

UNIVERSITÉ PARIS XIII – SORBONNE PARIS NORD

École doctorale Érasme

---

**L'impact de la réalité externe sur la relation thérapeutique : Expériences partagées,  
contre-transfert et créativité dans la pratique psychothérapeutique**

---

THÈSE DE DOCTORAT

présentée par

**Rose Marie Nassif**

UTRPP - Unité transversale de recherche en psychogénèse et psychopathologie

pour l'obtention du grade de  
DOCTEUR EN PSYCHOLOGIE

Dirigée par

**Professeur Marie Rose Moro**

Université Paris Cité

Soutenue le 11 décembre 2024

Devant le jury d'examen constitué de :

**Pr Myrna Gannage**, Université Saint Joseph de Beyrouth, Rapporteur

**Pr Garine Papazian-Zohrabian**, Université de Montréal, Rapporteur

**Pr Khadija Chahraoui**, Université Paris VIII

**Pr Olivier Taïeb**, Université Paris Sorbonne Nord

**Pr Marie Rose Moro**, Université Paris Cité, Directrice de thèse

**Mme Mayssa' El Hussein**, Université de Picardie Jules Verne, co-encadrante de thèse

## **Titre**

L'impact de la réalité externe sur la relation thérapeutique : Expériences partagées, contre-transfert et créativité dans la pratique psychothérapeutique.

## **Résumé**

Cette thèse explore l'influence des crises extérieures (pandémie de Covid-19, crise économique, instabilités politiques, explosion du port de Beyrouth) sur la pratique psychothérapeutique et psychanalytique. Face à l'intrusion de ces réalités imprévisibles dans le cadre, l'étude examine, comment psychothérapeutes et psychanalystes parviennent à préserver leur posture d'écoute et de contenance, tout en étant eux-mêmes affectés par ces événements, au même titre que leurs patients.

Cette recherche qualitative explore l'évolution des réactions contre-transférentielles dans la clinique du trauma et en contexte de crise, ainsi que les ajustements de cadre face à ces situations extrêmes. Elle s'appuie sur des entretiens menés au Liban, en France, en Italie et au Brésil, pour explorer l'impact de ces crises sur la relation thérapeutique, le cadre et le vécu des thérapeutes.

Trois axes théoriques structurent cette étude : l'évolution du concept de contre-transfert, l'adaptation du cadre et du métacadre en temps de crise, et l'exploration du trauma, à la fois individuel et collectif. Les résultats montrent que ces événements imposent aux thérapeutes des ajustements créatifs, transformant les contraintes externes en opportunités d'adaptation pour maintenir la continuité du travail clinique.

Cette thèse ouvre ainsi la voie à de nouvelles perspectives pour la pratique psychothérapeutique, en particulier dans des contextes de crise, et propose des pistes pour une meilleure compréhension des enjeux liés à l'intrication du cadre thérapeutique avec la réalité extérieure. Elle invite également à poursuivre la recherche sur les transformations créatives imposées par ces contextes exceptionnels.

## **Mots-clés**

Covid-19, cadre, trauma, crise, contre-transfert, recherche qualitative.

**Title**

The impact of external reality on the therapeutic relationship: shared experiences, countertransference and creativity in psychotherapeutic practice.

**Abstract**

This thesis explores the influence of external crises (Covid-19 pandemic, economic crisis, political instabilities, Beirut port explosion) on psychotherapeutic and psychoanalytic practice. Faced with the intrusion of these unpredictable realities into the setting, the study examines how psychotherapists and psychoanalysts manage to maintain their posture of listening and containment, while themselves being affected by these events in the same way as their patients. This qualitative research explores the evolution of counter-transferential reactions in the trauma clinic and in crisis contexts, as well as framework adjustments in the face of these extreme situations. It is based on interviews conducted in Lebanon, France, Italy and Brazil, to explore the impact of these crises on the therapeutic relationship, the setting and the therapists' experiences.

The study is structured around three theoretical axes: the evolution of the concept of counter-transference, the adaptation of the framework and meta-framework in times of crisis, and the exploration of trauma, both individual and collective. The results show that these events impose creative adjustments on therapists, transforming external constraints into opportunities for adaptation to maintain the continuity of clinical work.

This thesis thus opens the way to new perspectives on psychotherapeutic practice, particularly in crisis contexts, and suggests avenues for a better understanding of the issues involved in the entanglement of the therapeutic setting with external reality. It also invites further research into the creative transformations imposed by these exceptional contexts.

**Key words**

Covid-19, setting, trauma, crisis, counter-transference, qualitative research.

## REMERCIEMENTS

*A Madame le Professeur Marie Rose Moro*

*Merci pour votre accompagnement sincère et véritable. Grâce à votre présence constante et à vos conseils éclairés, j'ai pu surmonter les obstacles et les moments de découragement pour mener ce travail à terme. Vous m'avez insufflé le goût pour la recherche tout en m'encourageant à préserver mon identité de psychanalyste. Merci infiniment pour votre soutien précieux.*

*A Mayssa' El Husseini,*

*Merci pour ton soutien indéfectible tout au long de cette aventure, depuis ses prémices alors que j'étais encore au Liban jusqu'à ce jour de soutenance. Ta présence à la fois discrète et encourageante, ni trop ni pas assez, m'a permis de trouver le bon rythme pour poursuivre ce travail. Ta générosité et ton amitié m'ont été d'une aide inestimable. Merci pour tout.*

*A Madame le Professeur Myrna Gannage,*

*C'est un immense honneur de te compter parmi les juges de cette thèse, malgré les défis posés par la guerre et les lourdes responsabilités que tu portes en tant que doyenne. Ta présence, même à distance, me touche profondément, d'autant plus que tu as été ma professeure à l'USJ lorsque j'étais encore étudiante en psychologie. Je te remercie pour l'attention que tu portes à mon travail*

*A Madame le Professeur Garine Papazian-Zohrabian,*

*Je suis particulièrement heureuse que nos chemins se soient croisés à nouveau, malgré la distance, dans cette aventure de recherche qui nous tient tant à cœur. Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse et pour tes encouragements précieux qui ont jalonné ce parcours. Ton soutien et ton amitié m'ont été d'une grande aide.*

*A Madame le Professeur Khadija Chahraoui,*

*Je vous exprime ma profonde reconnaissance pour avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Votre expertise dans le domaine du traumatisme a grandement enrichi mon travail et apporté une perspective précieuse. Je tiens également à vous remercier pour votre suivi attentif et vos conseils éclairés lors des réunions du comité de suivi au cours de ces deux dernières années. Vos interventions ont été déterminantes pour l'avancement et la réussite de ce projet.*

*A Monsieur le Professeur Olivier Taïeb,*

*Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté avec bienveillance de faire partie du jury et d'évaluer mon travail de thèse. Votre expertise dans le domaine du traumatisme, de sa transmission, et de l'approche transculturelle sera précieuse pour nourrir les réflexions et enrichir les discussions lors de cette soutenance. Votre présence est un véritable honneur.*

*À toute l'équipe de recherche : Mathilde, Elisabetta, Gabriel, Layla, Tonnie et Nour,  
Ce projet n'aurait jamais pu voir le jour sans vous. Votre dévouement, vos contributions et le  
temps que vous avez consacré à son développement et à sa mise en œuvre ont été essentiels  
pour faire de cette recherche un succès, et pour lui donner une dimension internationale.  
Merci encore pour tout. J'espère que cette collaboration ne sera que le début de nombreuses  
autres à venir.*

*À mes collègues,  
Merci d'avoir contribué à la construction de mon identité professionnelle et de m'avoir  
soutenu à travers votre présence et vos encouragements.*

*A mes amis présents dans les moments heureux et les autres.*

*A Fouad, Karim et Ralph à qui je dédie ce travail.*

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

## CADRE THEORIQUE

- 1- Sur le contre-transfert
  - 1-1 L'apparition du concept de contre-transfert
  - 1-2 L'évolution du concept de contre-transfert
  - 1-3 Le contre-transfert culturel
  
- 2- L'implication du cadre et du méta cadre dans la relation thérapeutique
  - 2-1 L'apparition du concept de cadre
  - 2-2 Du côté de l'Amérique latine
  - 2-3 En France
  - 2-4 Le cadre interne
  - 2-5 La notion de métacadre
  
- 3- Le traumatisme
  - 3-1 Le traumatisme psychique, apports psychanalytiques
  - 3-2 Le traumatisme et la relation thérapeutique
  - 3-3 Conceptions actuelles du traumatisme
  - 3-4 Le traumatisme entre l'individuel et le collectif

## METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

## PRESENTATION DES RESULTATS

- 1- Premier article  
Résultats des participants libanais
  
- 2- Deuxième article  
Résultats globaux de la recherche
  
- 3- Troisième article  
Imprévu et improvisation

## DISCUSSION

## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

## BIBLIOGRAPHIE

## ANNEXES

# **INTRODUCTION**

« Il est 20h, j'entends les enfants dévaler le corridor, attraper une marmite et une cuillère en bois de la cuisine pour sortir rejoindre les voisins qui comme chaque soir depuis le début de la révolution tapent dans les marmites dont le bruit résonne dans tous les coins du Liban. Cette cacophonie en temps normal m'aurait mis les nerfs en boule et j'aurais certainement réagi pour les ramener à l'ordre. Néanmoins, le son des marmites s'est transformé en symphonie depuis le début de la révolution. Une symphonie palpitante, qui fait chaud au cœur... » Extrait du texte *Au son des marmites* (FEP, Vienne, 2022)

Les prémices de ce travail de recherche ont émergé à partir de questionnements sur la continuité et la survie de mon travail de clinicienne au début de la révolution au Liban en octobre 2019. L'angoisse mêlée à l'espoir me pousse à écrire un texte que je soumetts à la *Fédération européenne de psychanalyse* dans le cadre de leur congrès annuel sur le thème *Réalités*. Ce texte aborde des questionnements soulevés à partir de situations cliniques vécues lors des premiers événements de cette révolution :

Comment conserver la fonction de l'espace analytique lorsque la réalité extérieure est présente d'une manière aussi fracassante ? Comment protéger l'invariance du cadre lorsqu'il est soumis à des situations imprédictibles (blocage de routes, fermeture des agences bancaires, confinement...) ? Comment continuer à assurer une écoute de la réalité psychique lorsque l'analyste et l'analysant sont aux prises avec une même réalité extérieure ? En d'autres termes, comment rester psychanalyste dans ces conditions ?

Des événements majeurs se succèdent et bouleversent le pays : la crise économique, la crise sanitaire (Covid-19), et l'explosion du port de Beyrouth le 4 août 2020.

La réalité m'amène à quitter le Liban et à m'installer en France, ce qui me permet de m'inscrire en thèse.

Ce travail de thèse s'inscrit dans le cadre d'une recherche plus large, dirigée par Mayssa' El Hussein et Marie Rose Moro (CER U-Paris N° IRB : 00012020-65) et qui donne suite aux travaux autour de la question du contre-transfert dans la clinique du trauma. Deux résultats ont motivé le choix d'élargir le terrain de notre recherche permettant ainsi de les complexifier :

- l'impact du contexte et du méta-cadre sur les réactions contre-transférentielles dans la clinique du trauma (El Hussein et al., 2016)
- les mouvements spécifiques du contre transfert dans les terrains de crises et la clinique du trauma (El Hussein, 2016).

Dans un contexte de crise sanitaire due au Covid-19, nous vivons collectivement des transformations politiques, économiques et sociales qui impactent nos subjectivités. Cette intrication de l'intime et du collectif trouve une résonance dans la rencontre avec les patients. Au cours d'une discussion Mayssa' El Hussein propose d'élargir le contexte de la recherche et de l'étendre à d'autres pays (la France, l'Italie, le Brésil), afin d'avoir une perspective plus large sur l'impact des crises selon le contexte dans lequel elles surviennent. Cette mise en perspective permet d'affiner notre compréhension de l'intrication du méta-cadre dans la relation transféro-contre-transférentielle en tenant compte des différences culturelles. Le projet de recherche dans lequel s'inscrit mon travail de thèse prend forme.

Ce projet de recherche est né ainsi des interrogations cliniques issues de notre pratique psychothérapeutique et psychanalytique, ainsi que des ajustements imposés par la pandémie du Covid-19 (distanciation du patient, arrêt des séances, confinement, téléconsultations, etc.). Nous nous intéressons également aux changements dans la forme et la qualité du cadre thérapeutique que nous proposons.

Nous explorons :

- L'impact de la réalité externe sur le vécu et le contre-transfert des thérapeutes.
- L'implication du cadre et du métacadre dans la relation thérapeutique, en particulier en contexte de crise.
- L'impact traumatique de cette réalité externe et les résurgences traumatiques chez les thérapeutes.
- La contrainte créatrice, ou comment le changement de cadre impose des transformations créatives dans la pratique thérapeutique.

Ainsi, ce travail de thèse se situe à l'intersection des transformations sociétales globales et des dynamiques internes des relations thérapeutiques, cherchant à comprendre comment ces dimensions interagissent et influencent la pratique clinique.

Nous avons structuré notre réflexion autour de trois axes théoriques principaux. Le premier axe explore l'évolution du concept de contre-transfert, depuis son apparition dans les premières théories psychanalytiques jusqu'à ses déclinaisons contemporaines, notamment dans des contextes culturels spécifiques. Le second axe est consacré à l'étude du cadre thérapeutique et de son évolution, avec une attention particulière portée aux apports des courants psychanalytiques français et latino-américains, et à la notion de métacadre. Enfin, le troisième axe examine le traumatisme, tant dans ses dimensions individuelles que collectives, en intégrant les théories psychanalytiques classiques et les approches plus récentes, notamment dans des contextes sociétaux marqués par des crises.

La section sur la méthodologie de la recherche détaille les approches et les techniques utilisées pour recueillir et analyser les données de cette étude, assurant la rigueur et la fiabilité des résultats obtenus.

La présentation des résultats est subdivisée en trois articles distincts. Le premier article présente les résultats spécifiques des participants libanais, offrant une perspective culturelle unique. Le deuxième article propose une vue d'ensemble des résultats globaux de la recherche, permettant de tirer des conclusions généralisables. Le troisième article traite des thèmes de l'imprévu et de l'improvisation.

La discussion met en perspective les résultats obtenus avec les théories existantes, en soulignant les implications pour la pratique clinique et les orientations futures de la recherche.

Enfin, la conclusion synthétise les principaux apports de cette thèse, soulignant les contributions théoriques et pratiques, et propose des pistes pour des recherches futures.

# **CADRE THÉORIQUE**

# 1- Sur le contre-transfert

Une première thématique que nous explorons auprès des participants à la recherche est l'impact sur leur contre-transfert de la réalité extérieure commune.

J.C. Rouchy (2005) insiste sur le lien entre l'individu et le collectif, tout comme R. Kaës (2013) à travers l'articulation des trois espaces psychiques : intra subjectif, intersubjectif et celui du sujet avec les formations complexes. Kaës ajoute un quatrième espace psychique le transsubjectif, Cet espace englobe les structures sociales, culturelles et religieuses, ainsi que les récits collectifs comme les mythes, les idéologies et les utopies. Il s'agit d'un espace où les subjectivités individuelles se rencontrent, se superposent et se transforment mutuellement, générant ainsi une dynamique psychique propre à la collectivité. A travers le concept d'alliances inconscientes, notamment le pacte dénégatif (Kaës, 2009) et celui de contrat narcissique qu'il emprunte à P. Aulagnier (1975), il propose des organisateurs structurants les liens entre l'individu, sa lignée familiale mais aussi son environnement culturel. Lorsque le social est fragilisé, le sujet en est impacté.

Les violences sociales ou violences d'états ont marqué l'histoire de la civilisation et n'ont pas épargné le XXème siècle. S. Freud s'interrogeait déjà sur les liens destructeurs qui peuvent exister entre l'homme et la civilisation, affirmant le lien étroit entre le sujet, la société et la culture (1930). Les développements réalisés par des analystes ayant vécu, et donc pratiqué leur activité professionnelle, dans des pays où la violence d'état régnait, éclairent l'incidence de la désorganisation groupale/sociétale sur le contre-transfert. Il est des situations où les expériences de violence se partagent entre patient et analyste et contribuent à la fragilisation des cadres et des frontières entre patient et thérapeutes lorsque la violence attaque l'enveloppe sociétale (Laroche-Joubert, 2017). « Si nos pensées et nos associations sont entravées par l'imprévisibilité de la succession des attentats, des tueries de masse, des assassinats parfois ciblés, comment et dans quelles conditions recevoir les patients ? [...] Quelle asymétrie reste-t-il entre le patient et l'analyste, tous deux plongés dans un monde hors fantasmes ? » (Kac Ohana, 2017). J. Puget et L. Wender (1982) proposent le terme de « Mondes superposés » pour caractériser ces situations. Il y existerait, ainsi, un risque de distorsion et de transformation dans l'écoute et la fonction analytique lorsque des faits traumatiques se retrouvent dans le matériel de séance (Puget, 1989). Lorsqu'il s'agit d'angoisses partagées et de phénomènes naturels qui fragilisent l'enveloppe sociétale, il est crucial d'examiner l'impact sur le contre-transfert des thérapeutes et sur la continuité des soins.

## 1-1 L'apparition du concept de contre-transfert

Rappelons d'abord la définition de Laplanche et Pontalis (1967, p.103) : « Ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et particulièrement au transfert de celui-ci ». Une définition partagée par la communauté analytique.

S. Freud, qui a analysé longuement la notion de transfert dans ses œuvres, a également abordé de manière ponctuelle un autre phénomène : le contre-transfert. Chez Freud, cette notion est principalement définie en termes négatifs. Le contre-transfert est considéré comme un élément provenant de l'analyste qui pourrait perturber le processus thérapeutique. Le terme « contre-transfert » apparaît pour la première fois dans le texte de Freud intitulé « Les chances d'avenir de la thérapie psychanalytique », présenté au Congrès de Nuremberg en mars 1910. Dans ce texte, Freud écrit : « Nous sommes devenus attentifs au 'contre-transfert' qui s'installe chez le médecin de par l'influence du patient sur la sensibilité inconsciente du médecin et nous ne sommes pas loin d'avancer l'exigence que le médecin doive obligatoirement reconnaître et maîtriser ce contre-transfert. Nous avons remarqué [...] que chaque psychanalyste ne va qu'aussi loin que le permettent ses propres complexes et résistances internes, et nous réclamons par conséquent qu'il commence son activité par son autoanalyse et approfondisse continuellement celle-ci au fur et à mesure de ses expériences avec le malade » (Freud, 1910, p.67). Pour Freud, le contre-transfert se manifeste chez le médecin sous l'influence du patient, affectant les sentiments inconscients de ce dernier. Il souligne l'importance pour l'analyste de reconnaître et de maîtriser ces réactions contre-transférentielles pour éviter d'entraver le processus analytique. Freud insiste sur le fait que l'efficacité d'un psychanalyste est limitée par ses propres complexes et résistances internes. Par conséquent, il préconise que l'analyste commence son travail par une auto-analyse et continue de l'approfondir au fur et à mesure de ses expériences avec les patients.

En 1914, Freud aborde de nouveau le sujet du contre-transfert dans ses écrits. Il met en garde les analystes contre des conduites sexuelles susceptibles d'être provoquées par l'« amour de transfert » manifesté par le patient. Il s'agit de prévenir les comportements inappropriés qui pourraient surgir en réponse aux sentiments transférés par le patient vers l'analyste.

La nécessaire reconnaissance et l'élaboration du contre-transfert dans sa dimension inconsciente, présentes dans la définition de 1910, devront attendre presque quarante ans pour se développer véritablement (Denis, 2006).

Ferenczi a été le premier à véritablement approfondir cette notion après Freud. Fin 1918, après le 5<sup>e</sup> Congrès de Psychanalyse à Budapest (où Freud présenta « Perspectives d'avenir de la thérapie analytique »), Ferenczi prononce une conférence dans le cadre de l'Association psychanalytique hongroise sur « La technique psychanalytique », conférence dont la dernière partie porte sur la « Maîtrise du contre-transfert ». Il souligne la difficulté à gérer le contre-transfert et ses paradoxes.

Il insiste sur le fait que l'analyste doit « doser » sa sympathie et éviter de se laisser dominer par ses propres émotions, car cela entraverait « l'accueil et l'assimilation des données analytiques ». A partir de là s'est imposée la deuxième règle fondamentale de la psychanalyse, à savoir la nécessité que le futur analyste soit lui-même analysé aussi complètement que possible. Ferenczi a particulièrement insisté sur ce point. Il était très attentif au fait que les patients pouvaient ressentir comme perturbants certaines dispositions inconscientes de l'analyste à leur égard. Toutefois, d'autres dispositions de l'analyste demeuraient pour lui incontournables afin de dégager le processus analytique de la répétition traumatique : le tact, le « sentir avec » (l'empathie), la permissivité, la souplesse et l'élasticité de la technique en sont les principales, Ferenczi alla même jusqu'à pratiquer ce qu'il appela « l'analyse mutuelle » où l'analyste verbalisait en présence de son patient les associations qui pouvaient lui venir concernant ses propres réactions. Cet aspect de sa technique posa beaucoup de difficultés et fut abandonné (Chemama, 1998 ; Bokanowski, 2006).

## 1-2 L'évolution du concept de contre-transfert

Tout comme le concept de transfert, celui de contre-transfert prend des sens divers.

« De larges variations se rencontrent, certains auteurs entendant par contre-transfert tout ce qui, de la personnalité de l'analyste, peut intervenir dans la cure, d'autres limitant le contre-transfert aux processus inconscients que le transfert de l'analysé induit chez l'analyste » (Laplanche et Pontalis, 1967, p.103).

Progressivement le concept de contre-transfert se développe et s'enrichit de trois courants d'influences (Denis, 2006) : un courant inspiré de la méfiance freudienne envers les déviations contre-transférentielles, mettant l'accent sur le rôle de l'analyste en tant que miroir et utilisant la métaphore du chirurgien, mais intégrant de plus en plus la dimension du transfert de l'analyste vers le patient ; un courant ferenczien soulignant le rôle actif de l'analyste dans le processus analytique et la possibilité de transmettre certains sentiments de l'analyste au patient ; et l'influence kleinienne, approfondissant la compréhension du transfert et du contre-transfert en mettant en lumière leur aspect projectif et en les décrivant à travers le concept d'identification projective.

Kernberg (1965) distingue deux approches opposées du concept de contre-transfert.

La première, dite « classique », définit le contre-transfert comme la réaction inconsciente de l'analyste au transfert du patient. Cette perspective reste fidèle à la conception initiale de Freud, qui recommandait que l'analyste surmonte son contre-transfert. Dans cette approche, les conflits névrotiques de l'analyste sont considérés comme la principale source du contre-transfert.

La seconde approche, dite « totalisante », considère le contre-transfert comme la réaction affective globale de l'analyste face à un patient durant le traitement. Selon cette école de pensée, les réactions conscientes et inconscientes de l'analyste sont des réponses à la réalité du patient ainsi qu'à ses transferts, et elles sont influencées par les besoins réels et névrotiques de l'analyste. Cette approche élargit la définition du contre-transfert et en préconise une utilisation technique plus active, considérant toutes les réactions affectives de l'analyste comme des outils potentiels pour mieux comprendre le patient. Certains partisans de cette approche vont jusqu'à intégrer les effets du contre-transfert dans le travail analytique.

*Le contre-transfert comme outil technique- H. Racker*

En 1948, Heinrich Racker présente à l'APA un article novateur intitulé « Observations sur le contre-transfert comme outil technique ». Il y décrit le transfert et le contre-transfert comme un dialogue intense et continu, essentiel au déroulement du traitement analytique. Rejetant l'idée de la neutralité de l'analyste, Racker considère le contre-transfert comme une boussole, alertant l'analyste sur les dynamiques du patient et de la thérapie.

La même année, il publie un deuxième article, « Une contribution au problème du contre-transfert », également bien accueilli et publié dans *L'International Journal of Psychoanalysis*. Racker différencie les identifications contre-transférentielles en deux types : concordantes, où l'analyste empathise avec les sentiments du patient, et complémentaires, où l'analyste s'identifie aux objets internes du patient. Ces travaux, influencés par la tradition kleinienne, ont eu un impact majeur sur la théorie clinique en psychanalyse, en soulignant l'importance du contre-transfert comme outil technique.

*Le contre-transfert pour explorer l'inconscient du patient- P. Heimann*

À la même époque que Heinrich Racker développait ses idées sur le contre-transfert, Paula Heimann proposait des concepts similaires sans connaissance de ses travaux. En 1949, elle a présenté au congrès de l'API à Zurich une communication affirmant que la réponse émotionnelle de l'analyste est cruciale dans la situation analytique. Heimann considère le contre-transfert comme un instrument essentiel pour explorer l'inconscient du patient. Elle utilise le terme de contre-transfert pour désigner la totalité des sentiments que l'analyste éprouve envers son patient. Elle soutient que la réponse émotionnelle de l'analyste est son outil de travail le plus important, permettant de pénétrer l'inconscient du patient. Elle postule que l'inconscient de l'analyste comprend celui du patient, et que les sentiments ressentis par l'analyste servent à vérifier cette compréhension à travers le contre-transfert

*Le contre-transfert comme indicateur des perturbations névrotiques de l'analyste- D. Winnicott*  
Winnicott a publié deux textes explicitement consacrés au contre-transfert. Il s'agit des textes « La haine dans le contre-transfert » (1947) et « Le contre-transfert » (1960), parus dans le volume *De la pédiatrie à la psychanalyse*.

Le psychanalyste britannique a critiqué la polysémie du terme contre-transfert, affirmant qu'il serait temps de revenir à son usage original. Selon lui, ce terme devrait désigner uniquement les éléments névrotiques qui entravent l'attitude professionnelle et perturbent le processus analytique tel que déterminé par le patient. Winnicott a insisté sur une définition plus restreinte, se référant uniquement aux perturbations névrotiques de l'analyste. Cependant, il reconnaissait également l'importance des réponses émotionnelles de l'analyste, y compris les sentiments négatifs comme la haine, qu'il jugeait nécessaires à explorer pour une compréhension plus profonde du patient.

### *Le contre transfert ou la démission de l'analyste – J. Lacan*

Il est bien connu que Lacan a critiqué dès le départ les positions qui soutenaient le contre-transfert. Dans « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », publié en 1958, Il souligne, dès le premier paragraphe, ce qu'il appelle l'« impropriété conceptuelle » de la notion de contre-transfert. Il va plus loin et évoque une « démission de l'analyste ». Lacan insiste sur l'indépendance du déroulement de l'analyse par rapport au psychisme de l'analyste. Il affirme que « ce qu'il y a de certain, c'est que les sentiments de l'analyste n'ont qu'une place possible dans ce jeu : celle du mort ; et qu'à le ranimer, le jeu se poursuit sans qu'on sache qui le conduit. » (Lacan, 1966, *Écrits*, p.585) En d'autres termes, tout doit émaner du patient, l'analyste devant rester en retrait pour ne pas perturber le processus analytique.

### *Interdépendance du transfert et du contre transfert- L De Urtubey*

Louise De Urtubey propose une vision complexe et intégrée du contre-transfert, où la relation analysante est co-crée par les deux protagonistes : l'analyste et le patient. Elle reprend et développe plusieurs concepts fondamentaux pour approfondir la compréhension de ce phénomène crucial en psychanalyse.

De Urtubey s'appuie sur le concept de contre-transfert de base de Parat (1991), qu'elle renomme contre-transfert d'accueil. Ce dernier repose sur divers types d'identifications du thérapeute au patient : « identifications primaires à l'être humain ; œdipiennes secondaires contribuant aux phases de contre-transfert maternel ou paternel (dans les deux cas concernant ses parents et son ou ses anciens ou actuels analystes) ; hystériques, faisant leurs les problèmes et les symptômes du patient ; concordantes (avec le moi, le surmoi et/ou le ça du patient) ; complémentaires (avec les objets internes de celui-ci) » (2006, p.372).

À ces types d'identifications s'ajoutent également les traits de caractère de l'analyste et la qualité de résolution de ses propres conflits internes. Elle insiste sur la nécessité d'une auto-analyse ou d'une analyse par un tiers pour maîtriser et comprendre ces dynamiques.

Selon De Urtubey, transfert et contre-transfert sont interdépendants et se modulent mutuellement au cours de la relation analytique. Cette rencontre intime permet d'ouvrir l'accès à la communication des inconscients, favorisée par la régression et la réactualisation de traumatismes et de séduction inconscients. L'analyste doit répondre à ces résurgences en travaillant avec les divers mécanismes d'identifications.

Dans certaines situations, l'analyste peut être envahi par les projections intenses des pulsions archaïques destructrices du patient. Ces moments nécessitent une capacité accrue de contenance et de transformation. De Urtubey insiste sur l'importance de l'auto-analyse pour gérer les *contre-transferts troublants*, particulièrement lorsqu'ils résonnent avec des problématiques conscientes ou inconscientes non résolues de l'analyste. Face à des traces traumatiques réveillées, une auto-analyse appropriée permet de résoudre ces dynamiques complexes et de maintenir une relation analytique thérapeutique.

### 1-3 Le contre-transfert culturel

Le contre-transfert culturel est une dimension essentielle et complexe de la relation thérapeutique, particulièrement dans un contexte de diversité culturelle. Bien que relativement peu explorée dans la littérature psychanalytique, plusieurs auteurs ont apporté des contributions significatives sur ce sujet.

Georges Devereux a été l'un des premiers à aborder la dimension culturelle du contre-transfert. Dans *Psychothérapie d'un indien des plaines* (1951), il explique comment le thérapeute peut être assigné à une place spécifique dans l'imaginaire culturel du patient, influençant ainsi la dynamique transféro-contre-transférentielle. Devereux souligne l'importance de l'analyse des aspects culturels de la relation pour comprendre les projections et identifications projectives, permettant à l'analyste de distinguer ce qui émane du patient de ce qui provient de lui-même. Dans *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (1967), Devereux définit le contre-transfert comme la somme des déformations affectant la perception et les réactions de l'analyste envers son patient, influencées par les besoins, souhaits et fantasmes inconscients de l'analyste. Il met en évidence comment les altérations culturelles peuvent induire fascination et angoisse chez l'analyste, mobilisant des résistances professionnelles et culturelles.

Tobie Nathan (1986) désigne par contre-transfert culturel les réactions du clinicien face aux caractéristiques culturelles de son patient, élargissant cette notion à « l'ensemble des réactions d'un homme qui rencontre un autre homme d'une autre culture et entre en relation avec lui ». Marie Rose Moro a recentré cette notion sur la clinique et propose une définition concise du contre-transfert culturel, aujourd'hui largement acceptée : « Les réactions du collectif qui est en nous au collectif qui est en l'autre » (Rouchon et al. 2009). Selon Moro (2011), ces réactions concernent l'identité sociale, professionnelle et culturelle du thérapeute, et s'appuient à la fois sur son histoire personnelle et sur l'histoire de la société à laquelle il appartient, incluant des éléments politiques, des rapports de force et des préjugés. Ces aspects englobent divers registres, tels que les registres représentationnel, cognitif, comportemental (Rouchon, 2007), ainsi que les dimensions sociale, historique et culturelle. Ces réactions peuvent être conscientes ou issues de l'inconscient culturel, représentant ce que l'individu partage avec la majorité des membres de sa culture (Devereux, 1970).

Le contre-transfert culturel exige une vigilance constante et une auto-analyse approfondie de la part des thérapeutes, prenant en compte la complexité et la spécificité des dimensions culturelles dans chaque rencontre thérapeutique. Lachal (2006), s'appuyant sur les travaux de Devereux, met en lumière la complexité du contre-transfert culturel et son importance dans la relation thérapeutique. Il utilise l'analyse du contre-transfert dans son travail avec les patients traumatisés, en identifiant un « scénario émergent », une réaction empathique qui prend naissance au contact du récit du patient et l'aide à sortir de la répétition post-traumatique. La prise en compte des dimensions culturelles et de l'ambivalence des réactions face aux pratiques culturelles et aux traumatismes permet d'améliorer la compréhension et la gestion du contre-transfert, facilitant ainsi une meilleure alliance thérapeutique et une prise en charge plus efficace des patients traumatisés.

## **2- L'implication du cadre et du méta cadre dans la relation thérapeutique**

La relation thérapeutique est profondément influencée par les notions de cadre et de métacadre, dont les fonctions de protection et de « holding » sont mises à l'épreuve dans des contextes de crise comme le passage au télétravail ou les situations d'urgence (guerre, catastrophes, épidémies). La permanence du cadre, à la fois matérielle et internalisée, est remise en question. Le télétravail, par exemple, perturbe le cadre traditionnel de la thérapie en transformant les lieux de consultation en environnements improvisés et parfois non neutres, affectant la confidentialité et la relation thérapeutique.

En temps de crise, les thérapeutes interviennent souvent dans des cadres altérés par rapport à leurs conditions de travail habituelles. Les consultations peuvent se dérouler dans des lieux imprévus, ce qui abolit l'espace tiers neutre et sécurisé habituellement offert par le cabinet. Cette situation est exacerbée par la pandémie de COVID-19, où la menace invisible du virus et ses conséquences incertaines créent un climat de peur et d'insécurité partagé par les patients et les thérapeutes.

Le contexte sécuritaire et les événements traumatiques, comme l'explosion du port de Beyrouth au Liban en août 2020, ajoutent une couche de complexité en fragilisant la fonction protectrice du cadre. Les réalités extérieures, souvent violentes et imprévisibles, s'imposent dans l'espace thérapeutique, influençant le contre-transfert et rendant la tâche du thérapeute encore plus ardue. Quand à la pandémie (Covid-19), elle entraîne également des répercussions politiques et sociétales qui exacerbent les crises existant dans certains pays, comme le Brésil avec Bolsonaro, les États-Unis avec Trump et le Liban, où les tensions préalables sont amplifiées. Les thérapeutes doivent alors composer avec ces réalités pour maintenir leur pratique, tout en étant eux-mêmes affectés par ces contextes. Le défi est de repenser le cadre pour continuer à assurer une relation thérapeutique efficace malgré ces bouleversements.

## 2-1 L'apparition du concept de cadre

Freud, dans ses écrits techniques, propose des conseils qui peuvent constituer une ébauche de cadre sans utiliser explicitement ce terme. Dans « Le début du traitement » (1913), il tente de rassembler quelques règles applicables au début du traitement, et qu'il présente comme des « conseils » aux analystes praticiens (voir aussi *Conseils aux médecins*, 1912). Freud y insiste sur l'importance du cadre temporel et du paiement des séances dès le début de la cure analytique, soulignant ainsi deux questions fondamentales : celle du temps et celle de l'argent. Winnicott est le premier à conceptualiser le cadre dans les années 1950, notamment dans « les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique » (1954), où il aborde la situation analytique (ou *setting*). Selon lui, il existe trois types de patients nécessitant des équipements techniques différents en raison de leur fonctionnement psychique : les patients freudiens, ceux pour qui la position dépressive est centrale et ceux qui nécessitent une profonde régression. Pour ces derniers, « le divan *c'est* l'analyste ; les coussins *sont* les seins, l'analyste *est* la mère... » (p.141) En 1956, Winnicott introduit le terme de « setting » (situation analytique en français) pour décrire l'ensemble des paramètres relatifs à la conduite de l'analyse. Il met l'accent sur la fonction maternelle du cadre, considérant la situation analytique comme une mère suffisamment bonne qui permet et accompagne la régression du patient grâce à la stabilité du cadre, assurant une continuité contenant face à la discontinuité du sentiment d'exister du malade.

## 2-2 Du côté de l'Amérique latine

José Bleger, psychiatre argentin influent dans la communauté psychanalytique d'Amérique Latine, développe une conception originale de la fonction du cadre en psychanalyse (1966). Il utilise le terme « situation psychanalytique » pour désigner l'ensemble des phénomènes qui se produisent dans la relation entre analyste et patient. Bleger distingue entre le processus, qui englobe les phénomènes à interpréter et à analyser selon les variables observées par Freud, et le cadre, qu'il décrit comme un « non-processus ». Ce dernier est constant et invariant, servant de condition préalable au développement du processus qui est mouvant et variable. Dans une situation idéale, le cadre est discret et « muet » . « Le cadre se maintient et a tendance à être maintenu (activement de la part du psychanalyste) comme invariable et aussi longtemps qu'il existe en tant que tel il semble ne pas exister ou il n'entre pas en ligne de compte, de la même manière que nous devenons conscients des institutions ou des relations humaines que lorsqu'elles font défaut, lorsqu'elles se bloquent ou ont cessé d'exister » (p.256).

S'inspirant de Winnicott, Bleger considère le cadre comme jouant un rôle similaire à celui de l'environnement maternel précoce, en fournissant une constance nécessaire pour le développement du moi. Il voit le cadre comme le réceptacle des aspects les plus primitifs de la personnalité du patient, notamment les éléments psychotiques, symbiotiques, non différenciés et archaïques. Pour Bleger le cadre est comme l'institution, à l'instar d'un « monde fantôme », une organisation primitive et peu différenciée, comme un non-Moi, sur lequel s'appuie le Moi.

Un an après la présentation de Bleger de son texte sur le cadre, Joel Zac présente à son tour un texte sur le sujet, *Cadre et acting-out. Relation semaine-fin de semaine*, dans lequel il définit le cadre comme un « ensemble de stipulations, explicites ou implicites, qui assurent, d'une part, un minimum d'interférences aux activités qui se développent entre patient et analyste... » (1968, p. 32).

Sa définition donne une image du cadre assez statique ; pourtant, quand il étudie la situation analytique il y inclut la théorie de l'analyste et le cadre lui-même. Le cadre ne serait pas une entité fixe ou universelle mais dépendrait de l'analyste et de la théorie à partir de laquelle il se positionne par rapport à la cure.

Etchegoyen partage avec Bleger la conception du cadre muet constituant un fond stable qui permet au processus de se dérouler (Etchegoyen, 1986). Toutefois il spécifie que le cadre porte une signification qu'on peut entendre au travers du matériel que le patient amène. De plus, toute rupture du cadre introduit de nouvelles configurations. Dans notre recherche, ces ruptures de cadre, souvent influencées par des éléments externes, montrent comment des facteurs extérieurs peuvent non seulement perturber le processus, mais ouvrir aussi en revanche de nouvelles dimensions dans la dynamique thérapeutique.

## 2-3 En France

En France, Donnet est le premier à écrire un texte entièrement consacré au cadre *Le divan bien tempéré* (1973). Pour lui, le cadre se fait oublier lorsque la symbolisation est opérante dans une cure. Lors de moments de désymbolisation, où l'interprétation peut ne plus avoir de prise, le cadre se révèle. « Le cadre est ce qui fonde le pouvoir de l'interprétation, l'interprétation ce qui fonde la légitimité du cadre » (Donnet, 1995, p.29). Il critique l'opposition entre l'aspect supposé invariant du cadre et l'aspect dynamique attribué au processus. Cette dialectique est soutenue par son élaboration du processus comme contenant du cadre. Il remplace l'opposition cadre/processus en proposant la notion de « site analytique » afin d'ouvrir la conception du cadre et y introduit la notion de « situation analysante » ; un couple qui prend le relais de l'opposition cadre/processus.

André Green (1974) enrichit la définition de la situation analytique proposée par Bleger en expliquant que cette situation englobe tous les éléments de la relation analytique dans laquelle un processus observable se déroule dans le temps, avec le transfert et le contre-transfert comme points centraux, facilitée par la définition et la délimitation du cadre analytique. Green approfondit cette conceptualisation en introduisant le concept de « triangulation généralisée à tiers substituable » (1984). Inspiré par l'intuition freudienne d'un cadre basé sur le modèle du rêve, Green affirme que « le cadre peut être dit gardien de l'analyse au sens où le rêve est le gardien du sommeil » (1984. p.119).

Il rejoint Winnicott quant à la fonction facilitatrice du cadre en y distinguant le travail avec les patients limites. Ces derniers obligent leurs analystes à passer de l'analyse du contenu à l'analyse du contenant, c'est-à-dire à l'analyse du cadre lui-même (1974). Outre la fonction maternelle du cadre analytique, Il souligne la fonction tierce du cadre, comparable à la fonction paternelle.

René Roussillon (1995) définit le cadre instauré par Freud comme une manifestation pratique d'une théorie de la symbolisation. Ainsi, le cadre établit les conditions d'une rencontre régie par un contrat symbolique, imposant des contraintes tant à l'analysant qu'à l'analyste, et fonctionnant comme une « loi » fondatrice d'un processus d'élaboration. Nous y retrouvons les limites nécessaires à tout travail de deuil et de symbolisation. Elles incluent les conditions de la rencontre (comme l'interdiction du toucher, la médiatisation par la parole seule, et la position de l'analyste hors du champ de vision du patient) ainsi que leur durée. Ces limites garantissent une interaction discontinue, alternant régulièrement entre présence et absence. Elles permettent ainsi de maintenir à la fois une présence attentive et réfléchissante, ainsi qu'une solitude en présence de l'autre.

## 2-4 Le cadre interne

La notion de cadre s'est enrichie de la notion du « cadre interne ». En 2002, une analyste argentine A.M. Alizade, est l'une des premières à en parler. Elle évoque les structures ou organisations internes qui se forment progressivement dans le psychisme de l'analyste lorsqu'il intègre la discipline psychanalytique. Ces structures, bien que souvent implicites, se manifestent à travers les règles fondamentales. Selon Alizade, le cadre interne englobe la capacité d'empathie, la sensibilité de l'analyste à son propre inconscient ainsi qu'à celui du patient, la communication et l'interaction entre les inconscients, ainsi que le développement de la créativité.

Dans un mouvement inverse, John Churcher en 2005 dans *Keeping the analytical setting in mind* avance que ce qui est constant, c'est le cadre dans l'esprit du psychanalyste. Il considère que le cadre interne est une sorte de rempart qui nous aide à veiller sur les conditions externes de la pratique.

Peu de temps après, Michael Parsons (2008) distingue la structure externe du cadre (cabinet, divan, paiement etc.) d'un cadre interne lié à l'identité d'analyste. Le cadre interne définit et protège une aire de l'esprit de l'analyste où tout ce qui arrive y compris dans le cadre externe peut être considéré d'un point de vue psychanalytique.

Dans un esprit winnicottien, le cadre interne serait une aire où les analystes peuvent s'écouter eux-mêmes en fonction du contre-transfert. La configuration extérieure de la situation analytique est largement connue : un bureau, un divan, un fauteuil ; des séances qui débutent et se terminent à des horaires précis ; des frais et leur règlement ; un calendrier des congés. Cependant, la situation analytique se manifeste également de manière interne comme une structure dans l'esprit de l'analyste.

Selon Parsons, tant que le cadre interne de l'analyste demeure intact, les écarts par rapport au cadre externe peuvent être interprétés en termes de signification analytique et intégrés dans l'analyse.

Ce cadre interne, qui résulte à la fois de l'intériorisation du cadre externe durant la propre analyse de l'analyste et de la pensée clinique développée à travers sa pratique, est essentiel (Green, 2011 in Urribarri, 2013). Selon Green (2006), il constitue un fondement de l'identité psychanalytique et un objet interne central à la pratique analytique. La reconnaissance de ce cadre interne permet de choisir les dispositifs thérapeutiques adaptés aux particularités des patients présentant des structures cliniques complexes (Green, *Ibid.*).

## 2-5 Le Métacadre

Comme nous l'avons mentionné plus haut en introduisant notre recherche, cadres et métacadres influencent fortement la relation thérapeutique. Dans les situations de crise et de rupture dans la continuité de la vie psychique, les métacadres se révèlent.

René Kaës introduit en 2012 la notion de métacadre, définie comme le cadre du cadre clinique. Il distingue entre les formations métapsychiques et métasociales, qui représentent des espaces et dispositifs en arrière-plan, jouant des rôles d'étayage, de soutien, de garantie et de cadre structurant. Les formations métapsychiques, quant à elles, se rapportent à des alliances inconscientes, qu'elles soient structurantes et fondatrices ou bien défensives et pathogènes. Elles occupent une position *méta* par rapport aux formations de l'espace intrapsychique. Ces métacadres sont généralement implicites et ne deviennent visibles qu'en cas de défaillance ou de désorganisation. En revisitant les travaux de Bion, Pichon-Rivière, Bleger, Anzieu et Gibelot, Kaës développe les concepts de conteneur et métaconteneur en relation avec le métacadre. Le conteneur est une fonction qui permet de contenir et transformer des éléments psychiques, tandis que le métaconteneur est le contexte qui rend possible l'existence et l'efficacité du conteneur. (2012)

Chapelier (2016) reprend cette idée et explique que « le niveau méta introduit conjointement une continuité et une distance entre deux niveaux logiques ». Un métaconteneur, par sa présence, assure une continuité spatio-temporelle sous-jacente à tout travail psychique. C'est lorsque cette continuité est perturbée, lors de crises, de ruptures, de défaillances ou de désorganisations de la vie psychique, que les métacadres « se révèlent ». En ces moments de perturbation, la réalité extérieure impacte le cadre, ses fonctions et le lien transféro-contre-transférentiel, mettant à mal la fonction « conteneur » dans ses dimensions de contenance et de transformation.

Pour Kaës (2012), ces capacités sont précaires et menacées lorsque les métaconteneurs et les métacadres font défaut, lorsqu'ils ont été détruits ou lorsqu'ils sont inappropriés. Ils révèlent toute l'importance de ce champ de la réalité psychique où s'articulent de manière si complexe l'inconscient et la culture » (p.657). Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, le métacadre de la relation thérapeute-patient a été profondément affecté (confinement, passage au télétravail, réaménagements du cadre.) Le métacadre a dû s'adapter pour inclure la gestion de la technologie, l'acceptation des distractions potentielles à domicile, et la redéfinition de l'espace thérapeutique virtuel.

Un élément important du méta-cadre, fortement créatif, innovant et solidaire, qu'il nous semble important à soulever reste évidemment le rapport à un modèle pratique et théorique commun. Cela contribue à la formation d'un idéal du moi professionnel dont l'écart ou la fragilisation affecte significativement les thérapeutes dans leur vécu contre-transférentiel.

### 3- Le traumatisme

Le concept de traumatisme est sans doute l'un des plus difficiles à définir en psychanalyse. Cette difficulté réside dans l'incertitude de ses frontières entre l'intérieur et l'extérieur, dans la dynamique complexe de l'excès, de la rupture et de la perte, ainsi que dans sa double fonction d'alarme et de protection, tout en étant capable de provoquer des effractions. C'est un phénomène dont la réalité et la source restent floues, et fascine les théoriciens depuis ses débuts dans le corpus analytique.

D'après Laplanche et Pontalis (1967, p.499), le traumatisme est « un événement de la vie psychique du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique ».

### 3-1 Le traumatisme psychique, apports psychanalytiques

Le traumatisme sexuel, selon la théorie psychanalytique de Freud, est initialement lié à la théorie de la séduction, qui reste prédominante jusqu'en 1920.

Dans ses premiers travaux, notamment *l'Esquisse d'une psychologie scientifique* (1895) et les *Études sur l'hystérie* (1895b) avec Breuer, Freud propose une temporalité du traumatisme psychique, structuré en deux temps : un événement sexuel précoce est réactivé à un âge plus avancé, provoquant un traumatisme psychique. En 1897 (dans une lettre à Wilhelm Fliess), il abandonne sa *Neurotica* (la théorie de la séduction comme cause principale des névroses) et considère désormais que c'est le fantasme, et non un événement réel de séduction, qui joue le rôle central dans la formation des névroses. Dans une deuxième phase de sa réflexion (1905-1920), Freud associe les situations traumatiques aux fantasmes originaires (séduction, castration, scène primitive, complexe d'Œdipe) et aux angoisses qui leur sont liées. Le traumatisme est perçu comme résultant de la pression des pulsions sexuelles sur le Moi et de la lutte interne qui en résulte. Les conflits psychiques et les traumatismes sont interprétés en termes de fantasmes inconscients et de réalité psychique interne.

À partir de 1920, le concept de traumatisme en psychanalyse évolue et devient emblématique des impasses économiques de l'appareil psychique. Freud décrit le traumatisme comme une « effraction du pare-excitation », illustrant une rupture des mécanismes de défense psychique. La *détresse du nourrisson* (*Hilflosigkeit*) devient le paradigme de l'angoisse de débordement, où le signal d'angoisse échoue à protéger le moi contre des excitations excessives, qu'elles soient externes ou internes.

Dans les années suivantes, notamment dans « Inhibition, symptôme et angoisse » (1926), Freud propose une nouvelle théorie de l'angoisse, soulignant le lien entre traumatisme et perte d'objet, introduisant ainsi la question des relations d'objet, qui deviendra centrale en psychanalyse.

L'un des apports majeurs dans la théorie psychanalytique du trauma vient de Ferenczi, qui met l'accent sur la dimension relationnelle du traumatisme.

Il propose que l'origine du trauma n'est pas seulement liée aux conséquences d'un fantasme de séduction, mais aux avatars d'un certain type de destin libidinal lié aux *expériences primaires du sujet avec l'objet*. Il est la traduction d'une absence ou une série d'absences, de réponse adéquate de l'objet face à une situation de détresse. Par conséquent, l'intériorisation d'un objet primaire défaillant entraîne une sensation de détresse primaire qui se réactive à la moindre occasion toute la vie durant (Ferenczi, 1934).

Pour Ferenczi, le traumatisme est donc précoce. Il est la résultante soit d'un *viol psychique* de l'enfant par l'adulte, soit d'une *confusion de langues* entre ceux-ci, soit encore d'un *déni* par l'adulte du *désespoir* de l'enfant (Ferenczi, 1933).

Ferenczi, conduit par ses intuitions cliniques a été amené à découvrir l'importance du trauma en tant que conséquence des traumatismes primaires lesquels entravent les processus de liaison pulsionnelle tout en organisant une défaillance dans la constitution du narcissisme, entraînant d'importantes carences représentatives.

Malgré ce qui a pu sembler être à la communauté analytique une rupture entre Freud et Ferenczi, il est possible de considérer que les développements les plus récents de Freud ont été influencés par les idées avancées par Ferenczi entre 1927 et 1933. En effet Freud, dans ses travaux ultérieurs, notamment dans *L'Homme Moïse* (1939), approfondit le concept de traumatisme en relation avec le narcissisme. Il décrit comment les blessures narcissiques, qui laissent une empreinte psychique profonde, peuvent être considérées comme des traumatismes. Ces blessures, initialement constitutives de l'organisation psychique, peuvent entraîner des atteintes précoces du Moi. De plus, Il distingue deux destins possibles pour le traumatisme. D'une part, il peut avoir un effet positif et organisateur : par des processus de répétition, remémoration et élaboration, le traumatisme peut être intégré de manière constructive dans la psyché, contribuant ainsi au développement et à l'organisation psychique. D'autre part, le traumatisme peut également avoir un effet négatif et désorganisateur. Il peut créer une enclave psychique, une sorte de « clivage » ou « État dans l'État », qui empêche toute transformation processuelle. Dans ce cas, le traumatisme devient destructeur, perturbant le fonctionnement psychique et empêchant l'intégration harmonieuse des expériences.

Les théories de Freud et de Ferenczi s'accordent sur une compréhension commune du traumatisme comme rupture psychique dépassant les capacités de tolérance du sujet, qu'il s'agisse d'une effraction narcissique, d'un manque de réponse de l'objet ou d'une rupture environnementale. Ces perspectives ont jeté les bases du développement de la psychanalyse contemporaine, influençant de nombreux auteurs post-freudiens, notamment Winnicott. Le traumatisme, selon lui, est intimement lié aux interactions précoces entre l'enfant et son environnement, particulièrement avec la figure maternelle. Winnicott souligne l'importance d'un environnement suffisamment stable et prévisible. Un traumatisme survient lorsque l'enfant est confronté à des ruptures dans cette continuité, par exemple, par des soins inconséquents ou absents (Winnicott, 1965).

Le traumatisme peut également résulter d'une intrusion soudaine ou imprévisible d'un événement réel, entraînant une réaction de haine qui brise l'objet idéalisé. L'enfant, confronté à un environnement devenu imprévisible, perd sa capacité à « croire en » la stabilité et la fiabilité de son entourage.

Le trauma est également lié à la temporalité. Des interruptions prolongées ou des absences imprévisibles de la mère peuvent créer une coupure dans la continuité de l'existence de l'enfant. Cela conduit à une angoisse catastrophique, passant de l'angoisse à la douleur, puis à l'agonie (Winnicott, 1971).

Les différents modèles psychanalytiques du trauma – qu'il s'agisse de l'approche économique de Freud, de la théorie relationnelle de Ferenczi, ou de la défaillance de l'environnement de Winnicott – fournissent des cadres complémentaires pour comprendre la complexité du traumatisme. Chaque modèle met l'accent sur des aspects différents : l'excès d'excitation, la rupture relationnelle, la transmission intersubjective ou le rôle de l'environnement.

Dans la clinique du trauma, comme le souligne Roussillon (2000), le traumatisme n'existe pas « en soi ». Ce qui existe, ce sont les théories et modèles de pensée qui permettent de comprendre les processus psychiques en jeu, ainsi que la manière dont le traumatisme se manifeste, qu'il soit déclenché par des événements internes ou externes. Cette idée est essentielle pour la compréhension de la dynamique thérapeutique et du contre-transfert dans notre recherche.

### 3-2 Le traumatisme dans la rencontre thérapeutique

Les thérapeutes participant à notre recherche sont directement confrontés à des réalités traumatiques qui affectent leurs patients. Les récits de ces derniers, souvent empreints de violence, de douleur et de pertes, résonnent avec l'histoire personnelle des soignants et peuvent activer chez eux des réactions contre-transférentielles spécifiques. Comme l'indique El Husseini (2016) dans ses travaux sur le contre-transfert dans la clinique du trauma, les réactions des thérapeutes sont intimement liées au cadre et métacadre de la rencontre thérapeutique. « Le trauma est fait pour être transmis, telle semble être une de ses caractéristiques majeures. » (Moro, 2018). Dans le numéro 827 de la revue *Soins* intitulé « Contre-transferts des soignants face au trauma », il est souligné que diverses situations peuvent générer une tension contre-transférentielle chez les soignants, notamment dans des contextes cliniques de trauma. Les blessures des soignants intervenant dans la clinique du trauma sont parfois liées à la résurgence d'un passé ou d'un présent dans lequel s'enchevêtrent l'histoire personnelle du soigné, celle du soignant et la « grande histoire » ou le métacadre (Tarazi Sahab et al., 2018). D'autres fois, le dispositif d'accompagnement confronte les soignants à un sentiment de frustration et d'impuissance, d'inquiétude et d'impossibilité de la contenir suffisamment (Laimou, 2018).

Le contexte de la pandémie de COVID-19 offre un exemple particulièrement pertinent pour illustrer la manière dont des événements extérieurs peuvent réactiver des traumatismes antérieurs chez les thérapeutes. Cette crise, qui a eu un impact mondial, a confronté les thérapeutes à des réalités nouvelles et traumatiques, à la fois sur le plan personnel et professionnel. Une multitude de plateformes d'échange et de séminaires en ligne sont mis en place pour permettre aux thérapeutes et psychanalystes de réfléchir ensemble, d'échanger sur leur vécu avec les patients, de soulever leurs interrogations sur la continuité du travail mais aussi de faire part de leurs angoisses face cette situation traumatogène exceptionnelle (IPA webinar, Mai 2020).

Il est essentiel de noter que notre recherche montre comment des contextes comme la pandémie de COVID-19 ou des crises politiques peuvent réactiver des traumatismes antérieurs. Ces situations ne sont pas nécessairement traumatiques en elles-mêmes, mais peuvent faire ressurgir des expériences passées non résolues. Cette réactivation souligne l'importance de comprendre le traumatisme dans toute sa complexité, en tenant compte de la manière dont des événements actuels peuvent interagir avec les histoires personnelles des individus. Ainsi, notre recherche permet d'explorer comment ces crises peuvent déstabiliser des cadres psychiques déjà fragilisés, et de réfléchir à des approches plus nuancées pour mieux appréhender les effets de ces contextes.

### 3-3 Conceptions actuelles du traumatisme

Si les théories psychanalytiques ont longtemps mis l'accent sur la réalité psychique du traumatisme, les classifications psychiatriques contemporaines comme le DSM-V tendent à privilégier l'événement traumatique externe.

En psychiatrie contemporaine, la notion de traumatisme psychique est étroitement associée à l'état de Stress Post-Traumatique (PTSD). Introduit dans la version III du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) sous la catégorie des troubles anxieux, le PTSD a depuis évolué dans le DSM-5 (2013) pour constituer une catégorie distincte englobant les troubles liés au stress et aux traumatismes. Cette classification souligne les spécificités du PTSD par rapport aux autres troubles anxieux.

Le PTSD est défini de manière plus descriptive qu'étiologique, ce qui permet d'identifier les symptômes spécifiques de ce trouble et de le distinguer de la névrose traumatique. Pour diagnostiquer un état de Stress Post-Traumatique, plusieurs critères doivent être remplis, critères qui ont été modifiés et adaptés depuis l'introduction du trouble. Un changement majeur dans le DSM-5 concerne le critère A, qui élargit la définition de l'exposition traumatique. Désormais, le diagnostic inclut non seulement l'exposition directe à un événement traumatique, mais aussi le fait d'apprendre qu'un proche a subi un événement traumatique de manière accidentelle ou violente, ainsi que l'exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement, comme c'est le cas pour les premiers intervenants ou les policiers.

Il est pertinent de questionner comment aligner cette classification avec les théories psychanalytiques sur le trauma, qui privilégient le vécu subjectif de l'individu plutôt que l'accent sur l'événement en lui-même. Le DSM, en mettant l'accent sur l'événement traumatique comme critère principal, néglige les impacts potentiels d'événements mineurs mais répétés, qui peuvent également être traumatisants. Cette distinction renvoie au débat entre la réalité psychique et la réalité externe. Même si le vécu subjectif est pris en compte dans le DSM, la priorité est donnée à l'exposition à un événement potentiellement traumatique. Dans ce cadre, notre recherche met en lumière l'idée que des crises comme la pandémie ou les conflits socio-politiques peuvent réactiver des traumatismes passés, soulignant ainsi la nécessité de dépasser une définition rigide des événements traumatiques pour mieux comprendre la complexité des expériences individuelles et l'impact de ces événements sur des vécus antérieurs.

### 3-4 Le traumatisme entre l'individuel et le collectif

Si le traumatisme est souvent conceptualisé à un niveau individuel, centré sur la subjectivité et les expériences personnelles, il ne peut être pleinement compris sans prendre en compte sa dimension collective. Les traumatismes, qu'ils soient liés à des événements personnels ou à des crises mondiales, ont souvent des répercussions sur des communautés entières, voire sur des sociétés. La notion de traumatisme collectif permet de penser les effets d'événements majeurs, tels que les guerres, les catastrophes naturelles ou les pandémies, sur le psychisme des individus d'un regroupement humain. Ces événements peuvent non seulement marquer les individus de manière durable, mais aussi redéfinir les récits collectifs et les structures sociales. En examinant le traumatisme à cette échelle, il devient possible de comprendre les liens entre expérience individuelle et mémoire collective, ainsi que les dynamiques intergénérationnelles de transmission du trauma.

Selon Weil (2021), chaque individu est fondamentalement un être social dont le psychisme est à l'intersection de l'individuel et du collectif. Le traumatisme collectif désigne les réactions psychologiques à un événement traumatique touchant une société entière, allant au-delà du simple souvenir historique. Il s'inscrit dans la mémoire collective du groupe, où la tragédie est continuellement reconstruite, à la recherche d'un sens. Contrairement à la mémoire individuelle, la mémoire collective se perpétue bien au-delà de la disparition des survivants directs et se transmet à travers les générations, souvent de manière différente selon l'éloignement dans le temps et l'espace. Les générations ultérieures, qui n'ont pas vécu les événements, peuvent les interpréter différemment, modifiant ainsi la forme que prend le souvenir collectif au fil du temps (Hirschberger, 2018).

Les traumatismes collectifs, tels que les génocides et les guerres, se transmettent à travers les générations, affectant le psychisme des descendants. Cette transmission transgénérationnelle porte le conflit entre l'individu et sa culture, sa société et l'histoire collective qui façonne l'identité commune. Nous pouvons évoquer à ce propos les théories sur le trauma culturel (Alexander, 2004). Le trauma culturel se produit lorsque des événements traumatiques majeurs affectent profondément et durablement la conscience collective d'un groupe. Ces événements sont perçus comme des ruptures radicales qui altèrent l'identité collective et les valeurs du groupe. Selon Alexander, Le trauma culturel est transmis au-delà de la génération des survivants directs. Les générations futures héritent de la mémoire et des récits de l'événement traumatique, même si elles ne l'ont pas vécu elles-mêmes. Ce phénomène influence leur identité collective et leur perception de l'histoire.

Weil utilise le terme « individuelcollectif » pour exprimer cette intersection des psychismes individuels et collectifs, dimension centrale à toute vie psychique. Freud, en élaborant le mythe de la horde primitive, souligne également la présence du social dans le psychisme individuel, insistant sur la psychologie collective des frères. Il affirme que chaque vie psychique individuelle contient des éléments de la psyché collective (Freud, 1913b).

Les traumatismes collectifs attaquent le fond culturel, fragilisant les mécanismes de défense individuels et collectifs et déstabilisant les limites entre le monde intérieur et extérieur. Cela signifie que l'environnement de l'individu perd sa capacité à être « *good enough* » (Weil, 2021), ne pouvant plus fournir un soutien adéquat pour le sujet et sa créativité psychique.

Kaës (2010) met l'accent sur l'importance des traits identificatoires, qu'ils soient conservés ou niés, qui unissent un groupe dans une expérience partagée de traumatisme de masse. Un traumatisme collectif impacte singulièrement chaque individu, mais cette singularité est amplifiée par l'effraction dans l'espace psychique commun et partagé (Kaës, 2009).

Dans certaines situations, le traumatisme est continu, comme au Liban Ce quotidien traumatique affecte certaines notions de base : celle du foyer, de la famille, de l'autorité et du futur (Jabr, 2021). En effet, les limites entre les espaces sont attaquées régulièrement tout comme la sécurité et l'intégrité physique sont remises en question et requiert un déplacement fréquent et un éloignement du groupe familial. Aussi, et dans ce cas de figure de traumatisme « en continu », nous notons la carence majeure d'une figure d'autorité symbolique qui rassemblerait le groupe et le prendrait en charge.

Dans un contexte traumatique où le métacadre s'exprime dans le cadre et y fait effraction, les questions de la posture des intervenants, de ce partage de réalité et de l'effet sur le lien et sur le processus thérapeutique, s'imposent. Zerbé et al., (2018) dégagent trois notions qui guident le travail dans ces situations particulières : le partage de réalité introduit un vécu en miroir dans la dynamique relationnelle, vécu qui complexifie l'intervention. Aussi, les effets traumatiques peuvent porter atteinte à la posture et l'écoute du thérapeute, en mettant sa capacité de penser à défaut. Des intervenants ne partageant pas la même situation traumatique seraient peut-être plus capables de mettre à distance l'évènement, se centrer sur son écoute, ses associations et la mise en sens du matériel.

En nous appuyant sur ces diverses théorisations du trauma, nous explorerons dans ce qui suit l'impact concret de cette réalité extérieure partagée sur les thérapeutes, notamment dans des contextes de crises comme la pandémie de COVID-19. L'analyse des données recueillies dans notre étude mettra en lumière les résonances traumatiques et les phénomènes de contre-transfert observés dans la pratique.

# **MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

# 1- La méthode IPA

Pour cette recherche, nous avons opté pour une approche qualitative, en particulier l'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA), afin de comprendre en profondeur le vécu des individus face à des phénomènes de vie spécifiques (Pietkiewicz & Smith, 2012).

L'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA) est une méthode de recherche qualitative développée au Royaume-Uni par Jonathan Smith et ses collaborateurs, dont Paul Flowers, Michael Larkin, et Mike Osborn, il y a environ vingt ans. Aujourd'hui, elle figure parmi les principales approches qualitatives utilisées en psychologie clinique et en psychologie de la santé. Spécifiquement conçue pour la recherche en psychologie, l'IPA se distingue par son examen approfondi de l'expérience vécue, telle qu'elle est relatée à travers des récits d'événements marquants. Elle adopte une démarche systématique et rigoureuse pour interpréter le sens des expériences, en s'appuyant sur des principes épistémologiques issus de trois grands courants philosophiques : la phénoménologie, l'herméneutique et l'idiographie.

**La phénoménologie** est une école de pensée philosophique qui se concentre sur l'étude de l'expérience humaine. Bien que différentes perspectives existent au sein de ce courant, la majorité des penseurs s'accordent sur l'importance de comprendre ce que signifie vivre une expérience et de définir ce qui constitue le monde vécu. Il s'agit d'examiner comment les individus parviennent à interpréter et à donner du sens à leurs expériences.

Smith, Flowers et Larkin (2009) se réfèrent à quatre figures philosophiques clés pour éclairer l'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA) : Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty et Sartre. Chacun de ces penseurs a apporté une contribution unique, mais complémentaire, à cette approche. Husserl a mis en avant la dimension psychique de l'expérience, tandis que Merleau-Ponty a souligné son aspect corporel et incarné. Heidegger a exploré la nature existentielle de l'expérience, et Sartre a approfondi son versant existentiel. Ensemble, ces contributions ont façonné une vision de la personne qui ne peut être dissociée de son monde vécu.

Les recherches en IPA se concentrent sur l'expérience subjective des individus dans des situations particulièrement significatives, souvent dans le contexte de la santé. Les chercheurs s'intéressent à la manière dont les personnes comprennent et interprètent ces situations. Lorsque l'expérience est d'une grande importance pour une personne, l'étude vise à explorer les raisons de cette importance et la signification qui en découle. L'IPA ne prétend pas accéder à l'expérience pure, qui reste insaisissable, mais cherche à s'en approcher en examinant le sens que les individus lui attribuent. L'analyse de ce sens contribue à enrichir le savoir en psychologie.

**L'herméneutique**, un pilier central de l'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA), se concentre sur l'art de l'interprétation et la compréhension en profondeur des expériences humaines. Elle considère toute expérience comme une manifestation qui ne peut être séparée de son contexte. En IPA, cette approche est essentielle pour interpréter et comprendre les échanges au cours des entretiens de recherche.

L'herméneutique est influencée par les travaux de Heidegger, Gadamer, et Schleiermacher, qui ont chacun apporté une contribution significative à la théorie de l'interprétation. En IPA, l'analyste s'efforce de comprendre ce qui se manifeste dans les propos des participants, en accordant une attention particulière à la signification que ces derniers attribuent à leurs expériences.

Les entretiens semi-structurés, souvent utilisés dans ce type de recherche, favorisent l'expression libre et subjective des participants. Ces entretiens peuvent être menés en personne, par téléphone ou par vidéo, selon les exigences de l'étude. La flexibilité dans la conduite de l'entretien est primordiale, permettant aux chercheurs de laisser émerger des thèmes inattendus et de capturer l'essence de l'expérience vécue.

L'IPA repose sur une double herméneutique. Dans un premier temps, le participant interprète et donne du sens à son expérience, et dans un second temps, le chercheur analyse cette interprétation. Cette méthode requiert l'implication active et subjective des deux parties. L'interprétation du chercheur vise non seulement à comprendre la perspective du participant, mais aussi à explorer des dimensions plus profondes de l'expérience, au-delà de ce que le participant exprime explicitement.

L'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA) adopte une démarche **idiographique**, centrée sur l'étude en profondeur de phénomènes spécifiques tels qu'ils sont vécus et compris par des individus uniques dans un contexte particulier. Contrairement aux approches nomothétiques qui cherchent à établir des lois générales, l'IPA privilégie l'exploration détaillée des expériences singulières. Cela implique souvent l'utilisation de petits échantillons, permettant de se concentrer sur les vécus individuels tout en considérant l'être humain comme une entité intégrée dans un monde social et contextuel.

La démarche idiographique commence par une analyse minutieuse de chaque cas individuel. Cela inclut la lecture attentive de la retranscription et l'écoute de l'enregistrement des entretiens, accompagnées de prises de notes détaillées en marge du texte pour capturer les impressions et les thèmes émergents. Une fois tous les entretiens étudiés, les chercheurs comparent les annotations et les thèmes pour identifier les similitudes et les différences entre les cas, ce qui permet de structurer les interprétations en un ensemble cohérent. Ce processus met en lumière les significations partagées ainsi que les nuances uniques propres à chaque individu.

L'IPA ne cherche pas à atteindre une saturation des données, mais plutôt à développer une compréhension approfondie et nuancée des expériences étudiées. Le résultat final est une analyse détaillée qui met en évidence les phénomènes convergents et divergents, offrant une compréhension riche des significations partagées tout en respectant les singularités individuelles. Ainsi, bien que l'IPA se concentre sur le particulier, l'étude des variations entre les participants peut, à terme, révéler des aspects universels des expériences humaines.

## 2- Recrutement et recueil de données

### 2-1 Autorisations

Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique de la recherche du CER U-Paris N° IRB : 00012020-65, du comité d'éthique de la recherche de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth USJ-2020-214 et du comité national d'éthique de l'Université de São Paulo CAAE : 46322821.7.0000.5561.

Les participants ont été informés de cette recherche via une lettre d'information et une réunion, où ils ont reçu des explications claires, avant de donner leur consentement par écrit (annexes 1 et 2).

### 2-2 Recrutement et critères d'inclusion

Le recrutement des participants a eu lieu dans les différents pays des chercheurs impliqués : France, Liban, Italie, et Brésil par le biais d'associations et de sociétés de psychologues, de psychothérapeutes et de psychanalystes.

Les participants ont été recrutés par un échantillonnage intentionnel (Morse, 1991), largement utilisé en recherche qualitative. En cohérence avec les critères d'homogénéité du groupe de participants requis par l'IPA, la sélection des participants a été effectuée selon les critères d'inclusion suivants :

- être psychologue clinicien, psychothérapeute, psychanalyste ou psychiatre.
- exercer en cabinet privé ou au sein d'une institution.
- avoir poursuivi les thérapies et les prises en charge de patients (adultes et/ou enfants) pendant la période de confinement.

Au total, 40 participants ont été interrogés. Les caractéristiques des participants sont décrites dans le **tableau 1** (voir l'article 2).

### 2-3 Outil

Les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-structurés, d'une durée de 90 à 120 minutes chacun, menés par l'équipe de recherche. L'équipe de recherche a élaboré les guides d'entretien au cours des réunions et les a adaptés progressivement au cours de l'étude. Le guide d'entretien a été traduit en plusieurs langues : anglais, arabe, brésilien et italien. Vous trouverez la version française en annexe 3.

Voici les domaines thématiques explorés lors des entretiens :

- l'impact de la situation de la pandémie du Covid-19 et le confinement sur les participants ;
- l'impact de cette situation sur leur prise en charge et les aménagements faits pour continuer le travail durant cette période ;
- l'impact de cette réalité externe sur le contre-transfert ;
- les réflexions des participants sur la reprise de la clinique ou pas après le confinement ;
- l'impact de l'explosion de Beyrouth sur les participants (uniquement pour le Liban).

### 3- Analyse des données

Une fois le consentement des participants obtenu, les entretiens sont réalisés à distance via Zoom ou WhatsApp. Ils sont enregistrés puis retranscrits mot à mot. Les transcriptions sont anonymisées par les chercheurs avant d'être analysées en utilisant la procédure décrite dans le processus IPA (Smith, 2011). Le processus d'analyse des données IPA nécessite une analyse itérative qui permet une forte interaction entre le lecteur/chercheur et le texte.

Le processus de travail pour l'analyse des entretiens suit plusieurs étapes chronologiques. Après la retranscription des entretiens, ceux-ci sont envoyés au chercheur ayant conduit l'entretien pour révision. Ce chercheur doit relire les discours et, si nécessaire, supprimer ou reformuler des termes susceptibles de permettre l'identification des participants, en notant ces modifications. Une fois cette étape complétée, les entretiens anonymisés sont partagés avec le reste de l'équipe pour la suite de l'analyse.

Ensuite, le matériel est soigneusement examiné. Les chercheurs s'efforcent de mettre de côté leurs connaissances et préjugés afin de ne pas réduire l'information contenue dans les données. Ils prennent des notes sur leurs premières impressions, ce qui leur permet de revisiter ces observations plus tard. Cette phase implique une immersion dans le matériel pour comprendre le fil conducteur des entretiens.

La troisième étape consiste à élaborer des commentaires initiaux détaillés. Cette étape vise à produire des descriptions approfondies du matériel. Il est crucial d'éviter de se concentrer uniquement sur les aspects que l'on cherche déjà, pour ne pas perdre d'information. Les commentaires doivent refléter fidèlement le discours des participants, en tenant compte de leurs intérêts et de la signification personnelle de leurs propos. Des commentaires interprétatifs peuvent également être ajoutés pour analyser le style expressif et le lexique utilisés.

Les thèmes émergents sont ensuite développés en réduisant le volume des données tout en préservant leur complexité. Les commentaires sont regroupés en catégories, puis ces catégories sont fusionnées en thèmes principaux qui reflètent la compréhension globale du matériel.

Les thèmes sont ensuite réorganisés pour établir des connexions logiques plutôt que chronologiques entre eux. Certains thèmes peuvent être regroupés sous des méta-thèmes pour offrir une vue d'ensemble plus cohérente.

# **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

# 1- Premier article : résultats des participants libanais

“Working through multiple crises: the experience of psychotherapists and psychoanalysts in Lebanon” publié en anglais dans *BMC Psychology* en mai 2024.

Cet article se concentre spécifiquement sur le contexte libanais, caractérisé par une série de crises, dont l’effondrement économique, la pandémie de COVID-19 et l’explosion du port de Beyrouth. L’objectif de cette étude était d’examiner comment la déstabilisation du métacadre due aux multiples crises nécessite des adaptations au niveau des connaissances théoriques, de la pratique et de l’environnement pour continuer à travailler.

Elle porte sur une partie de notre population recrutée, 15 participants libanais et révèlent quatre thèmes principaux : (1) les frontières mises à l’épreuve ; (2) la réalité traumatique cumulative et son impact ; (3) une identité professionnelle remise en question ; (4) la créativité issue du traumatisme collectif.

Les participants ont exprimé un sentiment profond d’être submergés par l’intrusion de la réalité extérieure dans leur cadre thérapeutique, ce qui a altéré leur capacité à contenir et à écouter leurs patients. Beaucoup ont ressenti de l’angoisse, de la paralysie, et une sensation d’être attaqués tant de l’intérieur que de l’extérieur. La perte de leurs cabinets suite à l’explosion du port de Beyrouth a amplifié leur vulnérabilité. Les patients partageaient ces angoisses, souvent marquées par des peurs liées à la mort, à la ruine, et à une imprévisibilité déstabilisante.

Le retour à l’analyse, à la supervision, et la création d’un réseau de soutien entre pairs ont permis à certains thérapeutes de retrouver leur capacité à travailler. Ils ont également fait preuve d’une grande flexibilité, perçue comme essentielle pour continuer leur pratique face à des attaques extérieures imprévisibles qui menaçaient leur intégrité psychique.

RESEARCH

Open Access



# Working through multiple crises: the experience of psychotherapists and psychoanalysts in Lebanon

Rose Marie Nassif<sup>1,2\*</sup>, Mayssa' El Husseini<sup>2,3</sup>, Nour Beaini<sup>4</sup>, Tonnie Choueiri<sup>4</sup>, Layla Tarazi-Sahab<sup>2,4</sup> and Marie-Rose Moro<sup>2,5,6</sup>

## Abstract

**Introduction** This research explores the impact of the COVID-19 pandemic on psychotherapists' practices and their ability to maintain a framework despite a shared reality with their patients. The specific focus in this article is on the Lebanese context, which is characterized by a series of crises including economic collapse, the COVID-19 pandemic, and the Beirut blast. The objective of this study was to examine how the destabilization of the meta-frame due to crises necessitates adaptations in theoretical knowledge, practice, and setting.

**Methods** We conducted a qualitative study among a population consisting of mental health professionals, which were recruited in Lebanon through associations and societies of psychologists, psychotherapists, and psychoanalysts. Data was collected using semi-structured individual interviews. The interviews were analyzed using interpretative phenomenological analysis (IPA), which allowed for a dynamic exploration of the participants' experiences.

**Results** Our study revealed four superordinate themes: (1) The strained frontiers; (2) The cumulative traumatic reality and its impact; (3) A challenged professional identity; (4) The creativity stemming from collective trauma.

**Conclusions** Our results highlight the insecurity caused by external reality infiltrating the therapeutic setting. Online therapy allowed for continued work, but uncertainty about the online environment's impact on therapeutic relationships was observed. The study underscores the importance of adaptability, containment, and support for therapists navigating crises, particularly in the online setting.

**Keywords** Covid 19, Setting, Trauma, Crisis, Counter-transference, Meta-frame

In the face of crisis, mental health professionals in Lebanon navigate unprecedented challenges. The COVID-19 pandemic, economic collapse, and Beirut blast have reshaped the therapeutic landscape. This study examines how psychotherapists in Lebanon adapt to these crises, exploring themes of professional identity, therapeutic boundaries, and creative responses. Through qualitative analysis, we provide insights into navigating uncertainty in mental health practice amidst multifaceted adversity.

\*Correspondence:

Rose Marie Nassif  
romynassif@gmail.com

<sup>1</sup> University Sorbonne Paris Nord, Villetaneuse 93430, France

<sup>2</sup> UVSQ, Inserm, CESP, Team DevPsy, University of Paris-Saclay, Villejuif 94807, France

<sup>3</sup> University of Picardie Jules Verne CHSSC EA 4289, Amiens, France

<sup>4</sup> Saint Joseph University, Beirut, Lebanon

<sup>5</sup> APHP, Hôpital Cochin, Maison de Solenn, Paris 75014, France

<sup>6</sup> University of Paris Cite, PCPP, Boulogne-Billancourt 92100, France



© The Author(s) 2024. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

## Introduction

A series of nationwide protests erupted on 17 October 2019, in response to the government's failure to find a solution to the economic crisis that has threatened Lebanon for nearly a year. The protests came directly after proposed strategies by the government to increase state revenue for 2020: the announcement of the implementation of new taxes on petrol, tobacco and online calls through apps like WhatsApp [1]. Since this date Lebanon's economic, social and security situation has rapidly deteriorated and is now facing a "triple crisis" caused by the economic meltdown, the global COVID-19 pandemic and Beirut blast on August 4th, which destroyed its capital.

The World Bank published in 2021 that Lebanon is experiencing an "economic and financial crisis [that] could be ranked among the 10 or even the 3 most severe global crises since the mid-nineteenth century" [2]. This is accompanied by shortages of petrol, medicine, food and health products.

*"As a result, a wide segment of the Lebanese and non-Lebanese population has fallen below the poverty line, with livelihoods of those already living in poverty worsened due to inflation, a decline in employment opportunities, and a reduction in basic social service provision."* [3].

Moreover, Lebanon is on the one hand located in an unstable geopolitical area; on the other hand, it is a country that is itself experiencing political and security instability. In this regard, contemporary Lebanon has experienced a series of wars: a civil war between 1975–1990, the Lebanese-Israeli war of 1996, the liberation of the South in 2000 and the Lebanese-Israeli war of 2006. Also, several attacks and assassinations during the years 2005–2006 shook the population [4]; in 2015, ISIS car bombs shook Beirut and killed dozens. It is in this context of multiple crises, and with this history, that the participants work in Lebanon.

Puget and Wender [5] propose the term "superimposed worlds" to characterize situations in which there is a risk of distortion and transformation in listening and in the analytical function when traumatic facts are found in the session material [6]. In countries where we note the prior presence of conflicts, the convergence between global health issues and political situations would exacerbate existing crises and leave the population in the grip of its own anxieties, without a regulating third party. The political and societal reality would impact psychotherapists, and in particular their way of dealing with their framework to continue working with their patients.

The issue of the asymmetry between the patient and the psychotherapist, both of whom are immersed in a

world outside of fantasy' [7] arises, highlighting a weakening of the framework and boundaries between patient and therapist. In effect, this asymmetry is at the foundation of the working alliance. Boulanger [8] cited by Nuttman-Shwartz and Shaul [9], proposes the fact that when the personal and professional cannot be separated after shared trauma, it challenges this necessary asymmetry.

Kaës first introduced the meta dimension of the frame in 2012 [10]. He revisits various authors and psychoanalysts including: Bion, Pichon-Rivière, J. Bleger, Anzieu and Gibelot [10] and formulates the principles of container and meta-container associated with the meta-frame. The container is essentially a function. It allows for the containment and transformation of elements of the psyche. A meta-container is the context that enables and supports the existence of a container [10]. Pandemic, war, natural disaster, revolution, socio-political crisis, economic crisis and many others, disrupt the external reality and impose changes and destabilize the meta-frame. The psychotherapist needs to find ways of adapting both his theoretical knowledge and his practice and setting.

When the meta-frame is destabilized, psychotherapists resort to the relationship with their patients to continue working. Indeed "what is engaged in them is also their internal world as well as the intermediate world, that of an in-between space that is created in the therapeutic relationship" [11]. This space contains the objects and feelings remobilized in the therapeutic process. Being preserved despite the break-in of the meta-frame, this link ensures the function of 'containing shell and excitatory shield' as defined by Anzieu [12]. A function essential to the maintenance and continuation of therapy.

When the outbreak of COVID-19 was proclaimed a pandemic in March 2020 [13], psychotherapists around the world had to comply with the restrictions imposed, which resulted in either treatment interruptions or a shift to remote therapy. Although psychotherapy, like other medical treatments, was one of the few exemptions to the full curfew, remote treatments did increase. There has been a research interest in remote psychotherapy before the pandemic, the topic has now become a "major contemporary issue" [14]. Simpson and Reid [15] conducted a literature review on research studies that measured therapeutic alliance over 23 years. Their findings support the notion that therapeutic alliance can be developed in psychotherapy by videoconference at least as highly as in a face-to-face setting. Norwood and al [16] in their systematic literature review and meta-analysis also demonstrated good working alliance and outcome for Videoconferencing psychotherapy. Bekes and Aafjes-van Doorn's [17] findings suggest that psychotherapists' thoughts about online psychotherapy are related to their past experiences, such as clinical experience, therapeutic

approach and varies if they have previous online psychotherapy experience as well. Mitchell's [14] literature review of research in the field of online therapy and counseling highlights the absence of qualitative research aimed at seizing the subjective experience and investigating the profound meanings of the online experience of a psychotherapist.

Our aim is to understand how an external shared reality can modify the psychotherapist's working methods, his listening capacity, his observations with his patients. In other words, we explore the impact of the invasion of the "meta-frame" [10] in the clinical setting.

In this paper we focus on the Lebanese reality and its specificity. The heightened level of stress caused by the concurrence of multiple crises makes Lebanon a particular context that allows us to put into perspective the impact of the Covid 19 crisis on the practices of psychotherapists in other countries.

## Materials and methods

This study is part of an international research project involving researchers from Lebanon, France, Italy and Brazil.

This research project was born, during the Covid 19 health crisis, from the experience of psychotherapists and psychoanalysts who were forced to question and adapt their practice and their setting in order to continue their work with their patients (distance from the patient, confinement, online sessions, etc.).

This pandemic raised many questions about the sharing of reality between a psychotherapist and his or her patient.

This is an exploratory qualitative study approved by the research ethics board of CER U-Paris.

N° IRB: 00012020-65 and the research ethics board of the Saint Joseph University in Beirut USJ-2020-214.

## Methodology

In this study, we used Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) [18], a qualitative method based on the principles of hermeneutics and phenomenology. IPA operates within a 'double hermeneutic' in which researchers interpret participants' interpretations of their own experiences, recognizing the subjective nature of human understanding and the dynamic interplay between researcher and participant perspectives. Based on phenomenological research principles, IPA focuses on the in-depth exploration of the lived experiences of individuals in order to capture the essence of their subjective reality. Central to IPA is its idiographic nature, which emphasises the unique and individual nature of participants' experiences rather than seeking to generalise findings across populations. Through a systematic and

iterative process of data collection and analysis, IPA enables researchers to uncover the rich and nuanced meanings that individuals attach to their experiences, shedding light on the complexities of human perception and interpretation within specific contexts.

## Participants

The participants were recruited through a purposeful sampling [19], widely used in qualitative research. The selection of the participants was conducted according to the following inclusion criteria:

- Being a Lebanese mental health professional
- Practicing in Lebanon
- Having maintained on going treatment or follow-up with adult and/or child patients throughout the confinement and crisis period in Lebanon.

The recruitment of participants took place in Lebanon through associations and societies of psychologists, psychotherapists and psychoanalysts.

In all 15 participants agreed to take part in the study and were interviewed. Participants' characteristics are described in Table 1.

## Measures

The participants were notified about this research by an information letter and a meeting was set up, during which they received clear oral and written information and provided written consent. The data were collected in semi-structured interviews, each about an hour, conducted by the research team. The research team developed the interview guides during meetings and adapted them progressively during the study. Table 2 describes in details the thematic areas explored in the interview.

## Data analysis

The analysis followed a structured approach using the IPA methodology [18]. Initially, all interviews were meticulously transcribed and subjected to individual scrutiny. Throughout the analysis process, the authors periodically cross-referenced various stages to ensure consistency. Adopting the iterative nature of IPA analysis, emphasis was placed on fostering a dynamic interaction between the researcher and the textual data. Following transcription, repeated readings of the text were undertaken to immerse oneself in the participants' narratives. This involved paraphrasing each interview and annotating interpretations, insights, and interconnections within the text. Subsequently, subordinate themes naturally surfaced, indicative of the depth within specific passages. These subordinate themes were then clustered based on content, giving rise to overarching superordinate themes

**Table 1** Characteristics of participants

Participant	Sex	Age	Country of origin	Country of practice	Profession/method	Population
P1	F	64	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults/teens/Children
P2	M	44	Lebanon	Lebanon/France	Clinical psychologist/CBT	Adults/couples
P3	F	34	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults
P4	M	44	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/EMDR/NLP	Adults/teens/Children
P5	F	43	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/Psychodynamic therapy	Adults/teens/Children
P6	F	44	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults
P7	F	49	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults/teens/Children
P8	F	38	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/Psychodynamic therapy	Adults/teens
P9	F	42	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults/teens/Children
P10	M	63	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults
P11	F	34	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/Psycho organic therapy	Adults
P12	F	35	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults
P13	F	40	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/Analytic therapy	Adults
P14	F	34	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/CBT	Adults/teens/Children
P15	M	43	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults

CBT Cognitive behavioral therapy, EMDR Eye Mouvement Desensibilisation and Reprocessing, NLP Neuro-linguistics programming

that encapsulated the collective meanings of the subordinate themes.

To ensure the validity of our research, the interviews were analyzed independently by three researchers (RN, TC, and NB) and the divergences discussed in research team meetings.

## Results

The analysis of the data revealed four superordinate themes: (1) The strained frontiers; (2) The cumulative traumatic reality and its impact; (3) A challenged professional identity; (4) The creativity stemming from collective trauma. Each superordinate theme came with constituent subordinate themes. These are described further within this section.

### Strained frontiers

#### *Intrusion of the external threat into the setting*

The outside world is perceived by the participants as dangerous. *"Everything outside was a threat and there was the question of when we could go outside and when you had to go inside."* P8. Whether it's the Covid 19 virus, the socio-political situation, the explosion; the external reality could at any moment break into the setting. *"The danger was there, it was there, more outside than inside."* P1.

*"There are not only attacks from within, this year we had attacks from outside, which you can neither decide nor control, whether it's the virus, or socio-political and economic worries, and then the explosion."* P3 *It is as if the frontiers between inside and outside were becoming porous.*

### *Collapse between the family and the professional sphere*

For some psychotherapists, having to work online meant having to work from home, making it difficult to separate the family sphere from the professional sphere.

*"I was also stressed because at the family level I had to take care of a lot of things in my head, so I had to go to the supermarket, I had to wash things, I had to make sure there were vegetables and fruits, so it was a whole logistical thing for me, along with doing the sessions from home"* P5.

*"We stopped doing field work, we did the sessions by phone. And that was very difficult because I had two children at home and we had to do the sessions during the day, so it was very difficult to keep the children plus do the sessions."* P11.

*"I had found it difficult to manage with a child who had just been born at the time. Then they said it was two weeks and I thought how are we going to spend two weeks all together at home when I had to keep working?"* P15.

### *Resonance between the psychologist's experience and that of his or her patients*

For some participants, experiencing a common shared reality with their patients, made them question the impact of this resonance on the setting.

*"The patient knows that I had to stop the face-to-face sessions because I am subjected, like him, to the same"*

**Table 2** Interview guide**I - Impact of the external situation (Covid/confinement) on the participants**

- 1- Could you tell me how you experienced the news of the pandemic and the lockdown?
- 2- With what images would you describe the lockdown?
- 3- What did you observe in yourself as emotions, behaviors, physical changes?
- 4- What impact did this have on your creative abilities?
- 5- Did this situation bring back memories of similar experiences?

**II- Impact of the situation on participants' work with clients**

- 6- What decisions did you take to ensure continuity of work?
- 7- How did you put in place virtual/distance work?
- 8- What impact did online work have on you? On your patients?
- 9- What were your habits concerning clients? How did these habits change with online work?
- 11- How did your ability to adapt and to transform things creatively come into play during the lockdown?
- 12- Did you notice changes in your way of being? of doing? (Posture, ways of interacting, communicating, relational strategies)
- 13- How was the notion of intimacy affected?
- 14- Was there an invasion by patients into the private space? Did you observe their environment more intensely?
- 15- What difficulties do you meet with online work with patients?
- 16- With the changes to your life rhythm, was the time allotted to sessions respected? (Slowness, change of time, technical and material issues)
- 17- How did the notion of debt come into play? (Think of link with payment modalities)
- 18- What impact did the absence of the body of your patient in the workspace have on you? What impact on the patient?
- 19- What are the challenges of working in this situation? What are the advantages of working online or remotely?
- 20- How did you maintain the connection and interaction with your colleagues?

**III- Impact of the situation on countertransference**

- 21- Could you tell me about your dreams? The patients' dreams?
- 22- What images come to you while listening to your patients?
- 23- Could you describe more specifically the unfolding of a course of therapy that marked you?
- 24- Could you tell me what you experienced (feelings, thoughts, physical reactions) when a patient would tackle the subject of confinement, of the disease? (Distinguish if this is linked to previous context of political instability, economic crisis etc.)
- 25- In what ways could you relate to some of the patients' experience?
- 26- How did you feel about your internal availability and your ability to listen?
- 27- What are your thoughts about potential traumatic resurgences or trauma traces in patients after the pandemic and the confinement?
- 28- What do you think about traumatic resurgences or potential trauma traces in yourself after the pandemic and the confinement?
- 29- Do you think that new elements will emerge in your relationship with your patients after this situation?

**IV- After the confinement?**

- 30- How do you imagine the end of the confinement? (What pictures come to mind, ideas, thoughts)
- 31- How do you imagine going back to work after the confinement? What difficulties could you encounter with your patients?
- 32- Would you be more open to accept that patients do their therapies mostly or exclusively online?

**V- Impact of Beirut explosion**

- 33- Could you tell us about your situation at the clinic at the moment of the explosion on the 4<sup>th</sup> of August? (*Clinical situation*)
- 34- Could you describe the damages and possible injuries that resulted after the explosion?
- 35- When and how did you go back to clinical practice after this event?
- 36- How would you describe your feelings, your thoughts and your experience during the period that followed the explosion of the 4<sup>th</sup> of August?

*external rules of the Ministry of Health, like him, I am subjected to the inconsistencies sometimes of my government, revolution, economic crisis, since we have also stopped payments in dollars, all these inconsistencies, we live them, at the same time and they necessarily enter into the setting of the therapy " P7.*

They identify feeling distraught to share the same reality with their patients, erasing the asymmetry specific to the therapeutic relationship. *"The patient is affected and I am also affected, it's not like before, we are equal and I find it catastrophic. "P6.*

### The cumulative traumatic reality and its impact

#### The accumulation of crises

In the case of countries such as Lebanon, the health crisis came on top of an already ongoing social, economic and political collapse. Worrying about covid was not a priority for most participants who reported being affected by the cumulative effect of the multiple crisis occurring.

*"My worries were or still are related to the country's crisis. Or the crisis that we are passing through, starting from the electricity, the inflation, the explosion, and uncertainty." P4.*

*"For everyone it was one thing, which was the pandemic, and for us it was several things: the road cuts, then we had the petrol and fuel shortage, then we had the electricity shortage, then we had everything. And then inflation too." P15.*

*"I think it's a very, very special year in Lebanon, as it is for everyone, and then after the explosion, we had to work with a new form of anxiety, which comes on top of the virus, which is that in a few seconds you can lose everything, and especially your life. So, we had to work with another wave." P3.*

#### Resurgence of war images and traumatic experiences

Most of the participants identify the resurgence of war related images when asked about their experience of the confinement.

*"The atmosphere in the supermarket that day, it's been too long but I remember, people in masks, people who are afraid of each other, who move quickly, who avoid eye contact, well, looking into each other's eyes, it was an atmosphere of war" P5.*

*"I found myself after this video call, with my memories of when I was in the, when we were at school and there were bombings, when I was in the shelters." P2*

Moreover, the resurgence of the mentioned traumatic experiences is extended to the wider reality enclosing the uncertainty of the economic collapse and that of the explosion of the Beirut port.

*"I have war reflexes. When I was a child, we lived in Beirut, and we had a house in the mountains, and every time there were explosions like that, we kept all the windows open, it was a reaction. So that's what I did in my house here. Therefore, we didn't have any damage, although the whole building was blown away." P6.*

*"Related to the explosion for example, seeing people waiting turns for gasoline, also for bread, a few months ago, so all these images like they bring back the civil war stories and experiences that we had." P4.*

#### A challenged professional identity

Having to work in a potentially traumatic context of multiple crises and struggling with the resurgence of past traumatic experiences, participants identify their professional identity being challenged as a central element of their experience.

#### Availability and listening capacities shortened or bypassed

The participants mention a submerged capacity to listen, to be available and to contain the patient.

*"What bothered me was that I couldn't hear the phantasmatic content and what was coming from the unconscious because I was so afraid." P9*

*"I took a long month for myself to be able to be more ready, to be able to listen and not be overwhelmed, because I was completely paralyzed in my head and overwhelmed, completely. The framework, the space that ensured a certain continuity was no longer there at least with me, I had to make do with what was still left, what still existed." P3.*

They question themselves about the quality of their work, as the line between resistance to the treatment and the reality are blurred in these circumstances (financial difficulties making it impossible to pursue the therapy).

*"For example, a patient who says yes I might not be able to come anymore because I don't have any money, and for me I just interpreted that in my head as resistance, and when she said she wanted to stop, I thought ok let her stop. It's like I really feel I've missed out." P13.*

*"As a psychotherapist we question the quality of the work we are doing with these people when we feel relieved when a session is canceled." P14*

#### Massive insecurities related to the therapist's feeling of unreadiness and inefficiency

Participants report feeling insecure in relation to changes in their therapeutic method or approach.

*"It felt like you were starting to want to guide people versus do therapy. And it was tricky as well to make an effort not to do that." P8*

"After the August 4th explosion, I felt I had an urgency to interpret in the sessions, as if I was in a hurry. I found myself thinking I want to solve all his problems now." P9

It felt more challenging for younger therapists to maintain and reinforce their therapeutic framework.

"I sometimes questioned my work, and because the sessions were skipped so easily at times, it was even easier for me to postpone sessions to another day or another time because the framework was very shaky. It was very difficult for me to adapt to that. And honestly, in the first few weeks, the framework was very difficult to set up for the online sessions." P14.

"I was in psychoanalytical training, and it was the beginning, so I had to be the guarantor of the framework and the posture and of the person. It was very disturbing because it was new, I had to internalize it and master it, in order to move on to something virtual. I was like a baby taking its first steps, but I felt that everyone around me was also taking its first steps, those who weren't used to doing sessions online." P12.

Some participants also mention a certain frustration in regards to the payment of sessions when manipulation and bargaining become possible following the inflation and shifting to online work.

"There are possible manipulations, when you are at a distance. It's like they take you for granted. Kind of like what did you do, what did you bring to us?" P9

"For this patient it was the telephone sessions that he paid half price and the face-to-face session, he paid it as before, I said ah but why?" P1

### **Creativity stemming from collective trauma**

#### **Measures taken to resume work with patients**

Our participants who are attacked by the external reality in their professional identity, their setting and their practice seemed to have found ways to avoid suffering from impotence and helplessness in the face of this castrating reality.

"I felt I was more Winnicottian during the pandemic, and during all what's going on in Lebanon as well, which can sometimes be worse than the pandemic. But I didn't lose sight of the analytical aspect of things. The analytical aspect in the sense of the analytical technique." P10.

"The explosion was on August 4. I went back to work on August 7, without windows or curtains, but I wanted to go back to work anyway, to show the patients and myself above all, that it is still there, and that it is continuing." P3.

"We were confronted with challenges which were really sources of creativity that we had not suspected in ourselves and it is all very well to say that psychoanalysis and psychoanalysts and all those who are interested in it are a bit rigid, a bit overwhelmed by time, by events etc. by the course of modern life etc., but we found that it was not the case." P15.

#### **The shift to online work was an adapted strategy to counter the economic crisis**

The participants showed great creativity in arranging their settings to ensure continuity in the follow-up of their patients and even to take on new patients. Most participants expressed relief at being able to continue working, and for some the continuity was even described as life-saving.

"In a way it was a tool that was introduced by the pandemic but which was in the service of trying to compensate a little for the economic crisis and having access to patients who live abroad and who pay in foreign currency, so it was in the service of that." P12.

They also resorted to self-care by finding physical activities or creative activities or by implementing a support system with peers in order to prioritize their wellbeing so that they could be « available » for the patients.

"I'm lucky enough to have participated in a writing group very early on, and so that was my only creative passion as a psychoanalyst because we were talking about practice as an analyst in confinement, so I started to write in this group and to... to read and write, around this subject and that's it" P7.

"That's what we did, that's it, live shows, seminars, conferences, but sometimes even on a personal level, with two or three female colleagues, so we were in contact all the time, almost every day" P3.

"I had headaches, much more than usual, that's why I was doing yoga, yoga stabilized me physically." P6

#### **Supervision and resuming analysis**

Some participants took up personal analysis / therapy sessions or even supervisions. For the Lebanese psychotherapists it was important to be able to work with foreign therapists, the triangulating foreigner.

*"Last winter, and until now, I needed this alternative space for reflection and so I resorted to a psychoanalysis in Turkey, and so, I felt that I needed this space or this external container outside of Lebanon to pick myself up." P12.*

*"We had group therapy after Beirut explosion, EMDR group therapy done by our trainer who is from UK. It was online group therapy. If it wasn't for that, I think I wouldn't have been able to do trauma therapy for those who were traumatized from the Beirut explosion". P4.*

*"I sometimes felt that the listening ability of the Lebanese supervisors was operative. And so, I felt that we were all in this same mode of operation and I was only able to extricate myself with a foreign supervisor who doesn't live in Lebanon." P13.*

## Discussion

The aim of this study was to explore psychotherapists' lived experiences of working through multiple crises. The qualitative analysis of the therapists' interviews revealed that the core aspect of their experiences is the feeling of insecurity related to the effraction of the external reality into their setting and framework.

The switch to online therapy, although a forced transition and for most participants a first experience, allowed them to continue working with their patients and even take on new patients. They expressed relief and felt that this was an appropriate strategy for dealing with the economic crisis. However, our results highlight the participants' uncertainty about the online setting and its impact on the therapeutic relationship with patients. In the literature in the psychodynamic and psychoanalytic oriented research community, remote psychotherapy has been discussed on the basis of the theoretical concepts and approaches that form the basis of psychodynamic practice, such as transference, countertransference, resistance, emotional attachment, containment, etc. On this, Jessor et al. [20] refers here to Sharff [21], Bayles [22], Lemma [23]. Sharff [21] reviews the psychoanalytic literature and shows the development of analytic thought on the practice of technology-assisted psychoanalysis to back up her case that analysis using the telephone and the Internet is a valid and a clinically effective alternative to traditional analysis when needed. Bayles [22] argues that as psychoanalysis increasingly relies on technology, we must consider the implications of how the limitations of information communicated by the body in the nonverbal realm influence the analytic encounter. For Lemma [23] generalities have limited value. She suggests that we need a psychoanalytic lens to focus on the individual's

psychic capacity to cope with what is presented or staged in a given virtual space.

For our participants, having to do their online sessions from home resulted in the collusion between the professional sphere and the family sphere. Jessor et al. [20] found that "working from home and mixing personal and professional spheres meant that there was little time to tune into or reflect on sessions."

Therapists also mentioned slight modifications and adaptations of their working methods or therapeutic approach. This has been pointed out by Velykodna and Tsyhanenko [24]. Changes in psychoanalytic stance were noticed, "as practitioners became more supportive, careful, cautious, manageable, through feeling something close to "primary maternal preoccupation" (in Winnicott's terms, 1957), wherein they were ready to give advice and reduce the regular fee." [24].

Under the specific circumstances of our participants, the framework is being challenged in terms of frequency, fees, content, and resistances. "When the economic crisis intrudes on the analytic dyad, complex transference-countertransference 'dynamics' (vs. "vicissitudes") are set forth that require great care in order for the analytic relationship to survive without deformation." [25].

Kogan, quoted by Christopoulos [25] discusses the idea of a defensive denial of external reality by the psychoanalyst in an effort to neutralize his or her feelings of distress and helplessness in the face of the traumatic effect of external reality. It is essential, she says, to recognize this reality in order to be able to ensure a containing function and consequently to be able to explore the patient's internal response to this external situation and its entanglement with his personal history and functioning.

In agreement with A. Green [26] who proposes that when the setting needs to be drastically changed, the therapist should turn to an internal setting, that of his own internalized analysis, EU. Soumaki and D.C. Anagnostopoulos [27] argue that the statement often repeated that the analyst is the guarantor of the framework does not imply rigidity or coldness, given that analysts present their own psychic framework as the cornerstone of the analytic process, guaranteeing that they will assume full responsibility for it. On this, Abdel Malak [28], revisiting Winnicott, emphasizes the role of the psychotherapist and psychoanalyst to carry some of the functions of the frame themselves, notably those of a sense of continuity. "Through my proposed options, I tried to preserve a continuity in discontinuity and testify to a presence in absence, despite the absence in presence, which would allow patients to 'experience separation without separation' [29]. The person of the therapist is responsible for taking over the functions of the frame when the meta-frame breaks in, fails, in times of exile, war or crisis.

Khair Badawi [30] formulates that when the setting is inaccessible, its materiality is transposed onto the person of the analyst “who is no longer the guardian of the objective setting, but actually becomes that setting... Wherever the analyst happens to be. It is the articulation of the transference-countertransference relationship that structures the situation”.

Our participants admitted to feeling overwhelmed by the intrusion of external reality into their setting and mentioned losing their ability to contain and listen. Returning to analysis or supervision, as well as establishing a support system with peers, were ways for some of them to regain their ability to work with their patients. These findings are a response to questions from Bekes et al.'s [17] research on whether peer support and supervision during and after the pandemic could increase psychotherapists' ability to practice reflection as well as the resulting changes in their therapeutic work.

The extraordinary and traumatic circumstances affecting the Lebanese population are faced by psychotherapists and their patients. The impact of this shared trauma creates symmetry in the therapeutic relationship which is meant to be asymmetrical. Our findings concur with Nuttman-shwartz et al. [9] who state that shared traumatic situations can blur distinctions between therapists' roles (personal/family vs. therapeutic) and can affect therapists' professional identity and professional effectiveness. In this, they are referring to Baum [31] whose research findings show that professionals working in shared traumatic realities suffer from lapses of empathy and professional distress with a direct impact on their personal growth.

Saidipour [32] introduces the term of “good enough therapy”, a metaphoric corollary to Winnicott's concept of good enough mothering, when she tries to answer a question, she heard in professional venues but also asked herself: *How do we help our patients when we are living through a crisis with them?* A good enough therapist provides a holding environment and doesn't thrive for perfection but only needs to be good enough and sensitive to their patient's needs. She notes the increase in flexibility of the therapeutic setting in order to make room for one's own vulnerability. In this respect, Khoury Naja [33] insists on the therapist's duty to rethink the setting and to listen to his or her own intuition and creativity in order to offer patients a tailor-made support allowing the continuity of the therapeutic process.

Our results are consistent with the idea of creativity emerging from trauma. Our therapists' main purpose was to resume working with their patients. They adjusted their setting, reinterrogated their framework, used analysis, supervision and peer support. They were flexible and

accepted new patients by working online to deal with the economic crisis.

### Strength and limitations of this study

#### Strengths

This study effectively analyzes the specificities of the Lebanese context, such as the economic crisis, political and security instability, and historical conflicts. By considering these factors, the article highlights the unique challenges faced by psychotherapists in Lebanon and the potential impact on the therapeutic relationship.

The study references previous research studies and literature reviews that have examined remote psychotherapy, therapeutic alliance, and online therapy. This demonstrates a solid understanding of existing knowledge on the subject and helps position the current study within the broader research landscape.

The study utilizes a qualitative research design, allowing for an in-depth exploration of the experiences and perspectives of therapists working with Lebanese patients during a socio-political and sanitary crisis. The data collected of the subjective experiences of psychotherapists answers partly the lack of qualitative research on the topic and helps enhance a deepened understanding of the therapists' reactivity to crisis.

The inclusion criteria ensure that the participants have relevant professional experience and are directly impacted by the research topic. This sample size is reasonable for a qualitative study and allows for in-depth analysis. Additionally, the inclusion of participants with different therapy approaches adds diversity to the sample, enabling a broader understanding of the research topic.

#### Limitations

The article focuses on the Lebanese context and does not extensively explore the practices of psychotherapists in other countries. However, it acknowledges the potential for comparative analysis, which will be the perspective of the analysis of the data collected in other contexts such as Brazil, Italy and France that had suffered the pandemic crisis along with socio-economic and political crisis.

This article does not explicitly address the potential impact of the researchers' own backgrounds, biases, or assumptions on the interpretation of the data. In order to answer this limitation, the researchers have resorted to inter-jury validation of the results at every step of the data analysis.

Overall, while the study offers valuable insights into the experiences of therapists working with Lebanese patients during a crisis, it is important to consider these strengths and limitations when interpreting and applying the findings.

## Conclusions

The aim of this study was to explore psychotherapists' lived experiences of working through multiple crises. The qualitative analysis of the therapists' interviews revealed a core aspect of their experiences: the feeling of insecurity resulting from the intrusion of external reality into their therapeutic setting and framework. The switch to online therapy, although a forced transition and for most participants a first experience, allowed them to continue working with their patients and even take on new patients. However, our results highlight the participants' uncertainty about the online setting and its impact on the therapeutic relationship.

Conducting online sessions from home led to a blending of personal and professional life, limiting reflection and tuning into sessions. Therapists made slight modifications to their methods and became more supportive, cautious, and ready to give advice while reducing fees. The study highlighted challenges to the therapy framework regarding frequency, fees, content, and resistance. Therapists relied on internalized analysis, assuming responsibility for the framework, and recognized the need to navigate the intrusion of external reality to explore its impact on patients' responses. Seeking support through analysis, supervision, and establishing a support system with peers was beneficial. "Good enough therapy" emerged as a concept, emphasizing the provision of a flexible, sensitive, and tailored holding environment to ensure continuity of the therapeutic process. The study emphasizes the need for adaptability, containment, and support in the experiences of psychotherapists working through multiple crises, particularly in the context of the online setting.

## Abbreviations

IPA	Interpretative Phenomenological Analysis
CBT	Cognitive behavioral therapy
EMDR	Eye movement desensitisation and reprocessing
NLP	Neuro-linguistics programming

## Acknowledgements

Many thanks to all the participants, the main investigators and the research team.

## Authors' contributions

All authors made substantial contributions to the conception of the work and developed the interview guides. R.N. and M.H. wrote the main manuscript text. R.N., T.C., N.B. and M.H. collected the data. R.N., T.C. and N.B. interpreted the data. MR.M. and L.T.S. substantively revised the work. All authors read and approved the final manuscript.

## Funding

No funding source to declare.

## Availability of data and materials

The data are not publicly available due to privacy restrictions but are available from the corresponding author on reasonable request.

## Declarations

### Ethics approval and consent to participate

All methods were carried out in accordance with relevant guidelines and regulations. This study was approved by the Research Ethics Board of CER U-Paris N° IRB: 00012020–65 and the research ethics board of the Saint Joseph University in Beirut USJ-2020–214. Informed written consent to participate in the study was obtained from all participants.

### Consent for publication

Not applicable.

### Competing interests

The authors declare no competing interests.

Received: 6 September 2023 Accepted: 22 May 2024

© The Author(s) 2024. Published by Springer Nature

## References

- BBC News. Syria war: UN says 80,000 flee as strikes hit Idlib and Aleppo. BBC News. Published November 8, 2019. Accessed 10 Mar2024. Available from: <https://www.bbc.com/news/world-middle-east-50293636>.
- Lebanon sinking into one of the most severe global crises episodes, amidst deliberate inaction. World Bank. [cited 2023 Apr 23]. Available from: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2021/05/01/lebanon-sinking-into-one-of-the-most-severe-global-crises-episodes>.
- Synthesis of the crisis impact on Lebanon. Unicef.org. [cited 2023 Apr 23]. Available from: <https://www.unicef.org/lebanon/reports/synthesis-crisis-impact-lebanon>.
- BBC News. Lebanon profile - timeline. BBC. 2011 Aug 24 [cited 2023 Apr 23]; Available from: <https://www.bbc.com/news/world-middle-east-14649284>.
- Analyst and Patient in overlapping worlds Publicado previamente por APDeBA (1982). *Psicoanálisis*. 1982;4:503–22.
- Puget J. Groupe analytique et formation. *Revue de psychopathologie psychanalytique de groupe*. 1989;137–53.
- Kac Ohana N. Le psychanalyste et le fracas terroriste. *Le Carnet PSY*. 2016;9(203).
- Boulangier G. Fearful symmetry: Shared trauma in New Orleans after hurricane Katrina. *Psychoanal Dialogues*. 2013;23(1):31–44. <https://doi.org/10.1080/10481885.2013.752700>.
- Nuttman-Shwartz O, Shaul K. Online therapy in a shared reality: The novel coronavirus as a test case. *Traumatology (Tallahass Fla)*. 2021 ; 27(4) :365–74. <https://doi.org/10.1037/trm0000334>.
- Kaës R. Conteneurs et metaconteneurs. *J Psychanal L Enfant*. 2013;2(2):643–60. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0643>.
- El husseini M. Exploration du contre-transfert dans la clinique du trauma : une étude qualitative. Sorbonne Paris Cité ; 2016.
- Zazzo R. Anzieu (D.), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 1985, 254 p. *Enfance*. 1986 [cited 2023 Apr 23];39(4):453–4. Available from: [https://www.persee.fr/doc/enfan\\_0013-7545\\_1986\\_num\\_39\\_4\\_2936\\_t1\\_0453\\_0000\\_3](https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1986_num_39_4_2936_t1_0453_0000_3).
- WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Who.int. [cited 2023 Apr 23]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>.
- Mitchell E. "Much more than second best": Therapists' experiences of videoconferencing psychotherapy. *Ejqr.org*. [cited 2023 Apr 23]. Available from: <http://ejqr.org/index.php/ejqr/article/download/111/74/290>.
- Simpson SG, Reid CL. Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review: Alliance in videoconferencing psychotherapy. *Aust J Rural Health*. 2014 [cited 2023 Apr 23];22(6):280–99. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25495622/>.
- Norwood C, Moghaddam NG, Malins S, Sabin-Farrell R. Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A

- systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clin Psychol Psychother.* 2018 ;25(6) :797–808. <https://doi.org/10.1002/cpp.2315>.
17. Békés V, Aafjes-van Doorn K. Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *J Psychother Integr.* 2020;30(2):238–47. <https://doi.org/10.1037/int0000214>.
  18. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Chapter 5: Analysis. *Analysis Interpretative Phenomenological Analysis, Theory, Method and Research.* 2009;5.
  19. Noon EJ, Hallam S. Interpretive phenomenological analysis: an appropriate methodology for educational research? *J Perspect Appl Acad Pract.* 2018;6(1):75–83. <https://doi.org/10.14297/jpaap.v6i1.304>.
  20. Jesser A, Muckenhuber J, Lunglmayr B. Psychodynamic therapist's subjective experiences with remote psychotherapy during the COVID-19-pandemic—A qualitative study with therapists practicing Guided Affective Imagery, Hypnosis and Autogenous Relaxation. *Front Psychol.* 2022;12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.777102>.
  21. Scharff JS. Clinical issues in analyses over the telephone and the internet. *Int J Psychoanal.* 2012;93(1):81–95. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2011.00548.x>.
  22. Bayles M. Is physical proximity essential to the psychoanalytic process? An exploration through the lens of Skype? *Psychoanal Dial.* 2012;22(5):569–85. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.717043>.
  23. Lemma A. Psychoanalysis in times of technoculture: Some reflections on the fate of the body in virtual space. *Int J Psychoanal.* 2015;96(3):569–82. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12348>.
  24. Velykodna M, Kryvyi Rih State Pedagogical University, Tsyhanenko H, State University of Economics and Technology. Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy in Ukraine during the covid-19 pandemic unfolding: The results of practitioners' survey. *Psychol J.* 2021;7(1):20–33. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.2>.
  25. Christopoulos A. External and internal reality: the impact of the current socio-economic crisis on the analytic dyad. *Int J Psychoanal.* 2014;95(6):1131–53. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12240>.
  26. Green A. L'intrapsychique et l'intersubjectif en psychanalyse. *Lanctot*; 2005
  27. Soumaki E, Anagnostopoulos DC. Psychoanalytic psychotherapy in times of social crisis: The impact on therapeutic relationship. *Psychiatrike.* 2018;29(3):257–63. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2018.293.257>.
  28. Salaam Abdel-Malek H. Working through apocalyptic times: When the psychoanalytic frame is blown up. *Br J Psychother.* 2022;38(3):457–69. <https://doi.org/10.1111/bjp.12743>.
  29. Winnicott DW. Introduction to The Child, the Family, and the Outside World. In: *The Collected Works of D W Winnicott.* Oxford University Press; 2016:125–8.
  30. Khair Badawi M-T. Being, thinking, creating: when war attacks the setting and the transference counter-attacks. *Int J Psychoanal.* 2011;92(2):401–9. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2011.00399.x>.
  31. Baum N. Professionals' double exposure in the shared traumatic reality of wartime: Contributions to professional growth and stress. *Br J Soc Work.* 2014;44(8):2113–34. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct085>.
  32. Saidipour P. The precedent of good enough therapy during unprecedented times. *Clin Soc Work J.* 2021;49(4):429–36. <https://doi.org/10.1007/s10615-020-00776-7>.
  33. Khouri Naja C. La psychanalyse à l'épreuve du réel. Contre vents et marées, tenir le cadre. *Rev Fr Psychanal.* 2021 ;85(4) :975–85. <https://doi.org/10.3917/rfp.854.0975>.

### Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

## 2- Deuxième article : résultats globaux de la recherche

“Exploring psychotherapists’ shared experiences with patients and their influence on therapeutic settings and countertransference.”

Article soumis le 30 novembre 2024 à *BMC Psychology*.

L’objectif principal de l’article est de présenter les résultats globaux de la recherche qui vise à saisir l’impact des réalités extérieures partagées sur le processus thérapeutique, en mettant en lumière les défis rencontrés par les praticiens dans un contexte de crises multiples. Il cherche également à mettre en relief comment les psychanalystes et les psychothérapeutes ont dû remettre en question et adapter leurs pratiques et leurs cadres afin de continuer à travailler avec leurs patients dans un environnement marqué par l’incertitude et la nécessité d’improviser.

L’analyse des données a révélé trois méta-thèmes qui se présentent le mieux en suivant le parcours du professionnel de la santé mentale alors qu’il navigue de la réalité extérieure (1) à la réalité virtuelle (2), pour finalement plonger dans la réorganisation interne liée à sa capacité à créer de la nouveauté au sein de ces situations complexes (3).

Méta-thèmes	Thèmes
1. La réalité extérieure	Le contexte et son impact
	Les résurgences traumatiques
	Les résonances et traumatismes partagés
2. La réalité virtuelle	L’espace et la temporalité altérés
	Une sensorialité différente
	Un cadre élastique ?
3. La réorganisation interne	Rétablir le cadre interne
	Le recours à la théorie
	Créativité et improvisation

Les résultats montrent que les analystes et les thérapeutes ont tous traversé une période où leur identité professionnelle a été ébranlée et remise en question par les réalités extérieures. Comme ces facteurs étaient partagés à un niveau national, et certains à un niveau international (COVID-19), les collègues ont pu échanger leurs expériences et faire appel à la communauté de pairs. Les liens tissés à travers les différentes crises ont permis la mobilisation de ressources internes créatives, autorisant l’improvisation sur la base d’un cadre interne, mais aussi sur celle d’une énonciation possible et autorisée, ouvrant ainsi un partage du poids de la crise.

**Title**

Exploring psychotherapists' shared experiences with patients and their influence on therapeutic settings and countertransference.

**Abstract***Objectives*

The main aim of the study is to capture the impact of shared external realities on the therapeutic process, highlighting the challenges faced by practitioners in a context of multiple crises. The researchers also seek to explore how psychoanalysts and psychotherapists have had to question and adapt their practices and frameworks in order to continue working with their patients in an environment marked by uncertainty and the need to improvise.

*Methods*

We conducted a qualitative study among a population consisting of mental health professionals, which were recruited in multiple countries through associations and societies of psychologists, psychotherapists, and psychoanalysts. Data was collected using semi-structured individual interviews. A total of 40 participants were interviewed. The interviews were analyzed using interpretative phenomenological analysis (IPA), which allowed for a dynamic exploration of the participants' lived experiences.

*Results*

The analysis of the data revealed three superordinate themes that are best presented by following the journey of the mental health professional as he or she navigates from external reality (1) to virtual reality (2), ultimately plunging into the internal reorganization linked to his or her ability to create novelty within these complex situations. (3)

*Conclusions*

Our research shows that analysts and therapists experienced significant challenges to their professional identity due to external factors, including the COVID-19 pandemic. These shared experiences enabled the mobilization of creative internal resources and encouraged improvisation within an established framework. This facilitated working through the crisis and supported ongoing professional practice.

**Keywords**

Covid 19, setting, trauma, crisis, countertransference, qualitative research.

## **Practitioner Points**

- **Impact of External Reality:** Recognize how global events, like the COVID-19 pandemic, can disrupt and transform professional identities and practices in psychotherapy.
- **Navigating Virtual Realities:** Learn strategies to transition from traditional in-person therapy to virtual platforms while maintaining therapeutic effectiveness.
- **Ongoing Professional Development:** Highlight the critical role of continuous professional development and adaptability in sustaining effective practice during challenging times.

## **Introduction**

This collaborative research, born in response to the Covid-19 health crisis, brings together researchers from Lebanon, France, Italy, and Brazil. It explores how mental health professionals have had to question and adapt their practices and settings in order to continue working with their patients. Amidst this global pandemic, practitioners find themselves navigating unfamiliar territory marked by uncertainty and the need to improvise. This challenge is further compounded in countries where prior conflicts have left populations grappling with their own anxieties, exacerbated by the convergence of global health issues and political situations, which lack a regulating third party. In essence, we delve into the impact of the invasion of the “meta-frame” (1) in the clinical setting. The meta-frame is a necessary condition for the functioning of the frame, representing a frame for the frame.

Kaës initially introduced the meta dimension of the frame in 2012. He revisits various authors and psychoanalysts such as Bion, Pichon-Rivière, J. Bleger, Anzieu, and Gibelot and articulates the principles of the container and meta-container associated with the meta-frame. The container primarily functions to contain and transform elements of the psyche. A meta-container, on the other hand, serves as the contextual framework that enables and sustains the existence of a container. (1)

Various disruptions like pandemics, wars, natural disasters, revolutions, socio-political crises, and economic crises, among others, disturb external reality, causing changes that destabilize the meta-frame. Psychotherapists must adapt their theoretical knowledge, practices, and settings to these changes.

When the meta-frame becomes destabilized, psychotherapists rely on their relationship with patients to continue their work. This relationship engages not only their internal worlds but also the intermediate space created within the therapeutic relationship (2). This space contains the objects and feelings mobilized during the therapeutic process. Despite the disruption of the meta-frame, this connection remains intact, ensuring the function of the “containing shell and excitatory shield” as defined by Anzieu (3). This function is crucial for sustaining and continuing therapy.

Over the past decade, many studies have investigated the impact of trauma work on therapists who work with trauma patients, they show interesting subtleties in countertransference reactions to trauma narratives and shed light on processes indicative of trauma transmission. (4) (5)(6)

Puget and Wender (7) propose the term “superimposed worlds” to characterize situations in which there is a risk of distortion and transformation of the listening ability and the analytical function when traumatic facts are found in the session material. The question of asymmetry (8) between patient and psychotherapist, both immersed in a world “outside fantasy”, arises, highlighting a weakening of the framework and boundaries between patient and therapist.

The literature discusses various perspectives on the psychological and political impacts of the Covid-19 crisis. Bollas (9) describes the “overdetermination” of meanings during the crisis in the United States, highlighting factors like the pandemic, presidential actions, and social unrest, leading to a fractured societal reality. Rustin (10) emphasizes the significance of Bion’s concept of the “container” in understanding the crisis. He notes the collapse of traditional structures of containment and its implications for public compliance with measures. In Brazil, Kupperman (11) examines President Bolsonaro’s denialist statements regarding the pandemic, categorizing them into three forms: illusory, hypocritical, and pragmatic denialism, all of which have profound consequences on public health. The authors suggest that psychoanalytic insights can illuminate the complex interplay between political and psychological forces during the pandemic, underscoring the need for societal change.

In March 2020, when COVID-19 was declared a pandemic, psychotherapists globally had to adhere to imposed restrictions. This led to either interruptions in treatment or a transition to remote therapy. Despite psychotherapy being among the few medical exemptions during full lockdowns, the prevalence of remote treatments rose. While remote psychotherapy had drawn research interest before the pandemic, it has now emerged as a significant contemporary concern.

Simpson and Reid (12) conducted a literature review on research studies that measured therapeutic alliance over 23 years. Their findings support the notion that therapeutic alliance can be developed in psychotherapy by videoconference at least as highly as in a face-to-face setting. Norwood and al (13) in their systematic literature review and meta-analysis also demonstrated good working alliance and outcome for Videoconferencing psychotherapy. Bekes and Aafjes-van Doorn’s (14) findings suggest that psychotherapists’ thoughts about online psychotherapy are related to their past experiences, such as clinical experience, therapeutic approach and varies if they have previous online psychotherapy experience as well. Mitchell’s (15) literature review of research in the field of online therapy and counseling highlights the absence of qualitative research aimed at seizing the subjective experience and investigating the profound meanings of the online experience of a psychotherapist.

Our aim in this research is to understand how an external shared reality can alter the psychotherapist's working methods, listening capacity, and observations with patients, by exploring the impact of the invasion of the "meta-frame" (1) in the clinical setting.

## **Materials and Methods**

This is an exploratory qualitative study approved by the research ethics board of CER U-Paris N° IRB: 00012020-65, the research ethics board of the Saint Joseph University in Beirut USJ-2020-214 and the national ethics committee of the University of São Paulo CAAE: 46322821.7.0000.5561.

### *Methodology*

In this study, we used Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)(16), a qualitative method based on the principles of hermeneutics and phenomenology. IPA operates within a 'double hermeneutic' in which researchers interpret participants' interpretations of their own experiences, recognizing the subjective nature of human understanding and the dynamic interplay between researcher and participant perspectives. Based on phenomenological research principles, IPA focuses on the in-depth exploration of the lived experiences of individuals in order to capture the essence of their subjective reality. Central to IPA is its idiographic nature, which emphasises the unique and individual nature of participants' experiences rather than seeking to generalise findings across populations. Through a systematic and iterative process of data collection and analysis, IPA enables researchers to uncover the rich and nuanced meanings that individuals attach to their experiences, shedding light on the complexities of human perception and interpretation within specific contexts.

### *Participants*

The inclusion criteria for this study are professionals in the field of mental health, specifically clinical psychologists, psychiatrists, psychotherapists, or psychoanalysts. These professionals must be actively practicing in either private practice or institutional settings. Additionally, they should have maintained ongoing treatment or follow-up with adult and/or child patients throughout the period of confinement.

The recruitment of participants took place in the different countries of the researchers involved: France, Lebanon, Italy, Brazil and USA through associations and societies of psychologists, psychotherapists and psychoanalysts.

In all 40 participants were interviewed. Participants' characteristics are described in **Table 1**.

### *Measures*

The participants were notified about this research by an information letter and a meeting was set up, during which they received clear oral and written information and provided written consent. The data were collected in semi-structured interviews, each for about an hour, conducted by the research team. The research team developed the interview guides during meetings and adapted them progressively during the study. **Table 2** describes in detail the thematic areas explored in the interview.

### *Data Analysis*

The analysis followed a structured approach using the IPA methodology (16). Initially, all interviews were meticulously transcribed and subjected to individual scrutiny. Throughout the analysis process, the authors periodically cross-referenced various stages to ensure consistency. Adopting the iterative nature of IPA analysis, emphasis was placed on fostering a dynamic interaction between the researcher and the textual data. Following transcription, repeated readings of the text were undertaken to immerse oneself in the participants' narratives. This involved paraphrasing each interview and annotating interpretations, insights, and interconnections within the text. Subsequently, subordinate themes naturally surfaced, indicative of the depth within specific passages. These subordinate themes were then clustered based on content, giving rise to overarching superordinate themes that encapsulated the collective meanings of the subordinate themes. To ensure the validity of our research, the interviews were analyzed independently by three researchers and the divergences discussed in research team meetings.

### **Results**

The analysis of the data revealed three superordinate themes that are best presented by following the journey of the mental health professional as he or she navigates from **external reality** (1) to **virtual reality** (2), ultimately plunging into **the internal reorganization linked to his or her ability to create novelty within these complex situations**. (3) Each superordinate theme came with constituent subordinate themes. These are described further within this section.

## 2.1. External reality

### 2.1.1 The context and its impact

The profound impact of external realities, notably the multiple crises in Lebanon, the political crisis in Brazil, the Black Lives Matter movement in the United States and the terrorist attacks in France are the most salient events in the interviews analyzed.

The Lebanese context is characterized by a series of crises including economic collapse, the COVID-19 pandemic, and the Port of Beirut blast. The participants expressed how the external reality could at any moment break into the setting.

*“There are not only attacks from within, this year we had attacks from outside, which you can neither decide nor control, whether it’s the virus, or socio-political and economic worries, and then the explosion.” P3*

In the U.S., participants pointed to the convergence of the Black Lives Matter movement and the pandemic. As well as the varying security measures from state to state. The unprecedented diversity of responses at school, sector, community and even country level was also noted.

*“ The whole Black Lives Matter thing, which in the U.S. coincided to some extent with all the dramas, and all the Covid crises. Exactly, because there were already security measures in our state that were really very different from other measures taken in other states in the United States, which were also generally very different from measures taken in my native country.”P30*

The assassination of Samuel Paty in France has given rise to a great deal of fear and discussion, says a participant who works in a reception center for young migrants. He spoke of the fear of the team, of the confusion associating immigration with terrorism, and the worry that young people might become infected because of the stressful conditions of the pandemic.

*“The assassination of Samuel Paty, people spoke to me a lot, you know! They were marked, you know, very frightened, they were frightened, like us, first of all, the same little things we were, saying that they found it terrible and then, the fear of the amalgam if you like, migration, migration-terrorism,”P16*

In Italy, participants felt that the culture of psychological well-being was lagging, and that the recovery plan did not address psychological issues. Work overload was a problem specific to the Italian context, with individuals grappling with the emergency situation and lacking time to manage their emotions. One Italian participant shared the disturbing experience of corpses in black bags and the pressure on resources at Alzano Lombardo.

*“My aunt remembers being awakened several times by the sound of zippers. They were put in the black bags - the corpses. In the same room where there were others, they weren’t taken away. All these things were tiring, and Alzano Lombardo was like a lazaret.” P35*

In Brazil, the government's trivialization of the situation, jokes about wearing masks and promotion of chloroquine were met with disappointment and disgust. Brazilian participants expressed a sense of powerlessness and abandonment, as politics interfered with care without logic or clear strategies. The aggravating factor of the government's management of the pandemic was seen as making the situation even more tragic in Brazil.

*"I was very disappointed, when you see the atrocities of the president of the republic, it's revolting, we needed shelter, we are in a total helplessness, abandoned children, when politics interferes in care without any logic or strategies." P27*

### **2.1.2 Traumatic resurgences**

Participants' discourse also reveal the resurgence of past traumatic experiences, in various historical contexts such as wars, terrorist attacks and transgenerational trauma. In France, one participant reflected on the family repercussions of the Algerian war, highlighting how the current crisis has revived memories of their parents' experiences as Algerian repatriates.

In Lebanon, reflections on wartime shelters and the confinement of families during past events highlighted the parallel confinement experienced during the pandemic. In Italy, a participant described the unsettling effect of pandemic-related imagery resembling war scenes, evoking comparable trauma. The fear of being emotionally blocked and the struggle to seek help drew parallels with past life experiences, highlighting the complex interplay between current challenges and past trauma for another participant.

*"My family history comes back to me, my parents experienced the Algerian war head-on, they were part of what we call the Algerian repatriates". P19*

*"Certainly, the shelters, I was going to say, like earlier in the pictures, certainly the shelters when there were the events of the war, and the whole family also found themselves like that, confined or again in greater proximity in the shelters." P7*

*"It struck me, but the ambulances, the images and the news, as well as the processions of coffins, had the effect of a trigger and a similar trauma. P36*

### 2.1.3 Resonances and shared trauma

Resonances and traumas shared with patients are also evoked. The heightened sensitivity to patients' traumas was analogously likened to a tuning fork, revealing a deep resonance with the emotional struggles of those they cared for. One participant demonstrated a deep awareness of the anxiety associated with the fear of death, illustrating an emotional terrain shared with his patients. Another participant described the moments of silence during remote sessions as a tsunami, connecting them to his personal family history, including the heavy burden of the Holocaust. This reflection highlights the profound impact of shared collective and personal traumas on the psychotherapist's experience, as well as on his or her ability to empathize with patients.

*"I was hyper-sensitive to my patients' traumas, really, you know, like a tuning fork." P18*

*"I really became aware of the anguish linked to the fear of death". P19*

*"When she was silent in front of Skype , I said to myself: ah there's something going on, in fact, there's this very tsunamic silence; and in fact afterwards there were things coming, there's a sort of, you know, rumbling and then I think of things, I think of the tsunami in fact. My grandfather was Jewish, so there were deportations, so my great-grandfather died in the Auschwitz camps. It's a very heavy burden. So yes, this sort of silence before the tsunami, it also makes me think of the bombing, it also makes me think of war, well!" P18*

## 2.2. Virtual reality

The psychotherapist ensures the continuity of the therapeutic process by introducing the new device, the setting for distance work, the virtual framework, while the patient responds to the call by connecting, thus contributing to a co-creation that makes the encounter possible, for example patients who connect from their car or sitting in a park, unable to find a suitable space at home.

For most of the participants, the compulsory confinement and the transition to online working represented a novelty that gave rise to many anxieties, questions, and apprehensions. At the same time, this transition was seen as a relief, as it offered the possibility of continuing their professional activity and offering continuity to their patients.

We note several points in their comments about their experiences with the new virtual setting.

### 2.2.1 The notion of space and time

Particularly in relation to the spatial and temporal dimensions relating to sessions, the absence of transitional spaces between home and practice, which are traditionally spaces for reflection and preparation, was noted, altering the pre- and post-session ritual. They describe a “collusion” between an intimate place and the world at large. This change is further accentuated by the compressed temporality of virtual sessions: fewer silences, more responsiveness on the part of the therapist, but also more disinhibition on the part of patients, who reveal traumatic or phantasmatic content more rapidly, prompting one participant to speak of a “therapeutic accelerator pedal” during the initial phase of the pandemic. The newfound immediacy was underlined by the absence of traditional transitions between activities, with patients moving seamlessly from university classes to therapy sessions, blurring the boundaries between professional, academic and personal spheres.

*“All that time preparing for the session beforehand, all those sort of interstices between the home and the office that are spaces for elaboration, dreams and fantasies, were missing.” P20*

*“A kind of collusion between a place that’s very intimate, that’s the place of your reflection, of your elaboration, all of a sudden, it was connected to the whole world.” P16*

*“It’s absolutely invaluable. And I was amazed at the efficiency and ... I even had the perception, especially in the first part of the pandemic, that it was a therapeutic gas pedal. “ P37*

*“Certainly, that is, what can be the pause between one sentence and another, between one consideration, one comment and another... times have definitely shortened. It’s in this sense that I speak of “performance”, but it’s not a performance, it’s almost an implicit need to give voice to the voice that comes from the other, in short, no.” P39*

### 2.2.2 The sensory aspect

The sensory aspect of online therapy was also noted. The absence of the body, as one participant noted, poses unique challenges, prompting therapists to find other ways to convey comfort and support through explicit verbal articulation and voice modulation. The fatigue associated with prolonged online sessions is a shared experience, with one participant expressing the taxing nature of virtual interactions, attributing it to compensation through the auditory dimension for the absence of the body. The emphasis on the voice is clear: it is eroticized, felt to be too close.

*“When you’re in the presence of someone, it’s easy to remain silent, the patient is thinking, I’m thinking, we’re in this somewhat tranquil atmosphere, at a distance there’s more tension to talk. It’s as if they could take their thoughts a little further, I’d say, because we’re at a distance.” P32*

*“You never understand the physical and bodily reactions and counter-reactions, you lose features, you lose nuances that aren’t always just nuances... that’s it.” P39*

*“It was an enormous expenditure of energy. While the activity in front of me tires me, but also regenerates me, there’s a cycle... there was just fatigue, so I felt my head tired, my eyes tired, my body tired... A great effort.” P35*

*“The voice was very present, so it was as if it penetrated the body, this omnipresence, that’s the difference with therapies or analyses in person, because in person, there are attitudes, there’s body language, so it’s as if it absorbs the word a little more, or the voice.” P1*

The visual component introduces complexities too, as participants are confronted with the constant visibility of their own image on the screen. This new self-awareness leads to discomfort. Access to the patient’s intimacy is also noted (patients in their beds, barefoot, their children and spouses seen on the screen, etc.). One participant felt that he was being offered more than he asked for.

For psychoanalysts, it was seen best to hold sessions over the phone.

*“I had the impression of being seen more closely, which makes the patient when, when he has my image on a screen, he can be distracted by the fact that if he spends his time looking at my expressions, my wrinkles, my pimples, my all that and my make-up, he has a perception overload and that it’s not necessarily useful to maintain “ P20*

*“The impact is very big, to see myself in the frame on the screen. In the little frame I think seeing yourself is something because the judgement is bigger when you see yourself.” P 27*

### 2.2.3 A flexible framework

Another crucial aspect of the virtual framework concerns its flexibility or elasticity, as some participants pointed out. While many wished to maintain a certain constancy in session schedules, flexibility was envisaged differently when it came to financial arrangements. Therapists and psychoanalysts found themselves obliged to share their bank details to facilitate payments by bank transfer, an uncommon practice in the psychoanalytic field for our participants in Lebanon, France and Brazil. The question of self-disclosure was also raised, as was that of the hybrid after returning to face-to-face consultations - what justifies or would constitute sufficient reason to accept an online session, etc.?

Our results clearly indicate a disparity in the adoption of the virtual framework between psychoanalysts and therapists of other approaches, the latter generally showing themselves to be more comfortable with the flexibility and adaptations induced by the transition to online work.

*“I’ve always understood that in psychoanalysis you have to be open to the unexpected, to the new, to the different, to situations that are just right, to delicate situations, and I was very surprised by the psychoanalysts around me, how they came to be so perplexed, as I said, it seems that these people have never seen a psychotic, a child in whom these situations appear more often who very easily break the rules of the framework, so it was strange for me to realise how difficult it is for us, or for psychoanalysts, to have to deal with a totally unpredictable situation. I’ve always understood that the unexpected is part of our job.” P23*

*“Now there are those who were really very, very afraid to leave their homes, so there weren’t many of them, and I could make the exception that they could make a money transfer.” P3*

*“Somewhere along the line, I revealed a little of the fear I have regarding the Covid issue, regarding the issue of this social distancing.” P17*

*“It’s not usual to have two face-to-face sessions and one by phone, it’s going to have effects...”, and in my head I said to myself it’s not usual but there’s nothing usual anyway.” P18*

*“Resistance to come to the session and asking for a virtual session? But if I see, normally I accept, but when I see that there’s resistance or things that need to be talked about why they don’t come normally I address that “P32*

*“We create with flexibility, flexibility in the framework, not in the... So, we’re... we continue to listen, we continue to resolve the questions of the subject... the subject is there. You have to take advantage of the fact that it’s possible to work with what’s possible, and that makes me happy to be able to do it.” P22*

## 2.3. Internal reorganization

The improvised framework, in these circumstances, requires creative rethinking of one's practice and the co-construction of a malleable framework that preserves the therapeutic process. To achieve this, it is essential to be able to restore one's internal framework, which requires both personal work and elaboration with colleagues.

### 2.3.1. Restoring the internal framework

Participants stressed the importance of returning to personal analysis, supervision, participation in writing groups and sharing with colleagues.

Some participants regained a sense of centeredness by getting involved in psychological support projects for the community. This was seen as a way of regaining energy by helping others, offering a source of mutual support. Nature walks, daily movement and bodily activities became essential elements of self-care, serving as a dynamic counterbalance to the intense activation experienced during the crisis.

*"I went back into analysis of course after that, because it was impossible to keep feeling that the glass was going to come crashing down on me. And it was during this period that I was talking almost more than the patient himself." P9*

*"So I was lucky to have participated in a writing group very early on." P7*

*"Daily walking, movement, the body in motion. I could figure out how to do the activity, in short, at that point I couldn't bear to stand still." P21*

### 2.3.2. Resorting to theory

The use of theory becomes a means of navigating through the complexity of online work, offering conceptual and practical guidance to preserve therapists' internal framework. This demonstrates their commitment to maintaining a solid theoretical foundation while adapting to the new demands of clinical practice.

*“ I was more ‘Winnicottian’ during the pandemic, and during all that’s going on in Lebanon too, which can sometimes be worse than the pandemic. But I didn’t lose sight of the analytical aspect of things. The analytical aspect in the sense of analytical technique.” P10*

*“I went to talk about it in supervision I went to say that I didn’t have this rigidity this problem isn’t a problem and we talked for a while about the meaning of doing a bank transfer, so I think it was also something that had already worried me because it was new, I had to understand what it would mean to the patient ” P26*

*“Sensorimotor therapy is wonderful. In the relationship with the person, I like it a lot, that is, everything is co-constructed with the patient, whereas in EMDR there’s a condition, there’s a hierarchical position. What helps me is to be able to recognize them and to listen to them a lot, i.e. I use sensorimotor training a lot to regulate myself, i.e. the therapist’s regulation.” P37*

### 2.3.3. Creativity and improvisation

Analysis of the results reveals how participants deployed creativity and improvisation in the context of online therapy during the pandemic. Practitioners adopted innovative approaches, including the creation of complex outdoor clinical environments to maintain care for vulnerable patients (migrants, women victims of violence etc.) underlining the need to adapt to new conditions. Virtual psycho-education projects on Covid were set up, integrating medical-health and psycho-emotional aspects in a comfortable way through interactive Zoom presentations. Certain participants extended the use of mindfulness practices in creative ways, even with initially hesitant patients, noting its positive impact on emotional stabilization.

Some participants also spoke of the feeling of being in a bubble during sessions, enabling them to think and elaborate with patients despite the chaos outside. Creativity was seen as a binding and libidinal element, offering a contrast with collective trauma, which is often associated with disintegration. Psychoanalysts stressed the need to be open to unexpected and delicate situations, recognizing that the pandemic brought unforeseen challenges that required creative solutions.

*“We talk about everything we’ve created with the children, and precisely how to, well, how to continue therapy, how to make teletherapy a possible creative nerve rather than something fetishistic”. P18*

*“I’ve always understood that in psychoanalysis you have to be open to the unexpected, to the new, to the different, to delicate situations.” P26*

*“Children get right into your belly and bring with them behaviors and content that also force you to create. To be flexible. So, for me, this period was a change of scene. “P36*

*“We were confronted with challenges that were really sources of creativity that we didn’t suspect in ourselves, and it’s all very well to say that psychoanalysis and psychoanalysts and all those interested in it are a little rigid, a little overtaken by time, by events etc. by the course of modern life etc., but we found that this was not the case.” P15*

This qualitative study aimed to explore psychotherapists' lived experiences when confronted with shared external realities with their patients. The analysis of therapists' interviews revealed a core aspect of their experiences: the feeling of insecurity stemming from the intrusion of external reality into their therapeutic setting and framework. Our results demonstrate the journey that this experience compelled psychotherapists to navigate, emphasizing the necessity of working through uncertainty in their practice.

“In a moment that affects the patient as much as the analyst, the analyst's anguish is decisive, especially if he risks being overwhelmed.” says Bleger (17).

When the unexpected occurs from outside the session and breaks into the therapeutic framework, what remains of the communion between the two protagonists caught up in the same unexpected event, often with traumatic potential, depends on how the therapist works through it. In the case of our participants, our findings highlight the profound repercussions of the collective external reality, revealing the resurgence of past traumatic experiences. Furthermore, our study highlights the transmission of these traumas, resonating with patients and emphasizing the enduring impact of shared external challenges. Drawing on Ferenczi's model of countertransference (18), therapists navigate through three phases: In the first, the analyst is emotionally overwhelmed by the patient's feelings; in the second, there's an effort to control these reactions, risking detachment; and in the third, achieved through introspection and analysis, the analyst uses their own countertransference as a tool for therapeutic understanding, allowing both patient and analyst to explore previously unaddressed conflicts. The therapists involved in our study find themselves first oscillating between phases of uncertainty and disruption, questioning their professional identity; second and in a defensive phase resorting to theory, before allowing a phase of restoring internal framework and creative implications.

Our research aligns with existing studies examining the lived experiences of mental health professionals when faced with unique challenges in their clinical practice. These professionals are exposed to a spectrum of physical and mental health risks, such as secondary traumatization, burnout, anxiety, and depression. (19, 20) DiGiovanni et al. (21) examined the personal and professional effects of the COVID-19 pandemic on Child and Adolescent Psychiatrists in the USA, focusing on changes in development, practice, and values. Their findings highlighted a consensus among participants regarding the necessity for implementing change due to the pandemic. Sibeoni et al. (22) study involved Child and Adolescent Psychiatrists from 26 countries, their findings revealed three central axes of experience: disorganization of clinical practice in terms of lived time and space, disconcerting experiences with the body of both psychiatrists and patients, and predominant unpleasant emotions, particularly angst and loneliness, influencing their clinical practice. However, our research nuances these findings by indicating that despite the potentially destructuring and anxiety-provoking impact, we specifically reveal, that amidst these challenges, mental health professionals can undergo a transformative journey that fosters creativity, challenging the notion of mere disorganization and highlighting the potential for positive growth in the face of adversity.

Our participants acknowledged being overwhelmed by the intrusion of external realities into their environment, noting a loss of their capacity to contain and listen effectively. Some of them found returning to analysis or supervision, along with establishing a support network with peers, as strategies to regain their ability to engage with patients. In this, we agree with El Husseini in her research on countertransference in the trauma clinic (2), in which she demonstrates that personal analysis and supervision were a means for therapists to protect themselves from the impact of the trauma in their clinic, while others emphasized the need to benefit from them in order to transform what is deposited in the therapist's psyche. This result also addresses inquiries raised in Bekes et al.'s (14) study regarding the potential of peer support and supervision, during and after the pandemic, to enhance psychotherapists' reflective practice and consequently influence their therapeutic approach.

Changes and transformations in work practices (such as the switch to online therapy) challenge the notion of the permanence of the frame in its material and internalised dimension. The main protective and holding functions of the frame - for which therapists act as guarantors - are thus put to the test. The transition to online therapy, although a forced transition and a first experience for most participants, allowed them to continue working with their patients and even to take on new patients, which was a source of relief. However, it also raised concerns about the uncertainty surrounding the online setting and its impact on the therapeutic relationship with patients.

The findings clearly show a contrast in the acceptance of the virtual setting between psychoanalysts and therapists using alternative approaches. In general, the latter group is more comfortable with the flexibility and adaptations brought about by the move to online work. Teleanalysis is currently a subject of significant controversy among psychoanalysts. Although, an increasing body of research supports the legitimacy and effectiveness of the technologically modified setting: Several authors (23–27) advocate for the merits of online psychoanalysis, arguing that comparable processes exist in both in-person and virtual analyses. Through vignettes or clinical cases, they reference the demonstration of transference and countertransference, unconscious communication, free association, free-floating attention, and emotional support, alongside interpretations.

We found in the literature that some psychoanalysts have reservations about teleanalysis which aligns with the results of our study. In the context of telephone sessions, various aspects of in-person interactions were notably absent, including physical presence, visual cues, and olfactory sensations. Although bodies are not physically present, they still exist in a muted capacity. Additionally, auditory perception becomes more pronounced, with voices penetrating the ear differently compared to in-person meetings (28). Krzakowski (29) notes the fatigue experienced and the tendency of analysts to intervene more, he discusses the effects of remote sessions, particularly from its psychoanalytic 'economic' perspective he says "one of the paradoxes of teleconsultation is revealed both in a need to desexualize a relationship freed from its usual par-excitations, while the other side of the paradox lies in a need to re-sexualize a situation that can become too cold, at the risk of immobility." Patry (30) refers to the issues of lack and loss associated with the change of analytic setting in telephone sessions. The absence of the body deprives both patient and analyst of a "full transference experience", she says. The analyst is content to rely solely on the analysand's words to "feed his reverie". Floating listening focuses on the voice, its intonation, and fluctuations. Can it remain floating, or becomes more vigilant? De Staal (31) expresses the loss felt in moving from the couch to the screen, underlining the disappearance of a concrete material aspect deeply linked to the habitual working environment. The question that arises is how to move or rearrange this device without compromising the "ceremonial imposed during the sessions", as mentioned by Freud in 1913, and without destroying "the very edifice of psychoanalysis". Discussion of the frame is nothing new: it's been around since the contemporary theorizations needed to extend psychoanalysis to non-neurotic structures (Green, Donnet, Roussillon). The transition from the couch to the screen is not simply a matter of imitative transposition for fear of "doing anything". Rather, it requires a dose of inventiveness, a creative dimension accompanied by the recognition of losses and gains, thus fostering the "creation of the new" while preserving the initial "idealized model". (31) "When it comes to frameworks, the reference to ethics is quick to make its appearance... It sounds like a call to order, an injunction to "not do just anything". Do analysts lack reference points? Do they need to be supervised or framed? says Bleger (17).

In line with A. Green's (32) perspective, when a radical transformation of the framework is required, the analyst should turn to an internal framework, that resulting from his or her own internalized analysis. Analysts see their own psychic framework as the cornerstone of the analytic process, guaranteeing that they will take full responsibility for it.

The analytical process is internal, even if it is determined by stable and constant external conditions. The risk, therefore, lies not in the change of support (couch/screen) but rather in the more profound upheaval of our internal world in an external context that has become too unstable, too uncertain, which risks inhibiting our capacity for thought, reverie, and symbolization.

## **Conclusion**

The results of our research show that analysts and therapists have all gone through a period when their professional identity has been shaken and challenged by external factors. As these factors were shared at a national level, and some at an international level (covid 19), colleagues were able to share their experiences and call on a group: the community of peers. The links forged through the crisis enabled the mobilization of creative internal resources, authorizing improvisation on the basis of an internal framework, but also on the basis of a possible, authorized enunciation, opening up a sharing of the weight of the crisis.

## References

1. Kaës R. Conteneurs et metaconteneurs. *J Psychanal L Enfant*. 2013;2(2):643–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.3917/jpe.004.0643>
2. El husseini M. Exploration du contre-transfert dans la clinique du trauma : une étude qualitative. Sorbonne Paris Cité ; 2016.
3. Zazzo R. Anzieu (D.), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 1985, 254 p. *Enfance*. 1986 [cited 2023 Apr 23];39(4):453–4. Available from: [https://www.persee.fr/doc/enfan\\_0013-7545\\_1986\\_num\\_39\\_4\\_2936\\_t1\\_0453\\_0000\\_3](https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1986_num_39_4_2936_t1_0453_0000_3)
4. El Husseini, M., Skandrani, S., Sahab, L.T., Dozio, E., & Moro, M.R. (2016). Countertransference in Trauma Clinic: A Transitional Breach in the Therapists' Identity
5. Dozio E. et al. (2016). Transmission du traumatisme mère-bébé dans les interactions précoces. *Pratiques Psychologiques*, 1-17.
6. Laroche-Joubert, M. (2019). Figures du contre-transfert dans la clinique du trauma psychique. *Cliniques*, 17, 132-144. <https://doi.org/10.3917/clini.017.0132>
7. Analyst and Patient in overlapping worlds Publicado previamente por APdeBA (1982). *Psicoanálisis*. 1982 ;4 :503–22.
8. Kac Ohana N. Le psychanalyste et le fracas terroriste. *Le Carnet PSY*. 2016;9(203).
9. Bollas, C. “Civilization and the Discontented,” in *Psychoanalysis and Covidian Life: Common Distress, Individual Experience*, eds. Howard B. Levine and Ana de Staal, Phoenix Publishing House. 2021. ISBN 9781912691777.
10. Rustin, M. “The coronavirus pandemic and its meanings,” in *Psychoanalysis and Covidian Life: Common Distress, Individual Experience*, eds. Howard B. Levine and Ana de Staal, Phoenix Publishing House. 2021. ISBN 9781912691777.
11. Kupermann, D. “Catastrophe and its vicissitudes: denial and the vitalising effect of “good air” in *Psychoanalysis and Covidian Life: Common Distress, Individual Experience*, eds. Howard B. Levine and Ana de Staal, Phoenix Publishing House. 2021. ISBN 9781912691777.
12. Simpson SG, Reid CL. Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review: Alliance in videoconferencing psychotherapy. *Aust J Rural Health [Internet]*. 2014 [cited 2023 Apr 23];22(6):280–99 Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25495622/>
13. Norwood C, Moghaddam NG, Malins S, Sabin-Farrell R. Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clin Psychol Psychother*. 2018 ;25(6) :797–808. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.2315>

14. Békés V, Aafjes-van Doorn K. Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *J Psychother Integr.* 2020;30(2):238–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/int0000214>
  
15. Mitchell E. “Much more than second best”: Therapists' experiences of videoconferencing psychotherapy. *Ejqr.org*. [cited 2023 Apr 23]. Available from: <http://ejqr.org/index.php/ejqr/article/download/111/74/290>
  
16. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Chapter 5: Analysis. *Analysis Interpretative Phenomenological Analysis, Theory, Method and Research.* 2009;5.
  
17. Bleger L. En faire trop ou pas assez In: Tamet J.Y, editors. *Incertitudes en psychanalyse.* Editions Fario; 2021. pp.33-45.
  
18. Ferenczi S. Elasticité de la technique psychanalytique. In: *Psychanalyse IV.* Paris: Payot; 1982. p. 53-65.
  
19. Arpacioğlu S, Gurler M, Cakiroğlu S. Secondary Traumatization Outcomes and Associated Factors Among the Health Care Workers Exposed to the COVID-19. *Int J Soc Psychiatry.* 2021 Feb;67(1):84-89. doi: 10.1177/0020764020940742. Epub 2020 Jul 8. PMID: 32635786; PMCID: PMC7348255.
  
20. Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F, Shin JI, Sullivan S, Brondino N, Solmi M, Fusar-Poli P. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020 Oct 1;275:48-57. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.022. Epub 2020 Jun 25. PMID: 32658823; PMCID: PMC7314697.
  
21. DiGiovanni M, Weller I, Martin A. Pivoting in the pandemic: a qualitative study of child and adolescent psychiatrists in the times of COVID-19. *Res Sq [Preprint].* 2021 Mar 4;rs.3.rs-287057. doi: 10.21203/rs.3.rs-287057/v1. Update in: *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2021 Jun 21;15(1):32. PMID: 33688641; PMCID: PMC7941638.
  
22. Sibeoni J, Manolios E, Costa-Drolon E, Meunier JP, Verneuil L, Revah-Levy A. Clinical practice during the COVID-19 pandemic: a qualitative study among child and adolescent psychiatrists across the world. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2021 Nov 22;15(1):68. doi: 10.1186/s13034-021-00417-y. PMID: 34809693; PMCID: PMC8608359.

23. Jesser A, Muckenhuber J, Lunglmayr B. Psychodynamic therapist's subjective experiences with remote psychotherapy during the COVID-19-pandemic—A qualitative study with therapists practicing Guided Affective Imagery, Hypnosis and Autogenous Relaxation. *Front Psychol.* 2022;12. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.777102>
24. Scharff JS. Clinical issues in analyses over the telephone and the internet. *Int J Psychoanal.* 2012;93(1):81–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-8315.2011.00548.x>
25. Bayles M. Is physical proximity essential to the psychoanalytic process? An exploration through the lens of Skype? *Psychoanal Dialogues.* 2012;22(5):569–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/10481885.2012.717043>
26. Lemma A. Psychoanalysis in times of technoculture: Some reflections on the fate of the body in virtual space. *Int J Psychoanal.* 2015;96(3):569–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/1745-8315.12348>
27. Velykodna M, Kryvyi Rih State Pedagogical University, Tsyhanenko H, State University of Economics and Technology. Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy in Ukraine during the covid-19 pandemic unfolding: The results of practitioners' survey. *PSYCHOL J.* 2021;7(1):20–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.31108/1.2021.7.2>
28. Corbella, V. *From the Couch to the Screen: Psychoanalysis in Times of Virtuality.* 2020; 10.5772/intechopen.
29. Piotr Krzakowski (2021) COVID-19 IN V ACTS, *The International Journal of Psychoanalysis*, 102:1, 139-158, DOI: 10.1080/00207578.2021.1873590
30. Patry L. L'écoute à distance, ses manques et ses excès. In: Horovitz M, Krzakowski P, editors. *Écrits intimes de psychanalystes pendant la pandémie: Journal de voyage en Confinia.* Editions L'Harmattan; 2021. pp. 199-206.
31. De Staal, A. "The burnt compartment. Or: Psychoanalysis without a couch" in *Psychoanalysis and Covidian Life: Common Distress, Individual Experience*, eds. Howard B. Levine and Ana de Staal, Phoenix Publishing House. 2021. ISBN 9781912691777.
32. Green A. *L'intrapsychique et l'intersubjectif en psychanalyse.* Lanctot ; 2005

<b>Table 1 Characteristics of participants</b>						
	<b>Sex</b>	<b>Age</b>	<b>Country of origin</b>	<b>Country of practice</b>	<b>Profession/method</b>	<b>Population</b>
1	F	64	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults/teens/children
2	M	44	Lebanon	Lebanon/France	Clinical psychologist/CBT	Adults/couples
3	F	34	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults
4	M	44	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/EMDR/NLP	Adults/teens/children
5	F	43	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/Psychodynamic therapy	Adults/teens/children
6	F	44	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults
7	F	49	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults/teens/children
8	F	38	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/Psychodynamic therapy	Adults/teens
9	F	42	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults/teens/children
10	M	63	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults
11	F	34	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/Psycho-organic therapy	Adults
12	F	35	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults
13	F	40	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/Analytic therapy	Adults
14	F	34	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/CBT	Adults/teens/children
15	M	43	Lebanon	Lebanon	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults
16	F	54	France	France	Psychiatrist/psychotherapist/anthropologist	Adults
17	F	38	France	France	Clinical psychologist/Analytic therapy	Adults/teens/children
18	F	49	France	France	Psychiatrist/psychoanalyst	Adults/teens/children
19	F	47	France	France	Clinical psychologist/Analytic therapy	Adults/groups
20	F	70	France	France	Psychiatrist/psychoanalysis	Adults/groups
21	F	44	France/ Lebanon	France	Psychologist/gestalt therapy/Music therapy	Adults
22	F	39	Brazil	Brazil	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults/teens/children
23	F	69	Brazil	Brazil	Psychologist/psychoanalysis	Adults
24	F	28	Brazil	Brazil	Psychologist/psychoanalysis	Adults/children
25	M	30	Brazil	Brazil	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults
26	F	36	Brazil	Brazil	Psychoanalysis	Adults
27	F	33	Brazil	Brazil	Clinical psychologist/psychoanalysis	Adults/couples/families

28	F	48	Brazil	Brazil	Gestalt therapy	Teens/children
29	F	63	Brazil	Brazil	Psychologist/psychoanalysis	Adults/women victims of violence
30	F	45	USA/lebanon	USA	Psychiatrist/psychoanalysis	Adults
31	M	46	USA/ Lebanon	USA	Psychiatrist/psychoanalysis	Adults
32	F	42	Portugal	Portugal	Clinical psychologist/psychoanalysis	Teens/young adults
33	F	31	Italy	Italy	Psychologist/systemic therapy	Adults/families
34	F	63	Italy	Italy	Psychologist/psychodynamic therapy	Adults/teens
35	M	43	Italy	Italy	Psychologist/systemic relational therapy	Adults/couples/families
36	F	41	Italy	Italy	Psychologist/analytical therapy/EMDR/sensorimotor therapy	Children/families
37	F	74	Italy	Italy	Psychoanalysis	Adults/groups
38	M	67	Italy	Italy	Psychiatrist/psychodynamic therapy	Adults/families
39	F	69	Italy	Italy	Psychoanalytical therapy	Adults/groups
40	F	61	Italy	Italy	Psychologist/evolutionary psychology	Children/adults/families
* CBT cognitive behavioral therapy - EMDR Eye Mouvement Desensibilisation and Reprocessing – NLP neuro-linguistics programming						

## **Table 2 Interview Guide**

### **I - Impact of the external situation (Covid/confinement) on the participants**

- 1- Could you tell me how you experienced the news of the pandemic and the lockdown?
- 2- With what images would you describe the lockdown?
- 3- What did you observe in yourself as emotions, behaviors, physical changes?
- 4- What impact did this have on your creative abilities?
- 5- Did this situation bring back memories of similar experiences?

### **II- Impact of the situation on participants' work with clients**

- 6- What decisions did you take to ensure continuity of work?
- 7- How did you put in place virtual/distance work?
- 8- What impact did online work have on you? On your patients?
- 9- What were your habits concerning clients? How did these habits change with online work?
- 11- How did your ability to adapt and to transform things creatively come into play during the lockdown?
- 12- Did you notice changes in your way of being? of doing? (posture, ways of interacting, communicating, relational strategies)
- 13- How was the notion of intimacy affected?
- 14- Was there an invasion by patients into the private space? Did you observe their environment more intensely?
- 15- What difficulties do you meet with online work with patients?
- 16- With the changes to your life rhythm, was the time allotted to sessions respected? (slowness, change of time, technical and material issues)
- 17- How did the notion of debt come into play? (think of link with payment modalities)
- 18- What impact did the absence of the body of your patient in the workspace have on you? What impact on the patient?
- 19- What are the challenges of working in this situation? What are the advantages of working online or remotely?
- 20- How did you maintain the connection and interaction with your colleagues?

### **III- Impact of the situation on countertransference**

- 21- Could you tell me about your dreams? The patients' dreams?
- 22- What images come to you while listening to your patients?
- 23- Could you describe more specifically the unfolding of a course of therapy that marked you?
- 24- Could you tell me what you experienced (feelings, thoughts, physical reactions) when a patient would tackle the subject of confinement, of the disease? (Distinguish if this is linked to previous context of political instability, economic crisis etc.)
- 25- In what ways could you relate to some of the patients' experience?
- 26- How did you feel about your internal availability and your ability to listen?

27- What are your thoughts about potential traumatic resurgences or trauma traces in patients after the pandemic and the confinement?

28- What do you think about traumatic resurgences or potential trauma traces in yourself after the pandemic and the confinement?

29- Do you think that new elements will emerge in your relationship with your patients after this situation?

#### **IV- After the confinement?**

30- How do you imagine the end of the confinement? (what pictures come to mind, ideas, thoughts)

31- How do you imagine going back to work after the confinement? What difficulties could you encounter with your patients?

32- Would you be more open to accept that patients do their therapies mostly or exclusively online?

#### **Theme V was added to the interview of the Lebanese participants**

##### **V- Impact of Beirut explosion**

33- Could you tell us about your situation at the clinic at the moment of the explosion on the 4<sup>th</sup> of August? (*clinical situation*)

34- Could you describe the damages and possible injuries that resulted after the explosion?

35- When and how did you go back to clinical practice after this event?

36- How would you describe your feelings, your thoughts and your experience during the period that followed the explosion of the 4<sup>th</sup> of August?

### **3- Troisième article : sur l'imprévu et l'improvisation**

« Explorer l'impact de la réalité externe et de la nouveauté créative dans les relations thérapeutiques »

Publié le 10 août 2024 dans *Annales Médico-psychologiques*

Dans ce troisième article, l'accent est mis sur l'improvisation et la créativité. À partir de ce qui a émergé des entretiens, nous proposons un champ de réflexion autour de la question de la continuité de la pratique dans un contexte de crises multiples et de traumatismes partagés avec le patient, en mettant en exergue l'aptitude du psychisme à faire émerger du nouveau face à la désorganisation que peut provoquer le traumatisme.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Communication

## Explorer l'impact de la réalité externe et de la nouveauté créative dans les relations thérapeutiques



### Exploring the impact of external reality and creative novelty in therapeutic relationships

Rose Marie Nassif<sup>a,b,\*</sup>, Mayssa' El Hussein<sup>c,d</sup>, Marie-Rose Moro<sup>b,d,f</sup>

<sup>a</sup> UTRPP, université Paris Sorbonne Nord, 93430 Villetaneuse, France

<sup>b</sup> CESP, Team DevPsy, université Paris-Saclay, UVSQ, Inserm, 94807 Villejuif, France

<sup>c</sup> CHSSC EA 4289, MCU université de Picardie-Jules-Verne, 80000 Amiens, France

<sup>d</sup> Maison de Solenn, hôpital Cochin, AP-HP, 75014 Paris, France

<sup>f</sup> PCPP, université Paris Cité, 92100 Boulogne-Billancourt, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 11 avril 2024

Accepté le 23 avril 2024

Disponible sur Internet le 10 août 2024

Mots clés :

Crise

Improvisation

Réalité externe

Recherche qualitative

Relation thérapeutique

#### RÉSUMÉ

**Contexte.** – Cet article se base sur une recherche explorant l'impact de la réalité externe, notamment les multiples crises mondiales telles que la pandémie de COVID-19, les mouvements sociaux et les crises politiques, sur la relation thérapeutique et le cadre analytique. Il met en lumière l'importance de l'improvisation et de la créativité dans le maintien de la continuité du processus thérapeutique dans un environnement marqué par l'imprévu.

**Objectifs.** – L'objectif principal de l'article est de saisir l'impact des réalités externes partagées sur le processus thérapeutique, en mettant en évidence les défis rencontrés par les praticiens dans un contexte de crises multiples.

**Méthodologie.** – La recherche repose sur des entretiens qualitatifs avec des psychanalystes et psychothérapeutes de différents pays confrontés à diverses crises. Les chercheurs ont analysé les réponses des participants pour identifier les thèmes émergents.

**Résultats.** – Les résultats mettent en évidence l'impact profond des crises externes sur la pratique thérapeutique, notamment en termes de remise en question de l'identité professionnelle des praticiens et de la nécessité d'adapter les cadres thérapeutiques pour maintenir la continuité du processus analytique. Les participants ont également fait preuve d'une grande créativité dans l'aménagement de leur lieu de travail et l'exploration de nouvelles approches thérapeutiques.

**Discussion et conclusion.** – La discussion souligne l'importance de reconnaître et d'aborder les défis posés par les crises externes dans la pratique thérapeutique, tout en mettant en lumière le rôle crucial de l'improvisation et de la créativité dans le maintien de la continuité du processus analytique. Les praticiens doivent être prêts à repenser et à adapter leur cadre thérapeutique pour répondre aux besoins changeants de leurs patients, tout en préservant les principes fondamentaux de la thérapie.

© 2024 L'Auteur(s). Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### ABSTRACT

**Context.** – This article is based on research exploring the impact of external reality, including multiple global crises such as the COVID-19 pandemic, social movements, and political crises, on the therapeutic relationship and the analytical framework. This collaborative study, carried out by researchers from different countries, took shape in response to the COVID-19 health crisis. It aims to understand how psychoanalysts and psychotherapists have had to adapt their practices in the face of these crises, highlighting the importance of improvisation and creativity in maintaining the continuity of the therapeutic process.

Keywords:

External reality

Global crises

Improvisation

Qualitative research

Therapeutic relationships

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [romynassif@gmail.com](mailto:romynassif@gmail.com) (R.M. Nassif).

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2024.04.012>

0003-4487/© 2024 L'Auteur(s). Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Objectives.** – The principal objective of the study is to identify the impact of shared external realities on the therapeutic process, highlighting the challenges faced by practitioners in a context of multiple crises. The researchers also seek to explore how psychoanalysts and psychotherapists have had to call into question and adapt their practices and frameworks in order to continue working with their patients in an environment marked by uncertainty and the need to improvise.

**Methodology.** – The research is based on qualitative interviews with psychoanalysts and psychotherapists from different countries facing various crises. The researchers analyzed the participants' responses to identify emerging themes and understand how practitioners navigated these challenges, highlighting coping strategies and adjustments to the therapeutic framework.

**Results.** – The findings confirm the profound impact of external crises on therapeutic practice, particularly in terms of challenging practitioners' professional identities and the need to adapt therapeutic frameworks to maintain the continuity of the analytical process. Participants expressed a sense of insecurity, frustration and a loss of rituals associated with the move to working online. However, they also showed great creativity in designing their workplace and exploring new therapeutic approaches.

**Discussion and conclusion.** – The discussion underlines the importance of recognizing and addressing the challenges posed by external crises in therapeutic practice, while also highlighting the crucial role of improvisation and creativity in maintaining the continuity of the analytical process. Practitioners must be prepared to rethink and adapt their therapeutic framework to meet the changing needs of their patients, while preserving the fundamental principles of therapy. Ultimately, the study highlights the importance of collaboration and ongoing development between practitioners in overcoming the challenges posed by external crises in order to ensure the quality of therapeutic care.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## 1. Introduction

La survenue de l'imprévu en séance rend compte d'expériences analytiques singulières dans lesquelles l'inattendu surprend une écoute constante [2]. Face à cet imprévu, l'improvisation est entendue comme la création de quelque chose sans préparation, de manière subite. Dans l'étymologie même du mot « improviser », qui découle du latin « *improvisus* », nous découvrons la présence du terme « *provisus* », signifiant « prévoir » [12]. Comment pouvons-nous donc concilier une action effectuée sans préparation avec une implication de prévision ?

Si nous nous tournons du côté de la musique, plus particulièrement vers le jazz, l'improvisation est très importante, voire primordiale. Pour que cette musique puisse être improvisée et rester vivante, elle doit répondre à des règles de jeu stylistiques, rythmiques et harmoniques précises, avant que d'être appropriées subjectivement et recréées par l'improvisateur. Ces règles permettent en outre aux instrumentistes de jouer et improviser ensemble sans que cela devienne une cacophonie. L'improvisation exige donc une maîtrise technique d'abord, et une créativité propre à l'interprète, ensuite [19].

Comment cette idée peut-elle s'appliquer à la pratique de la psychanalyse, et comment peut-on intégrer l'improvisation dans ce contexte ? Cette question concerne à la fois l'analysant et l'analyste ; ce dernier doit pouvoir créer les conditions propices à l'improvisation. Pour l'analysant, elle se fait grâce à l'association libre, sa manière de se dire, placer ses mots, ses propres « phrases musicales », pour l'analyste nous pensons à son désir d'analyste, son écoute flottante, sa disposition à se laisser surprendre à entendre l'aléatoire du patient, il va choisir tel mot ou telle représentation de mots. Il s'agit donc d'une *improvisation structurelle* propre aux contenus psychiques de la séance psychanalytique ; elle est déjà cadrée par les règles et le dispositif (Nous ferons la distinction plus tard avec *l'improvisation dans le cadre analytique due à une crise externe.*).

Selon D. Anzieu [3], l'émergence du processus créateur naît d'un état de crise essentiellement à l'échelle individuelle. Mais elle peut aussi s'étendre à un couple, un groupe, ou à tout un pays. Cette crise peut se manifester sous forme de détresse psychologique,

mais elle peut également découler des soubresauts des réalités sociales et politiques qui nous entourent. La crise représente un phénomène incontournable et naturel de la vie, sans lequel les individus et les collectivités ne peuvent subsister, même si elles risquent d'y succomber. Cependant, certaines crises ont le potentiel d'être productrices de créativité, et c'est précisément la nature de ces crises ainsi que notre approche à leur égard qui retiennent notre intérêt ici.

Georges et Sylvie Pragier [14] proposent le modèle de l'auto-organisation en biologie comme métaphore pour rendre compte de l'apparition du nouveau en psychanalyse. En quelques mots, le modèle d'auto-organisation repose sur la notion que les systèmes biologiques peuvent émerger et s'organiser de manière spontanée à partir de perturbations aléatoires (bruit). Ces perturbations, plutôt que d'être déstabilisantes, peuvent parfois conduire à des réorganisations positives, aidant les systèmes biologiques à traverser des périodes de crise, favorisant ainsi leur adaptation et leur survie. Quelle est la nature pour le psychisme de ce nouveau qui pourrait émerger ? Pour J. Laplanche [11], « il y a la capacité chez l'être humain [...] de créer sans cesse, près de l'origine, du sexuel à partir de toutes sortes d'ébranlements extérieurs, à partir du nouveau dont le traumatisme ne représente que le paradigme le plus dramatique ». Si nous admettons que le processus analytique est un processus auto-organisateur, l'analyste, en favorisant les conditions de survenue du changement, se réorganise lui aussi avec le patient. De l'inattendu, se produirait donc « une création commune » associant l'analysant et l'analyste dans « un même processus de découverte ». D'où l'intérêt de l'injonction que fait Bion à l'analyste d'être « sans mémoire ni désir » afin que puisse se produire une véritable « transformation » et non un phénomène attendu ou prévu.

Quand en séance, l'imprévu survient de l'extérieur et fait effraction dans le cadre analytique, que reste-t-il de cette improvisation et de la communion entre les deux protagonistes de la scène pris par le même événement inattendu, souvent à potentiel traumatique ? Dans ce deuxième cas de figure, le thérapeute improvise une variante au cadre.

De l'imprévu et ses implications en séance à la création de nouveau ou improvisation, c'est avec ces mots que je décrirai

l'expérience vécue des psychanalystes et psychothérapeutes avec qui j'ai pu m'entretenir dans le cadre d'une recherche qualitative explorant l'impact de la réalité externe sur la relation analytique et le cadre. Cette recherche collaborative, née en réponse à la crise sanitaire du COVID-19, réunit des chercheurs du Liban, de France, d'Italie et du Brésil. Elle explore comment psychanalystes et psychothérapeutes ont dû remettre en question et adapter leurs pratiques et leurs cadres pour continuer à travailler avec leurs patients. Un de nos buts essentiels est de saisir l'impact d'une réalité externe partagée sur le processus thérapeutique. Cette pandémie mondiale a créé un défi sans précédent pour les praticiens, les obligeant à naviguer dans un territoire inconnu, marqué par l'incertitude et la nécessité d'improviser. Dans certains pays où les tensions préexistantes sont manifestes, la convergence des enjeux de santé mondiale avec les dynamiques politiques aggrave les crises déjà existantes, laissant la population livrée à elle-même et à ses angoisses, sans médiateur pour réguler la situation.

L'impact profond des réalités externes, notamment les multiples crises au Liban, la crise politique au Brésil, le mouvement « Black Lives Matter » aux États-Unis et les attentats terroristes en France sont les événements les plus marquants dans les entretiens analysés.

Aux États-Unis, les participants ont souligné la convergence du mouvement « Black Lives Matter » et de la pandémie. Le Liban a été confronté à une « triple crise » [20], causée par l'effondrement de son économie, la pandémie mondiale de COVID-19, et l'explosion du port de Beyrouth le 4 août, qui a causé la destruction de sa capitale.

L'assassinat de Samuel Paty en France a suscité beaucoup de craintes et de discussions. En Italie, les participants ont estimé que la culture du bien-être psychologique était à la traîne et que le plan de redressement n'abordait pas les questions psychologiques. La surcharge de travail est un problème spécifique au contexte italien, les personnes étant aux prises avec la situation d'urgence et n'ayant pas le temps de gérer leurs émotions. Au Brésil, la banalisation de la situation par le gouvernement, les blagues sur le port de masques et la promotion de la chloroquine ont été accueillies avec déception et dégoût. Les participants brésiliens ont exprimé un sentiment d'impuissance et d'abandon, car la politique interférait avec les soins sans logique ni stratégie claire.

J. Puget et L. Wender [16] proposent le terme de « Mondes superposés » pour caractériser des situations dans lesquelles il existerait un risque de distorsion et de transformation dans l'écoute et la fonction analytique lorsque des faits traumatiques se retrouvent dans le matériel de séance [16]. Pour Puget, « Le monde du quotidien, pourvu d'une forte charge traumatique, viole le champ analytique » [15]. La perte de mystère qui en découle menace l'activité sublimatoire du psychanalyste, son désir de savoir. Dans les pays où nous notons la présence préalable de conflits, la convergence entre les enjeux de la santé mondiale et les situations politiques viendrait exacerber des crises existantes et laisserait la population en proie à elle-même et ses angoisses, sans tiers régulateur.

La question de l'asymétrie entre le patient et le psychothérapeute, « tous deux plongés dans un monde hors du fantasme » [7], se pose également, mettant en évidence un affaiblissement du cadre et des frontières (entre le patient et le thérapeute).

Les aménagements et les remaniements des dispositifs de travail (le passage au télétravail) questionnent la notion de permanence du cadre dans sa dimension matérielle et internalisée. Les fonctions de protection et de « holding » principales du cadre – dont les thérapeutes se portent garants – sont ainsi mises à l'épreuve.

L'analyse des entretiens avec les participants à la recherche tente de répondre à ces multiples questions, plusieurs thèmes en émergent.

Deux thèmes nous semblent pertinents pour notre sujet :

- le premier, l'identité professionnelle mise à mal ;
- le deuxième, la créativité découlant du traumatisme collectif.

## 2. Une identité professionnelle remise en question

Travaillant dans un contexte de crises multiples et luttant contre la résurgence d'expériences traumatiques passées, nos participants révèlent une expérience essentiellement marquée par un sentiment d'insécurité lié à l'intrusion de la réalité externe dans leur environnement de travail. Ils évoquent une diminution de leur capacité d'écoute, de disponibilité et de contenance du patient.

« J'étais gêné de ne plus pouvoir entendre le contenu fantasmatique du discours du patient, j'avais tellement peur » nous dit une collègue.

« Il m'a fallu un long mois pour être plus prête, pour être capable d'écouter, j'étais complètement paralysée, submergée. Le cadre, l'espace qui assurait une certaine continuité n'existait plus, du moins pour moi, je devais faire avec ce qui restait, ce qui existait encore » nous dit une autre.

Ils s'interrogent sur la qualité de leur travail, car la frontière entre la résistance au traitement et la réalité est floue dans ces circonstances.

« Par exemple, une patiente qui disait "oui, peut-être que je ne peux plus venir parce que je n'ai pas d'argent", est-ce une résistance ? Quand elle a arrêté, j'avais l'impression d'avoir raté quelque chose. »

Kogan, citée par A. Christopoulos [4] dans son texte écrit pendant la crise économique en Grèce, aborde l'idée du déni défensif de la réalité externe par le psychanalyste pour tenter de neutraliser ses sentiments de détresse et d'impuissance face à l'impact traumatique de cette réalité. Il est essentiel, dit-elle, de reconnaître cette réalité afin d'assurer une fonction de contenance et de pouvoir ainsi explorer la réponse interne du patient à cette situation externe et son enchevêtrement avec son histoire personnelle et son fonctionnement.

Les participants, qu'ils soient psychanalystes, thérapeutes EMDR ou praticiens d'autres techniques thérapeutiques, se sont sentis obligés de modifier leurs approches en se concentrant davantage sur l'accompagnement que sur la psychothérapie.

« J'ai senti que je commençais à vouloir guider les gens plutôt que de faire de la thérapie. » « Avec certains patients, pendant la pandémie, j'ai pu parler davantage, j'ai pu être plus présente, avec plus d'échanges. »

Ils évoquent également une certaine frustration concernant le paiement des séances, lorsque la manipulation et le marchandage deviennent possibles en raison de l'inflation et du passage au travail en ligne. « Pour ce patient, c'était les séances par téléphone qu'il proposait de payer à moitié prix et les séances en face à face qu'il payait comme avant. »

Les participants ont également mentionné la perte de rituels conséquente au passage au télétravail : l'espace-temps avant et après la séance, le corps et toute sa sensorialité, élément clé de la relation thérapeutique. « Ce qui manquait aussi beaucoup, surtout pour eux, c'était tout le temps entre le départ de la maison, le trajet en voiture, tout le temps de la préparation de la séance » nous confie un participant.

« Quand on est en présence, on peut rester facilement en silence, le patient réfléchit, moi je réfléchis, on est un peu dans cette

ambiance un peu tranquille, à distance il y a une tension en plus pour parler. »

« Bien sûr, le corps du patient, ses réactions, parfois son apparence, parfois ses odeurs, etc., n'étaient pas là quand nous allions en ligne. »

« Il manque sûrement un vécu très important, je pense que ça met une barrière dans l'écoute et je peux plus vite interpréter dans le côté intellectuel qu'émotionnel. »

« On ne comprend jamais ici les réactions et contre-réactions physiques et corporelles, on perd des traits, on perd des nuances qui ne sont pas toujours que des nuances. »

Nous rejoignons en cela L. Patry [13] qui évoque les questions du manque et de la perte liées au changement du *setting* analytique dans les séances au téléphone. L'absence du corps prive, et le patient et l'analyste, d'une « pleine expérience transférentielle » dit-elle. L'analyste se contente de la seule parole de l'analysant pour « nourrir sa rêverie ». L'écoute flottante est concentrée sur la voix, son intonation, ses fluctuations ; peut-elle rester flottante, devient-elle plus vigilante ? Peut-on invoquer cet élément pour expliquer la fatigue souvent rapportée par les praticiens dans le passage à l'analyse à distance ?

Cela nous amène à parler du deuxième thème émergent.

### 3. La créativité issue d'un traumatisme collectif

Le cadre reconsidéré sous Covid et autres crises se ferait sous l'effet d'une « contrainte créatrice » [17], destinée à apaiser le poids des contraintes externes et internes et à les transformer de manière acceptable, pour éviter les risques de déstabilisation identitaire et psychologique. L'acte de transformation du cadre, qui consiste à changer les codes de l'écoute et de l'accueil, a probablement aussi une fonction narcissique protectrice. Pour éviter la souffrance de la confrontation à une place devenue déficitaire dans son rôle de parer à l'excitation, le thérapeute doit développer une « technique de vie » [5,10] transformant la réalité de sa relation au monde pour éviter les menaces provenant des remaniements identitaires et relationnels en cours. Le thérapeute, que la réalité externe attaque dans son identité professionnelle, son outil et sa pratique, va réagir à cet ébranlement. Il va improviser une variante au cadre. Sa technique de vie consiste à faire passer en priorité l'objectif d'évitement de la souffrance. Être heureux est surtout dans la possibilité d'exercer son travail malgré tout, c'est avant tout ne pas souffrir d'impuissance face à la réalité castratrice.

« Le travail avec les enfants vous rentre directement dans le ventre et apporte des comportements et des contenus qui vous obligent également à créer. À être flexible. »

« Je suis peut-être devenue un peu plus élastique, mais je l'étais déjà, dans le sens où travailler dans le domaine transculturel, c'est déjà un domaine où il faut vraiment expérimenter. »

« J'ai repris le travail le 7 août, sans fenêtres ni rideaux, mais je voulais quand même reprendre le travail, pour montrer aux patients et à moi-même surtout, que c'est toujours là, et que ça continue. »

« Nous avons créé des décors extérieurs, en équipe, complexes, toujours en présence d'un médecin, d'une infirmière dans une cour en garantissant la protection de la vie privée [...] il y avait le soleil, les fleurs, il y avait tous les dispositifs pour assurer la continuité de la prise en charge des migrants, des équipes, etc. »

Le passage au travail en ligne, bien qu'il s'agisse d'une transition forcée et pour la plupart des collègues d'une première expérience, était une stratégie adaptée pour continuer à travailler. Ils ont fait preuve d'une grande créativité dans l'aménagement de leur lieu de travail afin d'assurer la continuité du suivi de leurs patients et même d'accueillir de nouveaux patients. Beaucoup ont exprimé leur soulagement de pouvoir continuer à travailler, et pour certains, la continuité a même été décrite comme salvatrice.

« D'une certaine manière, c'est un outil qui a été introduit par la pandémie, mais qui a servi à essayer de compenser un peu la crise économique et d'avoir accès aux patients qui vivent à l'étranger et qui paient en devises étrangères, donc c'était au service de cela. »

Le recours aux sports, activités de tout genre, groupes d'écritures, webinars, etc., montre l'importance du « self-care » nécessaire aux psychothérapeutes pour se ressourcer et continuer à assurer contenance et holding à leurs patients.

« Au début du premier confinement, nous nous réunissions périodiquement avec des amis de l'association sur zoom. On se racontait nos rêves. Nous partagions des dessins. Et nous partagions nos pensées. C'était aussi un peu comme un système d'auto-soins. »

« Quotidien de marche, de mouvement, du corps en mouvement. Je pouvais savoir comment faire l'activité, bref, à ce moment-là, je ne pouvais pas supporter de rester immobile. »

Certains ont repris des analyses personnelles, ou même des supervisions. Pour les analystes libanais, il était important de pouvoir travailler avec des psychanalystes étrangers, externes à la réalité trop présente.

« Heureusement je n'ai jamais abandonné mes espaces de sécurisation, de supervision, mais surtout mon espace d'analyse personnelle. »

« J'ai parfois eu l'impression que la capacité d'écoute des superviseurs libanais était opérationnelle. Et donc, j'avais l'impression que nous étions tous dans ce même mode de fonctionnement et je n'ai pu m'en sortir qu'avec un superviseur étranger qui ne vit pas au Liban. »

Cependant, nos résultats soulignent l'incertitude des participants quant à l'environnement en ligne et à son impact sur la relation thérapeutique avec les patients.

Conformément à la perspective d'A. Green [6], qui propose que lorsqu'une transformation radicale du cadre est nécessaire, l'analyste devrait se tourner vers un cadre interne, celui résultant de sa propre analyse intériorisée, Soumaki et Anagnostopoulos [18] avancent que l'idée couramment exprimée selon laquelle l'analyste est le gardien du cadre ne suppose pas nécessairement une rigidité ou une froideur automatique. En réalité, les analystes considèrent leur propre cadre psychique comme la pierre angulaire

du processus analytique, garantissant qu'ils en assumeront l'entière responsabilité.

Plusieurs psychanalystes ont écrit à ce propos. Khair Badawi [8] avance que lorsque le cadre devient inaccessible en temps de guerre, ses qualités matérielles sont transposées sur la personne de l'analyste : « Celui-ci n'est plus le gardien du cadre objectif, mais devient le cadre lui-même [...] C'est l'articulation de la relation transféro-contre-transférentielle qui va organiser la situation. »

Abdel-Malek [1], en proposant à ses patients l'option de travailler à distance ou de reporter les séances jusqu'à son retour, essaie « de préserver une continuité dans la discontinuité et de témoigner d'une présence dans l'absence, malgré l'absence dans la présence, ce qui permettrait aux patients de "vivre" la séparation sans séparation » (Winnicott, [21]). Elle met l'accent sur le rôle du psychanalyste de porter lui-même quelques fonctions du cadre, notamment celles du sentiment de continuité.

Enfin, « lorsque le cadre est mis à l'épreuve par le réel, lorsque le processus psychanalytique est malmené et mis en danger, l'analyste dispose de la possibilité, sinon du devoir de repenser le dispositif, afin d'offrir aux patients un étayage sur mesure qui permette l'enclenchement de la fonction de représentation ; l'enjeu étant de ne pas perdre de vue le cadre, tout en étant à l'écoute de son intuitivité et de sa créativité » [9].

#### 4. Conclusion

Pour conclure, je reviens à l'idée de la « création commune » à partir de l'imprévu. L'analyste assure la continuité du processus analytique en introduisant le nouveau dispositif, le *setting* du travail à distance, le cadre virtuel, tandis que l'analysant répond à l'appel en se connectant, contribuant ainsi à une co-création qui rend possible la rencontre (je pense notamment aux patients qui se connectent depuis leur voiture ou assis dans un parc, faute de trouver un espace approprié chez eux).

Cependant, dans des cas plus extrêmes, maintenir la continuité du processus analytique devient un défi lorsque le psychanalyste est confronté à l'exode de ses patients ou est lui-même contraint de partir, comme c'est le cas pour de nombreux collègues libanais, y compris moi-même. Cette expérience de rupture a un profond impact sur le cadre, car elle introduit une nouvelle dimension temporelle. Il ne s'agit plus d'une simple parenthèse, comme celle de la pandémie, des routes fermées ou du contexte d'insécurité, mais plutôt d'une situation qui s'inscrit dans la durée. Le cadre improvisé, dans ces circonstances, suppose de repenser de manière créative sa pratique et de co-construire un cadre malléable qui préserve le processus analytique. Pour y parvenir, il est essentiel de

pouvoir restaurer son cadre interne, cela nécessite un travail personnel mais aussi d'élaboration avec les collègues.

#### Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

#### Références

- [1] Abdel-Malek H. Working through apocalyptic times: when the psychoanalytic frame is blown up. *Br J Psychother* 2022;00:1–13 [Available from: <https://doi.org/10.1111/bjpp.12743>].
- [2] André J. L'imprévu. En séance. Paris: Gallimard; 2004.
- [3] Anzieu D. Approche psychanalytique du processus créateur. Paris: CNRS Éditions; 1987.
- [4] Christopoulos A. L'impact de la crise économique actuelle sur la dyade analytique: transformation ou déformation de la relation analytique ? *Bulletin* 2013;67:207–16 [Société Hellénique de Psychanalyse].
- [5] Freud S. Malaise dans la civilisation [French edition published in 1989]. Paris: PUF; 1930.
- [6] Green A.In: L'intrapsychique et l'intersubjectif en psychanalyse. Quebec: Lanctôt; 2005.
- [7] Kac Ohana N. Le psychanalyste et le fracas terroriste. *Carnet PSY* 2016;9:18–24.
- [8] Khair Badawi M. Être, penser, créer : quand la guerre attaque le cadre et que le transfert contre-attaque. *Rev Fr Psychanal* 2011;75:1035–43 [Available from: <https://doi.org/10.3917/rfp.754.1035>].
- [9] Khouri Naja C. La psychanalyse à l'épreuve du réel. Contre vents et marées, tenir le cadre. *Rev Fr Psychanal* 2021;85:975–85 [Available from: <https://doi.org/10.3917/rfp.854.0975>].
- [10] Lachal C. La construction de la subjectivité et du lien à l'adolescence. *Champ Psy* 2002;1(25):25–47 [Available from: <https://doi.org/10.3917/cpsy.025.0025>].
- [11] Laplanche J. Problématiques III. Paris: PUF; 1980. p. 111.
- [12] Lippi S. La praxis psychanalytique, une poétique de l'improvisation. *Clin Mediterr* 2016;93:145–60 [Available from: <https://doi.org/10.3917/cm.093.0145>].
- [13] Patry L. L'écoute à distance, ses manques et ses excès. In: Horowitz M, Krzakowski P, editors. Écrits intimes de psychanalystes pendant la pandémie : Journal de voyage en Confinia. Paris: L'Harmattan; 2021. p. 199–206.
- [14] Pragier G, Faure-Pragier S. Un siècle après l'Esquisse : nouvelles métaphores, métaphores du nouveau. *Rev Fr Psychanal* 1990;54:1395–529.
- [15] Puget J. Groupe analytique et formation. *Rev Psychother Psychanal Groupe* 1989;(13):137–53.
- [16] Puget J, Wender L. Analista y paciente en mundos superpuestos. *Psicoanálisis* 1982;IV:502–32.
- [17] Roussillon R. La capacité à créer et la contrainte à créer. In: Roussillon R, editor. Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité. Paris: Dunod; 2009. p. 151–74.
- [18] Soumaki E, Anagnostopoulos DC. Psychoanalytic psychotherapy in times of social crisis: the impact on therapeutic relationship. *Psychiatrie* 2018;29:257–63. <http://dx.doi.org/10.22365/jpsych.2018.293.257>.
- [19] "Styles de Jazz", BeSwing, accessed [cited 2024, April 2024], [https://www.beswing.fr/styles\\_jazz.php](https://www.beswing.fr/styles_jazz.php).
- [20] Synthesis of the crisis impact on Lebanon. Unicef.org [cited 2023 April 23]. Available from: <https://www.unicef.org/lebanon/reports/synthesis-crisis-impact-lebanon>.
- [21] Winnicott DW.In: Introduction to the child, the family, and the outside world. The collected works of D.W. London:Oxford University Press; 2016. p. 125–8.

# **DISCUSSION**

Notre travail de recherche se focalise sur les expériences vécues par les psychothérapeutes et les psychanalystes lorsqu'ils sont confrontés à des réalités extérieures partagées avec leurs patients. À partir d'un premier article centré sur l'expérience des participants libanais confrontés à un contexte de crises multiples, d'un deuxième article qui rapporte les résultats plus généraux de la recherche ainsi que d'un troisième article qui met plus en exergue la capacité de créer et d'improviser en situation de crise, dévoilant ainsi des dynamiques complexes liées aux résurgences traumatiques, à l'incertitude et aux réflexions autour des réaménagements du cadre thérapeutique, nous proposons d'articuler notre discussion autour de trois axes principaux : la question du trauma, l'importance de l'espace pour penser et la capacité de créer et d'improviser, ainsi que les controverses entourant le cadre virtuel.

## 1. Le trauma et ses résurgences

Nos résultats montrent que les événements extérieurs jouent un rôle clé dans la réactivation des traumatismes liés à l'histoire personnelle des participants, en lien avec leur appartenance à une histoire collective plus large.

Cette dynamique s'avère particulièrement marquée dans le contexte libanais, où les crises successives semblent exercer un effet cumulatif sur les individus, culminant avec l'explosion du port de Beyrouth le 4 août 2020. Diverses études ont souligné l'impact dévastateur de ces récents événements sur la santé mentale des citoyens libanais, établissant un lien entre ceux-ci et les événements de guerre qui jalonnent l'histoire du pays.

Les recherches montrent que l'explosion du port de Beyrouth a provoqué une augmentation significative des troubles mentaux, notamment le PTSD, l'anxiété et la dépression (El Khoury et al., 2022 ; Tohme et al., 2024). Les groupes les plus touchés incluent les étudiants universitaires et les travailleurs de la santé, qui ont ressenti une détresse psychologique accrue en raison de leurs rôles durant et après la catastrophe (Issa et al., 2023 ; Bou Sanayeh et al., 2022). Les études soulignent également que la résilience et la capacité à mentaliser jouent un rôle protecteur contre les impacts psychologiques les plus sévères (Tohme et al., 2024). Enfin, la situation est qualifiée d'« épidémie silencieuse », ce qui souligne l'urgence de mettre en place des interventions psychologiques ciblées afin de prévenir une aggravation de la crise de santé mentale au Liban (Farran, 2020 ; El Khoury-Malhame et al., 2024).

Pour la plupart des participants libanais de notre recherche, la crise sanitaire du COVID-19 se dilue dans l'effet cumulatif des autres facteurs présents dans le contexte ou semble même ne pas être prise en compte par certains.

Nous pouvons nous demander si le fait qu'elle est un événement universel et une catastrophe « naturelle » ne la rend pas moins effrayante. En effet, sans être conclusives, certaines recherches (Erikson, 1994 et Norris et al., 2002) distinguent les catastrophes naturelles et celles causées par l'homme. Les catastrophes naturelles sont perçues comme des événements inévitables, tandis que les catastrophes humaines sont considérées comme évitables, ce qui suscite un sentiment de responsabilité et de culpabilité. De plus, la violence de masse et les catastrophes technologiques (par exemple, attentats, crashes d'avion, accidents nucléaires) entraînent des troubles cliniques plus graves que les catastrophes naturelles, surtout dans les pays développés (Norris et al., 2002).

La notion de crise psychique fournit un moyen adapté à l'abord du vécu traumatique. En effet, concevoir les troubles psychotraumatiques à partir du prisme d'une situation de crise psychique nous permet d'aller au-delà du niveau descriptif diagnostique et pathologique afin de mieux comprendre les bouleversements et changements internes vécus par le sujet (Chahraoui, 2014). Il s'agit d'une façon de voir la crise comme un moment de transformation et de changement qui fait de cette période un moment charnière situé entre une désorganisation et une tentative de réorganisation et de restauration. L'apport clinique d'Anzieu (1974) sur le sujet introduit une dimension conflictuelle qui nous éloigne de la particularité du traumatisme psychique de figer l'individu et ouvre à la possibilité de sortir de l'état de sidération propre au trauma.

Notre étude révèle que cette désorganisation n'est pas nécessairement synonyme de stagnation ; elle peut au contraire être un point de départ pour une réorganisation psychique. En effet, les participants à notre recherche ont montré que face à l'intrusion de réalités externes traumatisantes, il est possible de mobiliser une forme de créativité permettant de dépasser le gel initial et d'explorer de nouvelles perspectives thérapeutiques. Le trauma, loin d'être uniquement destructeur, peut ainsi devenir un catalyseur de transformation et d'innovation dans la pratique analytique.

## 2. Maintenir la capacité de penser et de créer

L'intrusion des réalités extérieures dans le cadre thérapeutique pose un défi majeur : celui de maintenir un espace où il est possible de penser, de rêver et de symboliser.

« Dans un moment qui touche autant le patient que l'analyste, l'angoisse de ce dernier est décisive, surtout s'il risque d'être débordé » (Bleger, 2021, p. 33).

Lorsque l'inattendu surgit de l'extérieur de la séance et fait irruption dans le cadre thérapeutique, la communion entre les deux protagonistes pris dans un même événement inattendu, souvent à potentiel traumatique, dépend de la manière dont le thérapeute s'en saisit. Dans le cas de nos participants, nos résultats mettent en évidence les répercussions profondes de la réalité externe collective, révélant la résurgence d'expériences traumatiques passées. De plus, notre étude met en évidence la transmission de ces traumatismes, résonnant avec les patients et soulignant l'impact durable des défis externes partagés. En s'inspirant du modèle de contre-transfert de Ferenczi (1982), les thérapeutes traversent trois phases : dans la première, l'analyste est émotionnellement submergé par les sentiments du patient ; dans la deuxième, il s'efforce de contrôler ces réactions, au risque de se détacher ; et, dans la troisième, obtenue par l'introspection et l'analyse, l'analyste utilise son propre contre-transfert comme outil de compréhension thérapeutique, permettant à la fois au patient et à l'analyste d'explorer des conflits jusqu'alors non traités. Les thérapeutes impliqués dans notre étude se retrouvent tout d'abord à osciller entre des phases d'incertitude et de perturbation, remettant en question leur identité professionnelle ; ensuite, dans une phase défensive, ils recourent à la théorie, avant de permettre une phase de restauration du cadre interne et de leurs capacités créatives.

Notre recherche s'aligne sur les études existantes qui examinent les expériences vécues par les professionnels de la santé mentale lorsqu'ils sont confrontés à des défis uniques dans leur pratique clinique. Ces professionnels sont exposés à un éventail de risques physiques et mentaux, tels que le traumatisme secondaire, l'épuisement professionnel, l'anxiété et la dépression (Arpacioglu et al., 2021 ; Salazar de Pablo, 2020). DiGiovanni et al. (2021) ont examiné les effets personnels et professionnels de la pandémie de COVID-19 sur les psychiatres d'enfants et d'adolescents aux États-Unis, en se concentrant sur les changements dans le développement, la pratique et les valeurs. Leurs conclusions ont mis en évidence un consensus parmi les participants sur la nécessité de mettre en œuvre des changements en raison de la pandémie. L'étude de Sibeoni et al. (2021), qui portait sur des psychiatres d'enfants et d'adolescents de 26 pays, a révélé trois axes centraux d'expérience : la désorganisation de la pratique clinique quant au temps et à l'espace vécus, des expériences déconcertantes avec le corps des psychiatres et des patients, et la prédominance d'émotions désagréables, en particulier l'angoisse et la solitude, influençant leur pratique clinique. Cependant, notre recherche nuance ces résultats : en dépit de l'impact potentiellement déstructurant et anxiogène, nous révélons spécifiquement qu'au milieu de ces défis, les professionnels de la santé mentale peuvent entreprendre une traversée transformatrice qui favorise la créativité, remettant en question la notion de simple désorganisation et soulignant le potentiel de croissance positive face à l'adversité.

Nos participants ont reconnu avoir été submergés par l'intrusion de réalités extérieures dans leur environnement, notant une perte de leur capacité à contenir leurs patients et à les écouter efficacement. Certains d'entre eux ont trouvé dans le retour à l'analyse ou à la supervision, ainsi que dans la mise en place d'un réseau de soutien avec des pairs, des stratégies pour retrouver leur capacité à s'engager auprès des patients. En cela, nous rejoignons El Husseini (2016), qui démontre dans sa recherche que l'analyse personnelle et la supervision sont un moyen pour les thérapeutes de se protéger de l'impact du traumatisme dans leur clinique, alors que d'autres soulignent la nécessité d'en bénéficier pour transformer ce qui est déposé dans la psyché du thérapeute. Ce résultat répond également aux questions soulevées dans l'étude de Békés et al. (2020) concernant le potentiel du soutien et de la supervision par les pairs, pendant et après la pandémie, pour améliorer la pratique des psychothérapeutes et, par conséquent, influencer leur approche thérapeutique.

Cette effraction du cadre impose une réflexion sur la manière dont les événements traumatiques influencent le contre-transfert et peuvent, paradoxalement, favoriser l'émergence de la créativité face au traumatisme. Il est intéressant de mettre en perspective la capacité créatrice quand elle se joue sur un terrain de crise sanitaire par comparaison avec elle qui se joue en terrain de guerre ou de tensions intercommunautaires, comme dans le cas de la recherche d'El Husseini (2016). La référence à un ennemi externe impacte-t-elle le contre-transfert différemment et permet-elle la possibilité de l'émergence de créativité face au traumatisme ?

Nous nous demandons si les effets traumatiques, tels que ceux observés lors de l'explosion du port le 4 août au Liban, diffèrent de ceux provoqués par des crises de guerre ou de tensions intercommunautaires. Dans ce contexte, l'implication de la communauté à laquelle appartient l'analyste est exclue des deux côtés de la dyade analytique. Cette rencontre, qui a autrefois été meurtrière, prend aujourd'hui des formes masquées, s'exprime et se perçoit dans sa dimension intrapsychique, et est limitée à une interprétation individuelle ou à une lecture influencée par le rabattement culturel, c'est-à-dire à la projection de l'indicible du traumatisme sur la culture de l'autre ou sa confession, impactant ainsi différemment le contre-transfert et la possibilité d'émergence de la créativité (El Husseini, *ibid.*).

Dans le cas de notre recherche, face à une intrication de crises multiples, ce potentiel créatif n'a pas été entièrement étouffé. Les crises sont certes collectives, mais non clivantes : la crise sanitaire ainsi que la crise économique ont touché plus ou moins indistinctement la collectivité, indépendamment de leurs appartenances communautaires. En ce qui concerne l'explosion du port de Beyrouth, le coupable est désigné : le gouvernement libanais.

Le cadre reconsidéré sous covid et autres crises se ferait sous l'effet d'une « contrainte créatrice » (Roussillon, 2009), destinée à apaiser le poids des contraintes externes et internes et à les transformer de manière acceptable, pour éviter les risques de déstabilisation identitaire et psychologique. L'acte de transformation du cadre, qui consiste à changer les codes de l'écoute et de l'accueil, a probablement aussi une fonction narcissique protectrice. Pour éviter la souffrance de la confrontation, à une place devenue déficitaire dans son rôle de parer à l'excitation, le thérapeute doit développer une « technique de vie » (Freud, 1930 ; Lachal, 2002) en transformant la réalité de sa relation au monde afin d'esquiver les menaces provenant des remaniements identitaires et relationnels en cours. Le thérapeute, que la réalité externe attaque dans son identité professionnelle, son outil et sa pratique, va réagir à cet ébranlement. Il va improviser une variante au cadre. Sa technique de vie consiste à faire passer en priorité l'objectif d'évitement de la souffrance. Être heureux, en particulier dans la possibilité d'exercer son travail malgré tout, c'est avant tout ne pas souffrir d'impuissance face à la réalité violente. Cela s'applique plus spécifiquement aux participants libanais qui, malgré les attaques extérieures et imprévisibles continues depuis 2019, se trouvent contraints de faire des compromis par rapport aux exigences de leur surmoi professionnel et institutionnel internalisé et d'accepter leurs propres limites face à ces crises.

### 3. Le cadre virtuel : débats et nuances

Les changements et transformations des pratiques professionnelles (tel le passage à la thérapie en ligne) remettent en cause la notion de permanence du cadre dans sa dimension matérielle et intériorisée. Les principales fonctions de protection et de maintien du cadre – dont les thérapeutes se portent garants – sont ainsi mises à l'épreuve.

Le passage à la thérapie ou analyse en ligne, bien qu'il s'agisse d'une transition forcée et d'une première expérience pour la plupart des participants, leur a permis de continuer à travailler avec leurs patients, et même d'en prendre de nouveaux. Cela était particulièrement important pour les participants libanais qui pouvaient prendre des patients à l'étranger capables de régler les consultations en devises étrangères, alors que la crise économique avait dévalorisé la monnaie du pays.

Cependant, ce passage a également soulevé des inquiétudes quant à l'incertitude entourant le cadre en ligne et son incidence sur la relation thérapeutique avec les patients. L'identité professionnelle de nos participants est déjà ébranlée par la difficulté d'assurer une écoute contenante et constante, exacerbée par le fait d'avoir à gérer sa propre angoisse face à la mort et au débordement interne. Nos résultats montrent que les thérapeutes oscillent initialement entre des phases de perturbation, où leur identité professionnelle est remise en question, et des phases de défense, où ils s'appuient sur la théorie pour retrouver un sentiment de contrôle. Cette oscillation indique l'importance de la flexibilité du cadre interne auquel les thérapeutes ont recours en fonction des circonstances extérieures pour maintenir une capacité à penser et à créer.

Nos résultats montrent de plus un contraste dans l'acceptation du cadre virtuel entre les psychanalystes et les thérapeutes d'autres approches. En général, ce dernier groupe est plus à l'aise avec les adaptations apportées par le passage au travail en ligne.

Les recherches sur l'analyse à distance montrent que cette modalité de travail a pris une place de plus en plus importante, particulièrement depuis la pandémie de COVID-19.

Cependant, elle n'est pas une nouveauté ; elle est apparue il y a plus de 20 ans, notamment avec les premières analyses par téléphone (Bassen, 2007). La littérature sur ce sujet s'enrichit constamment, reflétant des changements anthropologiques et sociologiques qui interrogent l'adaptation nécessaire de la psychanalyse aux réalités contemporaines. En ce sens, la question se pose : la psychanalyse doit-elle évoluer pour intégrer pleinement ces nouvelles modalités de pratiques ? La littérature révèle une divergence d'opinion parmi les psychanalystes concernant l'analyse à distance. Tandis que certains expriment des réserves, d'autres la considèrent comme une pratique valable. Plusieurs auteurs (Jesser et al., 2022 ; Scharff, 2012 ; Bayles, 2012 ; Lemma, 2015 ; Velykodna et al., 2021) défendent les mérites de la psychanalyse en ligne, en affirmant que de mêmes processus se produisent lors d'analyses virtuelles qu'en personne. À travers des vignettes et des cas cliniques, ils démontrent la présence du transfert et du contre-transfert, de l'association libre, de l'attention flottante, d'une bonne alliance thérapeutique, ainsi que des interprétations analytiques.

À l'inverse, certains psychanalystes manifestent des réserves à l'égard de l'analyse à distance, ce qui correspond aux résultats de notre étude. La discussion sur le cadre, comme nous l'avons vu dans la théorie, n'est pas nouvelle : elle existe depuis les théorisations contemporaines nécessaires à l'extension de la psychanalyse à des structures non névrotiques.

Le passage du divan à l'écran nécessite une dose d'inventivité, une dimension créative accompagnée de la reconnaissance des pertes et des gains. Cette inventivité peut ouvrir de nouvelles voies de réflexion et d'intervention, tout en posant des défis éthiques et techniques (De Staal, 2021).

Parmi ces défis, la disparition de certains aspects essentiels des interactions en personne, tels que la présence physique, les indices visuels et les sensations olfactives, est particulièrement notable lors des séances par téléphone. Bien que les corps ne soient pas physiquement présents, ils continuent d'exister en arrière-plan. De plus, la perception auditive prend une place plus importante, les voix pénétrant l'oreille différemment par rapport aux séances en personne (Corbella, 2020). L'accent mis sur la voix apparaît clairement dans nos résultats ; elle est érotisée, sentie comme trop proche. L'analyse par téléphone, par son érotisation de la voix (Zalusky, 1998), loin de diluer le transfert, semble même l'exacerber (Hanly, dans Bassen, 2007).

Krzakowski (2021) relève l'éprouvé de fatigue et la tendance des analystes à intervenir davantage. En se référant à l'aspect « économique », il souligne le caractère paradoxal de l'analyse en ligne : d'un côté, il s'agit de déssexualiser une relation libérée de ses pare-excitations habituels, tandis que de l'autre, il y a un besoin de re-sexualiser la situation afin d'éviter qu'elle ne devienne trop distante et figée. La fatigue associée aux séances en ligne prolongées est une expérience partagée par nos participants qui, en exprimant la nature éprouvante des interactions virtuelles, l'attribuent à la compensation par la dimension auditive de l'absence du corps.

L'absence du corps modifie fondamentalement l'expérience thérapeutique. Patry (2021) évoque les questions du manque et de la perte liés au changement du setting analytique dans les séances au téléphone. L'absence du corps prive et le patient et l'analyste d'une « pleine expérience transférentielle ». L'analyste se contente de la seule parole de l'analysant pour « nourrir sa rêverie ».

Cette transformation soulève également des questions sur la nature même de la présence analytique. En effet, comme le souligne Russell (2015), le corps est essentiel pour assurer une présence pleine et entière. Ses propos, appuyés par des théories neuropsychologiques, montrent que mémoire et expérience corporelle sont intimement liées. Ainsi, dans le cadre de l'analyse en ligne, la présence devient une conception abstraite et symbolique qui se détache du corps. Sans cet échange corporel direct, qu'advient-il alors de l'archaïque, du maternel, du pulsionnel ?

Cette désincarnation de la relation thérapeutique, en l'absence de corps, transforme profondément l'expérience partagée entre l'analyste et le patient. Sans la présence physique, le lien devient plus abstrait, et, comme l'observe Russell (ibid.), le patient devient un « patient portatif » dont la réalité semble déconnectée du cadre physique commun. Cette absence dans l'expérience partagée entraîne des comportements révélateurs : par exemple, certains patients ressentent le besoin de rapporter, en début de séance, des détails sur des événements extérieurs sensoriels que le thérapeute n'a pas vécus (tremblements de terre, météo ou autre), comme pour recréer un lien concret, ancré dans une réalité partagée, qui fait défaut dans l'espace virtuel.

L'écoute flottante se focalise sur la voix, son intonation et ses fluctuations. Peut-elle demeurer flottante ou devient-elle plus vigilante ? Il convient de revenir à la notion de voix érotisée, mise en évidence dans les résultats obtenus ainsi que dans la littérature, et qui, en l'absence du corps, semble exacerber le transfert. Faut-il évoquer un transfert amplifié ou une désinhibition ? La distance favorise-t-elle davantage le fantasme, réduisant ainsi les inhibitions, alors que l'agir de transfert devient impossible ?

De Staal (2021) exprime la perte ressentie en passant du divan à l'écran, soulignant la disparition d'un aspect matériel concret profondément lié à l'environnement habituel de travail. La question se pose de savoir comment déplacer ou réaménager ce dispositif sans compromettre le « cérémonial imposé lors des séances », comme le mentionnait Freud en 1913, et sans détruire « l'édifice même de la psychanalyse ».

Un autre défi technique réside dans la gestion du silence. Celui-ci est parfois perçu comme une interruption plutôt que comme un élément intégral du processus analytique, ce qui peut inciter l'analyste à intervenir plus fréquemment. Par ailleurs, le cadre de la séance peut être sujet à diverses manipulations de la part des patients : couper le micro, allumer la caméra pour signaler la fin de la séance, ou encore retarder ou modifier les modalités de paiement. Il n'est pas rare qu'un patient demande une séance en ligne à la dernière minute, bien que celle-ci ait initialement été prévue en présentiel. Cette situation conduit à se demander si une plus grande flexibilité est envisageable. Certains de nos participants parlent ainsi d'un « cadre élastique ». D'autres formes de résistance au cadre sont également observées, telles que l'oubli de se connecter à l'heure convenue, le fait de parler à voix basse, ou encore l'acceptation d'appels téléphoniques et l'utilisation des réseaux sociaux durant la séance. Certains participants signalent également la présence de bruits de fond, comme [de bruits] d'objets en mouvement, ce qui laisse penser que le patient fait autre chose pendant la séance.

Une question supplémentaire se pose à ce sujet : s'agit-il du même processus que celui mis en œuvre dans les séances en ligne ? Devrait-on envisager de déplacer ou de réaménager ce dispositif, comme le mentionne De Staal ? Faut-il alors comparer ces modalités, ou s'agit-il plutôt de deux conceptions distinctes de l'analyse ?

L'analyse à distance fait actuellement l'objet d'une importante controverse parmi les psychanalystes, au sein même de l'IPA (association psychanalytique internationale). Il est question essentiellement de la formation des analystes. Les séances d'analyse à distance peuvent être approuvées dans le cadre d'une analyse de formation uniquement dans des circonstances exceptionnelles, par exemple, lorsqu'il est essentiel de former un premier groupe d'analystes dans une région où il n'y a pas de présence de l'IPA. Ce qui était autrefois considéré comme une exception pourrait-il devenir la norme de demain (Bleger, 2024) ? Il s'agit de savoir si la pression des circonstances – telles que la pandémie ou des situations exceptionnelles comme celle du Liban depuis 2019 – est ce qui pousse les analystes à adopter l'analyse à distance ou hybride, ou si la conception même de l'analyse ne pourrait que conduire tôt ou tard à cette modalité. À mesure que ces pratiques se normalisent, une réflexion s'impose sur la formation des futurs psychanalystes et sur l'éthique professionnelle à maintenir. Il ne s'agit pas de faire « n'importe quoi » sous prétexte d'adaptation, mais de comprendre profondément ce que chaque analyste met en jeu en proposant une analyse à distance (Bleger, 2024).

Ainsi, le processus analytique est interne, même s'il est déterminé par des conditions externes stables et constantes. Aussi le risque ne réside-t-il pas tant dans le changement de support (divan/écran) que dans le bouleversement plus profond de notre monde interne dans un contexte externe devenu trop instable, trop incertain et susceptible d'inhiber les capacités de pensée, de rêverie, de symbolisation.

# **CONCLUSION ET PERSPECTIVES**

Cette thèse a exploré l'impact des crises extérieures sur la pratique psychothérapeutique et psychanalytique, en mettant en lumière les ajustements et les transformations imposés par des contextes exceptionnels tels que la pandémie de Covid-19, les crises économiques et politiques, ou encore l'explosion du port de Beyrouth. L'étude a permis de mieux comprendre comment les thérapeutes, tout en étant eux-mêmes affectés par ces événements, parviennent à préserver leur capacité de contenance et d'écoute, tout en maintenant la continuité du processus thérapeutique malgré les perturbations.

Le premier article, centré sur le contexte libanais, met en lumière comment les crises multiples – effondrement économique, explosion du port de Beyrouth et pandémie de COVID-19 –, exacerbant une réalité traumatique cumulative, remettent en question l'identité professionnelle des thérapeutes et imposent de repenser les frontières entre le dedans et le dehors du cadre. Les thérapeutes ont été submergés par l'intrusion des réalités externes dans leur propre travail, mais ils ont su mobiliser des ressources internes et externes pour continuer à exercer.

Le deuxième article, de portée plus globale, a mis en évidence trois grands axes d'expérience : l'impact du contexte externe sur le processus thérapeutique, la transition vers un cadre virtuel perturbant les repères spatio-temporels habituels, et la réorganisation interne des praticiens face à ces crises. Ces trois dimensions montrent comment les thérapeutes, confrontés à des traumatismes partagés avec leurs patients, ont été amenés à repenser leur pratique, notamment en s'appuyant sur la créativité et l'improvisation pour maintenir la continuité du travail clinique. Le troisième article approfondit cette notion d'improvisation, soulignant que face à la désorganisation provoquée par des événements imprévus à potentiel traumatique, le psychisme est capable de créer du nouveau.

La discussion autour de la notion de crise psychique a permis d'élargir la compréhension du trauma au-delà des concepts diagnostiques, afin d'aborder cette désorganisation comme une opportunité de réorganisation psychique. Contrairement à la sidération propre au traumatisme, la crise peut devenir un point de bascule vers une réinvention de la pratique thérapeutique. Les crises, en ce qu'elles imposent des modifications du cadre, ne sont pas perçues uniquement comme des entraves, et permettent aux thérapeutes d'engager un processus créatif dans l'élaboration de nouveaux dispositifs ou de variantes au cadre, notamment avec le recours aux séances en ligne. Ce changement, bien que déstabilisant, a offert un espace de continuité à de nombreux patients, permettant ainsi au processus analytique de se poursuivre malgré la distanciation physique. Cette transition n'a toutefois pas été sans conséquence sur la relation transférentielle, soulevant des questions sur la qualité de la présence et de l'écoute dans un espace virtuel, et sur la manière dont ces nouvelles modalités affectent le transfert et le contre-transfert. Les résultats montrent des avis partagés parmi les thérapeutes, avec des réticences particulièrement marquées chez les psychanalystes face à l'analyse en ligne. L'adaptation du cadre, qu'il soit décrit comme « élastique » ou non, exige une réévaluation profonde des pratiques et des limites éthiques. Si l'analyse à distance est une réponse pragmatique aux contraintes externes, elle pose des défis techniques et théoriques, notamment en matière de gestion du transfert, de la voix et du corps absent.

Nous avons également exploré la manière dont les effets traumatiques se manifestent différemment selon la nature des crises. Par exemple, les crises de guerre ou de tensions intercommunautaires peuvent impliquer des dynamiques plus complexes, où les ressentiments historiques et les projections culturelles jouent un rôle important, comme l'a souligné la recherche d'El Husseini (2016). En revanche, des crises globales comme la pandémie de COVID-19, bien que graves, semblent susciter une réponse moins effractante en raison de leur caractère universel et inévitable.

L'un des principaux apports de ce travail réside dans la mise en lumière des ajustements créatifs que les thérapeutes sont contraints de mettre en place pour préserver l'espace analytique. Le cadre, pierre angulaire de la psychanalyse, se trouve ici soumis à des forces extérieures qui le déstabilisent, forçant ainsi le clinicien à repenser sa pratique sans renoncer à sa posture. Loin d'être figé, le cadre peut être modulé en réponse aux contraintes imposées par la réalité, tout en restant suffisamment stable pour offrir au patient un espace de continuité psychique. Ces ajustements ne représentent pas une rupture, mais une réorganisation temporaire du cadre, qui devient alors un lieu de négociation entre la constance nécessaire à la relation analytique et la flexibilité imposée par l'imprévisibilité du contexte extérieur.

Ce travail a également révélé que le métacadre, cette dimension élargie du cadre qui inclut les influences contextuelles et culturelles, joue un rôle déterminant dans les périodes de crise. La relation transféro-contre-transférentielle se trouve notablement impactée par l'intrusion de la réalité extérieure. Dans ces circonstances, le clinicien doit faire face à ses propres vécus, ses propres angoisses et son propre traumatisme, tout en accueillant et en contenant ceux du patient. Cette situation impose un double travail : non seulement le thérapeute doit maintenir « la capacité de rêverie » nécessaire à l'écoute de l'inconscient du patient, mais il doit aussi élaborer en temps réel ses propres mouvements contre-transférentiels, parfois envahissants et déstabilisants, qui peuvent découler de cette réalité partagée.

Cette thèse interroge ainsi la place du clinicien dans ces contextes de crise. Comment rester psychanalyste dans un environnement où la réalité extérieure semble submerger la scène interne ? En cela, nous rejoignons les théories post-bionniennes sur la capacité du thérapeute à transformer les éléments « bêta » – ces éléments bruts non mentalisés issus de la réalité externe – en éléments « alpha » intégrés, qui peuvent être pensés et utilisés dans la relation clinique. L'étude menée dans des contextes culturels différents a permis de nuancer cette réflexion. Les crises ne se vivent pas de la même manière dans des pays aux histoires politiques et sociales différentes, et les réponses des cliniciens varient en fonction de leur appartenance à un cadre culturel spécifique.

Finalement, cette recherche montre que les crises, bien qu'extrêmement perturbatrices, n'ont pas seulement un effet destructeur ; elles peuvent aussi constituer des moments cruciaux de réflexion, de réévaluation et de réorganisation pour les psychothérapeutes. Ces événements permettent de mobiliser des ressources internes insoupçonnées et de redéfinir le cadre et les méthodes thérapeutiques, contribuant ainsi à l'évolution de la pratique dans un monde de plus en plus incertain.

Les résultats de cette thèse suggèrent plusieurs pistes pour de futures recherches. Tout d'abord, une exploration plus approfondie du rôle du métacadre dans des contextes de crises prolongées ou récurrentes permettrait de mieux comprendre les mécanismes par lesquels les thérapeutes parviennent à maintenir la continuité de la cure. Une étude longitudinale serait utile pour évaluer l'évolution de ces ajustements et leur incidence à long terme sur la relation thérapeutique.

Ensuite, une analyse plus fine des effets des séances à distance, au-delà des périodes de crise, pourrait fournir des éléments précieux sur la manière dont cette modalité transforme les dynamiques transférentielles. Il serait pertinent d'étudier si et comment l'absence du corps modifie l'élaboration du transfert, et si cette nouvelle forme de travail peut être intégrée de manière durable dans la pratique analytique.

Pour approfondir cette recherche, un groupe de travail coordonné par Geneviève Welsh et Mayssa' El Husseini dans le cadre des séminaires de la Société psychanalytique de Paris (SPP), intitulé « Impact de la réalité externe sur la relation transféro-contre-transférentielle et les remaniements du cadre », a été créé en novembre 2021. Ce groupe constitue un noyau multidimensionnel pour élaborer la question du contre-transfert, notamment en explorant ses dimensions culturelles, collectives et institutionnelles. L'accueil du matériel contre-transférentiel présenté a suscité diverses réactions dans le groupe, permettant de penser la relation entre les affiliations théoriques et les positions à l'égard des mouvements contre-transférentiels qui peuvent être nommés ou censurés.

Plusieurs dimensions portant sur les destins du contre-transfert en période de crise du métacadre se révèlent à partir des différentes séances du groupe et corroborent les résultats de notre étude :

- le type de crise, qu'il s'agisse d'un contexte de guerre ou d'un événement non intentionnel, comme une catastrophe naturelle ou sanitaire ;
- l'accès à des espaces d'élaboration, que ce soit par le biais de l'analyse, de la supervision ou d'intervisions, et la possibilité de ces rencontres en présentiel ou à distance ;
- les traumatismes culturels liés aux histoires collectives des différentes communautés qui composent la société. Ces histoires peuvent influencer profondément la manière dont le contre-transfert se manifeste et se traite en situation de crise.

# **BIBLIOGRAPHIE**

- Alexander, J. C. (2004). Toward a theory of cultural trauma. *Cultural trauma and collective identity*, 76(4), 620-639.
- Alizade Alcira, M. (2002). Le cadre interne. In *Le cadre en psychanalyse*, Rencontre APA-SPP. <http://www.spp.asso.fr/main/DebatsSansFrontiere/ApaSpp/2002/Discussions/texte2.htm>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Antoine, P. (2017). Chapitre 2. L'analyse interprétative phénoménologique. Dans : Marie Santiago Delefosse éd., *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé* (pp. 33-59). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.santi.2017.01.0033>
- Arpacioğlu, S., Gurler, M., & Cakiroğlu, S. (2021). Secondary traumatization outcomes and associated factors among the health care workers exposed to the COVID-19. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(1), 84-89. <https://doi.org/10.1177/0020764020940742>
- Aulagnier, P. (1975). *La Violence de l'interprétation : du pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF.
- Bassen, C. R. (2007). Telephone analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(3), 1033–1041. <https://doi.org/10.1177/00030651070550030101>
- Bayles, M. (2012). La proximité physique est-elle essentielle au processus psychanalytique? Une exploration à travers la lentille de Skype.
- Békés, V., & Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 238-247. <https://doi.org/10.1037/int0000214>
- Bleger, J. (1966). *Psychanalyse du cadre psychanalytique*. In Kaës, R. et al., *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod, 1979, pp. 255-285.
- Bleger, L. (2021). En faire trop ou pas assez. In J. Y. Tamet (Ed.), *Incertitudes en psychanalyse* (pp. 33-45). Editions Fario.

- Bleger, L. (2024). Analyse en présence, analyse à distance. Petite bibliothèque de psychanalyse. Paris : PUF.
- Bokanowski, T. (2006). L'acte dans la pratique analytique de Sándor Ferenczi. *Revue française de psychanalyse*, 2006/1 Vol. 70. pp. 55-71. <https://doi.org/10.3917/rfp.701.0055>.
- Bokanowski, T. (2010). Du traumatisme au trauma : les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse. *Psychologie clinique et projective*, 16(1), 9-27.
- Bou Sanayeh, E., El Chamieh, C., Saade, M. et al. Post-traumatic stress symptoms experienced by healthcare workers in Lebanon four months following Beirut's ammonium nitrate explosion: a survey-based study. *Arch Public Health* 80, 156 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00911-5>
- Chahraoui, K. (2014). 15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme. Dunod.
- Chapelier, J. (2016). Infracadres et métacadres sociaux. *Adolescence*, 341, 39-52. <https://doi.org/10.3917/ado.095.0039>
- Chemama, R. et Vandermersch, B. (dir.). (1998). Dictionnaire de la psychanalyse. Paris : Larousse.
- Churcher, J. (2005). Keeping the analytical setting in mind. Article non publié. Présenté à la Conférence annuelle de la clinique psychothérapeutique de Lancaster en septembre 2005.
- Corbella, V. (2020). Du divan à l'écran : La psychanalyse à l'heure de la virtualité. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen>.
- Delanoë, D. (2015). Pourquoi il ne faut pas avoir peur du transfert et du contre-transfert culturels. *Le Carnet PSY*, 188, 22-26. <https://doi.org/10.3917/lcp.188.0022>
- De Staal, A. (2021). Le compartiment brûlé. Or: Psychoanalysis without a couch. In H. B. Levine & A. de Staal (Eds.), *Psychoanalysis and Covidian Life: Common Distress, Individual Experience* (pp. xx-xx). Phoenix Publishing House.

- De Urtubey, L. (2006). Des origines du contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 70, 371-384. <https://doi.org/10.3917/rfp.702.0371>
- Denis, P. (2006). Incontournable contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 70, 331-350. <https://doi.org/10.3917/rfp.702.0331>
- Devereux, G. (1967). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- Devereux, G. (1998). *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*. Paris : Fayard.
- DiGiovanni, M., Weller, I., & Martin, A. (2021). Pivoter dans la pandémie : une étude qualitative des psychiatres d'enfants et d'adolescents à l'époque du COVID-19. *Research Square* [Preprint]. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-287057/v1>
- Donnet, J-L (1995). *Le divan bien tempéré*. Paris : PUF.
- Donnet, J-L. (2005). *La situation Analysante*. Paris : PUF.
- Dupont, J. (2000). La notion de trauma selon Ferenczi et ses effets sur la recherche psychanalytique ultérieure. In Filigrane, printemps, pp. 19-31. <http://rsmq.cam.org/filigrane/archives/dupont.htm>
- El Hussein M. (2016). Exploration du contre-transfert dans la clinique du trauma : une étude qualitative. *Psychologie*. Université Sorbonne Paris Cité. Français. (NNT : 2016USPCD027).
- El Hussein, M., Skandrani, S., Tarazi Sahab, L., & Moro, M.-R. (2016). Countertransference in trauma clinic: A transitional breach in the therapists' identity. In G. El Baalbaki & C. Fortin (Eds.), *A multidimensional approach to post-traumatic stress disorder - From theory to practice* ((hal-01550727)).
- El Hussein, M., & Moro, M.-R. (2018). Traces et transmission du trauma. *Soins. Chirurgie*, 63(827), 15-44. DOI: 10.1016/j.soin.2018.05.001

- El Khoury, J., Ghandour, L., Charara, R., Adam, L., Maalouf, F., & Khoury, B. (2022). The Beirut explosion psychological impact study: An online cross-sectional population survey. *Traumatology*, 28(4), 491–502. <https://doi.org/10.1037/trm0000353>
- El Khoury-Malhame, M., Harajli, D. A., Reykowska, D., Jakubowska, M., & Ohme, R. (2024). Can the Phoenix still rise? Traumatic effect of Beirut port explosion on Lebanese people's experiences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0001744>
- Erikson, K (1994). *A New Species of Trouble: The Human Experience of Modern Disasters*. WW Norton: New York.
- Etchegoyen H. (1986/2005). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Amorrortu ; *Fondements de la technique psychanalytique*. Paris, Hermann.
- Farran, N. (2020). Mental health in Lebanon: Tomorrow's silent epidemic. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(1), 7-8. <https://doi.org/10.1177/0020764019899986>
- Ferenczi, S. (1918). *La technique psychanalytique* . In *Psychanalyse II - Œuvres Complètes 1913-1919* (pp. 327-337). Paris: Payot.
- Ferenczi, S. (1933). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. In *Œuvres Complètes, IV (1927-1933)*. Paris : Payot, 1982, pp. 125-138.
- Ferenczi, S. (1934). Réflexions sur le traumatisme. In *Œuvres Complètes, IV (1927-1933)*. Paris : Payot, 1982, pp. 139-147.
- Ferenczi, S. (1982). Elasticité de la technique psychanalytique. In *Psychanalyse IV* (pp. 53-65). Payot.
- Freud S. (1895), *Esquisse pour une psychologie scientifique, La naissance de la psychanalyse, lettres à W. Fliess, notes et plans 1887-1902*, Paris, PUF, 1956.
- Freud S. (1895 b), *Études sur l'hystérie*, trad. fr. A. Berman, pref. M. Bonaparte, Paris, PUF, 1967

- Freud, S. (1910). Les chances d'avenir de la thérapie psychanalytique. In *Œuvres Complètes*, Vol. X, Paris, PUF, 1993, p. 67.
- Freud S. (1913), Le début du traitement, *La technique psychanalytique*, trad. fr. A. Berman ; Paris, PUF, 1981
- Freud S., (1913b), *Totem et tabou*, Paris, Payot, 1947.
- Freud, S. (1914). *Remarques sur l'amour de transfert* (1914). In *Œuvres Complètes* (Vol. XII, p. 200). Paris: PUF, 2005.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In *Œuvres complètes de Freud/ Psychanalyse*, XV. Paris : PUF, 1996.
- Freud S. (1926 d [1925]), *Inhibition, symptôme et angoisse*, trad. fr. M. Tort, Paris, PUF, 1965
- Freud, S. (1930). *Malaise dans la civilisation*. Paris : PUF, 1989.
- Freud, S. (1939). *L'homme Moïse et la religion monothéiste*. Paris : PUF, 2011.
- Freud, S. (1950). *L'Origine de la psychanalyse : Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904* (M. Bonaparte, A. Freud, & E. Kris, Éds.). Paris : PUF.
- Green, A. (1974). L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique. In *La folie privée*. Paris : Gallimard, 1990, pp. 73-119.
- Green, A. (1984). Le langage dans la psychanalyse. In *Langages*. Paris : Les Belles Lettres, 1984, pp. 19-250.
- Green, A. (2006c). Le tournant des années 2000. In Green, A. (dir.), *Unité et diversité des pratiques du psychanalyste : colloque de la SPP (14-15 janvier 2006)*. Paris : PUF, pp. 229-247.
- Heimann, P. (1987). À propos du contre-transfert. In *Le contre-transfert* (pp. XX-XX). Paris: Navarin Éditeur. (Contribution présentée au XVIe Congrès international de psychanalyse de Zürich en 1949, publiée en 1950 dans *International Journal of Psycho-Analysis*).

- Hirschberger G. (2018). Collective Trauma and the Social Construction of Meaning. *Frontiers in psychology*, 9, 1441. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01441>
- Issa, E., El Choueiry, F., & Alhadj, M. (2023). A qualitative investigation of university students' experience of the Beirut Port explosion. *Traumatology*, 29(1), 42-50. <https://doi.org/10.1037/trm0000415>
- Jabr, S., & Berger, E. (2021). Mental health under occupation: the dilemmas of “normalcy” in Palestine. In *Global mental health ethics* (pp. 289-304). Springer Nature Switzerland. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-66296-7\\_17](https://doi.org/10.1007/978-3-030-66296-7_17)
- Jesser, A., Muckenhuber, J., & Lunglmayr, B. (2022). Psychodynamic therapist's subjective experiences with remote psychotherapy during the COVID-19-pandemic: A qualitative study with therapists practicing Guided Affective Imagery, Hypnosis and Autogenous Relaxation. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.777102>
- Kaës, R. (2009). *Les alliances inconscientes*. Paris : Dunod.
- Kaës, R. (2010). Répétition du traumatisme et travail groupal de l'association. Marc ou le porte-symptôme, La parole et le lien. *Associativité et travail psychique dans les groupes*, 161-186. Paris : Dunod.
- Kaës, R. (2012). Conteneurs et metaconteneurs. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2, 643-660. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0643>
- Kaës, R. (2012). *Le Malêtre*. Paris : Dunod, 9-22.
- Kaës, R. (2013). Face au malêtre psychique dans les cultures hypermodernes, que peut la psychanalyse ? *Bulletin de psychologie*, 526, 281-288. <https://doi.org/10.3917/bupsy.526.0281>
- Kaës, R. (2013). Entre le sujet et le groupe, trois espaces de réalité psychique : comment les penser avec la psychanalyse ? Dans : François Sacco éd., *Voies nouvelles pour les psychothérapies de groupe* (pp. 13-28). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.sacco.2013.01.0013>

- Kernberg, O. (1965). Notes on Countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13(1), 38-56. <https://doi.org/10.1177/000306516501300102>
- Koren, D. (2007). Les errements du contre-transfert. *Les Lettres de la SPF*, 17, 37-72. <https://doi.org/10.3917/lspf.017.0037>
- Krzakowski, P. (2021). COVID-19 in V acts. *The International Journal of Psychoanalysis*, 102(1), 139-158. <https://doi.org/10.1080/00207578.2021.1873590>
- Lacan J. (1958). La direction de la cure et les principes de son pouvoir. In *Écrits*.
- Lachal, C. (2002). La construction de la subjectivité et du lien à l'adolescence. *Champ Psychosomatique*, (25), 25-47. <https://doi.org/10.3917/cpsy.025.0025>
- Lachal, C. (2006). Le partage du traumatisme. Contre transfert avec les patients traumatisés. *La Pensée Sauvage*.
- Laimou, D. (2018). Impact du trauma sur les répondants d'un service téléphonique de prévention du suicide. *Soins : La revue de référence infirmière*, 63(827), 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.soins.2018.05.005>
- Laroche Joubert M. (2017). Impact du trauma maternel sur le contre-transfert d'un groupe de thérapeutes. *Ss la dir Pr Moro. Sorbonne Paris Cité UFR Lettres, Sciences de l'Homme et des Sociétés*.
- Lemma, A. (2015). La psychanalyse à l'heure de la technoculture: Quelques réflexions sur le sort du corps dans l'espace virtuel. *International Journal of Psychoanalysis*, 96(3), 569-582. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12348>
- Moro, M.-R. (2011). *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod.
- Morse, J. M. (1991). Strategies for sampling. In *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue* (pp. 127–145). <https://doi.org/10.4135/9781483349015.n16>

- Murray, C., & Harrison, B. (2004). The meaning and experience of being a stroke survivor: an interpretative phenomenological analysis. *Disability and Rehabilitation*, 26(13), 808–816. <https://doi.org/10.1080/09638280410001696746>
- Nathan, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Dunod.
- Norris, FH, Friedman, MJ, Watson, PJ, Byrne, CM, Diaz, E, Kaniasty, K (2002). 60,000 disaster victims speak: an empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry* 65, 207–239.
- Parat C. (1991). A propos de la thérapie analytique. in *Revue Française de Psychanalyse*. t. LV. 2. pp. 303-324.
- Parsons, M. (2008). Explorer l'inarticulé: La situation analytique interne et l'écoute au-delà du contre-transfert. *L'Année psychanalytique internationale*, 2008, 199-215. <https://doi.org/10.3917/lapsy.081.0199>
- Patry, L. (2021). L'écoute à distance, ses manques et ses excès. In M. Horovitz & P. Krzakowski (Eds.), *Écrits intimes de psychanalystes pendant la pandémie : Journal de voyage en Confinia* (pp. 199-206). Editions L'Harmattan.
- Poupart, F., & Pirlot, G. (2016). Fonctions et dénis du cadre clinique. *Psychothérapies*, 36, 75-85. <https://doi.org/10.3917/psys.162.0075>
- Puget, J. (1982). Analista y paciente en mundos superpuestos. *Psicoanálisis*, IV(3), 502-532.
- Puget, J. (1989). Groupe analytique et formation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (13), 137-153.
- Racker, H. (1953), « A contribution to the problem of counter-transference », *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 34, 1953, p. 313-324.
- Racker, H. (1957), « The Meanings and Uses of Countertransference », *Psychoanalytic Quarterly*, 26, p. 303-357.
- Rouchon, J.-F. (2007). *La notion de contre-transfert culturel. Enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*. Thèse de médecine. Université de Nantes.

- Rouchon, J.-F., Reyre, A., Taïeb, O., & Moro, M.-R. (2009). L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique. *L'Autre*, 1(10), 80-89.
- Rouchy, J.-C. (2005). Le groupe « chaînon manquant ». *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(45), 51-60.
- Roussillon, R. (1995). *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris : PUF, rééd. 2007.
- Roussillon, R. (2000). Traumatismes et liaisons primaires non-symboliques. In « Traumatismes », *Actualités psychosomatiques*, 3, GeorG (Association Genevoise de Psychosomatique AGPSO).
- Roussillon, R. (2009). La capacité à créer et la contrainte à créer. In R. Roussillon (Ed.), *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité* (pp. 151-174). Dunod.
- Roussillon, R. (2022). Traumatismes. <https://reneroussillon.com/traumatismes/theorie-psychanalytique-du-traumatisme/>
- Russell, G. I. (2015). *Screen relations: The limits of computer-mediated psychoanalysis and psychotherapy*. Routledge.
- Salazar de Pablo, G., Vaquerizo-Serrano, J., Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F., Shin, J. I., Sullivan, S., Brondino, N., Solmi, M., & Fusar-Poli, P. (2020). Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 275, 48-57. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.022>
- Scharff, J. S. (2012). Clinical issues in analyses over the telephone and the internet. *International Journal of Psychoanalysis*, 93(1), 81-95. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2011.00548.x>
- Sibeoni, J., Manolios, E., Costa-Drolon, E., Meunier, J. P., Verneuil, L., & Revah-Levy, A. (2021). Pratique clinique pendant la pandémie de COVID-19 : une étude qualitative parmi les psychiatres d'enfants et d'adolescents à travers le monde. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00417-y>

- Smith J., Flowers P., Larkin M., 2009. Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research. Sage, Londres.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative Phenomenological Analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Methods* (pp. 53-80). London: Sage.
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9–27. <https://doi.org/10.1080/17437199.210.510659>
- Tarazi Sahab, L., Abi Rizk Khoury, L., El Hussein, M., & Moro, M. R. (2018). Vulnérabilité psychique des équipes, expérience libanaise auprès des déplacés syriens . Soins : La revue de référence infirmière, 63(827), 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2018.05.003>
- Tohme, P., Grey, I., El-Tawil, M. T., El Maouch, M., & Abi-Habib, R. (2024). Prevalence and correlates of mental health difficulties following the beirut port explosion: The roles of mentalizing and resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 16(1), 30–38. <https://doi.org/10.1037/tra0001328>
- Turner, A., Barlow, J., & Ilbery, B. (2002). Play Hurt, Live Hurt: Living with and Managing Osteoarthritis from the Perspective of Ex-professional Footballers. *Journal of health psychology*, 7(3), 285–301. <https://doi.org/10.1177/1359105302007003222>
- Urribarri F. (2013): Dialoguer avec André Green. La psychanalyse contemporaine, chemin faisant. Paris, Ithaque.
- Velykodna, M., Tsyhanenko, H., & Université d'État d'économie et de technologie. (2021). Psychanalyse et psychothérapie psychanalytique en Ukraine pendant la pandémie de COVID-19: Les résultats de l'enquête auprès des praticiens. *Psychological Journal*, 7(1), 20-33. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.2>
- Weil, É. (2021). Lieux du traumatique, le génocide : le nouage collectif-individuel. *Revue française de psychanalyse*, 85, 1095-1147. <https://doi.org/10.3917/rfp.855.1095>
- Winnicott, D.W. (1947). La haine dans le contre-transfert. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1975, p. 48-58.

- Winnicott, D.W. (1954). Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1975, p. 131-148.
- Winnicott, D.W. (1956). Les formes cliniques du transfert. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1975, p. 185-190.
- Winnicott, D.W. (1960). Le contre-transfert. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1975, p. 229-236.
- Winnicott, D.W. (1965). Le concept de traumatisme par rapport au développement de l'individu au sein de la famille. In *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard, 2000, pp. 292-312.
- Winnicott, D.W. (1974). La crainte de l'effondrement. In *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard, 2000, pp. 205-216.
- Zac J. (1968). Encuadre y acting-out. Relación semana-fin de semana. *Rev Psicoanal* XXV, 1.
- Zalusky, S. (1998). Telephone Analysis: Out of Sight, But Not Out of Mind. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46(4), 1221-1242. <https://doi.org/10.1177/00030651980460041601>
- Zerbé, Z., Nassif, R.-M., Der-Sahaguian Ayvazian, N., Maalouf, C., & El Husseini, M. (2018). Impact du trauma des réfugiés de guerre sur les intervenants en santé mentale. *Soins : La revue de référence infirmière*, 63(827), 40-42. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2018.05.008>
- [L'accident covid au cœur de l'humainhttps://www.youtube.com/watch?v=zewgEC9pQdQ](https://www.youtube.com/watch?v=zewgEC9pQdQ)

# ANNEXES

# Annexe 1

## Lettre(s) d'information

### **Exploration de l'impact de la réalité externe (Covid 19) sur la relation thérapeute/patient**

Cette recherche est née des interrogations cliniques de notre pratique psychothérapeutique et analytique et des aménagements que nous avons été forcés de mettre en place suite à la crise sanitaire du COVID 19 (distanciation du patient, arrêt des séances, confinement, séances en ligne...). Dans le contexte actuel de la pandémie, cette recherche qualitative s'intéresse au vécu des psychologues/psychothérapeutes/psychanalystes face au méta-cadre et son intrusion dans le dispositif, son potentiel traumatique et créatif. Dans ce contexte de crise sanitaire, nous vivons collectivement des transformations politiques, économiques et sociales qui ont un impact sur nos subjectivités. Cette intrication de l'intime et du collectif peut trouver une résonance dans la rencontre avec les patient(e)s.

#### But de la recherche :

Nous souhaitons explorer l'impact de la réalité extérieure sur la relation thérapeute / patient, les réaménagements des dispositifs (passage au télé-travail), ainsi que les résurgences traumatiques sur les patients et les thérapeutes.

#### Méthodologie:

Nous utiliserons un entretien semi-structuré d'une durée moyenne d'une heure et trente minutes qui sera enregistré, anonymisé et retranscrit. Les enregistrements seront détruits à la fin de la recherche.

Cette recherche s'inscrit dans une convention de collaboration entre l'équipe de recherche de :

- l'INSERM Team Dev Psy, représentée par Professeur Marie Rose Moro, SPP, Rose Marie Nassif, ALDEP (Association libanaise pour le développement de la psychanalyse), et Elisabetta Dozio
- Clipsyd (EA4430) de l'Université Paris Nanterre, représentée par Mathilde Laroche Joubert, MCU
- CHSSC de l'université de Picardie Jules Vernes, représentée par Mayssa' El Hussein, MCU et AeF SPP
- Laboratoire de psychanalyse, société et politique de l'Université de Sao Paulo, représentée par Miriam Debieux Rosa - Prof. Titulaire en Psychologie Clinique à l'Université de São Paulo, directrice du Laboratoire de Psychanalyse, Société et Politique, Gabriel Binkowski, MCU
- Université Saint Joseph de Beyrouth, représentée par Layla Sahab, Professeure et membre SPP

Si vous souhaitez avoir plus de renseignements ou si vous êtes intéressés pour participer à la recherche, vous pouvez contacter :

- Mathilde Laroche Joubert [mathilde.larochejoubert@gmail.com](mailto:mathilde.larochejoubert@gmail.com) (France)
- Mayssa' El Hussein [mayssa.husseini@gmail.com](mailto:mayssa.husseini@gmail.com) (France)
- Rose Marie Nassif [romynassif@gmail.com](mailto:romynassif@gmail.com) (Liban)
- Gabriel Binkowski [gabriel.binkowski@gmail.com](mailto:gabriel.binkowski@gmail.com) (Brésil)
- Layla Sahab [laylasahab@gmail.com](mailto:laylasahab@gmail.com) (Liban)
- Elisabetta Dozio [dozioelisabetta@gmail.com](mailto:dozioelisabetta@gmail.com) (France, Italie)

## Annexe 2

### Formulaire(s) de consentement

#### Consentement libre et éclairé

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare, en signant ce formulaire, accepter librement et de façon éclairée, de participer à l'étude "réalité extérieure du Covid 19 et contre transfert".

Recherche menée sous la direction de : Mayssa' El Hussein et Marie Rose Moro

Lieu de la recherche:

Investigateur:

Chercheurs associés:

- Professeur Marie Rose Moro, SPP, Rose Marie Nassif, ALDEP (Association libanaise pour le développement de la psychanalyse), et Elisabetta Dozio - Laboratoire INSERM Méthode et culture :
- Mathilde Laroche Joubert, MCU, Clipsyd (EA4430) Université Paris Ouest Nanterre
- Mayssa' El Hussein, MCU et AeF SPP, CHSSC Université Picardie Jules Vernes
- Gabriel Binkowski, MCU, Laboratoire de psychanalyse, société et politique Université de Sao Paulo
- Professeur Layla Tarazi Sahab, SPP, Université Saint Joseph de Beyrouth

Les résultats de cette recherche pourront être publiés dans des revues scientifiques ou lors de congrès scientifiques. Vous avez droit d'accès aux résultats globaux qui pourront vous être communiqués par l'investigateur auprès de qui vous passez l'entretien, dont le courriel et numéro de téléphone figurent avec sa signature.

Engagement du participant

Je m'engage à participer à l'étude à travers la réalisation de l'entretien semi directif proposé par les chercheurs et en accepte l'enregistrement audio-numérique. Confidentialité:

Je prends acte que les données ainsi enregistrées seront anonymisées ce qui signifie que tous les éléments me concernant pouvant amener à mon identification dans les retranscriptions seront modifiés.

Information au participant :

J'ai compris que je peux obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal.

Liberté du participant:

Je suis informé(e) du fait que je peux me retirer à tout moment de cette étude, sans donner de justification et sans encourir de responsabilité ni de conséquence.

Lieu et date :

Signatures

Du participant :

De l'investigateur (courriel et numéro de téléphone) :

# Annexe 3

## Guide d'entretien en français

### I- Impact de la situation externe (Covid/confinement) sur les participants

1- Pourriez-vous me relater comment vous avez vécu l'annonce de la pandémie et le recours au confinement ? (Partiel /total, avec qui)

*(Explorer sentiments de déni, d'insécurité, d'angoisse de la mort, angoisse par rapport à des membres de la famille, présence de maladies (diabète, cardiaque, immunité basse etc.)*

Si insécurité pour quelles raisons ? (Raisons économiques, décisions politiques, etc.)

2- Avec quelles images décririez-vous le confinement ?

3- Qu'avez-vous observé en vous comme émotions, comme comportements, comme changements au niveau physique ?

4- Quel impact sur votre capacité créative ?

5- Cette situation a-t-elle ramené des souvenirs de vécus similaires ? (Résurgences ou flashbacks de souvenirs de guerres ou autres traumas)

### II- Impact de la situation sur leur prise en charge

7- Quelles décisions avez-vous pris pour la continuité du travail ? Comment s'est mis en place le dispositif du télétravail ?

8- Quel impact le télétravail a eu sur vous ? Sur vos patients ?

9- Quelles étaient vos habitudes concernant vos patients (prise de notes, temps entre les séances, ...) ? Comment ont-elles été transformées ?

Avez-vous noté des changements dans vos manières d'être ? De faire ? (Posture, modalités d'interaction, de communication, stratégies relationnelles)

10- Quelle place accordez-vous à votre capacité à vous adapter et à transformer les choses de manière créative durant la période de confinement ?

11- Comment la notion d'intime s'est trouvée affectée ? Y a-t-il eu invasion des patients dans l'espace privé ? Observiez-vous plus intensément leur environnement ?

12- Quelles difficultés rencontrez-vous dans le travail à distance avec vos patients ?

13- Le rythme de votre vie ayant été transformé, le temps des séances était-il respecté ? (Lenteur, décalage, prise en compte de la réalité des problèmes techniques et matériels)

14- Comment s'est manifestée la notion de dette ? (Lien à penser avec les modalités de paiements)

15- Quel impact a sur vous l'absence du corps de l'analysant dans l'espace du travail ? Quel impact sur le patient ?

16- Quels sont les défis (aspect contraignants) de travailler dans cette situation ?

Et les avantages (aspects agréables) du télétravail ou travail à distance ?

17- Comment avez-vous maintenu le rapports/échanges avec vos collègues ?

18- Avez-vous suivi des « lives » et autres formes de travail proposés par des groupes et associations scientifiques ?

### III- Impact de la situation sur le contre transfert

19- Pouvez-vous me parler de vos rêves ? Les rêves des patients ?

20- Quelles images vous viennent en écoutant vos patients ? (Scénario émergent en écoutant les patients)

21- Pouvez-vous décrire plus spécifiquement le déroulement d'un suivi qui vous a le plus marqué?

22- Pouvez-vous me raconter votre vécu (affect, pensées, réactions physiques) quand le patient abordait la question du confinement, de la maladie ?

(Décliner cela s'il s'agit de contexte préalable d'instabilité politique, économique etc.)

23- Quelles résonances vous avez pu avoir avec le vécu des patients ?

24- Comment vous vous sentiez au niveau de votre disponibilité interne et votre écoute ?

25- Que pensez-vous des résurgences traumatiques ou des traces traumatiques potentielles de cette situation de pandémie et de confinement sur les patients ? et vous ?

27- Pensez-vous que des choses nouvelles vont émerger dans la relation avec les patients à la suite de cette situation ?

#### IV- Après la pandémie et le confinement ?

28- Comment imaginez-vous la fin de la pandémie ? (Quelles images, pensées, réflexions)

29- Comment imaginez-vous le retour au travail après cette pandémie ? Quelles difficultés pourriez-vous rencontrer avec vos patients ?

Comment avez-vous vécu le retour au travail après les confinements ?

30- Serez-vous plus ouvert à accepter des patients qui feront des suivis en grand partie ou exclusivement à distance ?

## V- Impact de l'explosion de Beyrouth

31- Pouvez-vous nous raconter votre situation en clinique au moment-même de l'explosion du 4 août ? (*Situation clinique*)

- *Étiez-vous en clinique ? si oui, étiez-vous en séance ?*
- *Pouvez-vous décrire votre vécu à l'égard du patient présent en séance ?*
- *Avez-vous pensé au patient qui venait de quitter ? et celui qui était peut-être en route ?*
- *Comment avez-vous géré le risque de débordement ?*

32- Pouvez-vous décrire les dégâts et éventuelles blessures survenus suite à l'explosion ?

- *Quel était votre vécu face à votre cabinet détruit ou endommagé ?*

33- Quand et comment s'est faite la reprise de votre pratique après cet évènement ?

- *Prompt optionnelle : et avec ce patient en particulier ?*
- *Quels sont les changements dans le discours de vos patients ?*
- *Avez-vous noté un changement dans leurs problématiques ? Lesquels ?*
- *Quelle place ont occupé les éléments de la réalité dans votre pratique ?  
Par exemple avez-vous modifié votre rituel d'accueil ? si oui, comment ?*

34- Comment décririez-vous vos affects, vos pensées et votre vécu durant la période qui a suivi l'explosion du 4 août ?

- *Votre statut de thérapeute s'est-il retrouvé activé ou suspendu ?  
Comment votre capacité de contenance et votre écoute ont-elles été affectées ?*
- *Quels sont les mécanismes de défenses sollicités ? Quelles sont les modalités auxquelles vous aviez recours pour surmonter le choc et la souffrance ?*