

Rencontre(s) avec des non-rêveurs A meeting with non-dreamers

Jean-Jacques Couvrette

Volume 15, Number 2, November 1990

Le réel et la mort dans la situation thérapeutique

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/031571ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/031571ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Couvrette, J.-J. (1990). Rencontre(s) avec des non-rêveurs. *Santé mentale au Québec*, 15(2), 202–211. <https://doi.org/10.7202/031571ar>

Article abstract

When a patient's hardship is presented to a therapist as an unpleasant experience as much as a desired state, interest in the former's suffering tends to decrease. Furthermore, repetitive anecdotes and the refusal to collaborate isolate the therapist in a position of sadistic silence. During these moments when imagining and theorizing merge, therapists seek to protect themselves against doubt and irritability. The authors argue that they should avoid changing patients and basing strategies on a diagnostic. Instead, rather than struggle with the structure in which they work, therapists should confront the process during which their own feelings and interview tactics are at play.

Rencontre(s) avec des non-rêveurs

Jean-Jacques Couvrette*

Devant un malheur présenté comme subi puis choisi et entretenu, l'attention à la souffrance du visiteur s'émousse bientôt. Le récit anecdotique répétitif et le refus de «collaborer» isolent le thérapeute dans une position de silence sadique. Dans ces moments où imaginer et théoriser se confondent, ce dernier cherche un recours contre les doutes et l'irritation qui l'assaillent. Il lui faut renoncer à changer son patient et à fonder sa stratégie sur un diagnostic. Ce n'est pas à une structure qu'il s'attaque, mais à un processus dont la correspondance se trouve en lui-même et dans le jeu des rencontres.

Il est bien rare que l'on se présente chez un psychothérapeute sans mettre de l'avant un motif et une intention. Souvent le motif invoqué ressort d'un état de crise; *«je n'aurais jamais pensé que [cela] pouvait m'arriver»*... Quand à l'intention elle apparaît le plus souvent implicitement: celui qui se présente souhaite (se) guérir une anomalie affective.

«Je n'en puis plus, c'est pourquoi je viens vous voir»: ainsi pourrait-on résumer le mobile et la demande de beaucoup de nos visiteurs.

Mais il arrive que nous soyons mis en demeure d'aider celui ou celle qui se présente pour régler¹ son problème sur-le-champ, comme si le redressement immédiat de la condition du patient dans la réalité extérieure était un préalable nécessaire à toute autre entreprise. Est-ce à dire que le psychothérapeute doit se muer en avocat, en conseiller financier, en policier, etc., rôles auxquels il semble devoir être tenu par son interlocuteur? Et que se passe-t-il lorsque ces sollicitations en viennent à ordonner le contenu manifeste de la demande adressée au thérapeute? Comment poursuivre sur une telle proposition, constitué d'un enchaînement de plaintes de la part d'une personne qui semble ne vouloir accepter que des réponses ponctuelles à ses questions?

*

* *

* L'auteur est analyste à Montréal.

«Personne ne souffre autant que moi, cela n'est pas possible! Je ne suis pas fait pour ce travail (mon emploi), je suis né pour autre chose...»

Suit alors un exposé des contrariétés du jour et des multiples péripéties qui les ont occasionnées. Ce qui a gâché toute sa journée ... avant d'envahir la totalité de l'entrevue!

Ces événements nous sont présentés accompagnées de leurs diverses conséquences, de sentiments de frustration et d'impressions plus ou moins vives d'intrusion². À écouter ainsi le récit de ces innombrables conflits débités en tranches quotidiennes, tous plus ou moins semblables, le caractère dramatique de leur présentation apparaît bientôt au thérapeute et acquiert d'autant plus d'intensité, que celui-ci fait montre d'une attitude perçue comme de l'indifférence. Si d'aventure il intervient, cette tentative est aussitôt interprétée comme intempestive et il lui sera répondu qu'il sous-estime la gravité de l'épreuve (*...vous ne pouvez pas savoir combien je souffre, personne ne peut le savoir*). S'il cherche à pointer quelqu'élément de la répétition en reliant entre eux diverses péripéties qui lui ont été confiées, alors il s'attirera le reproche de faire bon marché d'une souffrance qu'il réduit à des abstractions et son visiteur le soupçonnera de tout vouloir ramener à «sa théorie».

Dans le premier cas son visiteur l'accuse de s'immiscer dans une réalité qui ne le concerne pas parce qu'elle le dépasse; par ce biais, il se montre intrusif. Dans le second cas, l'auteur de la plainte lui opposera la particularité de chaque incident; que chacun d'entre eux, précisément, tire sa propriété maléfique de ses caractéristiques; celles-ci enfonçant à chaque fois plus avant le clou dans la blessure.

Ainsi toute manifestation de la part du thérapeute est interprétée comme minimisant le caractère tragique de ce qui lui est exposé: tout autre que le patient lui-même étant dans l'incapacité de saisir ce qu'il ressent, comme ce dernier le précisera. Ainsi le visiteur propose-t-il une énigme dont nul ne saurait saisir la nature véritable. Caractère du reste qui vaut pour chacun des éléments qui sont évoqués et par effet de cumul, à la fin de l'entrevue, aboutira à une angoisse incommensurable.

L'occasion (rare) de l'évocation d'un souvenir ou d'une fantaisie³, fournit au thérapeute un matériel qu'il se sent en devoir de relever, s'efforçant de découvrir la trame d'une récurrence. Mal lui en prend: il sera alors accusé d'avoir rompu un pacte obscur aux termes duquel il apprendra qu'il se doit de rester confiné dans son fauteuil, tel un spectateur inerte. Il lui sera de plus précisé qu'il est coupable d'avoir rompu un charme⁴.

Si le thérapeute veut prendre la pleine mesure de sa faute, il lui suffira d'insister, par exemple, en ajoutant à son intervention quelque phrase où il fera allusion au caractère fusionnel qu'il suppose à la source dudit charme. À la réaction qu'il recueillera, il comprendra qu'il en est de ces choses comme de certaines extases; qu'elles ne sauraient être

interrompues impunément! Bien entendu le thérapeute, et cela lui est rappelé à chacune des séances, est tenu coupable de ne rien faire pour soulager son patient.

La suite des entrevues s'immobilise bientôt comme le lieu d'une répétition (mosaïque de récits des frustrations quotidiennes) ordonnée suivant un principe mystérieux. Le thérapeute voit se briser tous les efforts qu'il tente pour sortir de cette situation; ses repères sont balayés et réduits à l'état d'images kaléidoscopiques, sans cesse ré-agencées. On comprendra son désarroi si on ajoute qu'il doit investir la quasi-totalité de ses énergies à maîtriser ses élans d'irritation. Il s'interroge sur le rôle paradoxal (superflu autant que nécessaire, car il est accusé sans répit de vouloir abandonner son patient) qui lui est dévolu dans cette incompréhensible tragi-comédie. Il devient captif d'une fascination ponctuée de menaces de rupture violente.

Alors il sait qu'il est envouté...

*
* *

L'enfermement dans le bruit de la mort

Prévenu par l'idée sournoise, qui lui vient bientôt à l'esprit, de chasser son patient, il ne lui reste plus qu'à imaginer *à côté* du déferlement des mots dont il est accablé, à quelle stratégie infantile⁵ il est assujetti. C'est grâce à ce *pas de côté* qu'un rapprochement devient possible: cherchant à imaginer ce que peut être la stratégie de son visiteur, il se prend à ce nouveau jeu, aspirant à une place d'interlocuteur. Autrement dit, il se rappelle l'existence du transfert.

C'est le moment où lui reviennent, chargées de sens nouveaux, les paroles qui lui étaient apparues en un premier temps comme autant d'éléments de la répétition, vidées ainsi de leur signification. L'idée (mythique) d'une relation fusionnelle peut alors refaire surface et l'aider à s'introduire sur la scène de son patient. Il y trouvera une petite ouverture, quelque chose qui lui permet de glisser un regard sur un théâtre auparavant interdit.

Il entrevoit alors deux partenaires, soudés par un discours alternatif. Ces deux partenaires forment une unité; ils sont comme nous sommes dans nos ruminations, lorsque les souvenirs évoqués font revivre des personnages à qui nous donnons la réplique. Les affects (regrets, remords) sont attribués à des personnages en une pensée circulaire, bloquée, enfermée dans sa propre limite. L'imaginaire y est neutralisé par le poids des souvenirs et de leurs évocations.

L'immobilité du personnage dédoublé qui ne vit plus que dans le subterfuge d'une mise en scène perpétuelle, stéréotypée, est à l'image de sa mort psychique; comme si les mots et les phrases étaient autant d'éclats d'un grand bruit répercuté sur les parois d'un tombeau.

Le bruit de la mort: une sorte de réflexe d'isolement, d'enfermement suicidaire, constitué lors d'un temps traumatique. Répétition de l'effet d'assourdissement («les choses s'écroulent autour de nous») qui concourt, dans le sujet, à une vaine tentative de maîtrise. L'état d'isolement qu'il éprouve coïncide avec la remémoration d'un passé antérieur où le patient se *sentait vivre*. Mais cette remémoration ne suffit pas à son ressaisissement et se traduit par une façon d'être de type hystérique, un «faire semblant» par quoi il imite ce qu'il suppose être, la façon d'être de l'autre qui lui permet d'exister en société, dans tel ou tel milieu. Ce faisant, il ne cherche pas consciemment à revêtir une carapace, ni à «se faire valoir», il cherche plutôt en quelles postures son corps peut se mouvoir.

N'ayant pas accès aux souvenirs qui lui permettraient de relativiser ses images intérieures, il ne peut que projeter sur ce qui s'offre à lui et figer les scènes refoulées en idéaux inaccessibles. Cependant, l'immobilité du tableau ne doit pas nous abuser; à travers le vacarme on entend quelques voix distinctives, entre la mort et le refus de vieillir.

*

* *

«La réalité se situe à la limite, là, où ça résiste»

(Freud)

Tout cela prend allure de parfait colmatage; l'intervenant consulté est prié ...de ne pas intervenir. Par ailleurs son silence sera interprété comme la volonté sadique de maintenir le patient dans l'impasse.

Une telle formulation exprime bien comment le colmatage fait appel à la fois à l'inertie (le malheur absolu, la répétition) et à une ingénieuse dynamique (nous sommes poussés à renoncer devant l'échec de nos méthodes). En fait ce qui nous déjoue, c'est la présence incontournable du réel dans la cure: nous en sommes à penser «qu'il n'y a pas de fantasme» chez le patient. Pourtant s'il est un moyen de s'en sortir, c'est bien là une question de méthode; la logique nous dit que le patient qui vient, présente une demande. Si toute interprétation de cette demande porte à faux, ce ne peut être que par l'effet d'un mauvais entendement.

C'est que le caractère exclusif de la plainte [là où il est dit que] — *«Personne ne souffre autant que moi»* — s'est vu noyé dans un fatras de plaintes secondaires dont l'accent théâtral (*cela n'est pas possible!*) et la véhémence des sentiments exprimés avec la violence du corps

(sanglots, cris, menaces, gestes de défi, etc) qui les accompagnent, nous ont distrait. Cette violence qui secoue le patient a fait oublier l'effet d'une parole d'exclusion: ce qui a été affirmé au présent (*personne ne souffre autant que moi*) nous impose une contrainte insoutenable⁶ dont la perception sera aussitôt escamotée par le flot des plaintes secondaires. Cette demande porte une exigence impossible à rencontrer, exigence que nous retrouvons dans l'affirmation que «*personne ne peut (me) comprendre*»; toujours au temps présent.

Tout cela se déroule, contre toute attente, en une suite de confidences; le patient se plaint de sa solitude avec des accents d'intimité, sans accepter d'être pénétré des manifestations de notre présence.

Cela se poursuit même interminablement... L'incompréhension du thérapeute vient de ce qu'il aura écouté et interprété suivant une logique partielle; il en aura tiré la conclusion que l'exclusion (*personne d'autre que moi*) l'incluait personnellement. Mais l'insistance même apportée à la plainte suppose une adresse qu'il n'avait pas jusqu'ici remarquée⁷.

*

* *

Auprès de qui le patient insiste-t-il?

Non pas devant moi qui se décourage, mais, devant une tierce personne, absente de l'entrevue; comme le suggère le sentiment que cela est interminablement répétitif. Le thérapeute découvre qu'il est pris à témoin, mais comme témoin impuissant⁸. Du coup la scène prend forme. La dynamique de son impuissance précise ce qui lui était suggéré (son hypothèse): la scène se passe d'un côté, entre lui comme représentant de la personne à qui le patient s'adresse, de l'autre comme à un témoin impuissant, captif dans le discours (le corps) de ce dernier.

La répétition infiltre non seulement la plainte principale (ce qui se pose à l'origine de la répétition) et ses arguments (les plaintes secondaires) mais aussi chacun des *dire*s du patient, ce qui voue la confiance à l'échec et le témoin à l'impuissance, interdit d'adresse.

Répétition, échec et impuissance qui ne vont pas sans fracas⁹; l'impuissance du thérapeute se traduit par une angoisse accrue chez le patient, accentuant les effrois de son isolement.

Nous assistons aux diverses expressions d'un danger de mort (danger lié à l'isolement, à l'abandon) dont la proximité est signalée par les outrances du patient et qui nous est dissimulée par une distorsion singulière de notre perception: nous ne pouvons admettre nous être trompés sans la plus grande difficulté sur la collaboration attendue de la part du visiteur, nous oublions l'infantile qui le gouverne pour en arriver à le considérer comme un adulte récalcitrant.

Autrement dit, il provoque avec succès l'enfant en nous¹⁰, ce qui écourte la distance nécessaire pour interpréter ce qu'il nous livre. C'est la résistance la plus courante, la plus banale: nous dirons qu'il ne fantasme pas et tiendrons cela pour inexplicable. En somme il aura réussi à nous entraîner, à notre insu, dans un combat entre enfants.

Tout cela, qui se joue sous les mots, nous laisse en présence des cris d'un enfant, d'une mère solitaire et d'un père impuissant. Tout cela se vit sous l'empire de menaces (partagées) d'abandon et d'un quotidien (l'autre et ses manifestations) qui épuise et torture car les mots pour relancer ne se présentent pas dans le cercle mortifère qui s'est installé sous le régime de la répétition.

Un bras de fer¹¹ interminable, dont la seule issue serait la mort de l'un des partenaires. Un bruit qui rend le témoin impuissant, qui empêche le thérapeute de s'approcher¹².

C'est dans ce contexte que se précise la question de méthode. Le temps a passé suffisamment pour que s'impose à la réflexion cette idée simple que nous ne connaissons pas le patient, que nous ne savons pas l'entendre de là où il nous parle. Aucun rappel à l'ordre n'a eu d'effet, seule l'incompréhension du thérapeute teintée d'exaspération semble pouvoir être interrogée, et encore, à l'insu d'un patient devenu une sorte d'élément de distraction pour celui qui cherche à s'y retrouver.

*

* *

Imaginer pour vivre

«Il manque quelqu'un à qui parler.»

Un jour, une phrase banale, toute simple, que rapporte le patient et c'est la lumière au fond du tunnel. Quelque chose qui lui a été dit, par quoi il s'est apaisé, un moment...

— *«On sait bien, ce n'est pas vous qui m'auriez dit cela; vous préférez jouir de ma souffrance...»*

Ces mots nous viennent de l'extérieur. Apparemment vécus comme l'échec du thérapeute et comme tels repoussés par lui, ils ne seront entendus par ce dernier que lorsqu'il aura compris qu'il n'est pas l'objet recherché par le patient, mais qu'il y figure un objet enclavé, prisonnier. Il est ce mal qui menace la vie du patient, mais, enfin incarné, réduit à l'impuissance.

C'est parce qu'il se sent ainsi protégé que le patient peut s'ouvrir à l'extérieur; la menace circonscrite et délimitée par l'univers des rencontres avec le thérapeute. Celui-ci, de persécuteur tout azimuts devient un être qui peut être relancé presque à demeure, dans sa prison.

Les choses en acquièrent un sens relatif. Ainsi c'est à l'extérieur, glanés au cours de rencontres banales, que seront trouvés les mots relatés ensuite au thérapeute sur un mode sadique. L'impuissance réelle du thérapeute à soulager son patient devient l'occasion pour ce dernier d'exercer une maîtrise qu'il peut s'attribuer (à raison que le thérapeute s'y prête, qu'il patiente).

Souvent se produisent à son insu, des manifestations d'exaspération qui trahissent son incapacité. Ce qui compte aussi c'est qu'il tienne fermement les murs de sa prison: entendez qu'il accepte la perplexité qui lui est donnée en partage contre un (relatif) maintien du cadre de la cure.

La perplexité, en l'occurrence, est une position moins masochiste qu'il n'y paraît: simplement elle est l'attitude de celui qui ne se ferme pas devant le réel, reflète à la fois d'une attente et d'une incertitude. En cela, elle sera ce qui va permettre de rompre le cercle mortifère. Elle révèle une force d'accueil.

Nanti d'une force nouvelle, libéré de son persécuteur¹³, le patient peut écouter à l'extérieur les personnes qui lui sont familières, moins porté à cette méfiance qui le voue à tout interpréter sur le mode de la persécution ou d'une pénétration destructrice. La question capitale ici c'est le maintien d'une double frontière: parce que le cadre des rencontres est maintenu ferme et isolé, parce que celui que le patient va y rencontrer n'en sort jamais pour l'atteindre à l'extérieur, celui-ci se sent libre devant la diversité des réactions qu'il obtient en se plaignant de son thérapeute. Libre d'écouter celui qui le défend, libre aussi de reprendre à son compte ce qu'il entend de défavorable à l'endroit de son thérapeute. Libre en somme d'aborder la différenciation.

Une symbolisation va s'esquisser sous l'aspect d'un paradoxe: il demeure attaché à son thérapeute dans le jeu des projections de la répétition, mais il gagne un espace nouveau dans la sécurité qu'il ressent à le voir emprisonné. Et peut-être pourra-t-il imaginer autrement pourquoi il est né car, soutient-il, *«je n'ai pas demandé à venir au monde»*.

*
* *

Accueil et théorie

On s'étonnera de l'usage qui est ici fait de la théorie; elle séjourne plus souvent qu'autrement dans une sorte de trou de mémoire. Ce qui surprendra certains plus encore, c'est qu'on y substitue l'espace de la perplexité.

Le côté «*enfant impossible*» du patient rejoint une aire inélaborée, in-théorisé en nous (celui-ci ne suscite rien qui s'apparente à l'émerveillement éprouvé par le parent à l'égard de l'enfant qui grandit). De plus, le côté «*arrêté*» provoque un *je n'y puis rien* qui le dispute à un *je ne puis laisser tomber*; divisés entre l'enfant et l'infantile, nous sommes aspirés par un jeu sans règles sur une pente morbide.

C'est que les *dire*s¹⁴ du patient, sous le couvert de la plus grande banalité, ressemblent de façon anachronique, à ceux des petits enfants lorsqu'ils nous racontent leurs journées. Ce qui rend vivant cette parole en réduction chez l'enfant, c'est précisément qu'elle ne l'est pas tout à fait, qu'elle est une parole en devenir; alors que le patient qui s'y cramponne lui confère des remugles de mort psychique par non-croissance. Cette durée en arrêt s'impose comme le temps d'un souvenir non assumé et celui d'une remémoration (présence) intolérable. Le patient nous entraîne là, au lieu de l'indicible, de l'inouï. Nous sommes conviés à la répétition de l'assourdissement traumatique, devant le tombeau où gît le désir brisé d'un idéal détruit.

La révélation qui s'ensuit nous fait découvrir que le corps du patient est vide de son squelette; il s'emploie à *faire semblant*, il est une façon d'être. C'est ainsi qu'il parvient, lui, à faire avec, comme il nous le proposait au début de nos rencontres. Ce qu'il a réussi en nous posant en dehors de la théorie, c'est de nous obliger à *faire semblant* de jouer les thérapeutes...

Mais cela ne deviendra évident qu'au moment de sa liberté reprise, là où le désir est autorisé dans la connaissance imaginaire, legs d'un père qui n'est plus relégué dans l'exil muet de sa prison. Alors le visiteur peut se séparer de son geôlier¹⁵.

*

* *

Par le diagnostic¹⁶, nous coupons court à l'étalement possible de la vérité; le diagnostic fait parfois figure d'injure, en matière de rencontres humaines. Je dirais en un tel cas qu'il est une injure de bureaucrate. Que savons-nous en effet de la structure d'un individu? À peine pouvons-nous reconnaître des temps dans un processus dont il demeure le sujet; le diagnostic est un repère momentané pour celui qui le formule. Mais c'est sur un corps labile qu'il s'applique.

La structure est là, où ça résiste...

Mais il est de ces visiteurs assez audacieux pour nous remettre à l'ordre de la passion, visiteurs de l'extérieur comme de l'intérieur. Ceux qui nous apprennent, qui ont insisté. Après tout, après coup, ce n'est pas un métier pour amateurs: c'est même un métier, disons, d'artiste.

Derrière la forteresse, il y a toujours une question; une question fondamentale. D'autant que l'autre artiste, le visiteur, il se cache. C'est que le refoulement en appelle à notre perplexité.

Notes

1. «Il faut absolument que vous m'aidiez à «faire avec»... [ceci, cela].
2. Ce qui étonne le plus, n'est pas tant le fait qu'il «n'est pas fait pour [ce] travail» mais qu'on puisse y intervenir [le patron ou toute autre personne en relation avec ses fonctions] ou lui en parler: il travaille comme si sa tâche devait s'accomplir sans contacts avec le milieu immédiat et comme si sa profession devait être ignorée de tous.
3. Il en va de même pour l'évocation des rêves: ceux-ci figurent le plus souvent comme autant d'épisodes du quotidien, sources de frustrations. Pour ces patients tout se passe comme si le récit de leurs rêves ne se dissociait pas de celui des agressions de l'extérieur.
4. Rompre le charme, ici, c'est menacer d'entamer les forces qui assurent la puissance répétitive du discours.
5. La recherche d'une «stratégie infantile» ne s'impose pas d'évidence; c'est dans l'aveu qu'il se fait à lui-même de l'irritation provoquée par le «jeu» de la répétition que lui vient la nécessité d'élaborer. L'alternative étant le rejet/renvoi du visiteur.
6. Être témoin passif, rejeté dans ses tentatives d'intervention et voué à se complaire dans une position ressentie comme sadique.
7. Nous sommes confrontés à une réalité paradoxale: d'une part un cadavre symbolique caché au sein du patient, introuvable [image d'un père tout-puissant, déchu], d'autre part une gardienne toute-puissante [la mère qui refuse de présenter le père réel à l'enfant]. Ce que celle-ci impose à l'enfant, par son refus, c'est le refoulement de toute référence à celui-là [le père]. Tout se passe alors comme si l'enfant projetait le cadavre symbolique sur le thérapeute, ce qui a pour conséquence de ne pas lui permettre d'entendre la parole de ce dernier.
8. ... comme cadavre symbolique enfoui.
9. Plaintes, pleurs et autres manifestations du désespoir accompagnent chaque nouvelle tentative d'élaboration, puis chaque cassure: bruit et fureur.
10. ... celui qui a, aussi, imaginé un jour être tour à tour policier, soldat, avocat, financier, etc.
11. C'est-à-dire: tirer au poignet.
12. Les limites du rapprochement se signalent par certains mouvements qui originent de l'intérieur du corps; l'irascibilité, l'irritation figurent aussi bien l'impuissance provoquée que la limite de la perplexité. Comme pour suggérer la difficulté insurmontable d'une répartition, d'un «quand à soi».
13. Actif autant que passif; car s'il est confident et témoin impuissant, le thérapeute demeure cependant le gardien du cadre des rencontres.
14. On percevra comme inauthentique ce qui ne mène nulle part, dans un premier mouvement. Ainsi se disculpe-t-on devant l'incompréhension ou l'incapacité à lire «en dessous» de ce qui nous est dit.
15. Les fonctionnements de la mémoire et de la remémoration forment en nous un espace ambiguë d'attrance vers l'infantile. À y regarder de près, nous découvrons comment la théorisation devient facilement un jeu, un chant dans le noir, substitut des cris de la peur. Alors la théorie devient masque, dénégation face à la mort, cette face obstinée qui est aussi négation du vieillissement; peut-être est-ce là l'ultime refuge de la fin inéluctable.
16. Il arrive que le diagnostic signe une démission; cela donne la représentation d'une volonté opposée à une autre volonté qui refuse de plier. En matière de psychologie humaine, les

choses ne se posent pas ainsi: on ne change pas l'autre. Si l'idée de l'homme nouveau a quelque champ où s'exercer, ce n'est pas le nôtre. Nous ignorons ce qui peut, ce qui a vraiment changé chez l'autre. Seul son témoignage nous en laisse-t-il parfois entrevoir quelque chose.

Summary

When a patient's hardship is presented to a therapist as an unpleasant experience as much as a desired state, interest in the former's suffering tends to decrease. Furthermore, repetitive anecdotes and the refusal to collaborate isolate the therapist in a position of sadistic silence. During these moments when imagining and theorizing merge, therapists seek to protect themselves against doubt and irritability. The authors argue that they should avoid changing patients and basing strategies on a diagnostic. Instead, rather than struggle with the structure in which they work, therapists should confront the process during which their own feelings and interview tactics are at play.