mois – soit dix fois par an. Chacun des thérapeutes participe ainsi à 75 heures effectives de supervision par année. Quelques-uns sont assidus depuis bientôt dix ans, plusieurs pendant quatre à sept ans, mais la plupart suivent un de mes groupes de supervision pendant deux ou trois années consécutives – après quoi je leur suggère de changer de superviseur pour enrichir leur expérience par un regard et un style nouveau.

J’accepte aussi bien des thérapeutes pratiquant la Gestalt en sessions individuelles qu’en groupes continus thérapeutiques (réunissant des clients fixes pendant plusieurs mois). J’accepte aussi quelques formateurs ou *coaches* travaillant en entreprise et utilisant explicitement la Gestalt comme référence. Dans chacun de mes groupes participent aussi quelques psychothérapeutes d’autres obédiences : analyse transactionnelle, thérapie centrée sur la personne, analyse psycho-organique, etc. – sous réserve qu’ils acceptent mon éclairage à dominante explicitement gestaltiste. Ce mixage délibéré d’origines et d’ancienneté professionnelle constitue pour tous un enrichissement certain.

Je reçois exceptionnellement dans mes groupes, et pour une durée limitée, quelques débutants qui n’ont encore aucun client et veulent d’abord mieux se préparer, en écoutant les difficultés concrètes rencontrées par des collègues.

Je souhaite dans ce cas qu’ils trouvent assez rapidement *trois* clients pour débiter, puis qu’ils limitent leur recrutement pendant un certain temps. En effet, l’expérience montre qu’un *seul* client est généralement surinvesti : il occupe trop l’esprit du jeune thérapeute, qui a tendance à dramatiser les difficultés ou les échecs, comme à surévaluer les résultats positifs. D’autre part, il présente forcément un profil spécifique, et le thérapeute risque de s’enfermer rapidement dans des attitudes particulières, éventuellement bien adaptées à ce cas, mais qui, à la longue, pourraient devenir des habitudes stéréotypées. Si le thérapeute débute avec *deux* clients, il a volontiers tendance à les comparer, au lieu de considérer chacun pour lui-même. C’est pourquoi le chiffre de *trois* me paraît un bon « échantillonnage » de départ, sous réserve qu’ils soient assez différents (en âge, sexe, catégorie sociale et type de

troubles). Je déconseille, par contre, d'augmenter cet effectif initial avant que le thérapeute débutant ait suffisamment analysé son propre style d'intervention et ses principales réactions contre-transférentielles.

## DES SÉANCES VARIÉES

J'ai institué, à l'usage, des règles de fonctionnement relativement souples, adaptées aux besoins divers de thérapeutes de niveaux différents et de personnalités variées.

Ainsi, les uns parlent régulièrement d'un même client, permettant d'en assurer un suivi détaillé, tandis que d'autres évoquent à chaque séance des clients variés ou des situations particulières. La plupart racontent des extraits de leurs séances, tandis que d'autres proposent des jeux de rôles (jouer le client, un ami du client, le superviseur, un chercheur qui enquête sur la psychothérapie...), ou encore apportent des enregistrements audio ou vidéo. Certaines situations donnent lieu à de longs échanges théoriques sur un type de pathologie (suicide, addiction...) ou sur l'approche gestaltiste (confluence, projection, mise en action...).

Parfois, un des participants mène sur place une courte séquence thérapeutique auprès d'un de ses collègues, sous la supervision directe du groupe. Le temps imparti à chacun n'est pas fixé non plus d'une manière rigide : l'un travaille une demi-heure, l'autre une heure et demie, selon l'intérêt de la situation rapportée, mais tous « passent » à chaque séance.

Les journées sont ainsi loin d'être monotones, et l'intérêt demeure soutenu pendant plusieurs heures de travail, grâce à ces variations de styles et de rythme.

À titre d'illustration de la richesse et de la variété d'une supervision en petit groupe, voici – dans l'ordre chronologique – la liste des thèmes abordés au cours d'une séance d'une journée (7 heures de travail). Certains psychothérapeutes ont abordé plusieurs thèmes, parfois en quelques minutes, parfois pendant plus d'une heure.

- Durée et fréquence des séances : 45 minutes ou 1 heure ? Nécessité de pauses pour prendre quelques notes éventuelles, « respirer » et se déconditionner du client précédent, afin d'aborder le suivant en pleine disponibilité. Fréquence des séances : une fois par semaine, en général, à heures fixes, ou deux fois par semaine dans certains cas. Lesquels ? ;
- Un cas d'éjaculation prématurée, entraînant des difficultés conjugales. Approche spécifique en sexothérapie, comprenant éventuellement des conseils techniques et exercices à la maison ;

- Intérêt de la mise en action dans certaines situations. Limites et différences avec un passage à l'acte. Comment mobiliser un client en séance individuelle lorsqu'il s'en tient à un échange verbal ? Série de brefs jeux de rôles par le superviseur et plusieurs membres du groupe : incitations à se lever, prendre diverses places dans la pièce, disposer divers objets symboliques sur la table... en parler, puis les faire parler, dessiner un schéma abstrait sur le *paper-board*, etc. ;
- Interférences du traitement chimiothérapique et de la psychothérapie chez une patiente profondément dépressive. Échanges possibles avec le médecin traitant (secret professionnel partagé, sa nécessité et ses limites : il n'est pas nécessaire de tout dire !) ;
- Étude en commun d'un avant-projet de tract illustré, préparé par un membre du groupe, annonçant un stage sur l'approche des familles endeuillées ;
- Limites de mon authenticité dans l'expression de sentiments agressifs ? Un client qui m'exaspère. Comment repérer les réactions disproportionnées à la situation, évoquant l'éventualité d'un parasitage contre-transférentiel ? Qu'en faire ? Que dire de mon ressenti qui puisse être utile au client (« l'implication contrôlée ») ;
- Accompagnement d'un malade atteint du Sida ;
- Puis-je téléphoner à un client absent sans excuses ? Intérêt et limites d'une telle intervention ;
- Réflexions en commun autour d'un dessin effectué par une cliente adolescente et apporté par sa thérapeute en supervision ;
- Visionnage en commun de passages (présélectionnés par le thérapeute) d'une vidéocassette de trois séances de travail avec une cliente évoquant un viol pendant son enfance : travail verbal, travail corporel (avec mise en action symbolique et partielle, au sol), séquence de travail en EMDR<sup>1</sup> autour d'un souvenir émergent.

## SEPT AXES DE TRAVAIL

Chaque cas ou chaque situation est éclairée selon sept axes complémentaires, successifs ou simultanés – dont l'ordre et l'importance varient d'un cas à l'autre.

---

1. EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) : méthode de retraitement neuroémotionnel par le mouvement rapide des yeux ou une stimulation bilatérale alternée (Francine Shapiro, 1987), particulièrement efficace pour les séquelles de traumatismes, et se conjuguant facilement avec la Gestalt.

J'ai renoncé à toute grille de lecture uniforme et stéréotypée – qui me semble freiner la spontanéité et la créativité, et engendrer progressivement un carcan réducteur. Je préfère l'arc-en-ciel de sept projecteurs de la supervision dont la lumière croisée éclaire le paysage d'un jour lumineux :

1. *Le client* : son histoire familiale et personnelle, sa nosographie spécifique ;
2. *Le thérapeute* : son style propre, son charisme personnel, ses points aveugles ; son besoin éventuel de soutien personnel et de catharsis émotionnelle ;
3. *La relation thérapeutique thérapeute/client* : la relation actuelle et ses aléas, les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels ;
4. *La méthode Gestalt* : ce qu'elle nous propose comme approche et comme techniques ; le cycle du contact (engagement et désengagement...) ;
5. *Le champ* : environnement et cadre du travail, familial, institutionnel ou social ; le réseau des champs intriqués du client, du thérapeute et du superviseur ; les quatre champs de référence habituels en Gestalt :
  - 1) la relation thérapeutique actuelle,
  - 2) son histoire,
  - 3) la vie relationnelle actuelle extérieure du client,
  - 4) son histoire ;
6. *La relation superviseur/thérapeute supervisé* : dans l'ici-et-maintenant de la séance ;
7. *Le parallélisme* éventuel de la supervision avec la thérapie.

Selon le thérapeute et selon le cas, tel ou tel axe sera privilégié, mais aucun n'est négligé.

Je crains autant la complaisance à l'analyse du contre-transfert du thérapeute – qui risque de concurrencer la centration sur le client, que l'approfondissement excessif du diagnostic – qui risque de « chosifier » le client, en le coinçant dans des grilles nosographiques préétablies.

La théorie est indispensable, mais elle ne doit pas devenir invasive et paralysante.

Je crains tout autant la négligence du champ spécifique à la situation que l'omniprésence de ce dernier qui écrase toute individuation.

Un cadre de travail précis est nécessaire, mais de larges portes et fenêtres perçant les cloisons permettent à la maison de ne pas devenir une prison.

Le parallélisme de ce qui se passe pendant la supervision avec la situation évoquée est souvent frappant, mais sa recherche systématique peut aussi répondre au simple désir de briller du superviseur !

## « GESTALTISER » LA SUPERVISION

Dans une vision spécifiquement gestaltiste, bien que la supervision ne soit pas, pour moi, une séance de thérapie (j'y reviendrai), je l'aborde dans le même esprit que cette dernière, c'est-à-dire avec une *awareness*<sup>1</sup> sans cesse en éveil sur *l'ici-et-maintenant* de la séance et sur le *contact* client/superviseur : je suis attentif à la *forme* autant qu'au contenu : *comment* le collègue supervisé me relate sa séance, *aujourd'hui* et à *moi*, dans le *champ relationnel global de l'instant*, incluant : lui, moi-même et, le cas échéant, les autres membres du groupe de supervision. Le *comment* m'intéresse autant que le *quoi* ; le *contexte*, autant que le *texte* ; le *non-verbal*, autant que les paroles, *l'émotionnel* autant que le rationnel.

Ainsi, je relève, le cas échéant, les mots autant que les idées, les intonations et inflexions de la *voix*, le rythme de parole, les *silences*, la *respiration* ; je suis vigilant aux *postures*, au port de tête, au *regard*, aux mouvements des mains, etc. Mais je ne suis pas sur le qui-vive pour autant, à l'affût de tout signe ou de toute erreur : il importe de ne pas décourager le thérapeute – surtout débutant – en le « harcelant », et de tolérer pour un temps ses approximations (tout comme lors de l'apprentissage d'une langue étrangère), faute de quoi on paralyserait d'emblée sa liberté d'expression, surtout devant un groupe. De même, il convient de souligner ses points forts : non seulement arracher les mauvaises herbes, mais aussi arroser les fleurs.

Les points de vulnérabilité et d'hypersensibilité sont à respecter comme une richesse potentielle : ce sont les failles qui laissent pénétrer la lumière dans la grotte encore obscure de toute personnalité.

Pas plus qu'à une mère, on ne demande au thérapeute d'être parfait, mais simplement « suffisamment bon » (Winnicott).

Tout comme dans une thérapie, l'établissement d'un climat de confiance et de chaleur est essentiel à l'authenticité et à la profondeur

---

1. *Awareness* : terme généralement conservé en anglais dans les milieux gestaltistes : il s'agit d'un éveil au niveau conscient et préconscient sur les phénomènes internes et externes. *L'awareness* est différente de la *consciousness* : c'est une prise de conscience, à la fois intellectuelle, émotionnelle et sensorielle de l'état intérieur du thérapeute lui-même et des phénomènes extérieurs (client et environnement).

des échanges, ainsi qu'à l'aventure d'une recherche en commun de significations provisoires (« herméneutique biodégradable »).

Je souligne, à l'occasion, le *parallélisme* fréquent, et généralement inconscient, entre la situation rapportée et celle qui se rejoue, symboliquement transposée, dans l'ici-et-maintenant de la séance de supervision. En psychothérapie, je condamne souvent l'acharnement thérapeutique et « la rage de guérir » (Freud) ; en supervision, je m'élève contre la « rage d'expliquer » et de vouloir tout comprendre, tout prévoir, tout analyser, au prix d'étouffer la spontanéité, la créativité et l'imprévu, caractéristiques mêmes du vivant.

Nous repérons, bien entendu, le déroulement du *cycle* de contact dans l'exposé du cas au groupe, ainsi que les diverses *résistances* et mécanismes de défense, ou les *évitements* en œuvre chez le thérapeute supervisé pendant la séance de supervision elle-même, ainsi que les fluctuations de son *awareness* ; nous analysons le processus d'évolution de ses modalités de contact, sans négliger l'analyse des attitudes *transférentielles* manifestées envers le superviseur (ainsi que, si possible – et avec l'aide du groupe – celle du *contre-transfert* de ce dernier lui-même, contre-transfert qui présente l'intérêt d'être toujours plus actuel encore que le transfert, comme le souligne à juste titre E. Giusti (1991).

## MOBILISATION DU « CERVEAU DROIT » ET « OUVERTURE LIMBIQUE »

Au cours de ces séances de supervision, les échanges ne restent pas uniquement au niveau *verbal*, et je propose notamment :

- des *jeux de rôles* – avec éventuels changements de rôles (le thérapeute jouant son client, mais aussi son propre superviseur ou encore, un ami à qui il parle de sa thérapie, etc. ), soit en *monodrame* (il alterne différents rôles), soit avec le superviseur ou un collègue comme partenaire ;
- des *dessins* ou représentations graphiques symbolisant certaines séquences relatées, ou bien traduisant le vécu intérieur du thérapeute lui-même.

Ces diverses techniques visent à mobiliser plus directement l'hémisphère droit du cerveau du thérapeute, à attirer son attention sur son vécu émotionnel et intuitif, sur son implication contre-transférentielle, souvent peu consciente de prime abord, pas toujours explicite à travers une simple narration verbale des situations rapportées.

On sait qu'un dessin grand format, effectué debout devant un *paperboard*, mobilise l'hémisphère droit, directement relié aux zones limbiques du cerveau émotionnel profond, par la voie perforante – tandis que le même dessin, effectué assis devant une table, sur une feuille de papier de format A4, réveille une situation de type scolaire, et mobilise essentiellement l'hémisphère gauche, verbal et cortical. Le dessin à plat ventre, au sol, réveille – quant à lui – des situations infantiles.

### ***L'embarquement en supervision***

*Pour illustrer ce propos, voici un exemple de dessin effectué au cours d'une séance de supervision (les prénoms ont été transformés pour préserver l'anonymat) : le thérapeute supervisé – que nous appellerons Ludovic – exprime son désir de faire le point sur l'ensemble de sa clientèle actuelle, pour en dégager éventuellement un « profil spécifique », prendre conscience de ses préférences ou évitements, des thèmes de sa problématique ou repérer ses implications inconscientes.*

Le style de formulation et le contenu de sa demande d'aujourd'hui éveille d'emblée chez moi l'idée de le faire travailler sur un mode émotionnel et « inconscient » plus que sur un mode rationnel d'analyse : un dessin sera donc plus « parlant » qu'un discours.

Je lui propose de se lever, d'aller vers le tableau (*paperboard*) et d'écrire, sans réfléchir, les prénoms de ses clients, au fur et à mesure qu'ils lui viennent à l'esprit.

« Tu les écris comme tu veux, avec la couleur qui leur sied, à la place qui s'impose spontanément, dans le sens que tu veux et avec la grosseur relative de lettres qui te convient... »

Après avoir noté le prénom d'une douzaine de ses clients actuels, il s'arrête longuement :

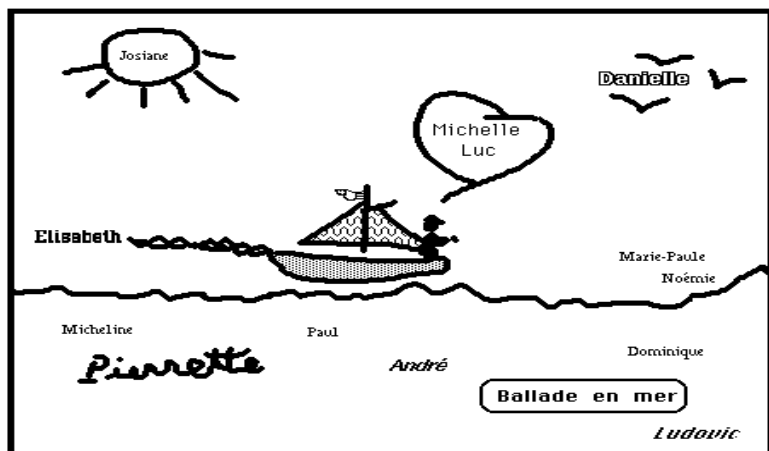
« Il y en a plusieurs autres... mais leur nom ne me revient pas à l'instant ! »

Je lui propose de s'arrêter là pour le moment. Nous analyserons plus tard la liste et les significations possibles de ses oublis...

« Maintenant, tu reprends les feutres et tu traces des traits "au hasard", pour les réunir ou les séparer, pour les resituer dans tel ou tel cadre. »

Il commence par un « cercle » entourant Michelle et Luc : il ne réalisera que plus tard, après avoir pris du recul, que ce cercle ressemble à un cœur, et qu'il est relié à lui-même, le « commandant de bord du navire de sauvetage », comme « une bulle » de bande dessinée.

Voici, reproduit très approximativement et en noir et blanc, ce que Ludovic dessine :



Il dessine avec un rythme variable (que je ne peux reproduire ici !), fait d'une succession de traits « enthousiastes » et d'hésitations, avec des moments de recul par rapport au *paperboard*, etc. – manifestant une mobilisation permanente de la posture de son corps, de l'ampleur et du rythme de ses gestes, de sa respiration, et de la distance physique par rapport aux éléments dessinés – traduisant inconsciemment la variabilité de ses affects selon la personne évoquée.

Je ne détaillerai pas ici, faute de temps, l'ensemble des commentaires successifs, accompagnés d'*insights*, faits par Ludovic pendant, puis après l'exécution de son « œuvre ».

À titre d'exemple, je cite simplement quelques brefs extraits de prises de conscience évoquées :

« Élisabeth est bien lourde à traîner... et, au fond, suis-je chargé de la "traîner" ?... D'où me vient cette "rage de guérir" ? [...] J'ai réuni Michelle et Luc dans un "cœur"... Mais ils ne se connaissent même pas ! N'est-ce pas dans *mon propre cœur* que je les rapproche quelque part ? D'ailleurs, ils forment comme une "bulle" dans *mes propres* pensées. [...] Pierrette est en train de "couler", que puis-je faire pour elle ? L'ai-je négligée, tandis que j'ai "arrimé" Élisabeth ? [...] André est écrit avec les mêmes caractères que ma propre signature : il est ma propre image, mon reflet, en miroir, au fond de l'eau... C'est vrai ! Il me ressemble à beaucoup d'égards... »

Bien entendu, le groupe de pairs et moi-même, participons à l'échange d'impressions subjectives à partir de ce dessin, alimentant ainsi les émotions et réflexions du thérapeute supervisé. En aucun cas, nous ne nous permettons nous-même d'interprétations qui se voudraient « objectives » et qui seraient « plaquées » sur notre « client » du moment.



Au lieu d'un dessin réalisé ici-et-maintenant, pendant la séance de supervision, on peut recourir, bien entendu, à un regard direct sur « l'ailleurs et l'avant » de la séance de thérapie évoquée : une approche plus claire – voire brutale – des paramètres émotionnels apparaît dans le travail à partir d'enregistrements sur cassettes audio et surtout vidéo. (Ces cassettes peuvent d'ailleurs être exploitées aussi par le thérapeute seul en « autosupervision », ainsi qu'avec le client lui-même, sous diverses formes.) Y sont rendus : les silences, les hésitations, les gênes, les micro-gestes inconscients, etc. – tous éléments qui disparaissent entièrement du discours *a posteriori*. Les enregistrements permettent, par ailleurs, de s'intéresser au déroulement « normal » des séances du thérapeute, alors que ce dernier a tendance à rapporter en supervision essentiellement les difficultés... qui lui sont apparues ! Or, le repérage de ses points forts est tout aussi essentiel à son évolution que celui de ses lacunes.

## LE « DOUBLE-VERROUILLAGE » DE LA CONFIDENTIALITÉ

Toutes ces techniques impliquent, bien entendu, une atmosphère de confiance profonde entre le supervisé, ses collègues et son superviseur, confiance reposant notamment sur un secret absolu à propos des séances. En effet, en supervision chacun se montre généralement sous son plus mauvais jour, étalant ses hésitations, ses faiblesses, sa lassitude et ses erreurs – et cela, le plus souvent, devant ses maîtres et ses rivaux (collègues et concurrents) ! Pour renforcer le climat de sécurité nécessaire à une remise en cause profonde, nous avons pris l'habitude de proposer ce que nous avons baptisé un « *double-verrouillage* » et que nous avons élaboré dans nos groupes continus de thérapie.

Non seulement, les clients évoqués et les attitudes discutées sont couverts par le secret professionnel habituel à ce genre de situation (c'est-à-dire qu'ils ne sont connus que par leur prénom et jamais évoqués auprès de personnes extérieures au groupe de supervision), mais encore, nous demandons que les situations traitées ne soient pas non plus abordées spontanément par la suite, en dehors des séances, avec le thérapeute lui-même qui les a évoquées : ainsi, il ne sera pas « harcelé » sans trêve par ses collègues pour une erreur qu'il aura commise un jour, ou pour une confession partagée sur ses propres difficultés. Par exemple, si on le rencontre en dehors des séances, on s'abstiendra délibérément de lui demander des nouvelles du client qu'il « ne supportait plus » ou de ses attitudes de séduction avec telle autre... C'est à lui-même qu'il incombe, le cas échéant, de prendre l'initiative d'en faire état. Dans la pratique,

nous avons pu constater que dans un tel climat, où l'on ne se dévoile que dans certaines circonstances, les thérapeutes – débutants ou confirmés – abordent plus volontiers leur problématique profonde.

## LA SUPERVISION COMME « ANTI-FORMATION »

Tout au long de sa formation théorico-clinique, le futur thérapeute s'est initié aux concepts fondamentaux de la méthode gestaltiste (ou de toute autre méthode voisine). Il assimile progressivement les principes théoriques, les techniques les plus courantes... quand ce n'est pas quelques trucs qu'il a repérés chez tel ou tel de ses maîtres. Il se familiarise avec différentes grilles nosographiques proposées et s'évertue à un diagnostic de plus en plus précis de ses clients potentiels.

Et voici que, sitôt sorti des bancs de l'Institut de formation, il se trouve confronté à des clients réels... dont aucun ne répond exactement aux descriptions théoriques ! Leurs réactions sont souvent imprévisibles, leur pathologie est mixte, leurs résistances sont intriquées, leur transfert interfère avec leurs projections et avec leurs sentiments actuels pour leur thérapeute... Face aux cas concrets et non plus à des cas d'école, le thérapeute doit sans cesse remettre en question la formation de base reçue, il doit sans relâche se garder à la fois de toute *introjection* passive de la théorie, de toute imitation répétitive de ses maîtres et de toute *projection* artificielle de la théorie sur des clients-cobayes.

Voici, aujourd'hui, face à moi, un obsessionnel distrait et désordonné (eh, oui ! ça existe !), un *borderline* suradapté ; en voici un autre chez qui je vais tenter de décourager l'expression anarchique des émotions (alors qu'on m'avait appris à respecter les émotions), un autre encore que je laisserai délibérément plonger allègrement dans l'interminable évocation d'une enfance douloureuse (alors qu'on m'avait dit de rester dans le présent)... Celui-ci encore est une « exception » !... Mais, tout compte fait, il n'y a que des exceptions : chaque être humain est unique, irrémédiablement original, et la Gestalt est une « thérapie d'exceptions », qui valorise explicitement le droit à la différence.

Ainsi, après avoir appris ce qu'on peut faire dans tel cas, il lui faudra « désapprendre » les règles générales réflexes, pour s'ajuster de manière créative à chaque cas, toujours nouveau. Et c'est pourquoi l'on pourrait dire, sur un mode paradoxal et provocateur, que la supervision s'oppose à la formation de base ! Il va falloir réagir contre la *dé-formation* produite par la somme d'*in-formations* introjectées, pour pouvoir contribuer à la

*trans-formation* existentielle de chacun, en passant de la serre à la pleine terre, de l'aquarium de l'école, à l'océan de la vie.

La formation va de la théorie vers la pratique ; la supervision, de la pratique vers la théorisation.

« Il n'y a de science que du général », disait Aristote... mais il n'y a de pratique que du particulier ! « Le normal doit se définir non par l'adaptation mais, au contraire, par la capacité d'inventer de nouvelles normes » nous rappelle K. Goldstein (1934), l'un des maîtres de Perls.

Ce n'est qu'à la sortie des Beaux-Arts que le peintre s'affirme. Après avoir appris à composer les couleurs, à manier le pinceau, à croquer un modèle, à apprécier leurs aînés, Matisse, Dufy ou Picasso s'autorisent à « tout oublier », à traduire le monde avec leur propre regard, à façonner leur propre style. Tel un artiste, le thérapeute va se chercher à l'épreuve du feu de ses clients. Et là, le superviseur peut rester un entraîneur (un *coach*, au sens sportif du terme), voire un maître, mais il n'est plus un professeur...

Si l'on veut qu'elles permettent un réel suivi des clients ainsi que le contrôle permanent et la fréquente révision de la stratégie thérapeutique mise en place, il est préférable que les séances de supervision soient rapprochées et régulières : par exemple, chaque semaine ou toutes les deux semaines ; à la rigueur tous les mois, si l'éloignement géographique l'impose, mais pas plus espacées. Sinon, on tend vers la formation permanente ou le perfectionnement – au détriment de l'accompagnement réel des cas.

## LA SUPERVISION N'EST PAS UNE « THÉRAPIE CONTINUE »

La supervision ne constitue donc pas une simple formation continue ; elle n'est pas davantage une « thérapie continue ». Son objectif demeure explicitement professionnel, centré sur autrui – même si elle permet d'affiner « l'outil » que constitue la personnalité du thérapeute !

L'incontournable et interminable analyse du contre-transfert du psychothérapeute peut, certes, justifier pour lui une nouvelle tranche de thérapie, mais elle ne doit pas s'y substituer, sous peine de négliger la problématique du client lui-même. Je partage sur ce point, l'avis d'E. Godin (1985) qui déclarait :

« Les questions apportées en supervision ont en partie des résonances par rapport aux problématiques personnelles. Pour moi, il est important

d'arriver à distinguer, à séparer ces questions de résonances personnelles, leurs implications, leurs répercussions par rapport au travail thérapeutique, et aménager un espace, autre que l'espace de supervision, où le sujet puisse travailler ces questions qui le renvoient à lui-même d'une façon beaucoup plus globale [...] il est important de *distinguer les espaces*, celui de la supervision et celui de la thérapie, et ainsi permettre qu'il y ait un maximum de potentialisation tant du développement professionnel que de l'identité personnelle. »

En ce qui me concerne, je considère que la supervision ne doit pas se cantonner dans un « injuste milieu » entre le savoir et l'être. Elle doit contribuer à la fois à un élargissement du savoir et à un approfondissement de l'être. Elle peut favoriser le repérage des zones d'ombre et mobiliser efficacement le doute existentiel, sans nourrir à l'excès l'angoisse de base de chacun (K. Horney). Tout cela implique une *éthique* et une *déontologie* de la supervision. Les thèmes en sont nombreux : non seulement, règles de confidentialité ou d'abstinence sexuelle, mais aussi problèmes pratiques d'honoraires, absences, interruptions, disponibilité, assurance, et respect éthique des convictions, idéologies et styles du client et de ses thérapeutes antérieurs, conscience de son pouvoir... et de ses limites.

Le superviseur doit sensibiliser son client-thérapeute à son *hygiène mentale* : il importe que sa vie soit nourrie en dehors de son travail, et qu'il sache « supporter triomphe après défaite, et recevoir ces deux menteurs d'un même front » (Kipling, traduit par Maurois). Il lui faut pouvoir s'impliquer authentiquement et en profondeur avec chacun de ses clients, sans laisser pour autant envahir sa vie privée – dont l'équilibre est garant de son efficacité. Il lui faudra maîtriser les urgences et les appels téléphoniques nocturnes de clients angoissés – sans négliger pour autant la réalité des risques suicidaires.

Par ailleurs, il n'est pas mauvais de conserver un œil sur les effets iatrogènes de la supervision : elle peut induire une attitude trop précautionneuse, voire normative, préjudiciable à la créativité du thérapeute – qui peut être paralysé à l'idée de devoir justifier en détails chacune de ses interventions, et brider ainsi son intuition. La supervision peut développer le fallacieux désir de tout comprendre, le pernicieux espoir de tout prévoir, dans une toute-puissance fantasmatique, entretenue à l'insu même du superviseur zélé. Elle peut cultiver le perfectionnisme, oubliant que « boîter n'est pas pécher » (Lucien Israël).

Dans tous ces cas, le recul favorisé par une thérapie pourra aider le praticien à se situer avec l'indépendance nécessaire à la constitution de son style spécifique. Bien évidemment, si – pour des raisons exceptionnelles

diverses – on est en thérapie et en supervision avec le même spécialiste, il faudra au minimum veiller à distinguer formellement les deux types de séances : horaires et *setting* différents, même si de brèves « excursions » thérapeutiques peuvent s'insérer dans la supervision.

Le travail avec plusieurs superviseurs successifs (voire simultanés), préconisé par plusieurs sociétés de psychanalyse, me paraît d'une grande richesse : il limite la dépendance, ainsi que la centration excessive sur un type forcément limité de problèmes. Il est possible aussi qu'une des supervisions se focalise sur le suivi au long cours d'un seul client, tandis que l'autre traite la variété des urgences.

Il va de soi que la poursuite d'une supervision est utile tout au long de la carrière professionnelle. Si l'on se trouve dans une région isolée, sans superviseur qualifié disponible, on peut très bien mettre en place des *réseaux de supervision mutuelle croisée* : A supervise B, qui supervise C, lequel, à son tour, supervise A, etc. Cette formule limite les jeux contre-transférentiels ainsi que la complaisance mutuelle d'une intervention de pairs où chacun veut ménager son voisin.

## CONCLUSION

Je n'ai pas voulu, dans ce bref chapitre, développer mon point de vue sur l'ensemble des notions théoriques, méthodologiques et pratiques concernant la supervision, puisqu'ils sont largement abordés par d'éminents collègues dans divers autres chapitres de l'ouvrage. J'ai limité mon choix à quelques aspects qui m'ont paru parfois négligés dans la pratique, ou sur lesquels j'ai une position éventuellement inhabituelle.

Pour résumer mon point de vue, une supervision menée dans un style gestaltiste ne saurait se résumer à une analyse critique du diagnostic du client, des interventions du thérapeute ou de ses comportements contre-transférentiels mal élucidés. À l'instar de la psychothérapie gestaltiste elle-même, elle s'efforcera de constituer une approche globale, *holistique*, ne négligeant aucun élément du champ complexe des sentiments et interactions, et utilisant au besoin une large palette de médias, verbaux et non verbaux.

En voici, un rapide *listing* récapitulatif :

- *Relation verbale du cas* ou de la situation : bref historique, description détaillée d'une séquence du « film » de la thérapie (individuelle ou en groupe), avec interventions des uns et des autres ;

- *Évocation d'un cas avec jeux de rôles ou psychodrame*, reproduisant des situations réelles ou imaginaires (telles qu'un entretien du client sur sa thérapie avec un ami, enquête d'un chercheur auprès du thérapeute sur sa méthode, questions d'un collègue au thérapeute sur sa supervision, etc.) ;
- *Supervision in vivo d'une séquence de thérapie* (d'un client ou d'un collègue) sous le regard du superviseur ;
- *Dessin symbolique sur paperboard* ;
- *Représentation des relations à travers des objets symboliques*, dans la pièce ou sur la table (*spectrogramme*) ;
- *Regard distancié* sur la situation, vue d'une plus grande altitude (« hélicoptère ») ;
- *Audition ou visionnage d'un enregistrement* (cassette, CD ou DVD).

D'autres variantes sont possibles. L'important est que la prise de conscience ne soit pas seulement intellectuelle, mais aussi intuitive et émotionnelle, afin d'imprégner progressivement le style du psychothérapeute, de manière non seulement calculée, mais aussi spontanée, infra-consciente. La Gestalt-thérapie, comme l'EMDR, nous ont largement montré à quel point la réflexion et la redécision ne suffisent pas à transformer de manière profonde et durable les comportements – ce qui implique une modification des circuits neuronaux de traitement de l'information, au niveau des structures du cerveau limbique et pas seulement cortical.

Au-delà d'un simple complément d'apprentissage, la supervision devient alors un véritable processus de maturation.

## ANNEXES : QUELQUES DÉFINITIONS

On pourrait distinguer au moins sept types de supervision, selon divers critères :

1. *La supervision didactique de thérapeutes en formation* au cours de *practicums* effectués régulièrement tout au long de la formation initiale (à partir de la deuxième année) : un élève en fait travailler un autre, à titre d'exercice, sous le regard d'un formateur didacticien. Ce travail peut se faire sur un mode global, spontané, ou bien sur un thème donné ou avec des techniques spécifiées d'avance (à titre d'entraînement). Par exemple, travail centré sur la projection, ou sur le corps, ou sur telle ou telle fonction de contact (travail les yeux fermés, les oreilles bouchées...).

2. *La supervision didactique « à chaud » de professionnels* : un thérapeute praticien fait travailler *un collègue*, à titre d'exercice, sous le regard d'un formateur didacticien. Cela se pratique souvent à l'occasion de sessions intensives d'une certaine durée. L'intérêt en est évident (critique directe) mais les limites aussi : le « client » est lui-même compétent et ses réactions sont différentes de celles d'un client habituel ; les séquences sont isolées et ne donnent pas lieu à un suivi avec mise en place d'une « stratégie thérapeutique » ; les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels sont totalement faussés. C'est ce que A. Rams (1989) dénomme « pratique supervisée », par opposition à « supervision de la pratique ».
3. *La supervision « à chaud » de professionnels* : un thérapeute praticien fait travailler un *client réel* (ou *un groupe*), sous le regard d'un formateur didacticien.
4. *La supervision professionnelle différée* : un thérapeute rapporte un cas (ou une situation) qu'il a vécu(e) au préalable. C'est la formule traditionnelle. Elle peut se prêter à diverses variantes (voir ci-dessus), notamment : réactualisation de la séquence par cassette audio ou vidéo, jeu de rôles, etc. On peut suivre, de séance en séance, l'évolution de la thérapie du *même client*, ou bien évoquer à chaque fois des situations particulières ou des « urgences ». Ces deux aspects se combinent bien.
5. *La supervision individuelle* : permet de s'adapter au plus près au niveau de compétence du supervisé et d'approfondir notamment son style spécifique (exploitation thérapeutique éventuelle de son profil psychologique, voire de sa pathologie personnelle), ainsi que de souligner sa problématique contre-transférentielle et ses « points aveugles »... Le risque de dérapage vers la thérapie demeure souvent latent. Il est important de distinguer clairement la supervision de la formation continue, d'une part, et de la thérapie, d'autre part.
6. *La « covision » ou « intervention »* : supervision mutuelle entre deux praticiens de même niveau, s'éclairant par une écoute mutuelle. Cette formule présente l'avantage de la gratuité et de la commodité (services mutuels rendus sur place). Elle permet d'envisager plus facilement la prolongation permanente d'un lieu d'analyse de sa pratique. Bien entendu, elle n'offre pas la garantie d'un didacticien expérimenté.
7. *La supervision en groupe* : permet la discussion d'un nombre de cas élargi ; ainsi, certains membres du groupe travaillent en service de psychiatrie, d'autres auprès d'enfants, d'autres encore avec des délinquants, des toxicomanes ou des milieux défavorisés, tandis que

la majorité exerce en libéral avec une clientèle variée. Pour chaque cas rapporté, on *bénéficie du point de vue de plusieurs collègues* qui associent leur expérience et leur créativité. Le groupe se prête facilement à des mises en situation ainsi qu'à des « mini-cours » théoriques, à partir des cas rencontrés ainsi. Cependant, il importe que les apports théoriques viennent éclairer un cas et non, qu'à l'inverse, la pratique et les clients soient utilisés pour nourrir la théorie ! Le dérapage vers des sessions de perfectionnement est fréquent et doit être dénoncé : il s'agit alors d'une formation complémentaire – certes très utile – mais non plus de supervision, au sens strict du terme.

## BIBLIOGRAPHIE

### En français

DE JONCKHEERE C. (1984), « L'apport de la Gestalt-thérapie à la supervision », in *La Supervision : son usage en travail social*, coll. Champs professionnels, n° 8, Genève, Institut d'Études sociales, p. 79-89.

FRAISSE A. (2005), « La Supervision », in *Pourquoi la psychothérapie ? Fondements, méthodes, applications*, Paris Dunod, p. 271-283.

GINGER S. (1965), « Synthèse des Journées nationales d'Étude sur le perfectionnement en cours d'emploi des Éducateurs spécialisés », *Liaisons-ANEJI*, n° spécial 57, Dijon, p. 62-70.

GINGER S. (1985), « Table-ronde sur la supervision », in *Actes des Journées nationales d'étude de la SFG*, Grenoble, déc., p. 98-101.

GINGER S. (1995), « Pour une supervision gestaltiste », *Revue Québécoise de Gestalt*, vol. 1, n° 3.

LAPLANCHE J.-P. (2005), « À propos de l'implication contrôlée », *Gestalt*, 28, 113-121.

LIEN SOCIAL (2000), « Quand la supervision prend sens » in *Le Forum social du jeudi*, n° 556, dossier spécial du 14 déc.

MALAREWICZ J.-A. (1999), *Supervision en thérapie systémique*, ESF, Paris.

ROBINE J.-M. (1990), « De la supervision », *Bulletin de la SFG*, mai, p. 20-24.

SALATHE N. et coll. (1985), « Table-ronde sur la supervision », in *Actes des Journées nationales d'étude de la SFG*, Grenoble, déc., p. 121-140.

SALOMÉ J. (1972), *Supervision et Formation de l'éducateur spécialisé*, Toulouse, Privat.



## En anglais (sélection parmi plus de cent livres ou articles)

ALONSO A. (1985), *The Quiet profession : supervisors of psychotherapy*, New York, McMillan.

BORDERS L.D. & LEDDICK G.R. (1987), *Handbook of Counselling Supervision*, Alexandria, Va., AACD.

BRADLEY L.J. (2000), *Counselor supervision : Principles, Process and Practice*, Routledge (USA).

BRAMMER L.M. & WASSMER A.C. (1977), « Supervision in counseling and psychotherapy », in Kurpius, Baker & Thomas, *Supervision of Applied Training*, Westport.

CALIGOR L., BROMBERG P.M., MELTZER J.D. (1984), *Clinical perspectives on the supervision of psychoanalysis and psychotherapy*, New York, Plenum Press.

CLARKSON P. & GILBERT M. (1987), « One model for the training of supervisors », *The British psychological society counselling psychology section review*, 2, 11-13.

CLARKSON P. & GILBERT M. (1991), « The Training of counsellors, trainers and supervisors », in *Counselling, training and supervision in action*, Londres, Sage, p. 143-169.

COHEN L. (1980), « The New supervisee views supervision », in Hess, *Psychotherapy Supervision*, New York, Wiley.

FICHER B. (1989), « Differences between supervision of beginning and advanced therapists : Hogan's hypothesis empirically revised », *The Clinical Supervisor*, 7(1), 57-74.

GILBERT, M. & EVANS K. (2000), *Psychotherapy supervision*, London, Open University Press.

HARMAN R.L. & TARLETON K.B. (1983), « Gestalt therapy supervision », *Gestalt Journal*, VI, 1, Hogan's hypothesis.

HESS A.K. (1980), *Psychotherapy supervision*, New York, Wiley.

MCNEIL B.W. & WORTHEN V. (1989), « The Parallel process in psychotherapy supervision », *Professional Psychology : Research and Practice*, n° 20, American Psychol. Assoc. Washington DC (USA).

MINTZ E., « Gestalt approaches to supervision », *Gestalt Journal*, VI, 1, Hogan's hypothesis.

TSELIKAS-PORTMANN E. (1999), *Supervision & dramatherapy*, London, Kingsley.

## En italien

GIUSTI E. & MONTANARI C. (1992), La Gestalt della supervisione (communication au Congrès international de Gestalt de Sienne, Italie, juill. 1991), in *Realtà e Prospettive in Psicofisiologia*, n° 3/4, mai, p. 161-170.

GIUSTI E., MONTANARI C., SPALLETTA E. (2000), *La Supervisione clinica integrata*, Milano, Masson.

## En espagnol

CHEVREUX A.-F. (1991), « La Supervision : terapia del terapeuta », *Bulletin de l'AETG*, 12, 48-49.

RAMS A. (1989), « Reflexiones sobre la supervision en Gestalt », *Bulletin de l'AETG*, 9-10, 30-33.

SALAMA H. & CASTANEDO C. (1991), *Manual de psicodiagnostico,*

*intervention y supervision para psicoterapeutas*, Mexico DF., Manual Moderno.

SALAMA H. (1989), Mapa de supervision, *Revista internacional de Gestalt*, vol. II, N° 1, Mexico DF.

## En allemand

BELARDI N. (1994), *Supervision. Von der Praxisberatung zur Organisationsentwicklung*, Paderborn, Junfermann.

FATZER G. (1996), *Supervision und Beratung*, Köln, Éd. Humanistische Psychologie.

RAPPE-GIESECKE C. (1994), *Supervision Gruppen und team supervision in Theorie und Praxis*, Berlin, Springer.

SCHREYÖGGG A. (1992), *Supervision. Ein integratives Modell*. Lehrbuch zu Theorie und Praxis, Paderborn, Junfermann.

SCHREYÖGGG A. (1994), *Supervision Didaktik und Evaluation*, Paderborn, Junfermann.



## Chapitre 9

---

# LA SUPERVISION D'ÉQUIPE EN INSTITUTION SPÉCIALISÉE

Jean-Pierre Pinel

CE CHAPITRE visera à explorer quelques questions théoriques, méthodologiques et cliniques sollicitées lorsqu'un dispositif de supervision est mis en œuvre auprès d'équipes instituées confrontées à des expressions psychopathologiques dans lesquelles les agirs et la destructivité s'associent à la déliaison<sup>1</sup>. En effet, certaines institutions soignantes, sociales et médico-sociales sont actuellement conduites à accueillir des sujets dont l'astructuration de fond, les troubles graves de la symbolisation et les modes de fonctionnement archaïque s'associent à une pathologie des liens intrapsychiques et intersubjectifs. Ces sujets sont plus particulièrement des enfants, des adolescents ou de jeunes adultes fonctionnant sous le primat d'agirs violents auto ou hétéro-centrés.

---

1. Ce chapitre trouve son fondement clinique dans des supervisions conduites dans des établissements de petite taille ou des services dépendants d'établissement plus importants ; elles répondent à des demandes provenant d'institutions relevant de divers secteurs : sanitaire spécialisé, judiciaire, social ou médico-social. Il peut s'agir de foyers pour adolescents, de centre de crise, d'instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques ou de centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

Ils confrontent les équipes institutionnelles à des situations d'impasse, en suscitant des vécus d'échec, d'impuissance et d'incompréhension. Mobilisant des affects de désespérance, ils saisissent au plus intime la psyché des praticiens. Atteignant les sources vives de l'engagement professionnel de chacun, révélant les failles des équipes et celles du cadre institutionnel, ces sujets participent à mettre en crise les personnes et les collectifs qui les accueillent. Ils engendrent certaines formes d'enchaînements violents, des bouclages interactifs, enserrés dans des enjeux de vie et de mort.

Qu'il s'agisse de psychopathologies de registre narcissique-identitaire ou limite, de problématiques d'antisocialité ou de délinquance, certaines équipes ont à traiter une forme massive de déliaison et d'attaque des liens intrapsychiques et intersubjectifs. Dans ces configurations, les praticiens sont convoqués à contenir et métaboliser des mouvements pulsionnels confusionnels ou meurtriers ; ils ont à résister à l'incestualité, à la destructivité et au désespoir. Confrontés à une clinique qui sidère, déborde ou terrifie, à des refus du contact ou à des modalités de transferts archaïques et passionnés, les professionnels ont à mettre en œuvre des dispositifs de déprise et de réélaboration leur permettant de survivre psychiquement, c'est-à-dire, de soutenir un investissement et une pensée de la pratique vivants et suffisamment créatifs.

De plus en plus fréquemment, ces institutions vont recourir à un intervenant externe pour trouver un étayage favorisant la relance des processus de déprise et de reprise élaborative. C'est à partir d'une analyse des obstacles rencontrés lors de la mise en œuvre et de la conduite de ces supervisions d'équipe, que j'ai progressivement élaboré les coordonnées d'un dispositif répondant aux spécificités de ces situations. Cependant, avant d'en présenter les caractéristiques précises, il me paraît nécessaire de procéder à quelques remarques méthodologiques préalables.

## LA SUPERVISION DANS LE CHAMP INSTITUTIONNEL : DES FONDEMENTS MÉTHODOLOGIQUES INCERTAINS

Comme l'ont bien montré A.-M. Blanchard-Laville et D. Fablet (1996) les dispositifs d'analyse de la pratique ou de supervision en institution prennent différentes orientations : psychopédagogique, psychosociologique, clinique-psychanalytique...

S'il est nécessaire de différencier clairement ces méthodes tant au plan de leurs cadres respectifs, de leurs objets, de leurs représentations de buts que des processus qu'elles sollicitent potentiellement, il est à

souligner que le choix de la méthode est généralement formulé lors de la commande institutionnelle. Cette dernière s'adresse, en effet, à un intervenant dont la formation et les positions théoriques sont connues. C'est-à-dire que la commande s'effectue le plus fréquemment dans une recherche de cohérence entre le choix de la méthode, les orientations présidant à la structure des dispositifs institués et les finalités de la mission institutionnelle. Comme nous avons tenté de le soutenir par ailleurs (Maisonneuve, Pinel, 2005), les méthodes d'analyse des pratiques et de supervision d'orientation psychanalytique, au sein desquelles je situe le dispositif présenté ci-après, se déploient essentiellement dans les institutions dont la tâche primaire est celle du soin à apporter à des sujets entrant dans le champ de la psychopathologie, terme saisi ici dans son acception la plus élargie.

Les méthodes d'analyse des pratiques et de supervision analytique trouvent leurs fondements dans des extensions ou des prolongements des groupes Balint (1960) et des contrôles individuels et collectifs (Guillaumin, 1999). Or, le groupe Balint est selon M. Moreau-Ricaud (2000), « un hybride créé à partir de deux filiations, l'une psychosociale (...) l'autre analytique ». Ce que l'on pourrait désigner comme la scène originaire de la supervision résulte du couplage de l'étude de cas conduite en groupe (le *case-work*) apportée par Balint et de l'analyse de contrôle (dans la lignée hongroise de Ferenczi et de V. Kovacs) soutenue par M. Balint.

La supervision analytique suppose de centrer l'objet de travail d'un groupe « d'étrangers » sur l'analyse des processus inconscients et plus précisément sur l'élaboration des relations transféro-contre-transférentielles se nouant entre un patient, un praticien et son acte professionnel. En exportant directement cette méthode au site institutionnel, il est à craindre que l'on procède à une forme de réduction drastique de l'objet en engageant une forme d'écoute, un système de règles et une découpe pensés à partir d'une situation duelle, instaurée la plupart du temps dans un cadre libéral. Cette transposition ne va pas sans poser d'importantes questions théoriques et méthodologiques pour les raisons suivantes :

- D'une part, comme l'a souligné Pierre Lucas (1982) :  
« Dire Balint c'est donc parler d'un groupe réunissant des praticiens de profession homogène dans le champ sanitaire et social conduit par un psychanalyste, groupe dont le travail est centré sur l'analyse du contre-transfert des participants. »  
Or une équipe instituée constitue un ensemble intersubjectif singulier composé de « familiers » organisés par des différences de fonctions,

de places, de formations, d'identités professionnelles et de niveaux hiérarchiques. Cet assemblage particulier mobilise des processus spécifiques qui sont à différencier des groupes uniprofessionnels composés d'analystes, de psychothérapeutes, de médecins, d'éducateurs ou d'infirmiers regroupés pour un contrôle collectif ou un Balint. Une équipe s'organise dans des liens d'alliance et de hiérarchie où s'articulent, de manière nécessairement conflictuelle, des rapports d'horizontalité et de verticalité.

- D'autre part, le superviseur intervenant auprès d'une équipe instituée n'est ni l'initiateur ni l'organisateur de l'équipe : il intervient ou s'insère dans un ensemble qui a sa logique propre, pré-constituée, précédant l'advenue du superviseur et subsistant après son départ. Les praticiens sont réunis par un tiers institutionnel et un système d'organisation qui ont défini préalablement, de manière plus ou moins explicite et précise, un champ d'exercice, des méthodes de travail et certaines modalités de fonctionnement. Les professionnels, soignants, éducateurs, psychopédagogues ou psychistes, membres de ladite équipe, partagent pour partie leurs pratiques, leurs investissements, leurs contre-transferts ou à tout le moins leurs contre-attitudes auprès de mêmes sujets. Ils sont généralement confrontés à une pathologie centrale ou dominante.
- Enfin, les pratiques institutionnelles diffèrent considérablement des pratiques analytiques, de la cure bien sûr, mais aussi des dispositifs de psychothérapie psychanalytique de groupe et des entretiens cliniques ou psychosomatiques. Même lorsque la psychanalyse constitue la référence théorique centrale, inspirant la mise en œuvre des méthodes et des modes de présence des praticiens, il n'en demeure pas moins que les dispositifs institués ne peuvent répondre directement aux exigences d'abstinence instituées dans le cadre de la cure et de ses prolongements. Alors que les dispositifs et les méthodes cliniques psychanalytiques se centrent électivement sur la réalité psychique, ses modes d'appropriation et de métabolisation en mettant plus particulièrement l'accent sur la négativité, les finalités institutionnelles sont plus largement situées dans le registre de la positivité et soumises à des registres et des objectifs para- ou extra-psychiques. De surcroît, cette clinique du quotidien se développe dans le face à face, l'action et des modalités de réponses favorisant l'émergence de relations spéculaires.

Ainsi, les conditions fondamentales caractérisant le champ de la pratique et les coordonnées des dispositifs proposés à ces équipes instituées doivent-elles être ré-interrogées et re-précisées.

## DES DEMANDES EN TENSION ENTRE LA CLINIQUE DIRECTE ET L'EXPLORATION DES PROCESSUS GROUPAUX ET INSTITUTIONNELS

Les demandes de supervision en institution spécialisée s'originent généralement dans une souffrance des professionnels pour penser et accomplir la tâche primaire (soigner et/ou éduquer) qui leur est assignée. Les hiatus, les écueils, voire les impasses qu'ils rencontrent pour accueillir et prendre soin des sujets qui leurs sont confiés mobilisent inquiétude, malaise et certaines formes de souffrances psychiques mal localisables. En effet, les praticiens sont convoqués à contenir des expériences émotionnelles extrêmes, à accueillir des fantasmes massivement contre-investis et confrontés à une réalité psychique chaotique, dédifférenciée et expulsée dans l'autre et les autres. Parallèlement, les symptômes, les angoisses archaïques et/ou les violences manifestées par les usagers tendent trop souvent à favoriser la représentation d'une mise en échec des fonctions soignantes de l'institution. Cette représentation peut participer à attaquer ou désétayer les idéaux et les identifications professionnelles des praticiens. Ce malaise constitue la source essentielle de la demande d'intervention adressée à un tiers externe. Lors des rencontres préliminaires précédant la proposition d'un dispositif d'intervention en institution, les demandes énoncées vont se ramener essentiellement à deux formulations princeps :

- *Primo*, l'aide à l'élaboration des pratiques, notamment en direction des cas difficiles, ce qui peut engendrer la tentation d'instaurer directement un dispositif de supervision qui serait une stricte application de la méthode Balint ;
- *Secondo*, l'appel à un tiers afin de favoriser la régulation d'un éprouvé de crise mal localisable, mais toujours soumis à des interférences parasitantes ou immobilisantes entre les « cas lourds », le fonctionnement de l'équipe et le cadre organisationnel ou institutionnel, ce qui peut engager l'analyste à proposer une régulation d'équipe ou une consultation institutionnelle.

Or, lorsque l'intervenant a proposé l'un ou l'autre des dispositifs précités, la clinique met en évidence que les deux problématiques trouvent fréquemment à s'entrecroiser, à interférer, à se télescoper, plus particulièrement dans les équipes confrontées aux pathologies graves de la symbolisation. La définition d'un dispositif optant pour répondre à l'une ou l'autre des demandes manifestes confronte l'intervenant – d'une séance à l'autre, voire au décours d'une même séance – à de



brusques changements de registres, à des ruptures chaotiques entre ce qui relève du fonctionnement de l'équipe ou du cadre institutionnel et ce qui est mobilisé chez les professionnels par la pratique directe. Tout se passe comme si les pathologies graves de la symbolisation affectaient l'ensemble des registres et des espaces psychiques. Aussi, lorsque l'intervenant crée un dispositif qui tente de *purifier* l'objet en offrant une découpe tranchée d'un registre de réalité psychique à mettre en travail, il risque de se trouver lui-même, dans un second temps, frontalement déplacé ou convoqué à transgresser les limites qu'il a fixées. Ainsi les coordonnées de son cadre de travail, les conditions de son écoute et les mouvements et processus psychiques peuvent-ils être limités voire paralysés. Comme l'ont souligné J. -C. Rouchy et M. Soula-Desroche (2004) :

« Le risque est de se trouver dans un entre-deux consistant à faire un peu de consultation et un peu de supervision, sans jamais ne rien traiter de manière approfondie. »

Une interprétation de ce type de dilemme a été proposé par R. Kaës (1999) :

« La demande de supervision ne joue-t-elle pas, et de quelle manière, comme résistance au traitement de la dynamique institutionnelle et réciproquement ? »

Cet antagonisme peut donc engendrer une forme d'impasses théorique et méthodologique : tenter d'articuler les deux registres conduit au mirage d'une saisie toujours impossible de la totalité de l'objet, opter pour l'un d'entre eux produit une méconnaissance systématique. La prégnance de ce qui vaut à tout le moins comme obstacle m'a invité à ressaisir les singularités du dispositif, de l'écoute et de la position de l'intervenant appelé à conduire une supervision auprès d'une équipe instituée.

## PROPOSITION D'UN DISPOSITIF SPÉCIFIQUE

### **L'objectif et l'objet de la supervision d'équipe**

Je tenterai de définir l'objet et l'objectif de la supervision d'équipe en m'appuyant sur l'hypothèse centrale suivante : la pathologie est un (des-)organisateur princeps du fonctionnement des équipes institutionnelles, notamment pour celles qui sont confrontées aux pathologies graves de

la symbolisation associées aux déliaisons des liens intrapsychiques et intersubjectifs. Dès lors, on peut considérer que l'objectif d'un dispositif de supervision instauré en direction d'équipes instituées confrontées à ces pathologies est de soutenir les processus de relation symbolisante, c'est-à-dire, d'offrir un espace de contenance et de métabolisation des mécanismes de déliaison et de scission, de confusion et d'*alliances inconscientes* (Kaës) mobilisés dans la relation aux sujets accueillis. La supervision d'équipe peut ainsi être conçue comme un dispositif groupal destiné à retraiter le négatif issu de la pathologie et à étayer les alliances de travail et de coopération afin de favoriser la restauration de conteneurs et de différenciations symboliques.

Dans cette perspective, l'élucidation des interférences qui se nouent entre la pathologie des sujets accueillis et les modes de fonctionnement de l'ensemble intersubjectif spécifique que constitue l'équipe instituée va ordonner le travail groupal. Pour le formuler plus précisément, il s'agit pour les praticiens de procéder au repérage et à l'analyse des mécanismes de résonance intersubjective et fantasmatique qui se forment entre les patients et eux-mêmes, en tant que sujets partie prenante et constituante d'une équipe. Cette proposition théorique repose sur l'hypothèse générale selon laquelle la résonance (intersubjective et/ou fantasmatique) est à la clinique institutionnelle ce que les processus transféro-contre-transférentiels sont aux dispositifs psychanalytiques.

La supervision vise ainsi à offrir un espace de repérage et d'analyse pour les processus inconscients mobilisés par la pathologie aux niveaux intra-, inter- et trans-subjectifs traversant les personnes et les groupes dont l'équipe instituée est l'instance princeps de mise en travail. De ce point de vue, la supervision d'équipe recèle toujours une dimension *de régulation d'équipe et d'intervention institutionnelle* car elle est toujours associée à l'élaboration des processus de déliaison et de relation, de désaccordage et d'accordage de l'appareillage psychique institutionnel.

## Les singularités du dispositif

Je propose de désigner le dispositif par la dénomination suivante : *Groupe de supervision clinique des pratiques d'équipe instituée*. Chaque terme possède une signification référée à l'objet, aux finalités visées et s'articule à la méthode. Je reprendrai brièvement chacun des termes choisis :

- *Groupe* : il s'agit de la réunion des membres de l'équipe désireux d'engager ce travail auquel s'adjoint le superviseur. Cet ensemble

constitue un néo-groupe, qui diffère des coordonnées habituelles de l'équipe ;

- *Supervision clinique* : l'association de ces deux termes caractérise l'objectif central propre au dispositif qui vise à produire une élaboration, un travail de pensée singulier et plurisubjectif, reposant sur la mise en œuvre de processus associatifs centrés sur l'analyse de la réalité psychique et l'élucidation des processus intersubjectifs ; se différenciant clairement des dispositifs institutionnels dont l'objet est centré sur la décision et l'action ;
- *Des pratiques* : le choix de ce terme, congruent avec la culture du secteur, permet de centrer le processus associatif et le travail de pensée sur le rapport à la tâche institutionnelle à partir de cas ou de situations concrètes. Ce dispositif se différencie d'une supervision personnelle, engageant davantage l'histoire singulière du sujet-praticien ;
- *D'équipes instituées* : ce vocable spécifie les propriétés de l'ensemble auquel s'adresse le dispositif, en mettant l'accent sur les spécificités de cet objet liées à son triple ancrage : institutionnel, groupal et organisationnel.

En effet, l'équipe constitue un ensemble intersubjectif spécifique et hypercomplexe distinct des groupes d'« étrangers » et des familles. L'équipe en institution spécialisée (sociale, sanitaire ou médico-sociale<sup>1</sup>) est un groupe organisé, lié par une tâche commune définie par l'institution. Procédant d'une tentative d'accordage des psychés singulières, l'équipe s'organise autour d'un triangle constitué de trois pôles en tension, toujours potentiellement soumis aux risques de la dédifférenciation ou de la rigidification, de la scission ou du chaos : les pôles groupal, organisationnel et institutionnel.

Ce tripôle est en interférence constante avec la tâche primaire et l'arrière-fond socio-culturel, idéologique. Il est animé, vectorisé et immobilisé par les singularités de la psychopathologie, mais il est aussi coloré, infléchi ou soumis à des énoncés idéologiques. Il peut ainsi prendre différentes formes, s'organiser selon des configurations diverses et être réaménagé selon les positions théorico-idéologiques et les phases de l'histoire de l'établissement ou du service.

---

1. Il y aurait sans doute à distinguer les propriétés de chaque champ.

## Les règles

Le dispositif proposé vise à créer un *néo-cadre conteneur* (Kaës), suffisamment décalé des dispositifs habituels pour permettre un mouvement de déprise-reprise et d'élaboration transformatrice. Les coordonnées du dispositif sont énoncées de la manière suivante :

- « La supervision d'équipe instituée s'organisera à partir d'une séance mensuelle d'une durée de deux heures (ou parfois une heure trente pour une fréquence bi-mensuelle) organisée à jour fixe. Elle réunit l'ensemble des professionnels engagés dans le dispositif qui ne sont pas régulièrement en congés. La règle de fonctionnement est celle de la libre parole, limitée par le caractère institutionnel et professionnel de la situation. »

Cet aménagement de la règle est destiné à exercer une fonction de limite et de pare-excitations, en soutenant indirectement la différenciation entre la part professionnelle de la psyché et la part privée. Cette disposition est particulièrement fondée dans les équipes prises dans une indifférenciation archaïque de l'ordre du « tout dire et tout faire toujours ensemble ».

- « L'objectif des ces séances de travail est d'élaborer les relations qui se nouent entre les sujets accueillis, les membres de l'équipe et l'ensemble que vous constituez. Il s'agira notamment d'analyser les interférences qui se nouent entre les problématiques des sujets accueillis et les modes de fonctionnement collectifs. Au travers de l'étude de cas, ou de situations cliniques, il s'agira d'analyser ce qui se joue entre les sujets accueillis, les praticiens, les groupes et l'équipe. Les propos échangés ici se limitent aux aspects professionnels engagés dans les relations, ils ne peuvent faire l'objet de décisions pendant les séances. »

Ce système de règles inscrit d'emblée la problématique des liens comme objet de travail princeps en maintenant une part d'indécidabilité quant à ses localisations et ses sources. Autrement dit, ce dispositif indique explicitement qu'il prendra pour une part un caractère d'intervention clinique auprès de ce groupe spécifique que constitue l'équipe en établissant que les répercussions de la pathologie sur l'économie des praticiens – en tant qu'ils forment un ensemble intersubjectif singulier – ordonnent le travail psychique à engager.

Il est notifié à l'ensemble, que ces séances de supervision font l'objet d'un travail de reprise élaborative avec les membres d'un groupe de contrôle. Cette instance vise notamment à élucider les aspects contre-transférentiels mobilisés, et plus particulièrement, à réélaborer ce qui se

trame de manière insue entre l'équipe et notre groupe d'appartenance institutionnelle, ce que l'on peut désigner comme une analyse d'inter-transferts croisés.

## ILLUSTRATION CLINIQUE

Je proposerai une illustration clinique permettant de dégager certains processus psychiques mobilisés par ce dispositif. Cependant, afin de limiter l'ampleur de mes propos dans le cadre de ce chapitre, je ne présenterai que certains aspects, évidemment partiels, à partir d'une supervision qui se déroula durant quatre années. Je n'aborderai que quelques-uns des éléments les plus saillants, en mettant plus particulièrement l'accent sur les moments clefs : la rencontre préalable et la mise en place du dispositif, les premières séance d'appréciation de la fiabilité du cadre, le passage d'un registre individuel à un registre collectif et la fin de la supervision.

### **Les préalables et la mise en œuvre du dispositif**

Informée de mon intérêt pour les pratiques institutionnelles référées à l'agir, la psychologue clinicienne d'un Service pour adolescents en grandes difficultés psychosociales relevant d'un Institut thérapeutique éducatif et pédagogique me contacte par téléphone afin de solliciter la mise en œuvre « d'une supervision auprès d'une équipe éducative confrontée à des adolescents actuellement très difficiles<sup>1</sup> ». Elle rajoute comme en incidente : « Il y a en ce moment une succession de violences, de tentatives de suicide, de fugues et de descolarisations. L'équipe a besoin de se poser pour penser sa pratique, nous sommes actuellement dans une sorte de maelström. » Interrompant mon interlocutrice, en précisant que je souhaite entendre l'ensemble des praticiens avant de répondre à quelque demande que ce soit, je propose une première rencontre préliminaire, destinée à appréhender la problématique, à élucider la teneur de la demande et à apprécier l'adéquation de mon écoute aux attentes des membres de l'équipe.

Quelques semaines plus tard, je rencontrerai un groupe réuni dans une attente anxieuse où sont présents tous les salariés de l'institution à l'exception du Directeur de l'établissement et du personnel administratif – qui ne souhaitent pas s'impliquer directement dans les aspects cliniques

---

1. Dans ce moment originant, l'intervenant peut-être convoqué à une position d'expert, qui risque de faire écho et/ou conflit avec sa propre position désirante.

– ainsi que de l'homme d'entretien requis pour encadrer les adolescents non-scolarisés à ce moment. Sollicités d'explicitier les raisons de cette nécessaire et constante présence, les éducateurs évoquent une incapacité pour les jeunes à demeurer seuls face au groupe sans qu'un déchaînement de violence ne menace leur sécurité. L'immobilisation ininterrompue d'un adulte laisse supposer que ces adolescents présentent une sévère pathologie des liens et de la séparation, une faillite du pare-excitations et de la contenance interne des mouvements pulsionnels. Les professionnels sont convoqués à exercer une fonction essentielle de limite et de pacification face au déploiement de la violence et de la destructivité ; comme l'a fortement rappelé G. Gaillard (2002), les institutions de soin sont fondamentalement assignées à soutenir « une fonction civilisatrice et de faire barrage à la déliaison mortifère ».

Après que le chef de service ait brièvement présenté la mission, les finalités cliniques et les axes du projet, que les participants aient énoncé leurs attentes en termes de prise de recul, d'éclairage clinique et d'élucidation de leurs contre-attitudes singulières et collectives, les préoccupations actuelles sont abordées de manière très directe sur le mode de l'impuissance et du désarmement partagés. À la question tout à fait essentielle du sens attribué à ces difficultés, les praticiens prenant la parole, répondent en termes de modification des problématiques cliniques, c'est-à-dire, d'aggravation des expressions psychopathologiques combinée à une extension de la déliaison des liens affectant les adolescents accueillis.

C'est plus particulièrement sur cette question que va se décider le choix de la découpe et de l'offre d'un dispositif précis, car elle permet d'accéder à une première autothéorisation de la problématique mais aussi d'explorer indirectement la consistance du cadre institutionnel. Le sens accordé à ces difficultés est essentiel en ce qu'il indique à l'intervenant le registre qu'il convient de privilégier. En l'occurrence, il semble que la demande de supervision corresponde au sentiment partagé par les membres de l'équipe d'une confrontation à des cas difficiles pour lesquels un travail d'élaboration collective paraît nécessaire.

Cependant, comme en contrepoint à ces associations, une question formulée par un éducateur technique semble s'adresser manifestement à l'intervenant et au chef de service : « Et qui peut participer à la supervision ? »

Implicitement, il est ainsi souhaité que soient énoncées les règles de présence, notamment pour ce qui concerne les cadres hiérarchiques, mais aussi, sans doute, pour l'éducateur technique lui-même. Autrement dit, ce sont les coordonnées et les limites de l'équipe qui sont ainsi

interrogées. Cette interrogation laisse sans doute transparaître, en arrière-plan, une confusion entre groupe et équipe. Parallèlement, cette question est à saisir comme une demande adressée à l'intervenant : une première manifestation transférentielle.

L'indétermination quant aux limites de l'équipe appelle un bref commentaire : il apparaît ici que le signifiant « équipe » relève, pour une part, d'une dimension imaginaire. Son usage peut, dans certaines conditions, être assimilé à une forme de prêt-à-penser, recouvrant une zone de méconnaissance qui masque une ambiguïté de fond quant à sa définition et ses caractéristiques, et plus particulièrement dans ce cas, à ses bords, et à la différence entre groupe et équipe. Immédiatement suivra une autre question : « la présence et la participation à la supervision sont-elles obligatoires ? »

Cette question est associativement référée au niveau d'implication requis par la supervision : il est directement attendu que le dispositif soutienne une ligne de démarcation claire entre les registres professionnels et personnels. Une expérience antérieure, relativement douloureuse pour quelques-uns des protagonistes, éprouvée sur le mode de l'effraction, est évoquée en termes de dédifférenciation entre les identités professionnelles et personnelles.

La formulation des coordonnées et des limites du dispositif que je pourrai éventuellement mettre en place apaisera manifestement certaines anxiétés associées à une menace d'intrusion. Demeurerait cependant ouverte la question des limites de l'équipe et des choix de participation, tout se passant comme s'il était attendu que ce soit à l'intervenant d'en fixer les frontières et d'en définir les modes de composition. Il apparaît ici que l'ensemble s'organise d'emblée à partir de ce que Bion (1961) a désigné comme un *présupposé de base dépendance*. La prégnance de cette dépendance est sans doute à articuler avec la pathologie des liens présentée par les adolescents. Je suggérerai aux praticiens qu'ils élaborent eux-mêmes les caractéristiques de leur équipe, qu'ils en définissent notamment les limites, en soulignant simplement qu'il me paraissait nécessaire que les personnes s'engagent dans une participation régulière lorsqu'une décision commune aurait été arrêtée. Bien que la perspective soit celle d'une supervision, il apparaît ici nettement, et cela dès les rencontres préliminaires, que l'intervention va prendre une part de régulation d'équipe et de consultation institutionnelle. Cependant, le vertex central demeure celui d'une analyse des répercussions de la psychopathologie sur l'économie de l'équipe et des praticiens.

Après un temps de réflexion, une deuxième rencontre, réunissant l'ensemble des salariés, permettra de préciser les options de participation

– le chef de service et l'éducateur technique ont décidé de participer au travail collectif<sup>1</sup> – et de fixer les règles du dispositif. Cette offre sera acceptée après négociation des aspects matériels (calendriers, horaires, coûts...). Je proposerai une séquence de travail bimensuel dans un premier temps, assorti d'un engagement mutuel d'une durée limitée à une année universitaire, éventuellement renouvelable.

### Les processus mobilisés

Comme il l'a été indiqué plus haut, l'exploration des processus mobilisés par ce dispositif de supervision se limitera à aborder succinctement trois phases essentielles :

1. La mise à l'épreuve de la fiabilité du cadre ;
2. L'analyse des pratiques ;
3. L'engagement dans la supervision d'équipe *stricto sensu*.

Les premières séances de travail seront plus particulièrement investies et utilisées par les praticiens pour apprécier la fiabilité du cadre. Deux formes de mise à l'épreuve seront repérables lors de cette phase initiale. D'une part, il me sera nécessaire de rappeler la règle limitant les contenus mis en travail à la part professionnelle (Missenard, 1976). D'autre part, il me faudra faire point d'arrêt face aux attaques autodestructrices et aux processus de déliaison traversant l'équipe : les professionnels se livrant à des disqualifications de la professionnalité dont les sous-basements métapsychologiques et la portée meurtrière ont été très précisément montrés par G. Gaillard (2004).

En résistant à ces mises à l'épreuve et en les interprétant parfois comme une forme de résistance collective au processus de supervision, il en résultera une progressive pacification des modes de relation. Les praticiens accéderont graduellement à une forme de sécurité suffisante pour exposer leurs difficultés professionnelles.

C'est donc dans une deuxième phase du travail, lorsque le dispositif aura acquis des fonctions de cadre contenant les anxiétés persécutives

---

1. Cette décision paraît constituer le choix le plus fondé : ce sont en effet les professionnels impliqués dans la clinique – qu'il est par la même justifié de désigner par le terme de praticiens – qui au-delà de leurs formations initiales et de leurs identités professionnelles spécifiques participent au travail de l'intersubjectivité et du lien. L'introduction de représentants hiérarchiques permet de conforter la différence groupe-équipe mais aussi de soutenir métaphoriquement l'asymétrie et partant d'étayer le primat de l'organisateur oedipien en tant qu'il constitue fondamentalement une limite face à l'aspiration des adolescents à l'identique et à l'indifférenciation.



et dépressives, qu'il se révélera apte à protéger le narcissisme des professionnels, de telle sorte qu'ils pourront aborder leurs doutes, leurs fragilités et leurs failles dans le rapport aux adolescents. Il en résultera une appréhension plus nuancée des cas, une saisie plus fine des modes de relation et des contre-attitudes. Le rapport d'usage à l'absence et au manque, les problématiques d'emprise réciproque et de lâcher-prise seront à ce moment évoquées. Les praticiens semblent parvenir à se déprendre du cas face au groupe, à se dégager des enjeux d'appropriation et de privatisation du lien au patient. Parallèlement, la forme et le style des récits cliniques se modifient. On peut pointer que le sarcasme et l'ironie – en tant que modalités prévalentes de mise en récit des cas difficiles et d'expression des limites rencontrées dans la clinique quotidienne – s'effacent au profit de récits plus sensibles, parfois teintés l'humour. Cette transformation du style narratif témoigne du travail de déprise et de la mise en œuvre de défenses plus souples. Durant cette phase, il apparaît que les professionnels parviennent plus aisément à élaborer leurs modes de présence et leur contre-transfert face au groupe de professionnels.

C'est, toutefois, alors que l'équipe semble engagée dans un mode de travail suffisamment gratifiant et créatif que sera traversée une forme de crise collective. Cette crise se creusera autour de l'évocation du cas d'un adolescent que l'on prénommera Morgan pour préserver son anonymat. L'analyse de ce cas difficile va favoriser l'instauration d'un nouveau régime affectant les associations produites par les praticiens. Ce régime associatif attestera d'une mutation de l'économie et de la dynamique de l'équipe, autorisant les praticiens à s'aventurer dans une supervision d'équipe *stricto sensu*.

Je ne présenterai ici que quelques éléments de ce cas qui occupera plusieurs séances parfois tumultueuses et chaotiques, mettant à rude épreuve la cohésion de l'équipe, la contenance du dispositif et parfois mon contre-transfert.

*Morgan est un garçon de quatorze ans dont la violence directe, agie, s'exerce contre des adolescentes et certaines femmes investies d'une forme d'autorité (des surveillantes, des enseignantes, des animatrices et certains membres de sa famille). Cette succession d'actes de violence et d'agression essentiellement dirigée contre des figures féminines, ainsi qu'une série d'autoagressions et d'exclusions scolaires et institutionnelles spécialisées, ont conduit Morgan à être admis dans le service.*

Très peu de temps après son admission, la problématique de Morgan va être abordée par les praticiens. Progressivement, il m'apparaîtra que Morgan mobilise massivement deux sous-groupes de praticiennes en sollicitant une

forme de scission tranchée entre elles. Les unes, se montrent extrêmement négatives dans leurs perceptions et leurs contre-attitudes. Elles sont en proie à des mouvements de colère et de rage, saisies par une contre-violence parfois difficilement contenue. Parallèlement, ces praticiennes évoquent, avec amertume, un vécu d'abandon et d'impuissance : les membres de la hiérarchie et l'institution sont perçus comme défaillants : « Morgan est sans limite et insécurisé. Sans butée institutionnelle, il peut laisser libre cours au déploiement de son omnipotence. »

L'autre sous-groupe de praticiennes, semble pris dans un désir massif de réparation, dans un fantasme de mère toute dévouée (Fustier, 1987) : « Il a subi d'intenses carences affectives et narcissiques, il doit trouver dans l'institution un lieu qui lui apporte ce qui lui a manqué. »

Pendant ce temps, les praticiens masculins sont en retrait, dans un désinvestissement manifeste. Parfois, le sous-groupe constitué par les hommes de l'équipe est pris dans une excitation débordante, une forme de défense maniaque qui semble sans rapport avec les propos échangés autour du cas. Durant les séances de supervision, les hommes échangent entre eux dans des apartés qui, évidemment, parasitent mes capacités d'écoute et m'empêchent de saisir ce qui se joue dans la rencontre entre l'équipe et ce cas. Il me faudra un certain temps pour mettre en forme les répercussions de *la projection scissionnelle* (Racamier, 1983) et de *l'alliance psychopathique* concomitante (Pinel, 2001). J'avancerai l'hypothèse que les différentes contre-attitudes (de colère, de dévotion, de retrait et d'excitation maniaque) sont à considérer comme des ré-agirs en résonance avec une modalité de fonctionnement psychique de Morgan. On peut supposer que les éléments de sa conflictualité interne sont exportés dans la psyché des praticiens et dans les systèmes de liens intersubjectifs.

Il me faudra cependant plusieurs séquences de travail pour me déprendre des contenus manifestes du conflit opposant les praticiennes, mais aussi pour dépasser les effets du parasitage provenant des apartés, des fuites, des alliances homosexuées et de l'excitation manifestés par les hommes du service. Un travail psychique de détoxication me permettra de former une figuration interne suffisamment claire de la configuration de liens diffractés que je viens de décrire. À ce moment, je pourrais pointer auprès de l'équipe que Morgan mobilise des répercussions intersubjectives telles que deux groupes de femmes s'affrontent autour de lui, et sont en guerre, pendant que les hommes sont occupés ailleurs et à autre chose.

Cette formation intersubjective, organisée autour d'un scénario de guerre de sécession interminable, sera immédiatement repérée avec humour par les praticiens. L'un d'entre eux pointerait de manière condensée : « Mais on est devenu presque comme sa famille ! » Les praticiens vont ensuite reconstruire le scénario répétitif dans lequel ils ont été pris, en le reliant explicitement aux caractéristiques *du groupe d'appartenance primaire* (Rouchy, 1998) de l'adolescent. Alors que son père l'a abandonné précocement, Morgan s'est en effet trouvé aux prises d'un affrontement déchirant entre les femmes de la lignée maternelle et celles de la lignée paternelle. Le repérage de cette *répétition à l'identique* (de M'uzan, 1969) permettra aux membres de

l'équipe de se dégager des effets de la projection scissionnelle, ce qui ouvrira ultérieurement sur une réorganisation des modes de présence, des liens et des investissements. Ainsi, cette prise de conscience autorisera-t-elle une modification des contre-attitudes de l'équipe qui engendrera secondairement une transformation de l'économie psychique de Morgan. Peu après, ce dernier énoncera, auprès de son éducatrice référente, un apaisement qui se traduira d'ailleurs par un réinvestissement de la pensée. Morgan acceptera de reprendre une forme aménagée de scolarité, ce qui était jusque-là refusé. Dans un second temps, en appui sur l'introjection des fonctions pare-excitantes et contenantes de l'équipe, il accédera à une certaine représentation de sa réalité psychique lui permettant d'effectuer une demande d'aide thérapeutique<sup>1</sup>.

Cette séquence clinique permet d'éclairer certains processus intersubjectifs et transsubjectifs mis en travail par le dispositif de supervision. Les praticiens sont agis, déplacés, et déformés par l'économie de Morgan. Cette déformation s'effectue en fonction de lignes de failles potentielles, jusque-là masquées par *les pactes dénégatifs* (Kaës, 1989) et *les communautés de dénis* (Fain ; Brauschweig, 1975). L'adolescent a pu loger sa conflictualité, ou plus précisément, sa guerre interne dans ces zones de fractures préalables. Or ce processus dépend du « consentement » des membres de l'équipe à tolérer les effets d'altération associés à l'accueil psychique des contenus expulsés par Morgan. Cet accueil atteste de remarquables capacités d'identification et de plasticité personnelles et collectives. À ce moment, la résonance intersubjective peut prendre une double valence : progrédiante ou régrédiante, dépendant des modalités de traitement de la souffrance narcissique infligée aux praticiens et à l'équipe. Le vascullement des positions subjectives, les désaccordages, la déliaison des systèmes de liens et des alliances de travail peut se solder par l'exclusion du patient ou par une rigidification défensive réactionnelle de l'équipe.

Dans la séquence clinique précitée, il apparaît que la résonance va trouver à se déployer et à s'élaborer en appui sur la sécurité offerte par le dispositif de supervision. Tout se passe comme si l'équipe utilisait ce dispositif pour se constituer comme *un objet malléable* (Roussillon, 1991) à la fois déformable et résistant, tolérant les mouvements d'attaque et de déstructuration de ses systèmes de liens. Dans cette configuration,

---

1. Le lecteur intéressé par l'exploration des processus de relance de la pensée associée à la réappropriation d'une réalité psychique jusque-là massivement expulsée dans l'environnement pourra se reporter à une contribution parue dans l'ouvrage collectif dirigé par R. Scelles (Pinel, 2003).

la supervision offre une forme d'assurance – au sens que prend ce terme en escalade – autorisant les praticiens à s'exposer, à être déformés personnellement et collectivement. Ainsi, Morgan pourra-t-il utiliser le site institutionnel comme un dispositif d'externalisation et de traitement de son système de liens pathologiques incorporés. L'élaboration du collapsus temporel, repérable dans le télescopage entre l'archaïque du patient et l'actuel de la scène institutionnelle, va soutenir la relance d'un processus de symbolisation pour le jeune patient.

Une question demeure à aborder brièvement : le choix du cas ne relève-t-il pas d'une tentative de figurer une problématique collective (d'équipe, voire institutionnelle) ? Autrement dit, les praticiens n'utilisent-ils pas – de manière indirecte, latente, ou inconsciente – le cas pour aborder ce qui serait intraitable autrement ? Dans cette éventualité, le cas ferait détour pour limiter une violence par trop menaçante pour l'économie de chacun et de l'ensemble, car contenant potentiellement une destructivité ravageuse. Cette question me semble devoir demeurer dans une position d'indécidabilité afin que la relation au cas et à la clinique ne soit ni instrumentalisée ni pervertie. Toutefois, l'intervenant doit mettre en œuvre une forme d'écoute qui se déploie dans la pluralité des registres et des champs, notamment lorsque l'organisation ou l'institution n'exerce plus sa fonction de cadre amortissant silencieusement des éléments archaïques (Bleger). Dans ces conditions, la supervision peut exercer ponctuellement et par ricochet des fonctions de régulation d'équipe ou même d'analyse institutionnelle.

## La fin de la supervision

Pour conclure ce chapitre, il semble nécessaire d'aborder la question capitale mais peu explorée de la fin de la supervision. Je rappellerai en premier lieu que, comme je l'ai indiqué précédemment lors de la présentation du dispositif, chaque fin d'année constitue une forme de scansion au cours de laquelle les protagonistes peuvent décider de mettre un terme au dispositif. Cette échéance potentielle exerce une série de fonctions psychiques essentielles, tant en direction des praticiens que de l'intervenant. La perspective d'un dénouement participe à démentir certaines projections idéalisantes, ainsi que les attentes messianiques provenant des praticiens. Parallèlement, en fixant d'emblée la représentation d'un terme elle constitue une sorte de point d'arrêt, une limite au désir d'institutionnaliser le dispositif. La perspective d'une fin situe la supervision dans une perspective fondamentale de précarité, de fragilité et d'inachèvement. De même, cette inscription de la finitude dans les fondements même du dispositif permet à l'intervenant de récuser

les tentations de se constituer en refondateur, d'exercer une emprise ou un pouvoir envers l'équipe, voire même en direction des registres organisationnel ou institutionnel. Ce renoncement me paraît constituer un élément princeps d'une éthique de la supervision clinique en institution.

D'un point de vue méthodologique, l'énoncé précoce d'un terme permet de préparer le travail de séparation, écartant ainsi l'aspiration à une supervision interminable.

Enfin, techniquement, la date de fin du travail est décidée conjointement environ quelque temps avant le terme effectif du dispositif, ce qui permet un certain travail de réélaboration d'éléments confusionnés ou pris dans des transferts croisés, demeurés en latence ou dans une méconnaissance partagée. À ce moment, peut être envisagée la poursuite d'un travail de supervision avec un autre intervenant. Ce qui ne va pas sans susciter des questions de succession et d'affiliation qui auront à être mises en travail avec l'équipe. Lorsque ces différentes conditions ont été réunies, la séparation peut être envisagée à partir d'une expérience que l'on peut qualifier de potable, ce qui est une traduction possible du *good enough* de Winnicott.

## BIBLIOGRAPHIE

BALINT M. (1960), *Le Médecin, son malade et la maladie*, Paris, PUF.

BLANCHARD-LAVILLE C., FABLET D. (dir.) (1996), *L'Analyse des pratiques professionnelles*, Paris, L'Harmattan.

BLEGER J. (1966), « Psychanalyse du cadre psychanalytique », in R. Kaës (dir.) et al., *Crise, Rupture et Dépassement*, Paris, Dunod, 1979.

BION W.R. (1961), *Recherches sur les petits groupes*, trad. fr., Paris, PUF, 1972.

FAIN M., BRAUNSCHWEIG D. (1975), *La Nuit, le Jour*, Paris, PUF.

FUSTIER P. (1987), « L'infrastructure imaginaire des institutions », in R. Kaës (dir.) et al., *L'institution et les institutions*, Paris, Dunod.

GAILLARD G. (2002), « Pensée et généalogie dans les institutions : entre refus et consentement », *thèse de doctorat*

*en Psychologie*, Lyon, Institut de psychologie, Université Lumière-Lyon 2.

GAILLARD G. (2004), « Appelés à investir, conviés à l'abstinence », *Connexions*, 82.

GUILLAUMIN J. (1999), « Quelques remarques sur la supervision collective », *Revue française de psychanalyse*, t. LXIII.

KAËS R. (1989), « Le Pacte dénégatif », in Missenard (dir.) et al., *Le Négatif*, Paris, Dunod.

KAËS R. (1996), « Souffrance et psychopathologie des liens institués, une introduction », in R. Kaës (dir.) et al., *Souffrance et Psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod.

KAËS R. (1998), « Différence culturelle, souffrance de la langue et travail du préconscient dans deux dispositifs de groupe », in R. Kaës (dir.) et al., *Diffé-*

rence culturelle et Souffrances de l'identité, Paris, Dunod.

KAËS R. (1999), « Une conception psychanalytique de l'institution », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 32.

LUCAS P. (1982), « Il ne suffit pas d'appeler un groupe Balint », *Connexions*, 36.

MAISONNEUVE J., PINEL, J.-P. (2004), « Dialogue autour des groupes », *Connexions*, 82.

MISSENARD A. (1976), « Formation de la personnalité professionnelle », *Connexions*, 17.

MOREAU-RICAUD M. (2000), *Mickael Balint. Le renouveau de l'école de Budapest*, Toulouse, Ères.

M'UZAN DE M. (1969), « Le Même et l'Identique », in *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard, 1977.

PINEL J.-P. (2001), « Éduquer et enseigner en institution spécialisée : approche clinique des liens d'équipe », *Connexions*, 75.

PINEL J.-P. (2003), « Institutions au défi des sujets sans limite », in R. Scelles (dir.) et al., *Limites, liens et transformations*, Paris, Dunod.

RACAMIER P.-C. (1983), *Le Psychanalyste sans divan*, Paris, Payot.

ROUCHY J.-C. (1998), *Le Groupe, espace analytique*, Toulouse, Ères, coll. Transition.

ROUCHY J.-C., SOULA DESROCHE M. (2004), *Institution et Changement*, Toulouse, Ères, coll. Transition.

ROUSSILLON R. (1991), *Paradoxes et Situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF.



## PARTIE 3

---

# OUVERTURES INTÉGRATIVES





## Chapitre 10

---

# L'APPROCHE INTÉGRATIVE DE LA SUPERVISION

Jean-Michel Fourcade

à M.R. et O.

**M**ON OBJECTIF dans ce chapitre n'est pas de reprendre les éléments de la supervision qui sont traités dans cet ouvrage par les représentants d'autres approches psychothérapeutiques, par exemple, l'étude du cadre, l'analyse du transfert et du contre-transfert qui, même s'ils sont présents dans mon approche de la supervision, appartiennent d'abord à une conception psychanalytique de la supervision. Je veux traiter ici des traits spécifiques de la supervision en psychothérapie intégrative.

Le *Manifeste de la psychothérapie intégrative et multiréférentielle* que M. Pagès, Ph. Grauer et moi-même avons rédigé, en juin 1998, insiste sur l'importance de l'évaluation des pratiques par le développement des échanges professionnels, la publication de protocoles thérapeutiques et le développement de la recherche scientifique, au sens spécifique des sciences humaines.

Il affirme que la position intégrative invite le praticien, en le confrontant aux limites de son savoir et de son expérience, à une pratique de la supervision et de l'intercontrôle continu avec ses pairs. C'est dire l'importance de la supervision dans le champ psychothérapeutique qui est le nôtre.

Parler de la supervision en psychothérapie intégrative conduit à examiner sur quelles bases s'appuient la théorie et la pratique de cet exercice : sur quels concepts, quelle expérience, quelle histoire ?

## L'HISTOIRE : DEUX REPÈRES

Notre génération n'est pas la première à avoir été confrontée à des « vérités » multiples sur les phénomènes psychiques. La génération qui nous a précédés, celle de « la psychanalyse reine » – pour reprendre l'expression d'E. Roudinesco (1994) – trouvait, dans l'alliance entre expérience vécue par soi-même et théorisation, une arme puissante. Cette alliance avait été rompue dans le monde de la pensée « scientifique », de la Raison, au XIX<sup>e</sup> siècle sous le modèle dominant de la science expérimentale séparant le chercheur de l'objet de sa recherche.

Alors que la notion d'inconscient existait avant lui, Freud (1938) avait montré l'importance de cette instance dans la vie affective, dans la création artistique et dans la production des idées. Mais surtout, il avait démontré que le mécanisme du transfert était un outil central dans le changement individuel, dans l'exploration et la compréhension des contenus de l'inconscient.

Il en résultait que le savoir sur le psychisme ne pouvait être abordé et construit que par ceux qui avaient eux-mêmes suivi la seule démarche existante permettant la mise en jeu et la compréhension du transfert : la psychanalyse.

Alors que les théories de Jung, de Klein, de Lacan, sur le psychisme et sa construction se différencient fondamentalement, chacune à sa façon, des théories et des techniques de Freud, elles ne remettaient pas en cause les trois concepts fondamentaux de la psychanalyse freudienne : l'inconscient, le transfert et le rapport par/dans la parole.

Dans l'approche scientiste qui dérive du modèle de la construction du savoir des sciences de la nature – approche plus que jamais hégémonique aujourd'hui – la science était le discours de LA vérité. Les métathéories (la psychanalyse, le marxisme, et aujourd'hui les neurosciences), armées de cette prétention, ne pouvaient qu'affirmer leur unicité et leur supériorité sur toute autre théorie – permettant alors le passage de la théorie qui se veut scientifique à l'idéologie (voir Pagès, 1986 et Marc, 2002). Les fortes différences théoriques et techniques entre les écoles « freudiennes » ont ainsi le même statut au regard de la vérité « scientifique » que chacune prétend représenter, que l'hérésie au regard de la religion. Et les hérétiques sont bien plus dangereux et coupables

que les païens puisqu'ils ont eu la chance de connaître la vraie foi, LA vérité, et qu'ils la remettent en question.

Dans la génération qui nous a précédés, le formateur ne pouvait qu'énoncer la vraie théorie et apprendre à l'apprenti les techniques correspondantes. La supervision d'un praticien par un didacticien ou un professionnel plus expérimenté était construite sur ce modèle. La formation était une maïeutique de LA vérité, la supervision une veille sanitaire pour que les professionnels ne s'écartent pas du bon chemin théorique et technique. Son autre nom de « contrôle » en indique plus clairement le sens.

Tout en se présentant comme un approfondissement du travail freudien et une meilleure compréhension de Freud, la subversion lacanienne remet radicalement en question les notions de savoir « scientifique » et de sa transmission toujours présentes dans les diverses écoles psychanalytiques (Fourcade, 2004). En opposant Imaginaire et Symbolique au savoir « scientifique » concernant les sciences de la nature, en réduisant les diverses théories psychanalytiques et toutes les sciences « humaines » à l'Imaginaire, elle énonce :

- qu'il n'y a pas dans ce domaine d'autre savoir vrai que celui (imaginaire) du sujet ;
- qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre imaginaire et théorie, entre analyse et analyse « didactique » – qui était censée faire le lien entre le couple théories/techniques et l'expérience du sujet.

La pensée lacanienne affirme qu'elle sait que l'on ne sait – au sens scientifique du terme – rien, et qu'il n'existe pas de savoir « positif » possible de l'homme sur l'homme. Selon elle, la seule « vérité » est au croisement fluctuant du conscient/inconscient et de la transmission culturelle du groupe humain auquel le sujet/patient appartient.

Quelle supervision est possible dans une telle radicalisation du non-savoir ?

Sûrement pas le premier modèle de contrôle « scientifique », évoqué plus haut. Mais une éthique de l'accompagnement du psychanalyste en supervision par le superviseur pour l'aider à continuer – comme dans sa propre analyse – à débusquer les certitudes théoriques et techniques, conscientes ou inconscientes dans lesquelles il s'emprisonne et emprisonne ses patients.

Entre ces deux positions épistémologiques sur les savoirs dans les sciences humaines et, plus particulièrement, dans le domaine de la psychothérapie – celle de la psychanalyse « scientifique » et celle du non-savoir scientifique et de la vérité n'appartenant qu'au seul sujet

– l’approche intégrative se situe dans une position intermédiaire : elle admet que l’être humain pris comme objet de savoir tant sur le plan psychique que somatique peut faire l’objet de connaissances « scientifiques » partielles – éléments importants de l’établissement d’une stratégie psychothérapeutique à moyen terme – mais aussi qu’une part considérable de la dynamique et des voies de progression de chaque sujet ne peut être rigoureusement prévue dans la relation quotidienne psychothérapeutique.

## LA PSYCHOTHÉRAPIE INTÉGRATIVE : QUELQUES PRINCIPES GÉNÉRAUX

Le but de ce chapitre est d’étudier les caractéristiques de la supervision en psychothérapie intégrative. Cependant, celle-ci représentant une approche récente, il nous semble que le rappel de quelques-uns de ses principes généraux pourra être utile avant de montrer quelles conséquences ils ont au plan de la supervision.

La psychothérapie intégrative est née du constat fait par de nombreux praticiens et chercheurs en psychothérapie de la richesse des apports provenant de courants théoriques divers : psychanalytiques, systémistes, humanistes, phénoménologiques, gestaltistes, reichiens, courants de psychologie comportementale et cognitive, de sociologie familiale...

La psychothérapie intégrative ne prétend pas représenter le seul savoir vrai. Elle repose sur les constats suivants :

1. Les métathéories à prétention globalisante sont confrontées à de multiples « théories partielles » dont les degrés de validité théorique et technique ne peuvent être ignorés par un professionnel consciencieux. Les prétentions hégémoniques des unes par rapport aux autres n’ont donc plus de légitimité heuristique<sup>1</sup>.
2. L’être humain est une unité ouverte. Pour comprendre et agir dans cette unité la psychothérapie doit tenir compte des interactions complexes du corps et du psychisme et ne pas séparer ces niveaux d’être.
3. L’approche intégrative est attentive à la complexité née de la mise en rapport des systèmes en interrelation (corporel, émotionnel, psychique individuel et psychique familial et social, spirituel) qui composent cette globalité, chacun ayant ses lois propres (Fourcade, 1997a).

---

1. Voir Max Pagès, *Psychothérapie et complexité*, Desclée de Brouwer, Paris, 1992.

4. Ces théories multiples ont des énoncés en partie complémentaires, en particulier si on les regarde comme spécifiques à des niveaux d'être du sujet compris comme un système de systèmes en interrelation et ayant chacun ses lois propres : les systèmes corporel et émotionnel théorisé par les travaux de Reich (1973), Lowen (1977), Pierrakos (*ibid.*), Pagès (*id.*) –, le système psychique et langagier exploré par les travaux psychanalytiques ; et leur articulation avec le système social abordée notamment par de Gaulejac (1987). On peut aussi les regarder à travers une perspective développementale avec deux notions : celle d'étayage des systèmes corporel et psychique, et celle des stades de développement (les théories reichiennes et kleinienne éclairant ce qui se passe dans les stades « archaïques » et les théories freudiennes ce qui caractérise les stades proches du stade génital-socialisé, autrement dit œdipien).
5. Mais ces théories ont des énoncés en partie contradictoires, ce qui rend leur articulation parfois difficile, parfois impossible. Par exemple : l'interdit du toucher affirmé par les psychanalystes et la nécessité du toucher soutenue par ma théorie de la régression (Fourcade, 1997b). Autre exemple : l'affirmation de la nécessité de la frustration pour empêcher l'activité motrice du patient et le contraindre à remplacer la jouissance du passage à l'acte par une compréhension mentale *versus* l'affirmation de l'utilité de la mise en acte dans le psychodrame et dans les théories reichiennes et néo-reichiennes.
6. Les savoirs psychothérapeutiques dans les psychothérapies relationnelles ne peuvent s'acquérir qu'à travers une expérience personnelle du thérapeute dans ces divers cadres de travail et dans la forme spécifique d'accompagnement thérapeutique qu'il a reçue. Cela demande du temps<sup>1</sup>.

Dans cet esprit, la recherche d'intégration est un enjeu, tant pour le patient que pour le psychothérapeute, et même pour le champ de la psychothérapie dans son ensemble.

## SUPERVISION ET INTÉGRATION

Comme l'intégration rencontre les limites de l'ouverture du patient à ses différents niveaux d'être, elles-mêmes évoluant dans le temps, le

---

1. Chiffres mythiques : mon travail en psychanalyse a duré onze ans, mon travail en bioénergie, six.

travail de supervision du psychothérapeute est attentif à la qualité de la relation thérapeutique qu'il construit avec son patient afin qu'elle permette à ce dernier d'affronter plus complètement ses conflits conscients et inconscients. Cette relation doit créer un climat favorable par une attitude de respect, d'intérêt, d'honnêteté, grâce au savoir-faire du thérapeute, au cadre et aux règles de travail qu'il fixe en accord avec le patient. À côté d'un certain nombre d'aspects communs, la relation peut varier considérablement d'un patient à l'autre en fonction de la personnalité et des difficultés du patient, mais aussi de celles du thérapeute.

- Tel de mes confrères reçoit ses patients en séances individuelles et en séances de groupe : « Au cours du premier entretien je propose à la personne qui vient me voir une période d'essai de quelques séances pour le travail individuel, de quelques séances de groupe pour le travail de groupe... La personne doit choisir avec moi quelle forme de travail elle va faire : séance individuelle et/ou séances de groupe. Comme je lui demande de me décrire les difficultés qui l'amènent à vouloir entreprendre une psychothérapie, je fais une hypothèse – un premier diagnostic – sur ses caractéristiques psychologiques et ses « pathologies », ce qui, dans le cas d'une personnalité trop fragile – structure psychotique ou personnalité limite – peut m'amener à lui refuser un travail de groupe tant que la relation avec moi n'est pas suffisamment solide. » ;
- Tel autre pratique des honoraires fixes identiques pour tous ses patients ;
- Tel autre, au contraire, module le montant des honoraires en fonction des ressources de la cellule familiale du patient : « Cela engage, dès le début de la psychothérapie, une discussion sur ce plan, souvent sensible et donne des éléments sur la personnalité du patient et sur les relations qu'il a construites avec ses proches... Une attitude respectueuse des dires du patient dans cette négociation est importante pour la création de la confiance entre lui et moi. » ;
- L'un de ceux qui module m'a soumis le problème suivant : « Au premier entretien, une personne à qui j'ai expliqué que je proportionnais mes honoraires en fonction des ressources familiales m'a répondu : "J'ai un très haut salaire ; votre système consiste à faire payer les riches pour les pauvres et moi je ne veux pas payer pour les autres". Que faire ? Accepter qu'il paye un prix « moyen » ? et comment le fixer ? ou lui dire que c'était un élément important du cadre thérapeutique pour moi et l'envoyer chercher un autre psychothérapeute ? » ;
- Tel autre me fait part du choix qu'il propose d'emblée à son patient dans le cadre des séances individuelles : « Je dis à mes patients qu'ils

peuvent choisir de s'asseoir en face de moi, de s'allonger sur le divan et même de se mettre debout et de bouger pendant la séance, et qu'ils peuvent passer de l'une à l'autre des positions au cours de la séance s'ils sentent que cela les aide... Il m'arrive aussi de proposer moi-même au patient ce changement si j'ai l'impression que cela va l'aider. » ;

- Tel autre fixe avec ses patients le nombre de séances individuelles par semaine ou par mois et le jour et l'heure de ces séances, de façon fixe, quitte à ce que cela change pour des raisons qui sont travaillées dans le cours de la psychothérapie. Tel autre propose un travail de groupe en soirée hebdomadaire, tel autre en journée bihebdomadaire ou en week-end mensuel. La fréquence des séances individuelles combinées ou pas avec des séances de groupe dépend d'un accord qui prend en compte le besoin du patient et est examinée avec lui ; cette fréquence peut varier avec l'intensité de la souffrance du patient.

## Éclectisme et intégration

L'un des défis de l'approche intégrative consiste, pour le thérapeute, à faire coexister, à accueillir et à mettre en relation, dans son espace psychique et méthodologique interne, des systèmes thérapeutiques dont il voit les complémentarités mais aussi les contradictions.

Le travail de supervision montre deux niveaux d'intégration possible : celui des techniques, que l'on peut dénommer « éclectisme » et qui correspond à l'image de la boîte à outils chère à nos collègues anglo-saxons, et celui des théories, au delà d'une simple multiréférentialité.

- *Exemple d'éclectisme* : dans un travail/de groupe/le psychothérapeute fait travailler tel personne/individuellement avec lui/en utilisant la technique de « la chaise chaude » (sorte de psychodrame à un acteur, le patient jouant tous les rôles, emprunté à la Gestalt-thérapie) sur les éléments d'un rêve que veut comprendre le patient/ (j'ai séparé par les barres ce qui, dans chaque espace ainsi délimité, représente une technique particulière) ;
- *Exemple d'intégration* : Et il utilise le contenu des dialogues produits ainsi par le patient/,des émotions qu'il exprime alors/en interprétant en son for intérieur selon des repères freudiens (théorie psychanalytique)/ce qui le conduit, ou pas, à faire une interprétation/ou à proposer au patient d'explorer telle ou telle phrase par association libre (technique psychanalytique) ou par re-expression et amplification de la couleur émotionnelle avec laquelle il l'a dite (théorie gestaltiste du « devant » et théorie rogerienne de l'empathie)/ce qui conduit ce jour là le patient à prendre conscience qu'il est resté fixé (théorie



psychanalytique) à une relation à son père pleine de ressentiments. Le thérapeute lui propose d'exprimer ces ressentiments. /Le patient les exprime avec une forte intensité émotionnelle, alternativement de colère et de chagrin, des mots de plus en plus enfantins en s'adressant au thérapeute comme s'il était son père (théories de la régression et du transfert) en lui reprochant « de ne pas l'avoir protégé de l'autorité écrasante de sa mère ». /Après ce travail, le patient dit « qu'il se sent soulagé, libéré » (théorie gestaltiste des « relations achevées »). Il dit aussi que cette relation à son père et à sa mère explique pour lui son manque de confiance en sa propre force (théorie kleinienne de l'« identification primaire »)/et ses recherches amoureuses répétées de femmes autoritaires (théorie psychanalytique de « la compulsion de répétition »)/ainsi que la fin dramatique de violence et rupture de ces relations (théorie de l'analyse transactionnelle du « scénario de vie » et du « bio-scénario »).

Cet exemple, orienté par la linéarité du récit clinique, pourrait faire penser que l'intégration théorique s'arrête à une simple juxtaposition de concepts théoriques. Il n'en est rien : par exemple, la théorie de la compulsion de répétition issue de la psychanalyse s'articule avec celle des scénarios de vie lorsqu'on affine l'analyse des répétitions. On constate la complexité de la re-actualisation des fixations qui prend des formes multiples en relation avec les prescriptions et les injonctions données par les parents. Autre exemple : la théorie des « scénarios » issue de l'analyse transactionnelle s'articule avec celle des « bio-scénarios<sup>1</sup> » lorsqu'on fait correspondre à travers des scénarios le revers de l'organisation caractérielle reichienne et de l'armure corporelle du sujet, théorisée par la bioénergie (Lowen, 1973).

Un point important de la supervision dans la perspective intégrative est de ne pas se contenter de l'à-peu-près dans les rapprochements théoriques, de ne pas confondre irréductibilité des concepts – qu'il faut reconnaître et accepter – avec élaboration insuffisante de ceux-ci. Cet à-peu-près est plus fréquent dans la position « éclectique » qui se limite à l'utilisation de techniques diverses sans prétendre à l'intégration des théories. Je travaille souvent avec mes confrères au repérage des techniques auxquelles ils font appel à l'aide de l'histoire et des soubassements théoriques auxquelles elles se réfèrent, ainsi que leur évolution.

Un débat classique tourne autour des différences entre le complexe d'Œdipe décrit par Freud et celui issu des travaux de Klein. Un autre

---

1. Tel que nous avons commencé à le théoriser, V. Lenhardt et moi-même (1981).

concerne la théorie de l'hystérie de Freud et celle de Lacan. Un autre la différence entre la deuxième topique freudienne et les états du Moi dans les travaux de Berne.

## Le sens des règles et techniques

Un approfondissement du sens des différentes techniques est à élaborer ; il suppose la prise en compte et le réexamen :

- des règles de la psychanalyse classique, notamment de la place de la frustration dans le processus de la cure, et son effet selon le type de structure auquel appartient le patient et selon la phase de la psychothérapie ;
- des règles de sécurité, de responsabilité et de fonctionnement dans un travail de groupe ;
- des règles relationnelles entre le thérapeute et le patient dans un travail corporel et émotionnel en position debout, différentes de celles qu'il faut suivre dans une phase de régression qui oblige à allonger le patient ;
- des modifications de la technique en accord avec le stade de régression ou de progression du patient ;
- du passage d'une technique à l'autre au cours d'une séance ou des diverses phases de la psychothérapie ;
- de l'apprentissage des procédures à respecter dans le cas d'interventions corporelles.

Un confrère décrit bien ces différentes questions dans le récit qu'il me fait de son travail au cours d'une séance de supervision :

« Depuis le début de la séance, ma patiente S., assise en face de moi me parlait les yeux baissés et extrêmement pâle. Elle a commencé par le récit d'un cauchemar qu'elle avait fait la nuit précédente : *Mon mari donnait un bain à mon fils de douze mois ; il le laisse un moment et je vois mon fils allongé dans la baignoire, couvert d'eau et je me réveille très angoissée.*

Ensuite, elle associe avec la chute que son fils avait faite quand il avait quatre mois alors qu'il était gardé par une nourrice : *Je n'ai rien vu en rentrant du travail ; au bout d'un moment j'ai vu qu'il ne réagissait plus normalement ; j'ai vu qu'il avait un énorme bosse à l'arrière du crâne ; j'ai compris ; mon mari n'était pas là ; j'ai immédiatement emmené mon bébé à l'hôpital et ils ont diagnostiqué une fracture du crâne ; j'ai pensé : il va mourir, mais je ne sentais rien.* Et elle est restée en silence pendant très longtemps, immobile et les yeux toujours baissés.

Pendant ce temps, je me demandais : que faire ?

J'avais vu que dans le rêve c'était son mari qui était négligent et la cause de la mort de l'enfant alors que dans la réalité l'accident s'était produit avec la nourrice, et je me demandais s'il fallait travailler sur ce déplacement. Par exemple, en faisant une reformulation comme : *Votre mari... ?*

Je voyais aussi les signes physiques de l'angoisse, comme une sidération liée à une grande terreur, et je me demandais si l'aider à exprimer cette émotion ne la soulagerait pas ? Soit en amorçant le processus par une simple parole comme : *Vous avez eu terriblement peur...*, soit en lui proposant de s'allonger sur le divan et de respirer un peu plus profondément, ce qui pouvait faire venir des pleurs ou/et des tremblements, et l'accompagner dans ce processus corporel-émotionnel en lui demandant d'exprimer autant que possible les pensées et les images qui lui viendraient.

J'ai choisi de ne rien dire ou faire et d'attendre. Au bout de vingt minutes elle s'est levée, a sorti l'argent du paiement de la séance qu'elle m'a tendu toujours sans me regarder, et elle est sortie.

J'ai senti une forte inquiétude après son départ. Comment allait-elle pouvoir affronter la réalité de sa vie avec une telle angoisse ? Je me demandais si je n'aurais pas dû être plus intervenant pour l'aider à amorcer par la parole ou par l'expression émotionnelle un mouvement qui l'aurait déchargée. »

Dans la supervision à propos de ce cas, nous avons exploré, mon confrère et moi, les raisons de son « abstinence ». Quelles techniques avait-il déjà utilisées avec cette patiente avant cette séance, comment y avait-elle réagi ? Comment pensait-il qu'elle recevrait l'offre de faire un travail émotionnel ? Pourquoi ne l'avait-il pas engagé ? À cause de la personnalité de la patiente ? À cause de la durée insuffisante de leur relation pour prendre le risque d'une régression qu'il aurait eu du mal à « contenir » ? Pourquoi n'a-t-il pas prononcé les mots qui auraient pu amorcer une reprise du travail par la parole ? Lorsque nous regardons quel était le contenu des séances précédentes, mon confrère me dit qu'un des thèmes dominants depuis plusieurs semaines dans les rêves et les associations de sa patiente, était la colère contre son père qui ne l'avait pas protégée contre les agressions meurtrières de sa mère et de son frère lorsqu'elle était enfant et pendant son adolescence, et que son frère aîné la battait. Il fait l'hypothèse que dans le rêve son mari « est à la place de sa mère », que les yeux baissés disent la colère qu'elle ne peut exprimer contre lui qui, comme son père, « ne l'aide pas ». Si cela est juste, se demande-t-il, elle attendait autre chose qu'un silence. Lorsque je l'interroge sur son inquiétude après la séance, il me parle d'autres peurs : la peur de la mort... la peur de la terreur de sa patiente... la peur qu'il a ressentie lors d'un accident de voiture dans lequel son fils a été blessé. Notre travail l'a aidé à comprendre l'intrication du transfert de la patiente et de son contre-transfert.

## L'INTÉGRATION PERSONNELLE DU THÉRAPEUTE

D'autre part, l'approche intégrative a à voir avec l'intégration personnelle du thérapeute : la connaissance qu'il a développée de lui-même dans ses diverses psychothérapies personnelles – diversité à ne pas confondre avec butinage : autrement dit, il faut que sa psychothérapie ou psychanalyse ait eu la durée suffisante pour lui permettre d'intégrer les principaux processus thérapeutiques agissant dans cette pratique. Puisqu'il y a en psychothérapie intégrative autant de « croisements » possibles que de méthodes prises deux à deux, donc autant de formes possibles et diverses de psychothérapies, le travail que peut faire tel thérapeute dépend de celles qu'il a expérimentées et apprises dans son histoire personnelle (Delourme, 1997).

### Les émotions du thérapeute en supervision

La supervision concerne la capacité d'ouverture du psychothérapeute aux émotions et aux sentiments émergents dans la relation thérapeutique, et la possibilité de les utiliser, de les exprimer si besoin est. Elle se penche aussi sur la capacité du psychothérapeute à ressentir, à analyser et utiliser les différentes dimensions de la relation en général, et de la relation travaillée dans la stratégie et la tactique thérapeutique. Être thérapeute c'est pouvoir occuper la position – dans la multiplicité de ses dimensions imaginaire et émotionnelle – où le met le transfert du patient ; alors le travail de supervision s'entend dans ce constat que l'intégration du psychothérapeute, comme celle du patient n'est pas acquise une fois pour toutes, mais qu'elle est progressive et continue.

Un de mes collègues en supervision guidé par mes questions raconte :

« Norbert est en psychothérapie avec moi depuis cinq ans. C'est un homme de trente ans très brillant. Lorsqu'il a commencé son travail avec moi il avait fait cinq ans avec une psychanalyste, mais son angoisse – qu'il annonçait comme une névrose phobique – était telle qu'il se sentait incapable de rester sans thérapeute. J'ai compris assez vite que, petit garçon, il s'était senti responsable d'empêcher sa famille de basculer dans la folie. Il a un frère aîné qui souvent piquait des colères terribles contre son père ou contre sa mère, la mère étant elle-même dans la provocation permanente vis-à-vis du père. Le père se réfugiait dans son travail et était incapable de mettre fin, ou des limites, aux crises de la mère et du frère. Alors, Norbert allait de l'un à l'autre pour les calmer et vivait dans l'angoisse de l'attente du prochain drame.

Norbert a mis des mois à me donner sa confiance. En groupe de psychothérapie il ne me quittait pas des yeux, et, soit directement, soit indirectement

par ses plaisanteries ou dans le contenu de ses rêves, il disait son besoin de mon autorité, son envie, mais aussi sa peur de moi.

Lorsqu'il est devenu moins distant, ma relation avec lui était marquée par les signes d'estime que je lui témoignais, pour son intelligence, sa réussite universitaire ; pendant quatre ans je lui ai répété de nombreuses fois qu'il était plein de talents, très supérieurs à l'image peu positive qu'il avait de lui-même.

Lorsqu'il entrait en contact avec sa peur – de ses patrons successifs, des groupes dans sa vie professionnelle – l'expression émotionnelle l'amenait plusieurs fois dans son vécu d'enfant : sa peur devant les crises de son frère, de sa mère ; un travail d'expression de sa colère – contre son frère, contre sa mère et contre la faiblesse de son père – par des cris, des coups de poing ou de pied sur un coussin, des rugissements comme ceux d'un animal, lui faisait beaucoup de bien, disait-il, pour faire baisser son angoisse. Mon attitude était très soutenante dans ce sens.

Je ne m'étais jamais opposé à lui, même lorsqu'il me provoquait par des transgressions sur la règle de présence, ou en discutant pour éviter de payer les séances auxquelles il était absent.

Le mois dernier, nous avons deux rendez-vous de séance individuelle. Il est arrivé avec un retard de vingt minutes à la première, et il n'est pas venu à la deuxième, sans prévenir ni s'excuser après. À la dernière séance de groupe, il était à nouveau angoissé. Il dit : *Ma copine a été très malade, j'ai eu très peur, j'ai pris en main la situation avec son médecin ; j'ai besoin que tu m'aides à pleurer. J'ai pensé plusieurs fois t'appeler pour prendre une séance individuelle supplémentaire, mais je ne l'ai pas fait.*

J'ai commencé à sentir de la colère. J'ai pensé que la façon dont il me traitait était identique à sa façon de traiter son besoin ; j'ai fait l'hypothèse qu'il y avait un manque de respect significatif de son insécurité en relation avec son image négative de ses parents.

Il m'a demandé plusieurs fois de l'aider à exprimer les émotions, son chagrin et sa peur qu'il n'avait pu vivre dans sa vie récente. Alors j'ai dit : *Dis moi d'abord pourquoi tu as saboté tes deux dernières séances individuelles et pourquoi tu n'as pas pris la séance supplémentaire dont tu avais besoin.* Il a répondu : *Non, je veux d'abord faire un travail émotionnel.* J'ai refusé plusieurs fois cette demande. Il s'est mis de plus en plus à crier et moi aussi ; à un moment, je lui ai dit : *Quant à la séance à laquelle tu n'es pas venu sans me prévenir, tu la paieras le double ! Et c'est comme ça !*

À la séance individuelle suivante, il me dit : *J'ai pensé arrêter la thérapie ; j'étais ulcéré que tu aies refusé de me faire travailler comme je le voulais. La nuit qui a suivi j'ai fait un rêve : j'étais dans la maison de mes parents sur un divan dans le jardin. Il y avait un lion que ma mère avait amené et un chat mort ; le lion était vieux. J'ai dit à ma mère : fais gaffe ! il t'a griffé plusieurs fois, il pourrait t'arracher un sein ! Mais je n'avais pas peur, je me sentais en sécurité. Je continue la thérapie et je paierai ce que tu m'as demandé pour la séance que j'ai manquée sans te prévenir. »*

J'ai félicité mon confrère pour la façon dont il avait utilisé sa colère dans sa relation avec son patient et je l'ai accompagné dans son élaboration sur l'utilisation de ses sentiments et de ses repères théoriques pour comprendre la problématique travaillée par son patient : ici, son choix de confronter son patient sur son absence de prise en compte de l'instance paternelle – non respect des règles acceptées pour le contrat thérapeutique et non respect de la personne du père, représentée par le thérapeute dans le transfert. Le patient exigeait l'aide « du père » au nom de sa souffrance tout en amoindrissant son effet par sa façon de le malmenier et de le contrôler.

### Les limites du thérapeute

Le travail de supervision se développe aussi dans l'exploration des limites du thérapeute : son expérience personnelle de telle ou telle forme de travail psychothérapeutique ; sa capacité à intégrer les théories, les techniques ; son expérience de tel ou tel type de problème psychologique dans sa psychothérapie personnelle ; sa capacité à s'ouvrir à des problématiques de patient plus ou moins différentes des siennes ; sa capacité plus ou moins grande à utiliser telle ou telle technique selon son état à tel ou tel moment de la psychothérapie. Cela permet de travailler sur les limites de l'interaction entre le thérapeute et tel patient ou groupe de patients ou avec d'autres thérapeutes dans le cas de cothérapie.

- La relation transférentielle et la réponse du thérapeute en fonction de l'état de régression du patient impliquent le psychothérapeute dans sa totalité avec ses capacités et ses limites. Il doit apprendre à gérer au mieux cette implication, ce qui signifie qu'il apprend à connaître ses caractéristiques propres, ses limites, et à mieux se protéger lui-même, ainsi que son patient.
- Une consœur me dit : « Au premier entretien, je me demande si j'ai envie ou pas de prendre en thérapie la personne qui vient me voir. Je prends des patients pour travailler, gagner ma vie ; mais je sais maintenant tout l'investissement personnel que cela représente d'accompagner quelqu'un des mois ou des années, d'être présent et indestructible malgré tous les transferts négatifs dont on peut être l'objet. Je dis à la personne qui commence : *dans deux mois, vous me direz si vous voulez continuer avec moi et, moi aussi, je vous dirai si je peux continuer avec vous... ou pas, soit parce que je penserai que ce serait mieux pour vous de travailler avec un psychothérapeute homme, soit parce que ma personnalité ou ma façon de travailler me semblerait ne pas être la mieux pour vous ; je vous dirai pourquoi et je vous donnerai des noms de confrères ou de consœurs que vous pourriez consulter...* » ;

- Un autre psychothérapeute me dit : « Je ne fais plus de travail psychothérapeutique de groupe parce que le travail de groupe m'oblige à mobiliser une trop grande énergie pour mon âge. » ;
- Tel autre : « Je n'ai pas conduit de groupe de travail psychothérapeutique en piscine d'eau chaude cette année car je n'ai pas eu l'énergie nécessaire pour cette technique. » ;
- Tel autre : « J'ai pensé que ma patiente avait besoin de faire un travail émotionnel correspondant à ce que disent ses rêves depuis quelques mois, mais j'avais eu une séance difficile avec un autre de mes patients la veille, j'avais mal dormi ; je me suis dit : je n'aurai pas la présence qu'il faudrait pour accompagner un tel travail ; nous le ferons à la séance suivante... ou à celle d'après ! ».

La psychothérapie intégrative est loin du fantasme de toute puissance dans un « doctorat total » dont s'amusait Boris Vian. Elle est cependant dans le désir de plus d'efficacité par la connaissance des interactions complexes entre les divers niveaux d'être du sujet humain ; elle reconnaît que l'imperfection de l'intégration et le manque sont nécessaires à l'activation du désir dans l'espace relationnel, moteur de l'émergence et de la construction du sujet.

## PLUS DE COMPLEXITÉ ET PLUS D'INSU

Comme l'astrophysicien aujourd'hui, le psychothérapeute intégratif doit donc apprendre à vivre l'insu et la situation où son gain d'expérience le conduit à se poser plus de questions sans réponse certaine qu'il n'en avait dans le cadre d'une métathéorie « scientifique » de la génération précédente.

Dans la relation avec un patient, le psychothérapeute fait le choix d'une stratégie thérapeutique en combinant ses repères théoriques (ses savoirs) et son intuition sur la nature des troubles du patient, sur l'état d'avancement du travail thérapeutique du patient et son aptitude à lui, thérapeute, à utiliser telle ou telle ressource technique.

Mais nous faisons aussi le constat que les interactions entre les différents « systèmes » corporel, émotionnel, langagier sont telles que le thérapeute peut privilégier l'un ou l'autre à certains moments de la thérapie et aboutir à des résultats comparables à ceux qu'il aurait obtenus dans un autre choix. Ceci explique pourquoi je trouve des résultats similaires chez J. McDougall (1989) par la parole avec des patients travaillant des problématiques « archaïques », et moi-même par

le travail corporel-émotionnel de « maternage ». Cependant la démarche intégrative permet au psychothérapeute de mieux adapter sa technique au degré de régression du patient.

Le travail de supervision consiste à élaborer et éclairer certains choix du thérapeute (Marc, 2002) :

- Quelle expression du patient dans l'interaction avec le thérapeute ? la décrire avec le plus de détails possibles, dans le plus de registres possibles ;
- À quel concepts psychologiques et psychopathologiques le thérapeute les associe-t-il ?
- À quelle théorie appartiennent ces concepts ?
- Quel cadre propose le thérapeute au patient, quelle évolution du cadre propose-t-il ou accepte-t-il au cours de la thérapie ?
- À quelles hypothèses le cadre correspond-il, concernant les besoins et les résistance du patient et du thérapeute ?
- Quelles sont les dimensions théoriques de la stratégie thérapeutique suivie par le thérapeute ?

Une différence importante à faire, semble être celle de la définition des buts à long terme et de la conduite quotidienne dans le travail psychothérapeutique : la stratégie concerne le travail à long terme, la tactique la relation dans l'« ici-et-maintenant ». À la stratégie, correspond le diagnostic, les concepts, les théories, les choix réfléchis de tel ou tel cadre et des techniques avec leur évolution à mesure que progresse la psychothérapie. À la tactique, correspond l'interaction dans le présent de la relation thérapeutique entre compréhension et intuition avec son immédiateté – même si l'intuition est riche d'une compréhension bien assimilée et qu'elle a donné lieu à un travail continu de questionnement ramenant le thérapeute à la connaissance de lui-même et de ses contre-transferts.

La sensibilité aux dimensions archaïques et œdipiennes rend le thérapeute plus attentif à la multiplicité des entrées possibles pour comprendre ce qu'exprime le patient. Dans telle phrase, telle émotion, tel fantasme, tel rêve se retrouvent « agglomérés<sup>1</sup> » des éléments œdipiens et préœdipiens. Le thérapeute (se) demande à quel niveau répondre : travail préœdipien de « maternage » ou travail verbal, associatif, interprétatif, langagier pour le stade génital-œdipien ? Quels éléments disent le mieux à quel stade de régression, à quelle fixation, à quelle imago, dans quelle

---

1. Voir M. Pagès, *op. cit.*



relation archétypale, dans quel transfert se trouve le patient ? Et selon la réponse à ces questions, quelles satisfactions, quelles paroles donner ou refuser à la demande implicite, inconsciente ou explicite faite par le patient ?

Je renvoie alors le thérapeute à l'examen des éléments dominants dans l'expression du patient sur la période, des signifiants récurrents dans ses rêves et des vécus contre-transférentiels qu'il peut mettre en regard et interroger. Quelle différence avec un bon travail de psychanalyste ? La plus grande diversité des référents théoriques et des techniques ; un travail incluant une action directe sur le niveau économique que n'aborde pas de la même façon la psychanalyse langagière.

## CONSTRUIRE LES ARTICULATIONS

Un des défis majeurs du travail du thérapeute en thérapie intégrative et de son superviseur est de clarifier les articulations entre des ensembles théoriques et techniques différents, cohérents en eux-mêmes mais partiels propres aux méthodes reconnues et connues par le psychothérapeute.

La sensibilité aux processus d'interrelation entre les systèmes permet de ne pas nier la réalité de cette complexité. Dans la supervision, j'ai souvent à lutter contre le réductionnisme explicatif ou causal, peut-être à cause du modèle de la pensée « scientifique » qui recherche la vraie cause. Peut-être aussi à cause de la difficulté pour l'esprit humain à saisir un trop grand nombre de variables dans leur combinaisons, à avoir une pensée « complexe ». Cette difficulté, souvent inconsciente, s'exprime par la réduction des liens entre les faits psychiques à une causalité principale arbitrairement rattachée à l'un ou l'autre des systèmes composants l'être humain.

Dans ses travaux, M. Pagès<sup>1</sup> montre des exemples illustres de cette réductivité : Reich – psychanalyste ayant développé avec une richesse qui nourrit de nombreuses innovations psychothérapeutiques les rapports entre corps et psychisme ou individu et société – va progressivement réduire la défense à son aspect musculaire comme obstacle principal à la circulation de la pulsion libidinale, puis à une énergie externe ; Freud, qui s'intéresse aux liens psyché/soma dans sa *Neurotica* et pose la dimension économique de la névrose, finit par isoler le psychisme dont il découvre certaines lois spécifiques, par rapport à l'énergétique corporelle/émotionnelle.

---

1. Dans *Trace ou sens, le système émotionnel*, op. cit.

Dans le même sens, Klein, à son tour, réduit les causes de la névrose à la seule interaction des instances psychiques entre elles, ce qui conduit Winnicott à la réduction inverse traduite dans l'aphorisme célèbre : « Le bébé, ça n'existe pas », qui pose que la névrose est due à l'environnement maternel ; autre réduction, celle que ferait Lacan dans la déclaration qu'on lui prête : « La relation sexuelle, cela n'existe pas », ce qui rejoint la mise à l'écart du corps dans la compréhension de la vie psychique et de la névrose.

La négation de la complexité prend aussi la forme de la toute-puissance qui permettrait au sujet de devenir a-conflictuel ; la vie est un travail de choix conscients et inconscients sans cesse recommencé et l'angoisse et la souffrance peuvent se réveiller à chaque moment important. Le travail de supervision aide le thérapeute à affronter et à dépasser ses conflits intrapsychiques, interpersonnels et sociaux d'une façon plus élaborée, à la fois dans sa relation à son superviseur, au travail psychothérapeutique, à tel ou tel patient, et à sa vie. Rappelons la confiance de Winnicott (1978), indiquant que le travail avec des patients en régression l'« avait obligé à re-entreprendre un travail analytique personnel dont il se serait bien passé ».

Le superviseur soutient son confrère dans l'effort et le plaisir d'un approfondissement continu de sa propre intégration.

Il l'aide à transformer l'écart entre les systèmes théoriques et entre les techniques à devenir une stimulation pour sa créativité, ayant la qualité et le plaisir d'un jeu (*play*). L'étudiant, mais aussi le professionnel, rencontrent plusieurs fois la dépression de la « toute-impuissance » face à des oppositions théoriques ou techniques qui paraissent insolubles et créent des écarts cognitifs trop vastes pour que commence le travail interne qui permet de sortir de l'impuissance et de la passivité. Je dis à mes étudiants et à mes confrères qui expriment cette dépression : « C'est le métier qui rentre. »

La confrontation entre mon expérience de la psychanalyse lacanienne et freudienne (cette dernière « de groupe ») et le travail bioénergétique m'a d'abord fait vivre qu'ils formaient deux univers opposés – et c'est ainsi que se présentait le mouvement de Psychologie humaniste et les nouvelles thérapies dans les années soixante-dix. Mais ces écarts théoriques et mon désir d'allier ces deux approches m'ont soutenu pendant trente ans dans ma recherche des concepts théoriques qui éclaireraient leur complémentarité. Ce temps fut nécessaire pour m'approprier – au delà d'une simple compréhension intellectuelle – la voie ouverte par Reich, développée par les neo-reichiens (bioénergéticiens, végétothérapeutes, etc.), m'approprier l'expérience de l'inconscient (au

sens freudien) et du transfert. C'est ainsi que j'ai pris conscience de l'importance capitale de la régression, ignorée par Freud mais prise en compte par Winnicott et Balint (1968) en psychanalyse, et de son utilisation dans le transfert. C'est aussi dans cette démarche que j'ai pu saisir l'articulation des structures et des pathologies avec les stades de développement théorisés par Bergeret (1974), à la suite de Freud et Abraham, même si en freudien classique il ne s'intéresse pas aux niveaux corporels et émotionnels de la génétique psychique.

## L'OUVERTURE AU DIALOGUE

Autre aspect important : l'approche intégrative incite à la collaboration entre des confrères ayant des spécialités différentes :

- Des psychanalystes ont adressé de nombreux patients à mes confrères bioénergéticiens et à moi-même parce que l'analyse n'avancait plus depuis de nombreux mois, parfois plusieurs années ; soit ils ressentaient que la personnalité du patient – de dominante obsessionnelle, par exemple – avait vidé le travail analytique de l'indispensable surgissement émotionnel et pulsionnel pour que quelque chose change dans son organisation psychique, soit... en désespoir de cause ; un travail de psychodrame ou de bioénergie pouvait permettre cette re-activation.
- Plusieurs confrères et moi-même avons fait l'expérience très positive d'entreprendre un travail de supervision, en tant que supervisé, avec un psychanalyste expérimenté acceptant d'accueillir un psychothérapeute pratiquant d'autres méthodes que la psychanalyse : en plus des avantages de l'écoute tierce qui existe dans toute supervision, le fait de recevoir les réactions théoriques et techniques d'un spécialiste d'une méthode permet des déplacements de perception et de compréhension stimulants tant sur le plan professionnel que personnel... puisqu'il n'est pas de supervision qui ne conduise le professionnel en supervision à être re-confronté à ce qui, dans le travail avec ses patients, vient des caractéristiques de sa propre personnalité. La situation symétrique de psychanalystes entrant en supervision avec des psychothérapeutes reichiens expérimentés existe aussi depuis plusieurs années.
- La supervision en groupe réunissant des professionnels ayant de spécialités diverses offre un grand intérêt pour les mêmes raisons.

Au cours d'une supervision en groupe, un collègue nous parle d'une sorte de miracle :

« J'ai reçu il y a quelques mois une femme d'une trentaine d'années qui souhaitait entreprendre une psychothérapie psychocorporelle alors qu'elle avait été en analyse pendant plusieurs années parce qu'elle ne parvenait pas à avoir d'enfant et que, malgré ses années d'analyse, elle n'était pas parvenue à être enceinte. Elle m'a parlé du travail qu'elle avait fait avec son analyste et cela paraissait un travail approfondi. Je lui ai proposé de faire une "lecture du corps" dans la ligne de la bioénergie, et j'ai vu que sa respiration était très faible et pas abdominale, et qu'elle avait le tronc coupé en deux par de très fortes tensions musculaires. Je lui ai proposé de faire des exercices de respiration qui l'ont très vite faite entrer en hyperventilation. Les images qui lui sont venues avec des émotions très fortes concernaient sa relation à son père. Je l'ai revue chaque semaine pendant un mois et demi et à la sixième séance elle m'a annoncé qu'elle était enceinte. Neuf mois après elle était mère. J'ai pensé que cela était dû au déblocage de ses tensions abdominales et qu'étant donnée la brièveté de notre relation, ce n'était pas dû à la relation transférentielle. »

Un autre membre de ce groupe l'interpelle : « Est-ce si sûr ? Tu as peut-être plus l'âge d'être son grand-père que son père, mais justement Dieu-le-Père n'est-il pas le père qui fait des miracles ? C'était peut-être moins conflictuel pour elle d'avoir un enfant de ce père qui est si bon et comprend tout sans que l'on ait besoin de dire... »

Il s'en est suivi dans le groupe une discussion sur les transferts et leurs contenus dans la relation entre patient et thérapeute psychocorporel... et bien sûr, les contre-transferts dans ce type de travail et comment le thérapeute peut les utiliser.

La collaboration avec des confrères ayant des spécialités diverses n'est pourtant pas sans poser de nombreuses questions : mon expérience la plus longue est celle d'un groupe animé par M. Pagès, d'abord dans le cadre de l'université Paris 7 puis dans celui de la F.L.D.P.<sup>1</sup> pendant plus de vingt ans. Ce groupe réunit des psychanalystes d'obédiences diverses et des psychothérapeutes, eux aussi pratiquant des méthodes diverses. Il a fallu des années pour permettre la construction des références communes nécessaires pour que les associations ou interpellations entre eux débouchent sur un dialogue où la confiance et le degré de compréhension soient tels que leur pensée puisse progresser ensemble et s'enrichir mutuellement. Ce groupe, dont l'objectif était de recherche, avait cependant des effets de supervision « intégrative » lorsque, pour les besoins de la recherche théorique, nous apportions des études de cas de patients.

1. F.L.D.P. Faculté libre de développement et de psychothérapie, créée en 1991 pour la formation de psychothérapeutes à la psychothérapie intégrative – surtout les approches psychanalytique et psychocorporelles.

L'approche intégrative conduit aussi à la collaboration de praticiens des sciences humaines allant de la psychosomatique à la sociologie.

Psychothérapeutes et psychanalystes relationnels s'interrogent alors sur les effets :

- de l'intégration de connaissances théoriques dans le travail psychothérapeutique : est-elle toujours un frein, source de résistances et d'intellectualisation ? Il apparaît que certains patients profitent très vite de lectures psy lorsque leur avancée dans le travail psychothérapeutique est suffisante. De même, l'expérience de l'intervention de psychosociologues dans un groupe de psychothérapie, apportant aux patients des données d'analyse sociologique<sup>1</sup> permet à certains patients la possibilité de faire des liens entre leur histoire familiale et sociale, et leur problématique personnelle ;
- de la dilution du transfert : question posée aussi par la psychothérapie de groupe, par la cothérapie (en psychodrame, en cothérapie de groupe et dans le cas de patients psychotiques).

La question du transfert est aussi posée lorsque psychothérapeutes ou psychanalystes affirment l'impossibilité, pour le même psychanalyste ou psychothérapeute, de passer d'une technique à l'autre – en clair, d'une pratique psychocorporelle à une pratique de type psychanalytique ou l'inverse ; selon eux, le passage d'un cadre de « maternage » à un cadre purement verbal serait impossible à faire ; à l'inverse, toucher un patient le ferait passer de la pensée à la jouissance et entraînerait des régressions sans retour possible. Force est de constater que ces affirmations ne tiennent pas devant les nombreuses expériences contraires et que c'est la question du passage de l'une à l'autre de ces pratiques qu'il faut étudier.

## EN GUISE DE CONCLUSION

Face aux certitudes des métathéories et des méthodes qui en découlent, l'approche intégrative affirme qu'une psychothérapie s'inscrit dans une relation entre trois systèmes humains complexes — le patient, le psychothérapeute et leur environnement — quelquefois quatre, lorsque le travail psychothérapeutique se fait en groupe. Pour cette raison, l'accompagnement psychothérapeutique varie en fonction des caractéristiques

---

1. Exemple : les interventions des psychosociologues membre de l'Institut international de sociologie clinique (I.I.S.C.) créé par V. de Gaulejac, dans les groupes de psychothérapie conduits par M. Pagès.

particulières de ces systèmes humains et de leurs interactions. Ce cheminement sollicite chez le psychothérapeute une créativité permanente qui relève autant de l'art que de la science.

La supervision, dans ce domaine, demande beaucoup de savoir et d'humilité. Ce qui est cohérent avec les résultats des enquêtes menées auprès de psychanalystes et psychothérapeutes par nos collègues américains J. Norcross et M. Goldfried (1998) : plus un psychothérapeute a d'années d'expérience, moins il se réfère à sa formation d'origine et plus il s'intéresse aux autres méthodes que celle dans laquelle il a été formé.

En conclusion, je résumerai ainsi mon propos : la supervision en psychothérapie intégrative a plusieurs objectifs :

- *Une ouverture à l'approche pluriréférentielle* : par elle, le psychothérapeute est confronté à l'unité globale de l'être humain mais aussi à la complexité de la mise en rapport des systèmes en interrelation (corporel, émotionnel, psychique individuel et psychique familial et social, spirituel) ayant chacun ses lois propres. La sensibilité aux processus d'interrelation entre ces systèmes permet de ne pas nier la réalité de cette complexité. Exemple : les multiples compréhensions d'un symptôme selon les champs théoriques dans lesquels il peut s'interpréter.
- *Une expérience de l'intérêt pratique de la démarche intégrative* : aucune forme de psychothérapie n'est la meilleure ni même adéquate à toutes les situations. L'efficacité d'une démarche particulière dépend notamment des patients, de la nature de leurs troubles, de la phase où ils en sont de leur travail thérapeutique, de la formation du thérapeute et de son aptitude à utiliser telle ou telle ressource. C'est pourquoi la flexibilité et l'ouverture à l'innovation sont de règle. Exemple : le travail avec les patients limites montre la nécessité d'adapter la technique psychothérapeutique au niveau de leur régression.
- *Une expérience théorique de cette démarche intégrative* : elle identifie à la fois des éléments communs aux diverses approches, (bien que souvent formulés de façon différente), des éléments spécifiques, ainsi que des liens entre elles, des effets de synergie qui échappent aux approches monodisciplinaires. Les multiples théories ont des énoncés en partie complémentaires, en partie contradictoires et concernent des niveaux d'être du sujet humain différents, ce qui rend leur articulation parfois aidante, parfois impossible. Leur intégration, soutenue par l'intuition du praticien, doit aussi être réfléchie pour dépasser le stade de l'éclectisme relevant de la seule subjectivité. Un des défis qui se posent aux praticiens d'orientation intégrative est de clarifier les articulations théoriques et techniques entre des ensembles cohérents

mais partiels propres aux méthodes reconnues. La supervision peut les y aider si elle a elle-même cette ouverture.

## BIBLIOGRAPHIE

- BALINT M. (1968), *Le Défaut fondamental, aspects thérapeutiques de la régression*, Paris, Payot.
- BERGERET J. (1974), *La Personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod.
- DE GAULEJAC V. (1987), *La Névrose de classe*, Paris, Hommes et Groupes.
- DELOURME A. (1997), *La Distance intime*, Paris, Desclée de Brouwer.
- F. FRA.P.I.M (1998), *Manifeste de la Fédération française de psychothérapie intégrative et multiréférentielle*, juin.
- FOURCADE J.-M., « Quatre modèles heuristiques », *Actua-Psy*, n° 100.
- FOURCADE J.-M. (1997a), « Modernité et psychothérapies : la fin du monothéisme », in N. Aubert, V. de Gaulejac, K. Navridis, *L'Aventure psychosociologique*, Paris, Desclée de Brouwer.
- FOURCADE J.-M. (1997b), *Les Patients limites : pour une psychothérapie émotionnelle intégrative*, Paris, Desclée de Brouwer.
- FOURCADE J.-M. (2004), « Science et psychothérapie », *Gestalt*, n° 26, juin.
- FREUD S. (1938), *Abrégé de psychanalyse* ; trad. fr. A. Berman, Paris, PUF, 1950.
- LENHARDT V., FOURCADE J.-M. (1981), *Analyse transactionnelle et bio-énergie*, Paris, Jean-Pierre Delarge.
- LOWEN A. (1973), *La Bioénergie*, Paris, Tchou.
- LOWEN A. (1977), *Le Langage du corps*, Paris, Tchou.
- MARC E. (2002), *Le changement en psychothérapie*, Paris, Dunod.
- MCDUGALL J. (1989), *Théâtres du corps*, Paris, Gallimard.
- NORCROSS J. C, GOLDFRIED M.R. (1998), *Psychothérapie intégrative*, Paris, Desclée de Brouwer.
- PAGÈS M. (1986), *Trace ou sens, le système émotionnel*, Paris, Hommes et groupes.
- PAGÈS M. (1992), *Psychothérapie et complexité*, Paris, Desclée de Brouwer.
- REICH W. (1973), *L'Analyse caractérielle*, Paris, Payot.
- ROUDINESCO E. (1994), *Histoire de la psychanalyse en France*, Paris, Fayard.
- WINNICOTT D. W (1978), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Petite bibliothèque Payot.

## *Chapitre 11*

---

# SE FORMER À LA SUPERVISION

Brigitte Rubbers et Véronique Sichem

**L**ES « formations de formateurs » existent déjà depuis longtemps. Les formations de psychothérapeutes aussi. Les organisations de psychothérapie n'ont pas attendu les débats parlementaires pour mettre en œuvre des formations longues à destination des psychothérapeutes. Mais, dans le monde varié des approches psychologiques, il n'existe pas beaucoup d'écrits, moins encore de pratiques sur la formation des superviseurs de psychothérapeutes. Or, l'idée même de cet ouvrage sur la supervision sous-entend que la question se pose. Une formation de superviseurs est-elle nécessaire ? L'expérience acquise en ayant été soi-même supervisé ne suffit-elle pas ? Si nous pensons que non, et nous le pensons, comment l'envisageons-nous ? Quelles sont notre expérience et notre pratique en la matière ? C'est à ces questions que nous allons tenter de répondre dans ce chapitre.

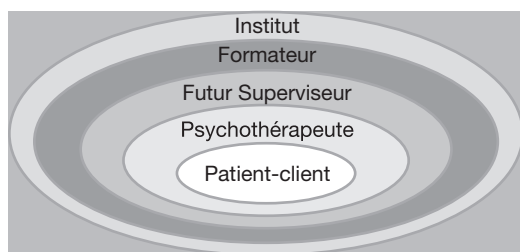
En cours d'écriture, nous avons rencontré deux difficultés.

La première : pouvions-nous parler de formation de superviseur sans évoquer en même temps, notre conception de la supervision ? Nous avons essayé sans grand succès, les deux sont intimement liées...

La seconde : comment nous y retrouver, et ne pas vous perdre, alors que nous « jouons » en permanence avec des trios de partenaires dont le



troisième est absent (et pourtant omniprésent) et qui occupent, selon le cadre de leur intervention des places différentes ? D'un côté, il y a les interactions entre le formateur et le superviseur en formation à propos du psychothérapeute supervisé absent. De l'autre, les interactions entre le futur superviseur et psychothérapeute à propos du client absent.



Dans les articulations, il peut y avoir de quoi se brouiller les idées ! Pour l'éviter, tant que faire se peut, nous utiliserons toujours les mêmes appellations pour les différents acteurs en relation :

- Le terme « Formateur » désignera le formateur didacticien du superviseur ;
- Le terme « (Futur) superviseur » désignera le superviseur en formation ;
- Le terme « Psychothérapeute » désignera le supervisé ;
- Le terme « Client » ou « Patient » sera le client du psychothérapeute.

Chacun étant client du niveau situé plus haut que lui-même.

## UNE EXPÉRIENCE DE FORMATION À LA SUPERVISION

Quelques mots pour situer notre expérience. Nous formons des analystes transactionnels intégratifs. La formation s'adresse aux psychothérapeutes, aux psychologues et aux professionnels de santé mentale.

La formation des futurs superviseurs s'effectue jusqu'à présent d'une manière non formalisée comme telle dans le cadre de groupes de praticiens et de groupes de supervision. Expérience habituelle de départ : les futurs superviseurs expérimentent et apprennent la supervision en étant eux mêmes supervisés. Mais par la suite, d'autres formes méthodologiques spécifiques (développées plus loin) sont proposées aux futurs superviseurs.

La formation à la supervision s'effectue en groupe, ce qui permet au formateur de voir le futur superviseur à l'œuvre : il travaille en direct. C'est aussi un lieu privilégié d'apprentissage et d'entraînement aux divers rôles du futur superviseur.

En partant de l'idée que le style et le modèle de supervision influencent la relation instaurée avec le psychothérapeute, nous trouvons intéressant que les futurs superviseurs puissent se confronter à des styles et des modèles différents, développer une conscience plus vive de leur style personnel et en expérimenter d'autres. Notre équipe compte, pour cette raison, plusieurs formateurs intégratifs qui conduisent et animent les sessions de formation et de supervision.

### **Philosophie<sup>1</sup> et éthique de la formation**

La philosophie de la formation ici décrite, est celle de l'Analyse transactionnelle, et de la plupart des approches humanistes, basée sur des valeurs d'égalité, de réciprocité et d'autonomie.

Égalité et réciprocité, cela peut surprendre, la relation de formation (et de thérapie) étant, en soi, asymétrique. Toutefois, E. Berne<sup>2</sup> rejoint à C. Rogers : « la nature de la relation », en version « bernienne », donne « Je suis OK, tu es OK<sup>3</sup> » et en version « rogérienne », la considération positive. Une telle relation, se déploie sur un mode égalitaire, même si les compétences de chacun et les rôles institués sont asymétriques. La notion de réciprocité fonde la conception même du « contrat ». L'autonomie du futur superviseur, c'est sa capacité à développer sa propre pensée, son sens des responsabilités, sa confiance dans le potentiel de santé du psychothérapeute et de son client, le respect de ceux-ci et de leurs défenses, le souci d'apporter sécurité, attention bienveillante et aide ajustée. Comme le psychothérapeute qu'il supervisera et le client de celui-ci, le futur superviseur est lui-même amené à s'ouvrir et à montrer, lui aussi, ses fragilités, ses doutes et ses manques. Comme le psychothérapeute face au client, il a besoin d'un solide « tabouret » symbolique

---

1. « Philosophie » dans le sens d'élaboration la plus élevée possible des valeurs d'où découlent des principes, les comportements, les attitudes, les stratégies...

2. Eric Berne, médecin psychiatre et psychothérapeute, à l'origine de l'analyse transactionnelle.

3. Dans la formule bien américaine « je suis OK , tu es OK » qui traduit une considération positive de soi et d'autrui, le « tu » représente le futur superviseur par rapport au formateur (je), le psychothérapeute par rapport au futur superviseur (je) ou le client par rapport au psychothérapeute (je).

sur lequel s'asseoir. La permission, la protection et la puissance (Berne, 1988, p. 309-315) en constituent les trois pieds : les « 3 P » :

- *La protection* est d'abord celle de l'accompagnement sur le chemin éclairé et balisé que le formateur fournit au futur superviseur (et à travers la « cascade » du superviseur au psychothérapeute et du psychothérapeute à son client). Le formateur « contient », structure et contrôle. Protection encore en établissant des frontières claires (temps, paiement, lieu, sécurité, confidentialité, codes éthiques, directives déontologiques, information sur les buts et les objets de supervision...) ;
- *La permission* que le formateur véhicule se situe au cœur même du processus. Les permissions verbalisées risqueraient, elles, d'être prises comme des attentes parentales auxquelles il y aurait lieu de s'adapter. Le formateur agit de telle manière que le futur superviseur se sente respecté, protégé de disqualifications ou jugements, puisse expérimenter les permissions qu'il aura, à son tour à « donner » au psychothérapeute : permissions de se tromper, de se laisser surprendre, de ne pas tout savoir, d'utiliser ses erreurs pour apprendre. Quitter la position haute du « super »-viseur, c'est-à-dire celui qui devrait tout savoir, tout contrôler et avoir réponse à tout ;
- *La « puissance »*<sup>1</sup> du formateur aide le futur superviseur à développer la sienne : qualité d'intuition, étendue et profondeur de son expérience, large éventail d'options, créativité, liberté d'intervention, capacité à reconnaître et accepter ses limites, capacité à poser adéquatement la permission et la protection, capacité à surprendre, capacité d'accueillir l'imprévu... On voit là encore que ces qualités sont celles requises pour le psychothérapeute lui-même. Le futur superviseur, par ses attitudes, lui offre ainsi un modèle possible.

## Objectifs et contenus

Le futur superviseur est un psychothérapeute qui a déjà parcouru un long cursus de formation comprenant un corpus théorique et un entraînement pratique supervisé en formation (entretiens thérapeutiques didactiques, thérapie de groupe didactique, etc.) Il a un solide bagage conceptuel et expérientiel.

Les contenus spécifiques de la formation à la supervision vont s'organiser prioritairement autour des besoins et des demandes des futurs

---

1. La définition de la « puissance » en analyse transactionnelle élargit l'acception usuelle. On entend par là la force que la personne peut déployer grâce à ses capacités à condenser et à manifester sa conscience de ce qui advient, son expressivité et sa spontanéité.

superviseurs tels qu'ils émergent et tels qu'ils nous les ont formulés. Mais nous ne nous limitons pas nécessairement à ce que nous avons entendu. Nous intégrons des aspects non « revendiqués » par eux, que nous trouvons incontournables et qui sont développés ci-après.

La formation des futurs superviseurs telle que nous la concevons a pour objectifs de préciser la fonction, les rôles et les tâches du superviseur, élaborer une démarche, donner des points de repères, offrir un fil conducteur, travailler différents thèmes relatifs à la pratique de la supervision.

### *Objectif 1 – Définir ce qu'est la supervision à partir des représentations de la supervision et des différents « modèles »*

Marie, psychologue et analyste transactionnelle, a été sollicitée pour superviser une équipe de conseillers conjugaux. Sa première réaction est l'effroi et donc le refus : « je n'en suis pas capable ».

Comment, au travers de son expérience de supervisée, se représente-t-elle la supervision ? Une première tâche de la formation – et un premier besoin des futurs supervisés – est de préciser ce qu'est la supervision. Les représentations sont variées. Les modèles existants aussi.

C'est pourquoi la présentation des modèles les plus importants et les plus courants fait partie de la formation. Même si nous privilégions certains modèles, nous ne voulons pas ignorer les autres. Chaque futur superviseur pourra alors faire son « marché » en connaissance de cause. Il serait dommage de les priver de la richesse de l'ensemble, la souplesse et l'ouverture sont de mise. Chaque modèle a sa pertinence en fonction de divers critères dont les préférences du superviseur, sa propre expérience mais aussi le public supervisé, les liens entre eux, leur degré d'expérience, leurs propres objectifs, etc.

### *Objectif 2 – Préciser la fonction, les tâches et les rôles du superviseur*

Qu'est-ce que cela suppose de devenir superviseur ? Les échanges, non superflus à ce propos, permettent d'établir un « référentiel de compétences » des futurs superviseurs et de faire une évaluation de ce qu'ils connaissent déjà et de ce qu'ils ont à acquérir. En fonction de leurs regards sur eux-mêmes, ce référentiel rassure ou inquiète ; il donne également des points de repères qui facilitent l'émergence des besoins de formation et l'importance de la motivation.

### *La fonction du superviseur : superviser*

La Palice en aurait dit autant ! Mais encore ?... La fonction essentielle à nos yeux est celle du tiers, qui installe une distanciation, même minime, entre le psychothérapeute et son client. Ce qui garantit, ou permet de retrouver, « l'espace de jeu<sup>1</sup> » entre le psychothérapeute et son client. C'est la raison pour laquelle, même après de longues années d'expérience, un suivi de supervision s'avère utile. Quel psychothérapeute peut se dire à l'abri des séductions de ses clients, des tentations à entrer et dans une symbiose confortable, de réactions négatives incompréhensibles, de sentiments de désespoir, d'envie d'arrêter le traitement... ? Le superviseur est aussi celui qui soutient, contrôle, pose un nouveau regard, ouvre de nouvelles fenêtres...

### *Les tâches du superviseur*

La formation permet au futur superviseur de découvrir ses tâches spécifiques. Par exemple :

- Apprendre à évaluer correctement la question ou la difficulté amenée par le psychothérapeute ;
- L'aider à identifier la problématique centrale de son client ;
- Favoriser l'approfondissement de l'expérience clinique du psychothérapeute, questionner les interventions du psychothérapeute, ;
- Analyser le contre-transfert de ce dernier ;
- Réfléchir au contenu de la séance de supervision et à son déroulement ;
- Formaliser le fil rouge de la supervision qu'il effectue ;
- Élucider la relation entre le futur superviseur et le psychothérapeute en tant que miroir éventuel, « ici-et-maintenant », de la relation là-bas et ailleurs entre le psychothérapeute et son client<sup>2</sup>.

### *Les rôles du futur superviseur*

- *Le superviseur est un formateur* : La supervision est reconnue depuis les années 1980 comme une des figures de l'accompagnement professionnel. Bien que spécifique, elle fait partie intégrante de la formation. Il ne s'agit pas de transformer le temps et l'espace de supervision en un cours théorique mais de profiter de l'illustration pour renforcer le sens clinique des participants et créer l'interaction, si utile et si difficile, entre la théorie et la pratique. Ces diverses situations, et tout ce qui se

---

1. Cf. les écrits de D. Winnicott.

2. Processus parallèle (cette notion est développée plus loin).

passer dans le groupe, sont matières à enseignement, *a fortiori* pour les psychothérapeutes qui ont une pratique de thérapie de groupe ;

- *Le superviseur est un animateur lorsqu'il pratique la supervision en groupe* : C'est-à-dire qu'il doit pouvoir utiliser et valoriser toutes les compétences du groupe, faire en sorte que chacun prenne sa place, que la parole circule, favoriser les discussions et points de vue différents, faire des synthèses de l'avancée de la réflexion et des interrogations... Compétences basiques, peut-être, mais sont-elles aussi généralement acquises ou pratiquées qu'on le croit ? Elles gagnent vivement à être exercées.

Le futur superviseur découvre l'utilité de faire confiance à la dynamique et aux compétences du groupe ; les membres du groupe ouvrent d'ailleurs des facettes dont, les formateurs ne sont pas nécessairement conscients ou auxquelles ils n'ont pas pensé.

- *Le superviseur est-il un psychothérapeute ?* Nous estimons que le futur superviseur ne porte pas « la casquette » de psychothérapeute. Bien sûr, des problèmes relevant d'une thérapie personnelle émergent en supervision. Nous avons été témoins de séances de supervision transformées en séances de thérapie, par goût personnel ou en réponse à une invitation implicite ou explicite du supervisé. Comment l'expliquer ? Il se peut que le futur superviseur soit touché à un point de sensibilité ou une souffrance personnelle par ce que lui évoque le psychothérapeute. Il se peut que ce dernier utilise à son insu la supervision comme une démarche thérapeutique qui ne dit pas son nom. Il se peut que ce soit l'expression inconsciente d'une demande de travail sur soi par supervision interposée... Une « connivence » s'établit alors : le futur superviseur offre inconsciemment au psychothérapeute tout content de cette aubaine ce dont il aurait eu besoin, lui ! Et le client en psychothérapie risque alors de passer aux oubliettes. Dans la formation, le superviseur apprend à repérer ces glissements. Et pour les formateurs la tâche est complexe : entendre les besoins du futur superviseur et ceux du psychothérapeute, sans oublier les besoins du client en psychothérapie...

### *Objectif 3 – Donner des points de repères, avoir un fil conducteur*

Une collègue psychanalyste nous disait « naviguer au pif ». Les participants du groupe de supervision qu'elle animait, étaient satisfaits mais pas elle : « Il me manque, disait-elle, une boussole et un fil conducteur ». Et c'est bien une demande que nous entendons très souvent : comment conduire une supervision ? De quels points de repère pouvons-nous disposer ?

*Le tableau des méconnaissances*<sup>1</sup>

Le tableau des méconnaissances fait partie des points de repères précieux pour les superviseurs. C'est un tableau qui croise différents paramètres. Dans la colonne horizontale, les *indices* (signes, symptômes), les *problèmes* eux-mêmes et les *options* (pistes de traitement, solutions). Dans la colonne verticale, l'existence, la signification, les possibilités de changement et les aptitudes personnelles au changement.

Pour donner quelques exemples brefs, un psychothérapeute, en supervision, peut « méconnaître » l'existence d'indices ou leur signification. Par exemple, il n'accorde aucune importance au fait que son client oublie de le payer, ou arrive régulièrement en retard, en collant aux significations banalisantes du client.

Autre exemple : le psychothérapeute peut nommer correctement un problème de son client mais méconnaître sa signification. Ainsi, un client se fait régulièrement licencier de ses lieux de travail (« symptôme » d'un problème). Le psychothérapeute attribue ces rejets à l'attitude arrogante de son client et identifie des jeux psychologiques qui se soldent par du rejet (ce qu'il identifie comme le « problème »). Mais il peut méconnaître les significations de ces comportements et chercher simplement à aider son client à agir autrement (« options »).

Sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans la complexité du tableau, il arrive souvent que la première demande des psychothérapeutes en supervision soit de l'ordre du « Que faire ? comment faire ? comment poursuivre ? » (colonne options), méconnaissant les niveaux précédents (existence, signification, possibilité de changement aux niveaux des indices et des problèmes). Demandes légitimes, *a fortiori* si le psychothérapeute débutant a besoin de points de repères concrets et si la (ou les problématiques) a été correctement posée. Mais il arrive que les psychothérapeutes passent un peu vite des symptômes aux demandes d'orientations. Ils partent, soit de leurs propres sentiments (« indices » d'un problème les concernant : « Je me sens démuni devant la dépression de cette personne, que faire ? »), soit des symptômes de leurs clients (« Il est déprimé, comment l'aider à sortir de sa dépression ? »).

---

1. Selon Ken Mellor, la « méconnaissance » est le processus interne qui permet à une personne de déformer, d'ignorer, d'exagérer ou de minimiser un indicateur (*stimulus*), un problème ou une option pour solutionner ce problème, en invitant une autre personne à le prendre en charge à sa place. La personne qui méconnaît, croit et agit comme si un aspect d'elle, des autres ou de la réalité, était moins (ou plus) significatif qu'il ne l'est en réalité.

<b>Existence</b>	Existence des signes T1 <sup>a</sup>	Existence du problème	Existence des options
Signication	Signication des signes T2	Signication du problème	Signications des options
Possibilité de changer	Possibilités de changer ou supprimer T3	Possibilités de résoudre le problème	Fiabilité des options
Aptitudes personnelles	Aptitude personnelle à réagir autrement T4	Aptitude personnelle à résoudre le problème T5	Aptitude personnelle à mettre en œuvre des options T6

Il y a une certaine équivalence entre les méconnaissances situées sur une même diagonale. Ces diagonales concernant chacune une phase de traitement, et sont appelées T :

- T1 concerne la prise de conscience ;
- T2 concerne l'importance de la prise de conscience et la définition du problème ;
- T3 concerne la conscience du changement, la définition de la valeur symptôme du problème et la définition de l'option ;
- T4 concerne la conscience du changement personnel, la définition des solutions du problème et la définition des options appropriées ;
- T5 concerne la conscience des aptitudes personnelles et la sélection des options fiables ;
- T6 concerne la conscience de l'aptitude à agir et l'action.

Ils méconnaissent alors le ou les problèmes sous-jacents, leur gravité et leur signification.

Le respect ou plutôt la conscience de la progression (et de ses aléas), qui va des signes ou symptômes aux solutions, est un fil rouge utile qui permet aux superviseurs de ne pas brûler l'étape de l'identification et de la signification des problèmes.

### *Les problématiques les plus fréquemment rencontrées par les futurs superviseurs*

Au fil de la formation, les futurs superviseurs vont apprendre à identifier les problématiques de supervision. Ils pourront ainsi se demander s'il s'agit d'un problème de cadre, de contrat, de diagnostic, d'orientations de traitement, de relation thérapeutique ou des difficultés personnelles du psychothérapeute. En listant ci-après ces problématiques, notre propos n'est pas de les développer théoriquement ou de les discuter mais de montrer qu'ils constituent un ensemble de points de repères qui pourront guider le futur superviseur.



- *Le cadre* : Dans la formation, le futur superviseur est invité à envisager les problèmes liés au cadre – rythme et régularité des séances de psychothérapie, modalités (individuel ou groupe), paiements, ponctualité, régularité, etc. Le superviseur attire l'attention du psychothérapeute sur l'importance du cadre, stimule la prise de conscience de sa trop grande malléabilité ou rigidité, éveille l'intérêt à découvrir ce que les transgressions signifient, etc. En effet, le psychothérapeute peut poser un cadre trop souple, trop rigide, lacunaire, instable, non-fiable, perméable. Le client peut tester le cadre, ne pas le respecter, le transgresser par des actes manqués ou des passages à l'acte ;
- *Le contrat*<sup>1</sup> : L'analyse transactionnelle est une approche thérapeutique contractuelle. Un certain nombre de problèmes amenés par les psychothérapeutes sont liés à une compréhension et une utilisation erronée de cette notion, une application scolaire ou un rejet de la notion même. En formation, les futurs superviseurs expérimentent la pratique contractuelle telle que nous l'appliquons<sup>2</sup> et ils gagnent à identifier les problèmes que le psychothérapeute peut rencontrer avec son client au sujet du contrat. Trois obstacles majeurs peuvent apparaître dans l'élaboration du contrat de supervision :
  - 1. *La confusion* : Le psychothérapeute ne sait pas ce qu'il veut en supervision et compte sur la baguette magique du futur superviseur pour deviner ce dont il a besoin. Parfois, il vient avec un malaise qu'il ne peut identifier. Nous apprenons aux superviseurs à s'intéresser à ce malaise sans tenter de le faire disparaître ou de le

---

1. Le « contrat » concerne l'objet des rencontres entre le psychothérapeute et le client. D'emblée, une plainte émane de la première consultation, formulée à partir de ce qui est perçu consciemment de la souffrance. Le client bien souvent ne peut à ce stade formuler une demande définie, claire et explicite. Le contrat va naître d'un premier travail thérapeutique qui aura permis au client de passer de la plainte à la formulation d'une demande. Ce premier travail peut s'appuyer sur les réponses à certaines questions : pourquoi et pour quoi le client consulte-t-il ? Quels sont ses désirs (ou non) de changement ? Quel degré de conscience a-t-il de sa problématique ? Qu'attend-il du psychothérapeute et quelle perception a-t-il de l'expérience thérapeutique ? Quelles résistances et sabotages met-il en œuvre ? Etc.

2. La pratique contractuelle intervient dans le cheminement de la plainte vers la demande, et se poursuit ensuite dans le cours du traitement, permettant l'arrêt sur histoire et servant de fil conducteur. Il est facteur du processus autant que du contenu du travail thérapeutique : en s'appuyant sur les éléments du cadre, il produit les conditions dans lesquelles des phénomènes peuvent s'exprimer par l'émergence d'émotions, de pensées, de comportements, d'éléments d'angoisse, d'éléments transférentiels, de sentiments parasites, de résistances,... Ces phénomènes pourront être pris en considération, mis en mots et participer à l'évolution d'une personne ou au soulagement d'une situation.

cadrer dans un contrat « parce qu'il faudrait en avoir un... » Laisser tranquillement le brouillard se dissiper au fil des balbutiements angoissés du psychothérapeute.

- Avec son client, le psychothérapeute pourrait minimiser ou ignorer l'utilité et la finalité du contrat, s'en passer et ne pas s'interroger sur les questions dialectiques qui le constituent. Ce qui revient à conduire la thérapie en aveugle ;
- 2. *Le contrôle* : Le psychothérapeute sait « trop bien » ce qu'il veut en supervision, et à son insu, définit les règles et le cadre tentant d'inverser les rôles. Le contrat est ficelé et le superviseur est prié de ne pas s'en éloigner...
- Avec le client, le psychothérapeute pourrait aussi transformer le contrat en contrainte : il se met dans l'obligation d'en avoir un et met la pression sur le client pour qu'il l'établisse ! Contrainte est d'ailleurs une anagramme de « contrat nié » ;
- 3. *Le collage* : Le futur superviseur répond trop directement à une demande de supervision sous-tendue par une peur (« ai-je bien fait ? ») ou une illusion (« je vais apporter mon problème au superviseur qui va le résoudre »).
- Avec le client, le psychothérapeute pourrait coller à la définition du problème tel que le client le lui communique et adhérer à sa vision. En formation, les futurs superviseurs apprennent à repérer et lever ces obstacles.
- *Le diagnostic* : Le futur superviseur peut s'attendre à des demandes sur le diagnostic de personnalité. Demandes légitimes, certes, mais à considérer avec discernement. Le psychothérapeute peut imaginer que le « super »-viseur va établir un diagnostic plus « juste » que le sien ! Le superviseur apprend à interroger toute demande de diagnostic : est-ce une question de connaissance des critères de diagnostic, de formation à la psychopathologie (sans pour autant vouloir transformer le psychothérapeute en « psychopathologue »), l'expression d'une volonté de contrôle, d'une peur vis-à-vis du client, d'un manque de confiance en soi... Devant ces questions de diagnostic, le rôle du futur superviseur est d'inviter le psychothérapeute à approfondir sa compréhension de la problématique « existentielle » du client. Nous interrogeons aussi le superviseur sur sa propre pratique : quelle part d'informations donne-t-il au psychothérapeute ? Dans quel cas va-t-il réfléchir tout haut sur le client présenté et communiquer l'analyse qu'il en fait ?

La réponse dépend évidemment du niveau d'expérience du psychothérapeute : pour les débutants, nous privilégions le style maïeutique, suivi ensuite des commentaires nécessaires. Pour les psychothérapeutes plus expérimentés, la relation de supervision devient progressivement une réflexion entre professionnels sans perdre pour autant de vue la dimension d'asymétrie de la rencontre.

- *Pistes ou orientations de traitement : comment poursuivre ?*

Le futur superviseur apprend à aider le psychothérapeute à identifier la problématique principale de son client et, à partir de là, à réfléchir sur les orientations à prendre ou à ne pas prendre, les étapes prévisibles de même que les résistances probables.

Une aide « concrète » est particulièrement appréciée par le psychothérapeute débutant qui se sent démuné sur la suite à donner, et en particulier, avec leurs clients eux aussi « débutants », s'attendant à être guidés.

- *La relation thérapeutique*

En revanche, la question du lien thérapeutique sera davantage au centre des préoccupations du psychothérapeute avancé, avec des questions sur la relation « réelle » et la relation transférentielle, le vécu contre-transférentiel du psychothérapeute. Nous sommes au cœur des relations réelles, transférentielles et herméneutiques, chères à G. Delisle<sup>1</sup> comme à E. Berne (1990) analyse transactionnelle : l'analyse, c'est ce qui délie, dissout. La transaction, c'est la relation qui permet la répétition et la traversée du transfert : la relation dans cette perspective, transforme.

Les problèmes amenés par les psychothérapeutes en supervision sont alors relatifs au repérage et au traitement du contre-transfert du psychothérapeute et du transfert du client.

- *Freins personnels des psychothérapeutes*

Le futur superviseur va être confronté davantage aux difficultés personnelles du psychothérapeute débutant. Celui-ci s'interroge (et se tourmente) sur sa compétence, sa légitimité, ses capacités. Préoccupations à entendre et à accompagner. Le frein principal du psychothérapeute est souvent son « oreille personnelle » sourde à ce dont il n'a pas parlé lui même dans sa propre analyse. Le futur superviseur peut l'inviter à aller en parler... ailleurs<sup>2</sup>.

---

1. C'est de G. Delisle (*La Relation d'objet en Gestalt thérapie*, p. 153) que provient l'expression « relation herméneutique » : « construction d'une signification nouvelle (...) narration à deux voix dans laquelle se traduit et se construit le sens. »

2. Dans un lieu thérapeutique.

## LA PRATIQUE DE LA SUPERVISION

Dans ce paragraphe, nous abordons quelques thèmes importants, et ce, à partir d'un exemple réel (enregistré) d'une séquence de supervision « en cascades », appelées aussi « poupées russes ». Nous alternons extraits et commentaires, en guise d'indications complémentaires.

La supervision dite « en cascades » est une situation fréquemment utilisée par les analystes transactionnels didacticiens. Une formatrice, Françoise (désignée F. dans le dialogue) supervise un futur superviseur (Sophie, désignée S.) au sujet d'une supervision qu'elle vient d'effectuer avec un psychothérapeute (Pierre, désigné P.).

Quand la supervision se fait en groupe (ce qui n'est pas le cas ici), immédiatement, après la « tranche » de supervision, le futur superviseur et le psychothérapeute entendent les observations du groupe.

Dans l'illustration qui suit, la formatrice a choisi un modèle où elle aide le futur superviseur à réfléchir par elle-même. Mode maïeutique, littéralement « art d'accoucher »... Sophie et Pierre sont tous deux débutants.

### *Temps 1 : Françoise (formatrice) et Sophie (futur superviseur)*

F. : – « Voudrais-tu préciser vers quoi tu souhaites que j'oriente mon écoute ?

S. : – J'aimerais que tu m'aides à pouvoir relire ce que j'ai fait dans la supervision et à prendre conscience d'éventuels processus parallèles. J'aimerais aussi du *feed-back* sur mes interventions. »

Une séquence de 20 minutes entre Sophie, futur superviseur et Pierre, psychothérapeute, est convenue.

### *Temps 2 : Sophie (superviseur) et Pierre (psychothérapeute).*

Sophie accueille Pierre et l'invite à parler. Il éprouve du souci avec un client, stagiaire en hôpital, environ trente ans, qui le consulte depuis environ deux mois. Ce client est angoissé à l'idée de blesser, ou même de tuer, un patient. Il dit manquer de confiance en lui. Dans l'enfance, le client a reçu pendant plusieurs années des coups physiques de la part de sa mère. Le premier épisode de maltraitance avait fait suite à un conflit violent entre ses parents. Sophie intervient au bout d'une dizaine de minutes, après avoir laissé Pierre détailler le contenu sans intervenir.

S. : – « Quelle est ta demande, Pierre ?

P. : – Ma demande... Depuis que je le vois, je l'invite à développer sa confiance en lui, je suis très nourricier, je l'encourage, je le valorise, je pointe le positif mais il filtre tout ce que je dis et conclut "On ne m'a jamais dit que je fais bien les choses". On dirait qu'il n'a pas remarqué le positif que je lui donne.

S. : – Tu diagnostiques le besoin de ton client d'être valorisé et tu me dis qu'il n'entend pas ce que tu lui dis. Mais que me demandes-tu ?

P. : – Je fais fausse route. Je commence à ressentir de l'animosité contre lui. J'ai envie de le secourir mais je commence à le voir comme une "tête à claques" et j'ai envie de lui dire "bouge-toi". Est-ce que lui dire "non, vous n'êtes pas nul", ce n'est pas finalement le conforter et aller dans son sens plutôt que l'aider ?

S. : – Il y a là comme un jeu psychologique<sup>1</sup> entre vous : lui en Victime, toi en Sauveur. Est-ce que c'est ça que tu veux explorer ? Ou est-ce que ta demande c'est ce qui se passe en toi ?

P. : – Ça se clarifie pour moi, là avec ce que tu dis, mais comment aller plus loin ? »

À cet endroit, le futur superviseur interrompt et se tourne vers la formatrice.

### *Temps 3 : Françoise et Sophie*

S. : – « Est-ce que c'est juste de continuer de le faire parler de son client ? Ou est-ce que je le fais parler de ce que cette personne évoque pour lui ? Je ne sais pas si je me centre ici sur son client ou sur lui ? Ce n'est pas très clair pour moi.

F. : – Comme pour ton client qui, lui aussi, ne voit pas très clair. Tu vas du client au thérapeute sans bien savoir ;

S. : – Oui, effectivement... C'est pourquoi je me demande si c'est bien juste ce que je fais...

F. : – Et ton client aussi se pose cette question...

S. : – Oui... Cela ne m'aide pas... J'ai un nœud dans l'estomac.

F. : – De quoi aurais-tu besoin, Sophie ?

S. : – Quand il y a une demande au niveau du contre-transfert, spontanément, je me centre sur le psychothérapeute. Ne faut-il pas se brancher toujours sur le client du psychothérapeute ? Je me demande si je peux me centrer sur le psychothérapeute lui-même ici...

F. : – Comment analyses-tu cette logique "ou-ou" dans laquelle tu es entrée ? Sophie évacue la question<sup>2</sup> et poursuit :

1. Les « jeux psychologiques » concept élaboré par E. Berne, sont des séquences relationnelles, facilement observables et récurrentes, de communication « ratée », sorte de « dialogue de sourds », qui conduisent à un malaise pour les interlocuteurs. La nature et l'intensité du malaise peuvent varier selon les personnes. Les jeux sont indicateurs de processus parallèles, d'éléments transférentiels et contre-transférentiels, d'enjeux implicites. S. Karpman a repris « la formule des jeux » de Berne (Amorce + Point faible <⊗> Réponses + coup de théâtre + moment de stupeur <⊗> bénéfices et effets) et l'a inscrite dans un « triangle dramatique » constitué de trois rôles psychologiques : Victime, Sauveur et Persécuteur.

2. Transaction tangentielle : cela veut dire « prendre la tangente » quand la question dérange, par exemple...

S. : – D'un côté, je me représente le dialogue qu'il a avec son client et les besoins du client, et de l'autre, je vois qu'il se passe autre chose dans la relation à son client.

F. : – Et que comptes-tu faire de cette observation ?

La formatrice ne fait pas préciser ce que Sophie se représente, ni ce qu'elle voit et invite à "faire".

S. : – Je vais dire cela à mon client et repartir de là. »

À ce moment de la séquence avec la formatrice, Sophie, sans attendre, retourne vers Pierre mais reprend la supervision différemment de ce qu'elle venait de dire à la formatrice.

### **La demande, c'est l'éclairage d'une zone d'ombre...**

Au temps 1, une demande assez générale de Sophie se décline en trois temps.

Au temps 2, elle « essaie » de faire formuler la demande de Pierre, le psychothérapeute, sans bien y parvenir. Il répond par l'expression de ses difficultés (la plainte) et semble attendre qu'elle devine ou traduise (appel symbiotique) ce qu'elle finira par faire.

Au temps 3, elle précise sa question à la formatrice et son hésitation : « est-ce que je travaille directement sur ce qui touche Pierre personnellement, dans sa propre histoire ? Ou est-ce que je dois me centrer exclusivement sur la relation entre le psychothérapeute et son client à partir, par exemple, de l'exploration du jeu psychologique ? » Cette question que les futurs superviseurs nous posent fréquemment sera reprise ultérieurement. Ici, la formatrice confronte la logique binaire : comme si elle devrait se centrer ou sur la personne du psychothérapeute, ou sur la relation psychothérapeute/client.

Revenons à la demande : dans le modèle<sup>1</sup> privilégié ici, et que nous appelons « contractuel », nous invitons la personne à passer de la plainte à la demande. Cette demande constitue la base du contrat. Ne nous dupons pas pour autant : comme le client en thérapie, le psychothérapeute en supervision n'est pas nécessairement conscient des diverses facettes de sa demande. Elles s'éclairent bien souvent au fil de la séance.

1. D'autres modèles ne donnent pas d'importance à l'expression explicite de la demande, avec ses avantages et inconvénients. Là encore, l'intérêt, dans une optique intégrative, est la discussion des effets produits par les différents modèles. Ouverture à la relativité, à la tolérance, à l'esprit critique et à la permission de jongler avec les uns et les autres.

## Le processus parallèle

Il s'agit d'un processus relationnel qui se produit dans la relation du client et du psychothérapeute et se répète dans la relation superviseur/psychothérapeute et parfois, s'il n'y prend garde dans la relation formateur/superviseur.

La formatrice remarque plusieurs processus parallèles. Ainsi, par exemple, Pierre demande « Comment aller plus loin ? » Sophie, à cet instant, interrompt la supervision. Comme son client, elle ne sait plus, non plus, comment aller plus loin et « ce n'est pas très clair ». Comme lui encore, elle exprime un besoin de réassurance (« Est-ce que je fais bien ? »).

À la fin du temps 5, un autre exemple de processus parallèle surgira, que la formatrice traite avec un humour adapté et qui dédramatise la situation. Le futur superviseur apprend en formation comment exploiter ce processus dans le cadre de la supervision.

### *Temps 4 : Sophie et Pierre*

S. : – « Je reformule. Ce que tu demandes, c'est d'explorer ce qui se passe et comment sortir du jeu ?

P. : – Mmm...

Pierre entre dans un processus de réflexion ou de perplexité mais Sophie n'en tient pas compte et suit son propre cheminement. Voilà ce qu'on appelle de la directivité !

S. : – Je te propose de visualiser ton client.

P. : – Ce qui me vient, c'est de la colère.

S. : – Qu'est-ce qui la suscite ?

P. : – La plainte... la faute... Je ne vais pas réussir, je ne vais pas y arriver, je suis nul. »

Le mode plaintif donc. Et la faute, ce serait quoi ?

La formatrice fera remarquer ultérieurement que quand Pierre s'exprime, on ne sait s'il parle de sa colère ou de sa faute ou de celle de son client. Sophie quant à elle, a imaginé qu'il s'agissait du client. Pierre poursuit en parlant de son client et de l'épisode où la mère le bat, puis ajoute :

P. : – « Il n'a pas de colère sur sa mère.

S. : – Et toi, tu en aurais ?

P. : – Oui. Intérieurement, je lui dis "fous une claque à ta mère". Il se présente en bouc émissaire et ça m'énerve.

S. : – Comme s'il appelle le Persécuteur en toi alors que dans le processus thérapeutique, tu réponds en Sauveur.

P. : – Oui, je compense par ce qui est le contraire de ce que je sens. Au fond, c'est le même processus que sa mère : elle aussi a déplacé quelque chose. La colère contre le père sur son fils.

S. : – Il se peut que tout simplement ton client appelle les coups, comme il les a reçus.

P. : – Mmm... »

À nouveau, Pierre réfléchit et Sophie l'interrompt dans son processus interne pour suivre sa propre direction.

S. : – « Et comment tu vas réutiliser ça dans la relation avec lui ?

P. : – Ce n'est pas une préoccupation centrale pour moi. Ce qui me dérange, c'est ce qui se passe en moi. Cela m'empêche de l'accompagner vraiment. Je veux en sortir... Ça me fait penser à mon frère... Mon frère n'arrivait pas à faire ses devoirs, il recevait alors des taloches de mon père et celui-ci me faisait faire l'exercice devant mon frère pour l'humilier. J'en voulais à mon père et à mon frère de me trouver pris dans cette situation.

S. : – À travers ton client, tu retrouves ton frère et la colère que tu as censurée. »

Sophie quitte sa position « d'accoucheur » qu'elle souhaitait prendre et donne directement son interprétation.

P. : – « Oui, c'est vrai. Je n'avais pas vu ça...

S. : – Nous arrivons au terme du temps imparti. Que retires-tu, Pierre, de cette séquence de supervision ?

P. : – Je comprends mieux ce qui est réveillé en moi face au client. Je vais pouvoir sortir de ce contre-transfert. »

Il ne suffit pas qu'il ait compris ce qu'il se passait en lui et c'est dommage qu'il quitte la supervision avant d'avoir compris ce qui se passe entre son client et lui. Mais les vingt minutes sont écoulées et Sophie interrompt la séquence avec Pierre pour se tourner vers la formatrice. La suite se déroule en présence de Pierre.

## **Le contre-transfert du psychothérapeute**

Le temps 3 et le temps 4 posent la question du traitement du contre-transfert du psychothérapeute. Sophie se questionne sur son « droit » ou non, comme futur superviseur, à explorer la dimension scénarique<sup>1</sup> du psychothérapeute et la nécessité de mettre ensuite en perspective

1. Le scénario est un programme progressif qui se constitue dans l'enfance sous l'influence de figures parentales et qui dirige le comportement de l'individu dans les domaines les plus importants de sa vie. Le scénario est donc une « reproduction » d'une scène transférentielle. La notion de scénario rejoint l'idée de transfert chez Freud dans la mesure où il y aurait transfert d'un traumatisme de l'enfance à la vie adulte.



les réactions du psychothérapeute et celles de son client. Elle amène Pierre à se centrer sur lui et sur une interprétation « égocentrique » de ses réactions : ce qui se passe est lié à son histoire. Pierre établit des liens entre son histoire et ce qu'il vit avec son client mais ne voit pas que sa réaction le renseigne sur ce qui se passe chez son client et moins encore sur ce que le client transfère<sup>1</sup> sur lui.

Il existe une conception, chez certains superviseurs mais surtout chez de jeunes psychothérapeutes, selon laquelle les sentiments et réactions du psychothérapeute seraient suspects. « Je me sens agacé, fâché, impuissant, trop dévoué, investi, affecté, démuni, inexistant, intimidé... ». Ces sentiments, contraires « à la belle image du psychothérapeute » seraient négatifs et contraires au processus psychothérapeutique : « je vais en parler en psychothérapie car ces affects me renvoient à mon histoire personnelle ». Ces réactions sont supposées révélatrices de zones personnelles aveugles ou non suffisamment élaborées.

Néanmoins, en supervision, il est utile de considérer le contre-transfert du psychothérapeute comme révélateur du transfert du client. Une réponse implicite au transfert du client en somme.

Nous partageons le point de vue d'H. Searles (1955) pour lequel, les fluctuations du sentiment d'identité personnelle du psychothérapeute sont « la source de renseignement la plus sûre de ce qui se passe entre le patient et soi et sur ce qui se passe chez le patient ». C'est un « organe de perception » :

« Je ne dirai jamais assez combien cela facilite le traitement, combien cela libère et réconforte le thérapeute de trouver comment s'articule telle réaction contre-transférentielle qui le tourmente ou le gêne à des réactions transférentielles, inconscientes ou non encore élucidées, du patient à son égard. Autrement dit, les tourments "personnels" du thérapeute doivent être convertis en une meilleure compréhension des événements familiaux et de l'atmosphère familiale dans laquelle le patient a vécu durant son enfance. »

Ceci dit, la question n'est pas réglée pour autant car il y a souvent amalgame de deux colères (ou autres sentiments) : celle qui vient du passé (dans l'Enfant du psychothérapeute) et celle issue de la relation

---

1. Les notions de transfert et contre-transfert ont été intégrées en AT particulièrement par C. Moiso et M. Novellino (*Analyse transactionnelle : retour aux sources*, 2004). Leurs apports originaux : donner des indices clairs d'identification des relations transférentielles et des orientations de traitement.

transférentielle avec le client. Tout dépendra de la capacité du psychothérapeute de décontaminer son propre état du moi Adulte<sup>1</sup> à partir de l'analyse du contre-transfert. Si l'attitude du client fonctionne comme une amorce de jeu psychologique et accroche le sentiment vécu dans l'Enfant du psychothérapeute, comprendre ce qui vient du client ne suffira pas à limiter les réactions agressives plus ou moins masquées et inconscientes de ce dernier. Dans ce cas, le travail de cet aspect en psychothérapie est souhaitable.

*Temps 5 : F. et Sophie*

F. : – « Tu avais un nœud dans l'estomac tout à l'heure, comment te sens-tu maintenant ? »

S. : – Mieux que dans la première partie. J'ai retrouvé de la puissance.

F. : – Qu'as-tu aimé dans ce que tu as fait avec Pierre ?

S. : – Clarifier sa demande, repérer le jeu psychologique, le lien entre le bouc émissaire et l'histoire personnelle du psychothérapeute. Pourtant, j'étais frileuse de rentrer là-dedans.

F. : – Pourquoi ?

S. : – J'avais peur que ce ne soit pas vraiment de la supervision...

Sophie regarde la formatrice d'un air inquiet.

F. : – Et quoi donc... je t'aurais donné des coups ? (air espiègle et clin d'œil)

S. : – Non, bien sûr (rires et détente) mais je n'étais pas sûre... quelque chose était noué en moi. (...) »

## **L'écoute de soi, le vécu du futur superviseur**

Dans la formation, une attention toute particulière est accordée à l'écoute de soi du futur superviseur. Lorsqu'il fait une demande de supervision, le psychothérapeute se sent parfois honteux des difficultés qu'il amène. Il éprouve de l'anxiété vis-à-vis du superviseur : quel regard va-t-il porter sur lui et sa pratique ? Mais au fond, il n'est pas le seul à éprouver ce genre de craintes, le futur superviseur lui aussi sent la pression de la compétence, d'un savoir être et faire « supérieur ». Il a

1. E. Berne se représentait le psychisme de la personne comme constitué d'« états du moi ». Ce sont des ensembles ou systèmes cohérents de pensées, sentiments et comportements. L'état du moi Parent ou « extéropsyché » est l'introjection des figures parentales avec leurs états du moi ; l'état du moi Enfant ou « archéopsyché » est l'ensemble des expériences de l'enfant et l'état du moi Adulte ou « néopsyché » est un ensemble de pensées, de sentiments et de comportements qui correspondent à la réalité (principe de réalité).

la mission d'éclairer le psychothérapeute de manière à ce que celui-ci reparte plus confiant en ses capacités, avec de nouvelles pistes ou éclairages pour son client, globalement enrichi de la rencontre et plein de gratitude pour son superviseur ! La formatrice l'invite ici à écouter ses besoins. Cette écoute ouvre la porte aux fantasmes du futur superviseur. Elle permet de percevoir aussi l'impatience de ce dernier en parallèle avec celle du psychothérapeute, la volonté de vouloir faire entrer le psychothérapeute dans sa logique à elle, dans sa compréhension du monde du client, la projection de sa propre expérience de psychothérapeute...

### **Le processus de modélisation**

Un des intérêts de la formation à la supervision est le processus de modélisation, sorte de « chaîne des savoirs » : le futur superviseur pourra transmettre au psychothérapeute ce qu'il a appris et expérimenté avec le formateur. Ici, la supervision du futur superviseur se faisant devant le psychothérapeute, celui-ci assiste en direct à l'apprentissage du futur superviseur et peut d'emblée faire le lien avec lui-même comme supervisé et comme psychothérapeute.

### **Le mécanisme d'idéalisation**

La séquence entre Sophie, le futur superviseur et la formatrice illustre bien l'idéalisation du formateur par le futur superviseur. À un premier niveau, Sophie sait que la formatrice est plus expérimentée et compétente qu'elle. À un second niveau, et c'est un mécanisme qui peut également se produire dans la relation de psychothérapeute à futur superviseur, Sophie se positionne dans l'échange avec la formatrice, en position basse (« je ne suis pas capable, tu es capable »), ce qui a pour inconvénient majeur de se couper de sa propre pensée. Elle n'exerce plus ni son esprit critique, ni sa créativité. Comme la formation cultive la position OK-OK, nous l'avons vu, elle stimule le sens critique, autorise l'évaluation des propos avec des questions comme « que penses-tu de ce que je viens de dire ? », etc.

F. : – « Au début de la supervision, j'ai observé que tu as laissé ton client s'exprimer longtemps sans interventions : quel avantage et quel inconvénient vois-tu à cela ? »

S. : – L'avantage c'est de laisser libre le client et de le laisser élaborer sa préoccupation à son rythme. L'inconvénient, c'est que comme superviseur, j'entends se dérouler les choses sans savoir ce qu'il attend de moi. Je risque de perdre le fil ou de ne pas cibler mon écoute.

F. : – Oui, c'est exact, c'est ce qui s'est passé. Quelle option pourrais-tu choisir à mi-chemin entre le laisser parler longuement et structurer ?

S. : – Par exemple, je pourrais l'écouter quelques minutes, puis l'interrompre en lui disant "tu parles beaucoup du client et peu de ce qui te préoccupe". »

## Le contenu et le processus

C'est la distinction classique entre le contenu du discours du client (l'objet dont il parle) et ce qui se passe dans la relation avec le psychothérapeute (processus relationnel).

Le superviseur peut être amené à porter son attention, soit sur ce que lui dit le psychothérapeute, soit sur ce qui se passe entre eux (processus relationnel) ou encore sur l'interaction entre les deux. Un exemple, pris dans une autre supervision de groupe, explicite ce point.

*Jean, se plaint d'une cliente* : elle l'assaille au téléphone via son répondeur, elle outrepassa la durée des séances, (problème de cadre) elle lui offre des chocolats, etc. Il prend conscience que le processus relationnel qu'elle lui « impose » est beaucoup plus important que ce qu'elle lui raconte pendant l'entretien. Il fait la demande de réfléchir aux implications de ce manque de rigueur vis-à-vis de sa cliente et d'en explorer la signification à un niveau transférentiel. « Qui est-il pour elle quand il se montre si « souple » ? Qui est-elle pour lui quand elle se montre si envahissante ? Qu'est ce qui se répète ? À qui et pourquoi offre-t-elle des chocolats ? Quels sont les fantasmes du groupe à propos du chocolat, etc. » Il envahit le groupe avec ses questions, réflexions, hésitations et dépasse largement le temps qui lui est imparti. Le superviseur est pris par les échanges et « l'appétit » du psychothérapeute. Ce qui se passe au niveau du processus de groupe devient maintenant aussi intéressant que ce qui se dit : le contenu se glisse dans le processus...

## Le contexte

Une séquence de supervision, comme une séquence de psychothérapie, s'inscrit pour le psychothérapeute supervisé et pour le client dans un contexte particulier. Nous estimons nécessaire de prendre en considération ce contexte que pourtant on ne voit pas mais qui comporte des déterminants importants.

Ainsi, par exemple, certains psychothérapeutes pratiquent dans des contextes institutionnels ou organisationnels, et le contrat triangulaire institution-praticien-client est à prendre en compte. Par ailleurs, le client lui-même s'inscrit dans un contexte réel (familial, professionnel...) Négliger le contexte particulier dans lequel il évolue peut conduire dans certains cas à des interventions erronées.

*Ainsi par exemple, Marianne.* L'administration où elle travaille depuis vingt ans a muté dans son service, voilà deux années, une personne connue pour avoir harcelé deux autres personnes dans un autre service. Cette personne se trouve depuis être le chef de service de Marianne. Celle-ci a, jusqu'ici, réussi, au prix de beaucoup d'efforts sur elle-même, à gérer la situation et les éclats violents de sa collègue. Mais la situation se dégrade et Marianne termine l'année sur les genoux. Au retour de vacances, elle ne va pas mieux et manifeste des signes d'angoisse à l'idée de retourner travailler. Elle consulte donc pour être soutenue dans la situation qu'elle vit.

S'il néglige le contexte, le psychothérapeute pourrait être tenté d'inviter la cliente à chercher les causes de ce qui lui arrive en faisant des liens avec son histoire personnelle. La cliente elle-même ayant déjà fait un travail thérapeutique était tentée de faire ces liens avec le passé. Or, ceci augmenterait un sentiment inutile de culpabilité et d'impuissance. Il s'agit de l'aider à mobiliser ses ressources pour sortir de la situation le plus rapidement possible. Le psychothérapeute, aidé par son superviseur, a d'abord identifié les causes organisationnelles et les « stratégies » perverses dont elle fait les frais, tant au niveau organisationnel que relationnel avec la collègue. Il a évité de leur donner d'entrée de jeu, un sens psychologique. Et ce n'est que lorsqu'elle sera sortie de la situation réelle, que le psychothérapeute pourra l'aider à revoir le film des événements passés et revenir, éventuellement, à son histoire personnelle.

### **L'évaluation des compétences des futurs superviseurs**

Chaque séquence de supervision est suivie d'un *debriefing* et/ou d'une évaluation formative qui permet au superviseur de faire le point sur ses compétences, ses manques et ses besoins de formation. Par exemple, en répondant aux questions suivantes :

- Veux-tu parler de ce que tu penses avoir fait dans cette séquence de supervision de ce psychothérapeute ?
- Si tu devais recommencer, que ferais-tu à l'identique et que modifierais-tu ?
- Que penses-tu que le psychothérapeute ait retiré de cette séquence ?
- Quels sont tes points forts et tes points faibles qui sont apparus dans cette séquence ?
- À la lumière de cette séquence, qu'imagines-tu avoir à développer comme compétence de superviseur ?

## QUELQUES MÉTHODES DE FORMATION À LA SUPERVISION

Il existe de nombreuses méthodes ou techniques auxquelles le formateur peut faire appel dans le cadre de la formation et qu'il peut aussi créer. Les objectifs de ces méthodes rejoignent ceux de la supervision classique. Mais certaines propositions plus que d'autres favorisent la mise en œuvre de l'intuition et de l'imagination des futurs superviseurs. Elles ont comme visée aussi de les « dérouter » ou de les surprendre comme ils auront à le faire avec les psychothérapeutes qu'ils superviseront. Voici quelques exemples de méthodes spécifiques possibles.

### Entretiens de supervision individuelle devant le groupe

Le psychothérapeute fait une demande de supervision à un membre du groupe. Pendant que l'entretien se déroule, le groupe observe, sur la base de consignes données. Consignes sur le futur superviseur, sur le psychothérapeute, sur le client, sur le processus relationnel, sur le contenu des échanges, sur les éléments corporels etc. Ainsi par exemple :

- *Au sujet du superviseur* : comment a-t-il compris la demande de son client (le psychothérapeute) ? Quelles ont été les étapes principales de la supervision ? Quelles indications vous donnent les attitudes corporelles et mimiques du superviseur ? Que pensez-vous d'un superviseur qui rassure, console, conseille, émet une vision négative du client, évalue les interventions du psychothérapeute ?
- *Au sujet du psychothérapeute*, les questions peuvent être : en écoutant la supervision, à votre avis, quelle est la difficulté rencontrée par le psychothérapeute ? De quoi a-t-il besoin pour avancer ? Que pensez-vous des hypothèses de diagnostic avancées par le psychothérapeute ? Quels mécanismes de passivité<sup>1</sup> avez-vous observés chez lui ?

---

1. L'Analyse Transactionnelle a développé un concept fort riche, qui dépasse largement la notion de *passivité* telle qu'elle est considérée dans le langage courant, c'est-à-dire s'abstenir. Les comportements passifs consistent pour l'analyste transactionnel à canaliser l'énergie dans une autre direction que celle qui pourrait lui permettre de résoudre la situation ici-et-maintenant. *L'abstention* consiste à utiliser son énergie pour rester inactif, reporter à plus tard, lancer des projets et ne pas les réaliser, « saboter » l'exécution des tâches en attente. *La suradaptation* consiste à tenter d'adapter la tâche à exécuter à ce qu'on imagine que l'autre attend sans vérifier qu'il s'agit bien de cela. *L'agitation* consiste à se fatiguer excessivement à toutes sortes d'autres activités sans intérêt et de devoir faire les choses en catastrophe à la dernière minute. *L'invalidation* consiste à bloquer ses ressources ou à retourner son énergie contre l'autre d'une manière violente.

- *Au sujet du client*, à partir de ce qu'en dit le psychothérapeute (l'on sait bien évidemment, qu'il ne s'agit pas du client réel mais du client retraduit, reconstruit par le psychothérapeute au travers de son propre cadre de référence) : quelles hypothèses faites-vous sur sa problématique « fondamentale » ? Si vous étiez E. Berne (ou C. Steiner, ou D. Winnicott, ou F. Perls, ou...) quelle serait votre lecture du problème du client ? Quelles hypothèses faites-vous sur les « avantages » du client à ne pas changer ? Que pensez-vous de la demande du client de prendre la main du psychothérapeute, la réponse de ce dernier et celle du futur superviseur ? Comment identifiez-vous les conflits internes du client évoqués par le psychothérapeute ?

Les questions sont multiples et sont élaborées en fonction des besoins de formation du futur superviseur. Les réponses peuvent se faire individuellement ou être l'objet de discussions en sous-groupes avec un rapport ensuite au grand groupe, objet de commentaires du formateur.

### **Séquences enregistrées de psychothérapie individuelle ou de groupe**

E. Berne (1962) a proposé une « procédure » pour superviser en groupe une séquence enregistrée de psychothérapie apportée par le psychothérapeute en supervision. Il s'agit de prendre une seule transaction (une intervention du client et la réponse du psychothérapeute, ou une intervention du psychothérapeute et la réponse du client). Les membres du groupe effectuent alors des « prédictions » et des déductions à propos des deux interlocuteurs. Ainsi par exemple :

- Travaillent-ils ensemble depuis longtemps ?
- Est-ce le début, le milieu ou la fin de séance ?
- Qu'est-ce qui se joue entre eux ?
- Qu'est-ce qu'ils ressentent ?
- Qu'est-ce que les parents du client lui disaient quand il était enfant ?
- Qu'est-ce qu'ils imaginent comme suite à cet échange ?

Ensuite, on passe à la transaction suivante. Ce qui permet aux membres du groupe de « vérifier » leurs prédictions et leurs déductions quant aux interlocuteurs. Cette méthode « bernienne » est, certes, ouverte à des variations. Cette manière de procéder aiguise l'observation et la perception clinique. Elle présente l'inconvénient de privilégier le point de vue micro-analytique, au détriment du processus global de psychothérapie.

## Jeux de rôles

Le psychothérapeute peut jouer son propre rôle (ou à l'inverse, celui du client) et un participant joue le rôle du client (ou à l'inverse, celui d'un psychothérapeute). Le superviseur apprend à superviser à partir du matériel apporté.

### Jeux de rôles avec fiches de consignes données au client ou au thérapeute<sup>1</sup>

Dans le rôle du client, la consigne est par exemple : « Mettez le psychothérapeute dans une situation inattendue, faites des reproches et des critiques au psychothérapeute, exposez votre problème, dévalorisez-le en permanence, parlez sans vous arrêter et sans lui laisser l'occasion d'intervenir ». Dans le rôle du psychothérapeute, par exemple : « Confrontez toutes les méconnaissances et transactions de redéfinition du client<sup>2</sup>, réagissez à ce que le client vous dit avec des interventions parentales, gardez le silence durant de longues périodes... »

Le futur superviseur est ensuite invité à mener la supervision avec le psychothérapeute sur ces bases « farfelues » en apparence mais pas si éloignées de la réalité.

### La chaise « joker » ou le « coach privé »

La supervision se fait devant le groupe et le superviseur dispose d'une chaise « joker » sur laquelle il s'installe en cours de supervision lorsqu'il désire solliciter le groupe. Une variante de cette technique est le « coach privé » : la supervision se fait devant le groupe. Le futur superviseur désigne une personne-ressource dans le groupe qui s'assied à côté de lui, un peu en retrait pendant la supervision et auquel il peut faire appel en cas de nécessité. Elle est le « coach privé » qui n'interviendra que si le futur superviseur fait appel à lui. Dans ce cas, le futur superviseur interrompt l'échange avec le psychothérapeute et discute tout haut avec « son » coach privé. Puis le superviseur reprend la supervision avec le psychothérapeute.

---

1. Inspirées de L. Johnson et W. Cornell, deux analystes transactionnels.

2. Dans la redéfinition, le récepteur modifie, transforme et filtre à son insu le contenu émis pour échapper aux propos de l'émetteur et ce, parce qu'il éprouve un malaise interne face à ces propos.



## La supervision suivie d'un client

Dans la formation de superviseur, des temps sont réservés à la supervision ponctuelle et d'autres, à la présentation de cas suivis en continu de manière à accompagner le traitement d'un client sur une longue période. Ce mode d'accompagnement est important pour la préparation à la certification d'analyste transactionnel. C'est ainsi que le futur superviseur peut le mieux se rendre compte de la capacité d'un thérapeute à mener un processus de thérapie et à accompagner le client dans le temps. L'intérêt premier réside surtout dans l'approfondissement clinique, l'étude de cas approfondie. Le traitement d'une personnalité *borderline* par exemple, et le « ballet » des mouvements transférentiels et contre-transférentiels.

Ainsi, *Fred, psychothérapeute*, apporte le cas de Louise en supervision suivie. Celle-ci reproduit avec les hommes qu'elle aime, le même scénario amoureux dans une dialectique réciproque Sauveur, Victime, Persécuteur. Cela se termine d'une manière répétitive par une rupture dramatique douloureuse. À la fois, répétition d'un scénario connu avec son père, qu'elle répète avec des hommes « aptes » à jouer le rôle attendu : la haine des femmes. Mais aussi tentative d'en sortir avec l'espoir d'une issue différente où l'homme/père serait guéri de son indifférence et de sa perversion et où elle serait aimée et respectée. Fred exprime ses doutes dans sa capacité à l'aider, son désespoir, et celui de sa cliente. Or, lors du dernier entretien, alors que les derniers événements qu'elle raconte sont tout autant destructeurs, Louise exprime à Fred qu'elle se sent un peu moins « désespérée ».

Ecouter dans la durée permet au formateur d'attirer l'attention du futur superviseur sur les aspects de relation typiques des états-limites, Comment comprend-il, analyse-t-il cette réassurance qu'elle manifeste à son égard ?

La suite des entretiens confirme la position protectrice qu'elle adopte vis-à-vis de lui : la cliente prend soin de son désespoir et fait attention à la partie en souffrance chez lui comme elle le fait vis-à-vis des autres hommes. À ce moment, effectivement Fred reprend courage.

Le superviseur, grâce à l'aide reçue en formation, permet à Fred de mettre à jour comment la cliente le « soigne » et aussi se protège du risque de l'abandon par un psychothérapeute lassé.

Cet exemple éclaire les éléments transférentiels concordants : le désespoir de la cliente et du psychothérapeute. Le désespoir de ce dernier n'étant pas seulement le résultat d'une identification projective. Il permet aussi d'illustrer cette posture maternelle de la cliente, différente d'un transfert positif sur le thérapeute : le protéger et le soigner pour ne pas le

perdre tout en le mettant en échec car « rien ne change », dira-t-elle avec jubilation et... douleur.

## CONCLUSION

En guise de conclusion, que souhaitons-nous mettre en lumière des nombreux avantages de la formation à la supervision ?

- *Elle garantit le rôle de tiers dans la relation thérapeutique.*  
La psychothérapie est, entre autres finalités, un travail de séparation psychique, un travail d'individuation jamais vraiment achevé. La visée de la formation est du même ordre : permettre au superviseur d'être mieux « séparé » du psychothérapeute qu'il supervise, et ce faisant, de garantir « l'espace de jeu » entre le psychothérapeute et son client. Jouer un rôle de tiers, c'est inscrire dans la situation une distance, aussi minime soit-elle. Ne serait-ce pas en fin de compte l'utilité principale de la supervision : éviter que le psychothérapeute (et le superviseur avant lui) ne tombe dans les écueils si majeurs et si courants de la collusion, de la séduction, du sauvetage, du contre-transfert... ;
- *Elle permet de ne pas prétendre savoir avant d'avoir appris.*  
Nous avons montré combien à travers les aspects formatifs (repères théoriques, fil conducteur, suivi, grilles d'analyse et d'interventions, utilisation de l'énergie d'un groupe...), le superviseur entre dans un processus d'apprentissage, c'est-à-dire, qu'il accepte de ne pas être un expert avant d'avoir une expérience suffisante ;
- Si elle aide à désillusionner le futur superviseur sur sa toute-puissance, *elle lui donne aussi les moyens d'être « puissant » et compétent ;*
- Une formation de superviseurs, c'est aussi *une rencontre privilégiée entre psychothérapeutes.* Se confronter aux regards, aux réflexions et aux questionnements critiques de ses pairs, c'est un gage d'échanges et de discussions de cas passionnantes. Bref, un enrichissement théorique et clinique exceptionnel ;
- C'est aussi nous donner l'occasion de *démultiplier les effets de notre expérience ;*
- Enfin, c'est renforcer le goût, la curiosité, la passion de l'être humain... C'est *communiquer l'enthousiasme* de ce si beau métier créateur, cocréateur, qui est le nôtre.

## BIBLIOGRAPHIE

- « Penser autrement la supervision », *Actualités en Analyse Transactionnelle*, n° 105, Lyon, Éditions d'analyse transactionnelle, 2005.
- BERNE E. (1962), « Clinical notes », *Transactional Analysis Bulletin*, 1, 2, 10-11.
- BERNE E. (1988), *Que dites-vous après avoir dit bonjour ?*, Paris, Tchou, p. 309-315.
- BERNE E. (1989), *Des jeux et des Hommes*, Paris, Stock.
- BERNE E. (1990), *Analyse transactionnelle et psychothérapie*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.
- DELISLE G. (1998), *La Relation d'objet en Gestalt thérapie*, Montréal, Éditions du Reflet.
- DELOURMEA & MARC E. (2004), *Pratiquer la psychothérapie*, Paris, Dunod.
- DOEHRMAN M.J.G. (1976), « Parallel process in supervision and psychotherapy », *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10 (1<sup>ère</sup> partie), p. 9-105.
- EKSTEIN R. & WALLERSTEIN R.S. (1958), *The teaching and learning of psychotherapy*, New York, Internat, Universities Press,
- HAWKINS P. & SHOHET R. (1989), *Supervisions in the helping professions*, Milton Keynes, Open University Press.
- MELLOR K. & SHIFF, « Méconnaissances », *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 3, 133-139 et in *Classiques de l'AT*, 2, 151-157.
- MOISO C. & NOVELLINO M. (2004), *Analyse transactionnelle : retour aux sources*, St Etienne, Éditions AT.
- MOTHERSOLE G. (1999), « Parallel process : a review », *Transactional Analysis Journal*, 18, 2, 107-121.
- SEARLES H., *Mon expérience des états limites*, Paris, Gallimard.
- SEARLES H. (1955), The informational value of the supervisor's emotional experience, Londres, Hogarth, p.135-146, cité par K. Tudor, « Supervision en Analyse transactionnelle » in *Actualités en Analyse transactionnelle*, n° 105.
- WINNICOTT D.W. (1958), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1971.

---

# CONCLUSION

Alain Delourme et Edmond Marc

POUR assurer sa transmission et la formation des praticiens, la psychanalyse a institué l'analyse de contrôle, complément et prolongement de l'analyse didactique. Le terme « analyse » qui figure dans les deux expressions traduit bien le fait qu'il s'agit d'une démarche qui n'atteint ses visées cognitives et méthodologiques qu'à travers une expérience personnelle étendue et approfondie des fonctionnements psychiques et de leur déploiement dans le processus thérapeutique.

Cette dimension de l'héritage freudien se retrouve pleinement aujourd'hui dans la supervision. Cependant, celle-ci en a élargi et enrichi les objectifs. Elle ne vise plus seulement à vérifier l'acquisition par le thérapeute débutant du corpus théorique et technique qui fonde la pratique de la psychanalyse. Elle fait aussi partie de la formation continue du psychothérapeute, et plus largement de l'exercice normal et responsable de sa profession. C'est à la fois une aide à la compréhension des troubles du patient et des façons d'y faire face, une hygiène personnelle pour le praticien, un échange et un dialogue qui le sortent de son isolement et un soutien dans les difficultés, les questionnements et les doutes qui préoccupent, à certains moments, même les plus expérimentés.

On est donc passé d'une démarche formative, permettant et accompagnant l'entrée dans la pratique, à une modalité fondamentale de l'exercice professionnel pouvant intervenir à tout moment dans l'activité du psychothérapeute.

Comme on l'a vu tout au long de l'ouvrage, cette évolution a modifié en profondeur les visées, l'esprit et les modalités de la supervision. Elle en a aussi rendu la mise en œuvre plus complexe. Car si son principe fait consensus, ses modalités sont toujours l'objet de discussions. Elles doivent d'ailleurs tenir compte de chaque situation et ne sont pas les mêmes selon l'expérience du supervisé, la nature de sa demande, le contexte dans lequel celle-ci s'inscrit.

## UN CHAMP DE TENSIONS

On a pu constater que la supervision se situe souvent dans un champ de tensions : tension, par exemple, entre d'un côté l'appartenance institutionnelle du superviseur et du supervisé, instaurant une régulation sociale nécessaire mais souvent source de contrainte et de conformisme, et de l'autre, la liberté et la confiance indispensables à une coopération féconde entre les deux protagonistes.

Tension aussi entre la transmission de l'héritage passé – des connaissances, des techniques, des normes nées de l'expérience accumulée – et l'ouverture nécessaire à l'innovation, à la créativité et à l'initiative de chaque thérapeute.

Tension encore entre l'orientation théorique du supervisé et celle du superviseur. Plusieurs auteurs ont montré tout l'intérêt que peut avoir un thérapeute confirmé à être supervisé par quelqu'un qui ne se réclame pas de la même démarche que lui. Ce peut être l'occasion d'un enrichissement mutuel, à condition, bien sûr, que le superviseur manifeste un esprit d'ouverture, de tolérance et d'acceptation profonde des référents théoriques et méthodologiques de son interlocuteur. Il faut qu'il soit capable de l'entendre dans l'originalité de sa langue avant d'essayer de lui apprendre la sienne. Trop de témoignages montrent que certains superviseurs n'hésitent pas à porter des jugements dépréciatifs sur des approches qui ne correspondent pas à la leur, mettant le supervisé dans une situation de malaise et de doute. La supervision ne doit pas être un lieu de normalisation et d'endoctrinement. Elle vise à soutenir la compétence du thérapeute en l'aidant à affirmer son style et sa personnalité propres, sans renoncer, bien sûr, à l'enrichir d'apports qui, au départ, peuvent lui être étrangers.

Tension enfin entre la recommandation éthique traduite en l'obligation déontologique, pour chaque thérapeute, de recourir à la supervision et l'autonomie souhaitable laissée à chacun dans l'application de cette norme. Cette injonction (« accomplir librement une obligation ») a une forme paradoxale. Notons d'abord qu'elle est de même nature que l'obligation, librement consentie de l'analyse personnelle. C'est une condition nécessaire à la pratique professionnelle ; et, en même temps, elle ne peut résulter que d'un libre choix pour être opérante. Ce paradoxe peut avoir des effets positifs autant que négatifs. Il est négatif s'il entraîne une attitude surmoïque de conformisation, de soumission et de dépendance ; s'il génère une réaction scolaire (de bon ou de mauvais élève). Il est, en revanche, positif, s'il est utilisé comme point d'appui

et comme stimulant, fournissant l'occasion, pour le thérapeute comme pour le superviseur, d'un dialogue vivant et enrichissant.

On assiste d'ailleurs à une évolution dans la demande : au départ, c'était celle de l'institution et de la communauté professionnelle posant une exigence de formation et de contrôle. Aujourd'hui, c'est de plus en plus celle du praticien, conscient des difficultés de sa tâche et de l'intérêt d'un échange avec un collègue expérimenté, librement choisi.

Les attentes des supervisés semblent aussi avoir changé. S'ils peuvent rechercher une reconnaissance et une affiliation qui les aident à conforter leur identité de thérapeute, ils demandent de moins en moins une habilitation et une évaluation. Ils ne souhaitent pas que l'on vérifie l'orthodoxie de leur démarche ou leur conformité à un modèle théorique. La plupart veulent pouvoir discuter avec un pair compréhensif (plus qu'avec un père répressif) de ce qui fait leur pratique : leur relation avec leurs patients, leur façon d'appréhender leurs problèmes, les succès et les difficultés qu'ils rencontrent, les questions qu'ils se posent. Ils attendent d'être encouragés et confortés dans leur spécificité de thérapeute et l'originalité de leur style.

## UNE SUPERVISION RESPONSABILISANTE

Le passage d'une supervision imposée à une supervision choisie modifie profondément la relation. La psychanalyse a défini (et c'est souvent encore le cas aujourd'hui) la relation entre le superviseur et le supervisé comme une relation maître-élève. Elle arrive difficilement à échapper à cette vision ; pourtant, elle a saisi avec beaucoup de subtilité les biais que ce type de rapport risque d'entraîner.

Ce qui reste fondamental, pour qu'un travail efficace puisse s'effectuer, c'est que les échanges aient lieu dans un climat de sécurité, de confiance et de liberté d'expression. La relation hiérarchique offre rarement ces conditions ; le supervisé peut facilement s'y sentir jugé et évalué, ce qui le conduit à développer des attitudes de défense et des résistances qui nuisent à la bonne marche du travail. Il aura, comme formation réactionnelle, des réflexes de soumission, d'identification, d'idéalisation, ou alors de contre-dépendance qui pèseront lourdement, souvent même à l'insu des deux protagonistes, sur la fécondité de la démarche. Le rapport maître-élève a quelque chose d'infantilisant qui empêche le thérapeute d'accéder à une relation adulte-adulte. D'autant que la tentation est forte pour le superviseur qui appartient à une institution (dans laquelle

il occupe souvent une place hiérarchique élevée) de se faire le porte-parole de son groupe et de ses conceptions théorico-idéologiques. C'est pourquoi il est important que la supervision soit détachée de tout enjeu institutionnel et de tout jeu de pouvoir qui ne peuvent que la dévoyer.

Le superviseur, malgré ce que peut évoquer le terme, n'est pas en position haute et le supervisé n'est pas en position basse. La relation doit passer de la hiérarchie à la complémentarité ; complémentarité entre quelqu'un qui recherche une écoute réflexive et un soutien à sa pratique de thérapeute, et quelqu'un qui les offre. Même si le supervisé est plus âgé et plus expérimenté, il est souhaitable qu'il ne prenne pas la place du maître qui assigne nécessairement l'autre à celle d'élève ou de disciple ; avec tous les effets de modélisation, de conformisation, de dépendance et d'inhibition que cela entraîne. La relation ne peut être vivifiante et créative que dans un choix libre et mutuel.

Cette option résout le problème épineux du statut de superviseur sur lequel toutes les institutions ont buté. Qui décerne ce titre ? On sait bien que si c'est l'institution, cela entraîne des effets de pouvoir, d'influence et de clientélisme. Pour nous, est superviseur celui qu'un thérapeute a choisi pour assumer cette fonction auprès de lui ; qu'il ait été désigné par une institution ou qu'il soit autoproclamé est d'importance secondaire. Cette solution n'élimine pas tout risque de sujétion, mais elle en limite la probabilité.

Bien sûr, tout le monde est d'accord pour dire qu'un superviseur doit être d'abord un psychothérapeute expérimenté et un fin clinicien, doté d'une forte culture théorique et méthodologique, doué d'un sens pédagogique et d'un esprit d'ouverture. Mais c'est la fécondité du dialogue qu'il noue avec le supervisé et le soutien qu'il lui apporte qui comptent avant tout.

## VERS UNE SUPERVISION INTÉGRATIVE

On a déjà souligné qu'à ses débuts la supervision instaurée par la psychanalyse visait à vérifier que l'apprenti praticien suivait bien les principes et les techniques de la cure freudienne. C'était en grande partie un contrôle de conformité.

Ce souci d'orthodoxie se justifiait par la nouveauté et l'originalité de la démarche analytique et par les malentendus qu'elle provoquait. Le danger était grand, en raison même de l'engouement qu'elle rencontrait, qu'elle soit mal comprise et mal appliquée.

Aujourd'hui la situation a considérablement changé. La psychanalyse possède une expérience plus que centenaire et ne peut plus être ignorée des psychothérapeutes. De plus, elle s'est largement diversifiée ; elle est parcourue par de nombreux courants qui ont chacun développé des spécificités théoriques et méthodologiques. Elle a aussi multiplié ses champs et ses modalités d'exercice. Si bien que la notion de cure-type n'a plus grand sens aujourd'hui.

D'autre part, d'autres approches thérapeutiques sont apparues, dérivées de la psychanalyse mais aussi de paradigmes différents. Si bien que le paysage de la psychothérapie offre une extrême variété. Il est rare aujourd'hui qu'un praticien soit formé dans une démarche unique ; la plupart, surtout dans le courant « humaniste », ont suivi des formations multiples, maîtrisent plusieurs démarches (psychanalyse, bioénergie, Gestalt, analyse transactionnelle, approche systémique, thérapies comportementales et cognitives...) et pratiquent différentes modalités d'intervention thérapeutique (individuelle, groupale, familiale, institutionnelle, de couple...) et différentes techniques (psychodrame, relaxation, rêve-éveillé, expression artistique...).

Dans ces conditions, il s'agit moins, en supervision, de vérifier la conformité à un modèle canonique que d'apprécier la cohérence, la pertinence et l'opportunité de la pratique adoptée par chaque thérapeute.

La démarche en devient plus complexe et plus difficile. Elle exige désormais du superviseur une culture étendue dans le domaine thérapeutique, un certain niveau de tolérance à la différence, une réelle capacité à confronter et à articuler des modèles multiples.

Cette orientation « intégrative » semble de plus en plus nécessaire. Elle évite de plaquer sur le patient une seule grille interprétative ; elle permet au contraire d'éclairer sa problématique par différents points de vue en privilégiant ceux qui cernent le mieux sa réalité et, surtout, qui l'aident à la modifier.

Chaque démarche a ses zones de clairvoyance et ses points aveugles, ses leviers de changement et ses inerties. Et il vaut mieux que la supervision ne soit pas l'accompagnement de l'aveugle par le paralytique.

Mais ici aussi, comme en médecine, il y a place pour des généralistes et des spécialistes. Le généraliste semble le plus indiqué pour assurer la supervision d'une pratique courante et diversifiée. Le spécialiste peut apporter une compétence précieuse lorsque le thérapeute est confronté à une problématique spécifique (toxicomanie, abus sexuels, syndrome post-traumatique, anorexie...) dans laquelle l'expérience du superviseur est importante ; ou quand le thérapeute doit travailler avec un « client » dont il n'a pas beaucoup l'habitude (enfant, couple, famille, patient



appartenant à une autre culture...) ; par exemple, un superviseur systémicien sera probablement le plus à même d'aider un praticien menant une thérapie familiale.

Ainsi, comme la psychothérapie elle-même, la supervision s'est considérablement diversifiée. Il y a aujourd'hui de multiples façons de la concevoir et de la pratiquer. La meilleure, pour chaque praticien, est certainement celle qui le rend meilleur.

---

# BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

- BALINT M. (1960), *Le Médecin, son Malade et la Maladie*, Paris, PUF.
- BLANCHARD-LAVILLE C., FABLET D. (dir.) (1996), *L'Analyse des pratiques professionnelles*, Paris, L'Harmattan.
- DELOURME A. & MARC E. (2004), *Pratiquer la psychothérapie*, Paris, Dunod.
- GILBERT M.C. & EVANS K. (2000), *Psychotherapy Supervision*, Buckingham, U.K., Open University Press.
- GUILLAUMIN J. (1999), « Quelques remarques sur la supervision collective », *Revue française de psychanalyse*, t. LXIII.
- GILLIÉRON E. (2004a), *Le Premier Entretien en psychothérapie*, Paris, Dunod.
- GIRARD C. (1984), « La Part transmise », *Revue française de psychanalyse*, n° spécial « Transmission de la psychanalyse », janvier-février, Paris, PUF.
- HAWKINS P. & SHOHET R. (1989), *Supervisions in the helping professions*, Milton Keynes, Open University Press.
- JACOBS D. et al. (1995), *The supervisory encounter*, New Haven, London, Yale University Press.
- LEBOVICI S. & SOLNIT A. (dir.) (1982), *La Formation du psychanalyste*, Paris, PUF.
- MISRAHI R. (2006), *Le Philosophe, le patient et le soignant*, Paris, Les empêchements de penser en rond.
- MOREAU M. (1977), « Analyse quadrième, contrôle, formation », *Topique* n° 18, Paris, Épi.
- MORIN E. (2004), *La Méthode*, 6, *Éthique*, Paris, Seuil.
- NICOLESCU B. (1996), *La Transdisciplinarité*, Paris, Rocher.
- PERROT E. DE et al. (2002), *La Supervision de la psychothérapie*, Paris, Masson.
- ROUSTANG F. (1976), *Un Destin si funeste*, Paris, Éditions de Minuit.
- SEARLES H. (1955), *The informational value of the supervisor's emotional experience*, Londres, Hogarth.
- WALLERSTEIN R.S. (1981), *Becoming a psychoanalyst*, New York, International University Press.



---

# INDEX DES MOTS CLÉS

## A

abstention 215  
abstinence 47, 50, 141  
*acting out* 47, 86, 132, 175  
alcoolisme 103, 104  
alliance psychopathique 163  
analyse  
  de contrôle 12, 19  
  didactique 12, 14, 18, 19, 23  
  institutionnelle 165  
  quatrième 23  
  transactionnelle 215  
analyse transactionnelle 178, 195, 202  
approche  
  intégrative 7, 62, 171–192, 224, 225  
  systémique 34, 48, 225  
art-thérapie 101–103  
autonomie 195  
*awareness* 134

## B

*borderline* 218

## C

cadre 3, 86, 161, 165, 176, 185, 202  
  psychanalytique 50, 51  
captation XIX

certification 218  
champ organisme/environnement 118  
changement 45, 46, 48, 96  
  psychique 48, 49  
collage 203  
communautés de dénis 164  
compétence 42–44, 47, 214  
configuration  
  structurelle du sujet dans ses  
  troubles 101  
conformisme 222  
confusion 202  
conscientisation XIX  
contact 118  
contrat 202, 207  
contre-transfert 6, 13–16, 19, 21, 24, 30,  
  31, 41–43, 45, 47–50, 55, 79, 83,  
  92, 93, 162, 198, 209, 210, 219  
  institutionnel 99  
contrôle 18, 203  
contrôleur 13, 15, 16, 19  
correspondance 93, 94, 96, 98, 101  
créativité 6, 17, 35, 47, 58, 133, 135,  
  141, 145, 187, 191

## D

danse/expression corporelle 103  
*debriefing* 214

défense (mécanisme de) 3, 28, 43, 49,  
60, 107, 109, 110, 113, 115, 117,  
135, 223

déliaison 149, 150, 155, 159, 161

demande 158, 202, 207

démarche

personnelle 42–44

psychanalytique 44

déontologie 1, 17, 72, 141

dessin 135, 143

destinateur 94

diagnostique 48, 203

didacticien 13, 15, 19, 23, 45, 108, 143,  
144, 194, 205

## E

éclectisme 177

écoute 44

EMDR 132, 143

empathie 43, 177

emprise 47

épistémologie 48

équipe 152, 155, 156, 159, 160

instituée 151, 152

estime de soi 113

états du moi 211

étayage objectal 39, 49, 55

éthique 166, 195, 222

## F

fantasme XIX, XXVII, 46, 95, 110, 153,  
184, 185, 212

fonctionnement psychique 46, 48, 54

formation 4, 11, 12, 14, 17, 20, 22, 29,  
55, 198

freins personnels des psychothérapeutes  
204

## G

Gestalt-thérapie 82, 118

groupe 130, 144, 145, 176

Balint 24, 40

d'appartenance primaire 163

de supervision 92, 98, 129, 155

## H

honte XX, 107–118, 211

## I

iatrogènes (effets) 141

idéalisation 28, 35, 212, 223

identité 26, 49, 50, 64, 109, 125, 152,  
160, 210, 223

implication 49, 51, 97, 135, 160

contrôlée 132

inconscient 45, 48

instrumental XVI, XVIII

relationnel 84, 85

*insight* 43, 49, 50

institution 95, 153, 213, 223

interaction 78, 85

interprétation XVII, XX, XXVI, 5, 6, 43,  
46, 50, 51, 55, 69, 94, 154, 210

intersubjectivité 78, 83, 85, 161

intertransfert 158

interview 27, 40

invalidation 215

## J

jeu

de rôles 143

psychologique 200, 206, 207, 218

## M

maïeutique 204

mécanismes de défense Voir Défense

méconnaissances 200

mise en acte 47, 85–87, 95, 132, 175

modélisation 212

mutualité 78

**N**

narcissisme 2, 38, 49, 50, 162  
neutralité 41, 42, 47, 49, 50

**O**

objectif 29, 47, 79  
objet malléable 164  
orthodoxie 111

**P**

pacte dénégatif 164  
pare-excitations 157  
parent 211  
passage à l'acte *Voir* acting out  
passivité 215  
pathologie soignante 99  
    induite 100, 102  
permission 196  
persécuteur 206, 218  
personnalité 42, 43, 47–49  
philosophie 195  
pistes ou orientations de traitement 204  
position 212  
    de vie 195  
première topique 39, 45, 46  
processus 213  
    parallèle 198, 205, 208  
    psychanalytique 51  
    relationnel 213  
projection scissionnelle 163, 164  
protection 196  
psychanalyse didactique *Voir* analyse  
    didactique 50  
puissance 196

**R**

réalité psychique 47  
redéfinition 217  
règle 4, 12, 47, 49, 55, 66, 68, 72, 179  
    fondamentale 50

régression 175, 178–180, 185, 187, 188,  
    190, 191  
relation 78, 176, 204, 224  
    thérapeutique 46, 48, 49, 204  
reliaison 155  
répétition 163  
    à l'identique 163  
résistance 42, 43, 46, 47, 154, 161, 223  
    au changement 95, 96  
résonance 155

**S**

sauveur 206, 218  
savoir 112  
scénario 209  
séance d'une journée 131  
*self* 118  
service 98  
silence 47  
situation 118  
    de supervision 39  
stratégie 48  
    thérapeutique 185  
subjectivité 38, 43, 44, 46, 47  
suggestion 38, 47  
supervisé 4, 25, 31, 32, 34, 39, 43, 193,  
    194, 199, 212, 213, 221–224  
superviseur 25, 26, 29, 40, 78, 196, 211,  
    224  
    interne 79  
supervision  
    d'équipe 150  
    en groupe 199, 205, 215, 216  
    formation 195  
suradaptation 215  
symbolisation accompagnée 103  
symptôme XXI, XXIV, 94, 96, 153, 191,  
    200  
système 2, 7, 18, 54, 64, 70, 111, 115,  
    151, 157, 164, 175, 177, 184, 186,  
    187, 190

**T**

théorie 42, 45, 50, 97, 172, 177, 185

thérapeutique 42, 49

tiers 198, 219

analytique 84

transaction tangentielle 206

transfert 16, 19, 24, 31, 41, 42, 45–50,  
79, 95, 172, 204, 210, 218

archaïque 150

transmission 7, 14, 20, 45, 55, 222

traumatisme 38

**V**

verbalisation XIX

victime 206, 218

---

# INDEX DES NOMS PROPRES

## A

ABRAHAM K. XXIX, 188  
ANZIEU D. 25, 26  
ARON L. 78  
ATWOOD G. E. 77, 78

## B

BALINT M. 24, 46, 48, 151, 188  
BATESON G. XXVIII  
BERGERET J. 48, 188  
BERNE E. 179, 195, 196, 204, 211, 216  
BION W. 24, 25, 160  
BLANCHARD-LAVILLE A.-M. 150  
BLEGER J. XXIX, 165  
BOLLAS C. 84  
BOWLBY J. 80  
BRANDCHAFT B. 77  
BRAUSCHWEIG 164  
BUBER M. 79, 82

## C

CAPARROS A. XXIX  
CASEMENT P. 79, 80  
CHANGEUX J.-P. 66  
CHUSED M. D. 86  
CORNELL W. 217

## D

DE GAULEJAC V. 175  
DE M'UZAN M. 163  
DE PERROT E. 27  
DEL CAMPO E. XXIX  
DELACROIX J.-M. 59  
DELISLE G. 204  
DELOURME A. 181  
DENIS P. 72  
DOLTO F. XXVII, XXXI  
DONNET J.-L. 70

## E

EITINGON M. 13, 14  
EVANS K. 80

## F

FABLET D. 150  
FAIN M. 11, 164  
FERENCZI S. 14, 30, 46, 48, 151  
FONAGY P. 79, 80, 82  
FOUCAULT M. 4  
FOULKES 25  
FREUD A. 18, 46  
FREUD S. XV, XVI, XX, XXIX, 4, 6,  
12, 13, 17, 45, 172, 178, 186, 188  
FUSTIER P. 163



**G**

GAILLARD G. 159, 161  
 GARMA A. XXIX  
 GERSON S. 85  
 GILBERT M. 80  
 GIRARD C. 15  
 GIUSTI E. 135  
 GODIN E. 140  
 GOETHE 4  
 GOLDENBERG M. XXXI  
 GOLDFRIED M. 191  
 GOLDSTEIN K. 140  
 GRAUER PH. 171  
 GUILLAUMIN J. 24-26, 151

**H**

HÉNIN 93  
 HORNEY K. 141  
 HYCNER 82

**J**

JACOBS L. 107  
 JOHNSON L. 217  
 JONES E. 13  
 JOSEPH E. 20  
 JUNG C. G. 12, 172

**K**

KAËS R. 25, 154, 155, 157, 164  
 KERNBERG 48  
 KLEIN J.-P. 93  
 KLEIN M. XXVII, XXVIII, 18, 46, 172,  
 178, 187  
 KOVACS V. 15, 151

**L**

LACAN J. XVII, XXII, XXV, XXVII,  
 XXX, 172, 179, 187  
 LBOVICI S. 18  
 LENHARDT V. 178

LEWIN K. 25  
 LOWEN A. 64, 175, 178  
 LUCAS P. 151

**M**

MARC E. 18, 185  
 MCDUGALL J. 184  
 MCLAUGHLIN J. T. 86  
 MELLOR K. 200  
 MISSENARD A. 161  
 MOISO C. 210  
 MOREAU M. 15, 16  
 MOREAU-RICAUD M. 151

**N**

NASIO J.-D. 92  
 NORCROSS J. 191  
 NOVELLINO M. 210

**O**

OGDEN 84

**P**

PAGÈS M. 25, 171, 172, 175, 185, 186,  
 189  
 PERLS F. 216  
 PICHON-RIVIÈRE E. XXIX  
 PIERRAKOS 175  
 POLITZER G. XXVIII

**R**

RACAMIER P.-C. 163  
 REICH W. 64, 175, 186, 187  
 REIK TH. XXIX, 63  
 RICKMAN 48  
 ROGERS C. 25, 195  
 ROUCHY J.-C. 154, 163  
 ROUDINESCO E. 172  
 ROUSSILLON R. 164  
 ROUSTANG F. 61

**S**

SACHS H. 15  
SARTRE J.-P. 66  
SCELLES R. 164  
SCHAEFFER J. 72  
SCHULTZ F. XXVIII  
SEARLES H. 210  
SHAPIRO F. 132  
SLUZKI C. XXVIII  
SOLNIT A. 18  
STEINER C. 216  
STOLOROW R. D. 77, 78

**V**

VALABREGA J.-P. 22

**W**

WALLON H. XXVIII  
WATZLAWICK P. XXVIII  
WEISS E. 13  
WINNICOTT D. XXVII, 5, 48, 166, 187,  
188, 198, 216  
WRIGHT K. 79–81  
WURMSER L. 109

**Y**

YONTEF G. 82

Alain Delourme, Edmond Marc *et al.*

*Avant-propos de  
J.-D. Nasio*

## LA SUPERVISION en psychanalyse et en psychothérapie

La supervision apparaît de plus en plus essentielle à la rigueur et à l'inventivité de professions centrées sur la compréhension du psychisme humain et l'accompagnement de personnes en souffrance et en devenir. Les associations professionnelles en font aujourd'hui une obligation déontologique. Cet ouvrage est le premier à en proposer une présentation synthétique par des professionnels de formations et d'obédiences différentes (psychiatres, psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes...)

- Une première partie présente les **fondements historiques** de la supervision (E. Marc), les **objectifs majeurs** poursuivis (E. Gilliéron), et l'**éthique** qui préside aux choix pratiques (A. Delourme).
- Une seconde partie rend compte de la **diversité des problématiques** : processus de cocréation (M. Gilbert), analyse du contre-transfert (J.-P. Klein), rôle de la honte (J.-M. Robine), supervision en gestalt-thérapie (S. Ginger), et supervision des équipes institutionnelles (J.-P. Pinel).
- La troisième partie ouvre la voie novatrice de l'**orientation intégrative** en supervision (J.-M. Fourcade) et dans la formation des superviseurs (B. Rubbers, V. Sichem).

Il s'adresse en priorité aux psychanalystes et aux psychothérapeutes. Mais il intéressera aussi tous ceux qui œuvrent dans le domaine de la relation d'aide et de conseil.

Cet ouvrage apporte une contribution essentielle à la formation des professionnels et à l'analyse de leur pratique.

ALAIN DELOURME est docteur en psychologie, psychologue clinicien, psychothérapeute, superviseur. Il est coauteur avec Edmond Marc de *Pratiquer la psychothérapie* (Dunod, 2004).

EDMOND MARC est docteur d'État en psychologie et professeur des universités. Il a publié notamment aux éditions Dunod, *Le Changement en psychothérapie* (2004) et *Psychologie de l'identité* (2005). Il a codirigé l'ouvrage *Être psychothérapeute* (2006).

J.-M. FOURCADE  
CH. GELLMAN  
M. GILBERT  
S. GINGER  
E. GILLIÉRON  
J.-P. KLEIN  
J.-P. PINEL  
J.-M. ROBINE  
B. RUBBERS  
V. SICHEM



6469001

ISBN 978-2-10-050345-2

[www.dunod.com](http://www.dunod.com)

