

Le bien-être psychologique passe par l'Être Soi-même

- Amar Abdelhak
- Université Djillali Liabes Sidi Belabbes amarpsy.2009@gmail.com

Reçu le: 19/03/ 2018

accepté le 25/05/2018

publier le: 04/10/2018

Résumé : La relation clinicien-patient est complexe, entre deux *êtres*, l'un supposé être un individu ayant accédé à son soi et vivant dedans son bien-être psychologique, l'autre vivant la souffrance psychologique dans son soi. Le défi qui s'impose au clinicien, dans cette situation thérapeutique, est de pousser cet *être* à la découverte de son statut de personne adulte, qui est la seule garante de l'accession au bien-être psychologique. Pour ce faire, il doit mener méthodiquement la thérapie, en gardant toujours en son esprit le processus de transfert et de contre-transfert qui est inhérent à toute relation humaine et qui s'exprime fortement dans cette situation en particulier.

Mots-clés : le clinicien, le patient, être soi-même, bien-être psychologique, adulte, empathie.

الراحة النفسية هي ان تكون نفسك

المخلص : العلاقة مختص - عميل معقدة وليست بسيطة، بين *كائنين*، أحدهما يفترض أنه ارتقى إلى ذاته ويعيش بداخلها راحته النفسية، أما الآخر يعيش المعاناة النفسية داخل ذاته، التحدي الذي يفترض على المختص تجاوزه في هذه الوضعية العلاجية يتمثل في دفع هذا *كائن* إلى اكتشاف مكانته كشخص، والتي وحدها تضمن له الارتقاء إلى الراحة النفسية. لأجل ذلك على المختص أن يقود العلاج بشكل منهجي، مع الحفاظ دائما في ذهنه على وجود سيورة التحويل و ضد - التحويل والتي هي ملازمة لكل علاقة إنسانية، وهي تترجم بقوة داخل هذه الوضعية بشكل خاص.

الكلمات مفتاحية : الإكلينيكي، العميل، كن ذاتك، الراحة النفسية، الراشد، التطابق.

Introduction :

Depuis sa naissance, l'être humain cherche à reconnaître son entourage, ses limites, son degré de fusion avec l'autre et à se démarquer de cet autre, l'être humain cherche à s'identifier, à s'individualiser, à avoir une identité qui lui soit propre, à devenir une personne ; il veut se retrouver lui-même dans cette existence, et ceci dans le but essentiel, celui d'exister, dans le but d'être soi-même, pour vivre le bien-être psychologique.

Le psychologue clinicien n'échappe pas à cette règle, puisqu'avant qu'il soit praticien, détenteur d'un savoir en psychologie, il est un être humain qui doit accéder au statut d'individu.

Dans sa pratique, un psychologue clinicien, supposer être un individu, est souvent amené à assister les gens pour les aider à devenir des individus. Pour ce faire, il va œuvrer à ce que l'être humain acquiert son identité, construit sa personne, chose qui devait se faire au fil des années, c'est-à-dire, en grandissant. Dans notre pratique on va chercher à surpasser le temps, de façon à atteindre ce but. Sauf que, la pratique clinique à montrer que l'on ne vit pas tous les cas de la même manière, même si deux patients « A » et « B » présentent des symptômes semblables, de manière à ce que l'on peut les classés dans la même pathologie, partant du DSM ou de la CIM, notre vécu avec eux en psychothérapie sera différent, parce que les reviviscences que l'on va avoir avec « A » seront forcément différentes de celle que l'on avoir avec « B ». Si les séances avec « A » seront source de bien-être psychique, celles d'avec « B » peuvent ne pas l'être.

Est ce que le bien-être psychologique du clinicien passe par le bien être de son patient ? Devons-nous vivre la souffrance de notre patient pour pouvoir l'aider à vivre son bien-être psychologique ? En d'autre terme, devons-nous quitter l'empathie et s'identifier au patient pour percevoir son bien-être psychologique et vivre notre bien-être psychologique dedans ? Ou devons-nous seulement l'aider à être lui-même et vivre notre bien-être dans notre propre *être* ?

Être soi-même.

Commençons d'abord par voir la notion d'être soi-même dans la pensée socratique, en effet il semblerait qu'il soit parmi les premiers qui ont demandé cela à l'être humain. Sur le temple de Delphes (Apollon), il y avait une inscription : « connaît toi toi-même, laisse le monde aux Dieux ». Socrate va prendre la première partie de ce dicton, qui est celle de se connaître soi-même, et rejeter la deuxième partie, qui fait allusion aux Dieux. En quelque sorte Socrate va prendre distance par rapport aux Dieux à une époque où l'homme était amené à leurs attributs tout ce qu'il n'arrivait pas à expliquer, en effet à son époque il existait un Dieu pour l'amour, un autre pour les orages, etc.

Pour Socrate, l'homme doit se connaître dans ses limites et dimensions pour pouvoir expliquer les phénomènes qui l'entoure, afin qu'il comprenne son environnement, et de la pouvoir l'influencer et échapper à l'influence de cet environnement. Platon son disciple mentionne que, pour son maître, « connaît toi toi-même » c'est échapper aux explications idéologiques et théologiques dans la tentative de l'approche de l'homme qui reste un *être* très complexe dans toutes ses dimensions.

L'être humain ne peut devenir soi-même avant d'atteindre l'âge où il est supposé être adulte, de là il convient de définir la notion d'adulte. L'âge adulte étant compris entre l'adolescence et la vieillesse. Dans la définition du terme adulte nous allons retrouver deux dimensions : la maturité et la majorité.

La maturité fait référence au côté biologique, c'est-à-dire ; que la personne est parvenue à son anatomie "finale". Quand à la majorité, c'est un terme qui renvoie vers le social et le juridique, en effet la personne est considérée comme majeur à partir du moment où elle atteint un certain âge, qui est généralement de dix huit ans, mais qui peut varier d'une société à une autre et d'un sexe à un autre, et surtout cet âge fait que la personne devient responsable de ses actes.

Mais ce qui attire notre attention c'est que la personne même qui atteint l'âge où elle est considérée comme adulte, biologiquement et juridiquement,

elle reste souvent sous la dépendance de l'autre, que ce soit du point de vue moral ou matériel. Cette présence de l'autre, son influence, qui renvoie vers l'aliénation fait que la personne perd son autonomie et son individualité pour se diluer dans le groupe, la personne ne parle pas le "je", mais le "nous", le "je" n'existe pas, et être soi-même, dans ce cas, qui est une notion bien précise n'a plus aucun sens. L'aliénation est très marquée dans des sociétés comme la notre, où seul le groupe existe alors que l'individu est complètement éclipsé et rejeté au dernier rang, en effet le groupe décide pour la personne dans les différentes situations des plus simples au plus complexes, le groupe décide des études que doit mener la personne, de son projet de travail, de son mariage, le groupe trace le projet de vie de la personne, et l'on trouve ici l'intérêt de citer Marie-Christine Jaillet qui dit : « Dans des sociétés où la destinée de l'individu était au fond écrite indépendamment de lui, par la tradition, sur prescription familiale, comme la simple reproduction d'une condition connue souvent de la génération précédente, le destin de l'individu ne lui appartenait pas. Nul besoin alors de formuler pour *soi* un projet » (Jaillet-Roman M. C., 2002 : 21).

Pour être soi-même il faut reconnaître son *soi*, et vivre dedans. Il faut accéder à son identité et construire sa personne, il faut donc passer par deux processus : le premier étant l'identisation, le second la personnalisation, deux concepts théorisés par Tap (1987).

L'identisation permet à l'individu d'acquérir son identité, cette dernière étant en continuelle construction à partir d'éléments de perception de l'individu lui-même et d'éléments qui lui sont imposés par le monde environnant, en effet à chaque instant l'individu est contraint de par ses différents composants de former son unité qui constitue son identité. En d'autres termes on peut dire que l'identité est double, une identité endogène (tout ce qui est perçu par l'individu à propos de son être) et une identité exogène (tout ce que la société et la culture impose à l'individu pour le définir). Durant son existence, l'individu traverse plusieurs espaces, des espaces géographiques et des espaces temporels ; et dans cette traversée là il doit se préserver, il doit préserver son intégrité, il doit rester Un malgré qu'il soit Multiple. Le sentiment d'identité permet au sujet de rester le même à travers le temps et à travers l'espace, il reste lui-même, pour Tap (1987 : 401)

« l'identification, comme genèse et histoire de l'identité personnelle, ..., que je définirai comme l'ensemble coordonné des processus par lesquels la personne émerge, s'ancre, se signifie, se valorise et s'oriente, au travers et au-delà de crises périodiques ».

La personnalisation représente le processus qui permet à l'individu de construire sa personne et ceci sous l'influence sociale, en effet la société, par l'opposition et les contradictions qu'elle impose au sujet, est source d'interrogation et d'inventions, et ce n'est qu'en dépassant ces contradictions et qu'en échappant à l'emprise des personnes privilégiées (Fsihan H., 2006), que l'individu accède au statut de personne. La personnalisation se fait par de multiples quêtes : la quête de pouvoir, la quête de sens, la quête de valeurs, la quête d'autonomie et la quête de réalisation de soi.

De là on comprend bien qu'on ne naît pas soi-même mais on le devient, ceci nécessite un réel travail psychologique, qui commence par la prise de conscience du fait qu'on est l'objet de l'autre et que l'on ne s'appartient pas au début à nous même ceci d'une part, d'autre part il faut reconnaître notre aliénation, déterminer ses causes et prendre conscience aussi de nos déterminants. Une fois tout cela définie on peut faire un travail de libération et de conquête de notre identité et de notre personne. La dite conquête n'est jamais pleinement assurée, elle nous engage dans une traversée vers nous-mêmes qui nécessite un effort physique et psychique. On n'est pas soi-même au début, on le devient, on se construit un soi, avec lequel et dans lequel on va vivre, ceci suppose que l'on soit à chaque instant dans l'action, que ça soit par la parole ou par les faits. On doit donc être dans une projection continuelle vers l'avenir, c'est-à-dire on doit *être* en projet.

Pour Jaillet-Roman (2002 : 22) «La transformation du fonctionnement des sociétés, sous l'effet de la généralisation de l'instruction et de l'accès à des informations en nombre toujours plus grand...s'est traduite par l'aspiration de chacun à devenir maître de son destin. C'est un peu comme si chacun au fond était désormais appelé à inventer son histoire, à être auteur de sa vie...l'individu aspire à la fois à son autonomie et à son épanouissement. Il veut désormais décider de ce qu'il fera ». De cette citation on comprend que

l'être humain ne peut être qu'individu et pour cela il doit vivre en son *soi*, pour pouvoir agir par soi-même et pour soi-même.

Le psychologue clinicien n'échappe pas au fait qu'il soit un être humain, qui doit accéder à cet être soi-même, ce qui signifie qu'il doit arriver au point de se voir en individu et de voir sa personne et son identité en se regardant dans un miroir, que le miroir soit muet, ne lui reflétant que son image et ses propres idées, ou qu'il soit parlant, se résumant en l'autre, qui lui reflète en plus de son image et de ses idées une dynamique de ces idées.

Bien être psychologique.

Le bien être peut être défini comme étant un sentiment général d'agrément, d'épanouissement suscité par la pleine satisfaction des besoins du corps et ou de la psyché. Le terme anglais de well-being ajoute la dimension de richesse et de prospérité. Cette plurivocité introduit une ambiguïté dans la compréhension du bien être, dont la signification oscille entre le revenu et les biens, d'une part, et l'*utilité* et le bonheur, d'autre part (Guibet Lafaye C., 2007). A partir de là on remarque la présence d'un concept capital qui est sous entendu dans le concept de bien être et qui peut même être à la base de ce dernier, ce concept n'est autre que le bonheur, tout individu est effectivement en quête de cet idéal qu'il espère atteindre.

Il convient de signaler que la définition du bonheur est complexe en même temps que difficile, certains chercheurs pense que le bonheur est l'accumulation de plaisirs à leur maximum. Cependant il existe ici un paradoxe, puisqu'il y a opposition entre plaisir et bonheur, le premier étant éphémère, non continu dans le temps, alors que le second est perpétuel que l'on peut qualifier *d'infini*. Pour d'autres chercheurs le bonheur résulte en la résolution de l'équation : affects positif et affects négatif, et d'ailleurs il y a une nouvelle branche qui s'intéresse à ce domaine, la psychologie positive concept évoqué et théorisé pour la première fois en 1998 par Martin Seligman, qui fut président de l'American Psychological Association (APA).

L'individu est souvent contraint de croire que « Le plaisir ne peut...être écarté d'une détermination du bien-être. Néanmoins seuls y contribuent réellement les plaisirs les plus purs, les plaisirs vrais, les plaisirs relatifs aux

désirs issus de la partie *rationnelle* de l'âme [psyché]. La vertu requiert en effet une pluralité de biens comme la condition même de son exercice, dans la mesure où l'acquisition d'un bon état de l'âme [psyché] peut être facilitée par des biens physiques, sociaux, familiaux ou intellectuels. Ainsi le bien-être résulte d'une vie mixte, faite d'un mélange de plaisir et de *sagesse*... Ce bien proprement humain consiste en une *vie moyenne*..., en une réalité mesurée et proportionnée » (Guibet Lafaye C., 2007 : 130).

Dans la thérapie le patient cherche à retrouver son bien être psychique, qu'il pense avoir perdu et que seul le psychologue clinicien soit capable de le lui restituer. Son objectif est donc évident et tout à fait légitime, retrouver ce bien être psychique. Alors que le psychologue clinicien, de son côté, cherche aussi le bien être psychique de son patient, mais qu'il n'arrivera jamais à percevoir dans le passé du patient puisque seul ce dernier a vécu son bien être psychique dans son passé. Et ceci on peut le soulever dans l'insistance du patient à revenir à cet état psychique antérieur, « je veux redevenir comme j'étais », « avant je vivais bien, j'étais à l'aise », des phrases que le psychologue clinicien entend souvent durant sa pratique clinique de la part de patients et patientes, qui sont dans un état de souffrance psychologique, que ce soit au premier entretien ou après plusieurs entretiens. Cependant il faut insister sur le fait que le psychologue clinicien ne doit jamais, en aucun cas et avec aucun *cas*, perdre de vue son propre bien être psychique.

Relation clinicien-patient.

La gestion de la relation clinicien-patient est primordiale pour le bon déroulement de la prise en charge du patient durant la thérapie, afin de lui assurer l'accession au bien être psychologique, mais aussi pour que le clinicien lui-même puisse vivre son bien être psychologique, pour cela ce dernier doit maîtriser certains éléments primordiaux de l'entretien clinique, qu'il soit dans le cadre d'un examen psychologique ou celui de la thérapie.

L'engagement

L'engagement est un processus qui débute avec le premier contact clinicien-patient, en effet les premières impressions de l'échange entre ces deux partenaires jouent un rôle très important, il s'agit de véritables

interactions visuelles, auditives, tactiles,... qui vont permettre au clinicien, comme au patient de se voir dans le miroir de leurs souvenirs (Shea S. C., 2005), ce miroir est généralement flou, obligeant chaque partenaire à faire un effort psychique inconscient pour situer l'autre et se situer par rapport à l'autre. « L'engagement fait référence au développement progressif d'un sentiment de sécurité et de respect, grâce auquel les patients se sentent de plus en plus libres de confier leurs problèmes au clinicien, en même temps qu'ils prennent confiance dans son aptitude à les comprendre » (Shea S. C., 2005: 9).

Il est nécessaire de signaler que le clinicien, face au patient, va engager sa parole, lui promettant de le guérir, même si ceci se passe la plus part du temps de façon implicite, ceci risque de le plonger dans le désarroi, et de la dans une souffrance immense au cas où la thérapie ne fonctionne pas comme il le souhaité ou que l'amélioration du patient tarde à se percevoir, ceci du fait que la *guérison* du patient dépend de plusieurs facteurs, entre autre la motivation même du patient et ses aptitudes cognitives pour ne citer que ces deux facteurs, qui font partie intégrante de la psyché du patient. C'est pour cela que le clinicien doit s'engager, seulement, à apporter les soins psychiques, dans les limites sa formation, de ses capacités et de sa maîtrise de son pouvoir thérapeutique, il ne doit pas se soucier des résultats de son travail, comme il ne doit pas non plus oublier qu'il n'est qu'un être humain limité dans sa personne, et qui possède un savoir lui conférant un pouvoir limité et non pas un pouvoir absolu, et que la personne qui est devant lui peut répondre à la thérapie entreprise, comme elle peut ne pas répondre, c'est-à-dire que devant deux patients présentant la même pathologie, l'un d'eux va voir son état psychologique s'amélioré, alors que l'autre il va rester à la case de départ.

Dans sa pratique de thérapeute, un ami clinicien m'a rapporter le fait suivant, il m'a dit avoir engager une assistante, psychologue clinicienne, au niveau de son cabinet de psychologie, elle prenait en charge les enfants souffrant de troubles du comportement, un jour une patiente est venue pour une consultation avec son enfant, comme à son habitude, puisqu'elle prenait en charge cet enfant dans le cadre d'une psychothérapie, mais ce jour il était entré en pleine crise de pleurs, elle a quitté son bureau pour aller le voir et

répétait : « que doit-je faire !!! »... après qu'elle ait terminé la séance il la appelait et voulait qu'elle lui explique son attitude et qu'elle ne fut sa surprise en l'entendant dire : « je ne sais pas...je veux que ça soit parfait...». Dans cet exemple on voit bien que notre jeune psychologue s'est engagé à faire un bon résultat et non pas un bon travail, elle voulait que son patient soit *guéri*. En réponse à cette situation j'ai dit à mon de lui dire ceci : « fait ton travail et rien que ton travail, parce qu'il ne peut être que bon », partant du principe que la perfection est de ne pas chercher le parfait.

L'engagement permet au clinicien de voir l'objectif à atteindre et de le garder bien au clair, et que son patient est un *sujet*, qui souffre et qu'il convient de prendre en charge et non un *objet* sur lequel il doit promouvoir sa grandeur narcissique, le clinicien doit faire attention à sa subjectivité qui peut influencer considérablement le cours de la relation thérapeutique.

L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est un terme employé pour la première fois par S. Freud en 1913, mais de façon implicite (Gadeau L., 2002), puisqu'il utilise le terme d'attachement en partant du fait que l'une des difficultés que le clinicien doit surmonter en début de thérapie, est celle de réussir à tisser un attachement entre sa personne et celle de son patient. Pour Freud une alliance forte est indispensable pour la réussite de la psychothérapie. On peut définir l'alliance thérapeutique comme étant le lien qui naît entre le clinicien et le patient dans un cadre de collaboration engagée ayant pour objectif le bien être du patient.

L'alliance thérapeutique se manifeste par un ensemble de comportements, de sensations et d'émotions qui vont permettre de juger de la qualité de l'engagement (Shea S.C, 2005), ce qui permettra au clinicien de s'auto-surveiller tout au long de la relation thérapeutique qu'il entreprend avec son patient. Il existe des indices qui permettent d'évaluer l'alliance thérapeutique, les uns sont subjectifs et d'autres objectifs.

Les indices subjectifs qui permettent de jauger l'alliance concernent le patient mais aussi le clinicien. Du côté du patient, c'est son jugement et évaluation concernant l'entretien, ceci peut être fait spontanément ou sur

demande du clinicien (Shea S.C, 2005). Le clinicien peut par contre avoir un jugement sur la qualité de l'alliance par ses sensations interne d'être à l'aise au cours de l'entretien ou de sentir qu'il parle à une personne en souffrance, et donc cela nous amène à dire que ce jugement est unique pour chaque clinicien et avec chaque patient pour le même clinicien (Shea S.C, 2005).

Les indices objectifs concernent le langage parlé et le langage corporel durant l'entretien. Wienseta et ses collaborateur « ont élaboré des méthodes fascinantes, quoi que simples, d'analyse des caractéristiques temporelles du discours, fondées sur trois variables discursives: la durée de l'énoncée (DDE), le temps de latence de la réponse (TLR) et le pourcentage d'interruptions » (Shea S.C, 2005 : 11).

Ces méthodes d'évaluation de l'alliance sont complémentaires et peuvent être utilisée à n'importe qu'elle phase de l'entretien pour éventuellement redresser le cours de la psychothérapie, nous pensons qu'à chaque fois le clinicien souffre dans une relation thérapeutique, c'est que cette thérapie à dévier de ses objectifs et que le clinicien n'est plus maître à bord et il convient de redresser le cours de la relation thérapeutique.

L'empathie

L'empathie peut être définie comme étant la capacité d'une personne à se mettre à la place d'une autre afin de mieux la comprendre et de mieux percevoir ses sentiments. L'empathie est une faculté nécessaire dans le domaine de la santé. En effet, Le clinicien doit faire preuve d'empathie pour comprendre le vécu psychique de son patient, afin de lui expliquer sa souffrance et comment pouvoir la dépasser.

Shea Christopher Shawn (2005) cite, dans on ouvrage consacré à l'entretien clinique, Carl Rogers pour qui l'empathie est l'aptitude du clinicien à « percevoir avec précision le système interne de référence d'autrui, avec les composantes émotionnelles et les significations qui s'y rapportent, comme s'il était cette autre personne, mais sans jamais perdre de vue ce comme si » (Shea S.C, 2005 : 14), de la on remarque que dans l'empathie il s'agit de repérer les sentiments de l'autre sans perdre de vue ses propres sentiments, en d'autre terme le clinicien doit vivre dans son *soi* et ne le quitter

pour pénétrer le *soi* de son patient que pour repérer les zones d'ombre qui y existe et les éclairer pour ce dernier afin qu'il puisse les traversées en toute quiétude.

On peut remarquer qu'il peut y avoir chevauchement entre l'empathie et l'identification où le « sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement sur le modèle de celui-ci » (Laplanche J. et Pontalis J. B., 1994). Sauf que si la première est bénéfique dans le déroulement de la thérapie, dans le sens où elle permet de repérer les points de souffrance du patient afin de les corriger et lui permettre de quitter sa souffrance, la seconde est par contre nocive. En effet dans l'identification le clinicien va reconnaître les émotions de son patient et même il va les ressentir, c'est-à-dire qu'il va vivre les émotions de son patient, ceci à une conséquence directe sur son état psychique qui se résume en la souffrance qu'il va vivre durant la thérapie. Il y a des cas où le clinicien va se sentir très fatigué au décours d'une séance de psychothérapie, il se sent dépourvue de toute énergie, dans d'autre cas il va souhaiter la non venue de son patient à la consultation ou il va la reporter, ou même il va faire en sorte de programmer des séances éloignées. Pour cela il semble important d'attirer l'attention du clinicien à ne pas perdre de vue, un seul instant, sa place de thérapeute et ne jamais la quitter pour vivre à la place de son patient ses souffrances au cours de son travail thérapeutique.

Transfert et contre-transfert

Le transfert est un processus psychique structurant pour toute relation humaine, particulièrement la relation naissant de l'opération thérapeutique, que ce soit médecin-malade ou thérapeute-patient. On peut définir le transfert comme un processus durant lequel il y a résurgence de désirs inconscients sur certains objets, ceci est observable dans le domaine des psychothérapies de façon claire.

Il faut signaler que la définition du transfert est difficile, cependant nous pouvons nous limiter à la définition suivante qui stipule qu'il s'agit du « processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique [thérapeutique]...le transfert est

classiquement reconnu comme le terrain où se joue la problématique d'une cure psychanalytique » (Laplanche J. et Pontalis J. B., 1994 : 492).

Ferenczi est considéré comme le premier à avoir parlé du transfert dans la relation thérapeutique, en effet le patient pousse, de manière inconsciente, le clinicien à jouer les rôles des images parentales, qu'elles soient aimé ou au contraire haïe. Mais l'importance de l'approche Freudienne de ce concept réside dans le fait que S. Freud l'a considéré comme étant le noyau de l'intervention psychanalytique, et même plus en le considérant comme le moteur de la psychothérapie analytique.

Dans le transfert, le patient revit les expériences antérieures, il ne s'en souvient pas seulement. Le clinicien se trouve ici prit dans un jeu de répétition des imagos, il se trouve obligé de jouer plusieurs rôles, imposés par le patient, partant essentiellement du passé de ce dernier. Ce qui doit pousser le clinicien à rester vigilant et à savoir que ce qui vient d'être déplacé sur sa personne n'est qu'un vécu antérieur dans une relation antérieure.

Le contre-transfert représente « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (Laplanche J. et Pontalis J. B., 1994 : 492). Il faut signaler que si les articles à propos du transfert sont nombreux, du fait que ce concept a interpellé de nombreux chercheurs dans le domaine de la psychothérapie, ceux qui parlent du contre-transfert sont très rares. Comme si le patient est un individu, un « être humain », alors que le psychologue clinicien est une machine n'ayant pas la dimension humaine.

Dans son article, « incontournable contre-transfert », Paul Denis rapporte une citation de Freud, qui dit : « Je ne saurais trop instamment recommander à mes collègues de prendre comme modèle, au cours du traitement analytique, le chirurgien. Celui-ci, en effet, laissant de côté toute réaction affective et jusqu'à toute sympathie humaine, ne poursuit qu'un seul but : mener aussi habilement que possible son opération à bien. Dans les conditions actuelles, la tendance affective la plus dangereuse, celle qui menace le plus l'analyste, c'est l'orgueil thérapeutique... » (Denis P., 2006 : 333), ce passage montre l'importance que Freud, père de la psychanalyse, donne au contre-transfert et à sa maîtrise.

Il semble important de signaler que le contre-transfert est une condition nécessaire pour l'expression du transfert, en effet « le contre-transfert est le contenant du transfert. De fait, il ne peut y avoir transfert...sans que l'attitude profonde de l'analyste le permette » (Denis P., 2006 : 348). Il convient d'attirer l'attention sur le fait que la souffrance du patient vient se réfléchir sur la personne du clinicien pour prendre forme et devenir perceptible. Ce dernier doit être vigilant pour en donner une image claire et compréhensible, pour le patient mais aussi pour lui-même.

Conclusion.

Dans la relation thérapeutique, le clinicien vise à permettre au patient d'accéder à son *soi* et à vivre dedans dans le souci de l'aider à vivre le bien être psychologique, le patient va vivre ainsi le bonheur. Il arrive des moments où le clinicien perd de vue son propre *soi* dans le mouvement du contre-transfert, ceci représente un véritable danger pour son existence, puisqu'il va exister à travers ses patients. Ce qui exige du clinicien d'être bien à l'écoute de son inconscient avant d'être à l'écoute de l'inconscient de son patient, il faut signaler que la chose n'est pas aussi simple puisque l'on est sur le plan de l'abstrait, du non palpable, contrairement au médecin qui a la possibilité de palper son malade et de part ce comportement il va pouvoir percevoir la limite de son corps, grâce à sa peau, par rapport à celle du malade, il va pouvoir se délimiter dans l'espace. L'acquisition de l'être soi-même semble nécessaire pour que le clinicien puisse vivre dans sa peau psychique et ne pas se confondre avec son patient.

Bibliographie :

- 1- Denis P., 2006, Incontournable contre-transfert, *Revue française de psychanalyse* 2/ (Vol. 70), p. 331-350.
- 2- Famose J.P. et Guérin F., 2002, La connaissance de soi, Armand Colin, Paris.
- 3- Fsian H., 2006, identité féminine-identité masculine à propos des relations hommes/femmes en Algérie, thèse de doctorat d'Etat, psychologie clinique, université d'Oran.
- 4- Gadeau L., 2002, Voies de l'alliance thérapeutique : Pacte narcissique et temporalité, *Le Divan familial* /2 (N° 9), p. 137-150.
- 5- Guibet Lafaye C., 2007, Bien-être, in *Dictionnaire du corps*, Paris, PUF, coll. Quadrige, M. Marzano (dir.), p. 127-131.

- 6- Jaillet-Roman M. C., 2002, De la généralisation de l'injonction au projet, Empan /1 (N°45), p. 19-24.
- 7- Lebovici S. et al., 1990, Devenir « Adulte » ?, Puf, 1^{ère} édition, Paris.
- 8- Laplace J. et Pontalis J. B., 1992, Vocabulaire de la psychanalyse, 12^{ème} édition, éd. PUF Paris.
- 9- Shea S. C., 2005, La conduite de l'entretien psychiatrique : l'art de la compréhension, éd. Elsevier, Paris.
- 10- Tap P., 1987, Identité, style personnel et transformation des rôles sociaux, Bulletin de psychologie, tome XL - N° 379 – 404 pp : 401.