



Syndicat national des praticiens  
en psychothérapie relationnelle  
et psychanalyse • [www.snppsy.org](http://www.snppsy.org)

*Psychopraticiens, psychothérapeutes,  
psychanalystes, psychologues,  
médecins, psychiatres.*

## Journée d'étude sur la relation thérapeutique du 14 mai 2018

Atelier Transfert et Contre Transfert dans la relation thérapeutique, animé par Pierre Zobel, psychanalyste et président du SNPPsy :

T : Transfert

CT : contre-transfert

IP : identification projective

CIP : contre-identification projective

SSE : sentiment sensation émotion

8 personnes se retrouvent en petit comité durant 1h30 pour réfléchir sur les affres du T et du CT dans la RT.

Un TOUR DE PAROLE laisse émerger des catégories : T (des deux côtés), CT personnel ou lié à la relation, C'est quoi le T ? C'est quoi l'IP, la CIP ?

Un cas de patient est exposé qui fait ressentir à la praticienne qui nous relate son expérience un certain nombre de SSE... qui la fait s'interroger « Est-ce que cela m'appartient ou appartient à la patiente ? Je ne perçois pas de T analysable... tout est factuel. Si pas de T ressenti, y a-t-il des résistances ? »

... ces moments où les perceptions internes prennent le pas sur la relation.

A ce stade, certains cherchent à faire des ponts, des liens entre différentes conceptions théoriques abordées : « Ce que tu nommes l'IP, ce serait chez moi, l'IP concordante et la CIP, l'IP complémentaire ? » Les deux intervenantes semblent s'accorder...

D'autres sont un peu perdues par ces termes : elles n'utilisent pas ces concepts dans leur pratique.

Une INTERVENTION de Pierre Zobel pour poser quelques balises et nous accorder sur l'essentiel... **La clinique : point de départ et de convergence pour toute analyse de ce qui se passe** « à ce moment précis » et « entre ces deux personnes là ». Il y reviendra régulièrement :

1 – Pas de T sans CT

2 – Il existe toujours un T à minima qui nous questionne sur comment le patient nous agit ? Le T. « à priori » du psy sur le patient questionne.

3 – Une attention toute particulière est à accorder aux « points de détail » qui « échappent » à l'attention consciente des deux partenaires... Mais comme l'inconscient « persiste », cela revient... « Ce que le patient nous dépose de quelque façon que ce soit : parole, agir, points de détails »...

4 – L'important, toujours revenir à la clinique : cet espace où advient la vérité du sujet, espace de libération de la parole (du désir ?)... C'est au travail, d'une façon ou d'une autre.

5 – Travail sur le T du psy et le CT du psy pour libérer le plus possible cet espace des possibles, ce déploiement des T du patient et CT du psy... Reformuler plutôt qu'interpréter à ce stade, rester le plus « neutre » possible.

6 – Observer, observer, observer : ce qui se passe, comment ça prend forme... Comment les patients nous poussent à agir ! D'où l'importance du CT.

7 – Intervenir quand il y a bascule du T : de positif à négatif pour ne pas perdre l'alliance thérapeutique. C'est parfois trop tard...

8 – Il y a du transfert partout, il est toujours à l'oeuvre mais il est ou n'est pas interprété, élaboré. Ex. des transferts sur les médecins qui induisent des résultats différents suivant la qualité dudit transfert.

9 – Chaque cas est unique => quitter le savoir... Et, au moins le temps de la clinique, devenir bête ! Sortir de la toute-puissance.

10 - Quelles que soient les terminologies employées, elles ont toujours en commun **le lien et la relation...** thérapeutique. Quand il y a séparation, l'un persisterait (le lien) quand la relation meurt et/ou se transforme.

Compte rendu : Nathalie Cohen