

La part de social en nous

ONT PARTICIPÉ À CET OUVRAGE

Catherine Besse
Ting Chen
Jean-Michel Fourcade
Luce Janin-Devillars
Françoise Julier-Costes
Yves Mairesse
Christophe Niewiadomski
Annick Ohayon
Isabelle Seret
Elvia Taracena

Sous la direction de
Vincent de Gaulejac
Claude Coquelle

La part de social en nous

Sociologie clinique
et psychothérapies

Postface de Boris Cyrulnik

« Sociologie clinique »

 érès

In memoriam

Elvia Taracena est décédée le 14 mai 2017. Elle a été une pionnière dans le développement de la sociologie clinique. Professeur à l'UNAM (université autonome du Mexique), elle est venue en France pour son doctorat en Sciences de l'éducation à l'université Paris 8. Pendant vingt-cinq ans, elle a accompagné les projets au sein du Laboratoire de changement social à l'université Paris-Diderot en lien avec l'Unam-Iztacala. Elle a participé à la fondation de l'Institut international de sociologie clinique au début des années 2000, puis à la création du Réseau international de sociologie clinique en 2015. Dans ce cadre, elle a animé plusieurs groupes d'implication et de recherche sur différentes thématiques (roman familial et trajectoire sociale, roman amoureux et trajectoire sociale, histoires d'argent, face à la honte, histoire de vie et mémoire corporelle) à Paris, à Mexico, à Montréal et en Argentine. Elle a succédé à la fin des années 1990 à Max Pagès dans notre co-animation du séminaire « Émotions et histoire de vie ». Les participants à ces groupes ont toujours témoigné de la qualité de ses apports, de son écoute attentive et bienveillante, de ses compétences cliniques issues de sa pratique comme psychothérapeute et psychanalyste. Sa contribution pour diffuser la méthodologie des récits de vie et la recherche qualitative dans les sciences sociales au Mexique a été décisive. Elle était membre du comité éditorial de la collection « Sociología clínica » aux éditions Sager Aude. Nous garderons le souvenir d'une collègue bienveillante, disponible, sachant concilier la rigueur de la chercheuse, l'écoute de la pédagogue et l'engagement de l'organisatrice soucieuse du bien commun. Vincent de Gaulejac.

Conception de la couverture :

Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2017

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-5566-8

Première édition © Éditions érès 2017

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Table des matières

INTRODUCTION	
<i>Claude Coquelle</i>	7
LES PSYCHOTHÉRAPIES AU RISQUE DU SOCIAL, UNE HISTOIRE COMPARÉE : FRANCE – ÉTATS-UNIS	
<i>Annick Ohayon</i>	19
CONSTRUIRE UN ESPACE CLINIQUE ENTRE SOCIOLOGIE ET THÉRAPIE	
<i>Vincent de Gaulejac</i>	37
CLINIQUE NARRATIVE, SOCIOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOTHÉRAPIES	
<i>Christophe Niewiadomski</i>	61
QUAND LE SOCIAL VIENT FAIRE TIERS DANS L'HISTOIRE QU'ON SE RACONTE	
<i>Catherine Besse</i>	79
ÉMOTIONS ET HISTOIRES DE VIE : AUX LIMITES ENTRE IMPLICATION, RECHERCHE ET THÉRAPIE	
<i>Elvia Taracena</i>	105

LE TRAUMATISME, ENTRE CAUSALITÉ SOCIALE ET SOUFFRANCE PSYCHIQUE <i>Isabelle Seret</i>	121
RENCONTRE D'UNE PSYCHANALYSTE AVEC LA SOCIOLOGIE CLINIQUE <i>Luce Janin-Devillars</i>	135
GESTALT-THÉRAPIE ET SOCIOLOGIE CLINIQUE : HISTOIRES CROISÉES ET DIFFÉRENCIÉES <i>Yves Mairesse</i>	151
SOCIOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHANALYSE INTÉGRATIVE <i>Jean-Michel Fourcade</i>	175
SENS, CONNAISSANCE ET COLLECTIF CONSTRUIRE UNE POSTURE CLINIQUE AVEC LA SOCIOLOGIE CLINIQUE ET L'ETHNOPSYSCHIATRIE <i>Ting Chen</i>	189
SOCIOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOTHÉRAPIE SYSTÉMIQUE <i>Françoise Julier-Costes</i>	201
COMMENT PEUT-ON ÊTRE PSYCHOTHÉRAPEUTE SANS ÊTRE (UN PEU) SOCIOLOGUE ? <i>Claude Coquelle</i>	211
CONCLUSION POUR UNE CLINIQUE DE LA COMPLEXITÉ <i>Vincent de Gaulejac</i>	227
POSTFACE <i>Boris Cyrulnik</i>	241
BIBLIOGRAPHIE	245
PRÉSENTATION DES AUTEURS	257

Claude Coquelle

Introduction

« L'intime est encore et toujours du social, parce qu'un moi pur où les autres, les lois, l'histoire, ne seraient pas présents est inconcevable. »

Annie Ernaux, *L'écriture comme un couteau*, 2003, p. 152.

Entre l'être de l'homme et l'être de la société, les influences, les connexions et les interactions sont profondes. Chaque individu contribue à produire la société qui produit chaque individu. Comment analyser ces interférences ? La question est particulièrement sensible lorsque des conflits, vécus comme « personnels », sont pour une part la conséquence de situations sociales liées au travail, à la famille, à l'argent, à la violence institutionnelle et plus généralement à la violence symbolique des rapports sociaux (Bourdieu et Passeron, 1970). Nous allons explorer cette part de social en nous-même à partir de la façon dont des psychothérapeutes et des psychanalystes la rencontrent dans leur pratique en intégrant les apports de la sociologie clinique.

Cette question n'est pas nouvelle. Elle s'inscrit dans une longue histoire, celle de l'émergence, au XIX^e siècle, puis de l'épanouissement au XX^e siècle d'un ensemble de pratiques regroupées sous la désignation de *psychothérapies*. Les acteurs de ce développement l'ont plutôt vécu et présenté sur un mode qu'on peut qualifier de scientifique : ils se sentaient porteurs de découvertes scientifiques, de nouveaux savoirs enfin accessibles à l'humanité, une facette parmi d'autres de notre

chemin vers le progrès. Ce schéma, par-delà les différences apparentes, est présent aussi bien dans le discours freudien que dans celui des actuelles Thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

Au fil du temps, une autre lecture de cette histoire est apparue possible : voir le développement des psychothérapies comme un phénomène social, peut-être assez marginal à ses débuts, mais de plus en plus massif et même envahissant. Le thème est aujourd'hui partout, il concerne toutes les couches sociales, sous des formes très différentes, il est présent dans tous les médias, dans les productions culturelles (roman, cinéma, séries) et apparaît régulièrement dans le débat public. Cela conduit parfois les chercheurs en sciences sociales et les praticiens de la thérapie à s'interroger, non plus seulement sur la validité des savoirs, sur l'efficacité technique des pratiques, mais sur leurs enjeux sociaux, la prise en compte de ces enjeux pouvant enrichir et renforcer lesdits savoirs et pratiques.

QUEL DIALOGUE ENTRE SCIENCES SOCIALES ET PSYCHOTHÉRAPIES ?

Le dialogue entre les psychothérapies¹ et les sciences sociales, et particulièrement la sociologie dans sa version « clinique », n'est ni fréquent ni facile. Nous disposons de travaux assez nombreux relevant du dialogue interdisciplinaire : deux courants de recherche scientifique échangent sur leurs savoirs, pour les confronter ou pour en examiner les complémentarités ou les articulations. Dans le cas d'espèce, il s'agit le plus souvent des contributions que le savoir psychanalytique², dans la lignée des travaux « sociologiques » de Freud, pourrait apporter à la compréhension des phénomènes sociaux (Bastide, 1950 ; Enriquez, 1983 ; Arnaud et Fugier, 2015).

D'autre part, il arrive, et de plus en plus souvent, que les sciences sociales prennent pour objet d'étude le fait social des pratiques psychothérapeutiques, dans leur évolution (histoire), les conditions de leur

1. Nous utiliserons à peu près indifféremment le pluriel, pour marquer la diversité des approches psychothérapeutiques, ou le singulier pour en souligner cependant l'unité. En outre, il nous arrivera d'utiliser le raccourci courant de « thérapie(s) », toujours avec ce sens.

2. Nous avons fait le choix de traiter ici la psychanalyse comme une psychothérapie parmi les autres, sans ignorer que la plupart des psychanalystes sont en désaccord avec ce rattachement et même que, selon certains, « la psychothérapie, ça n'existe pas » (J.-A. Miller).

exercice (sociologie) ou pour s'y immerger afin de les comprendre de l'intérieur (anthropologie). Il peut s'agir, par exemple, de travaux critiques mettant en évidence les risques politiques du développement considérable de ces pratiques (Castel, 1973 ; Vranken et Macquet, 2006) ou de simples démarches compréhensives, plus neutres sur le plan axiologique (Illouz, 2006 ; Champion, 2008).

Notre démarche relève d'une troisième sorte d'exercice. Nous nous interrogeons sur la contribution pratique que la sociologie peut apporter à la psychothérapie, soit en inspirant les thérapeutes dans l'exercice de leur métier, soit en développant ses propres pratiques productrices d'effets thérapeutiques, principalement sous forme de « groupes d'implication et de recherche ».

Pour que ces interrogations soient fécondes, il nous paraît utile d'en clarifier préalablement les termes : qu'entendons-nous par « social » et qu'entendons-nous par « (psycho)thérapie » ?

QU'EST-CE QUE LE SOCIAL ?

Pour qui n'a pas fréquenté l'univers de la sociologie, ce mot désigne au premier abord deux choses. D'une part, tout ce qui renvoie à la « question sociale » : l'existence dans notre société d'inégalités ou de *classes sociales*, donnant lieu à des *conflits sociaux*, et pour les prévenir à des *politiques sociales*, que ce soit celles des entreprises (où l'on parle de *relations sociales* avec les *partenaires sociaux*) ou celles de l'État (le ministère des *Affaires sociales*, les métiers du *travail social*, etc.). Dans cette perspective, « le social en thérapie » pourrait évoquer deux registres. En premier lieu, la prise en compte des enjeux « sociaux » dans la pratique de la thérapie, par exemple les conditions inégales d'accès à ce service en fonction de l'appartenance sociale, ou la qualité de prise en compte des souffrances psychiques liées aux conditions de travail. En second lieu, des démarches thérapeutiques qui s'attaquent « aux problèmes sociaux » comme la « thérapie sociale » de Charles Rojzman ou les interventions en « psychodynamique du travail » ou en « clinique de l'activité ».

D'autre part, le terme « social » est souvent perçu comme le contraire de « individuel » et en particulier comme s'opposant à la singularité de l'individu, son « intériorité », sa subjectivité ou encore sa « psyché ». Le social serait le monde de la réalité extérieure, de

la relation avec les autres (la sociabilité) ou avec les groupes. « Le social en thérapie » renverrait alors aux approches thérapeutiques qui déplacent le focus de l'individu isolé et de son intériorité vers les relations entre les individus (comme l'Analyse transactionnelle), voire considèrent que l'essentiel du « psychique » se joue à la « frontière-contact » entre l'individu et son environnement (Gestalt-thérapie), ou encore aux pratiques qui remettent en cause le cadre concret de l'entretien thérapeutique duel pour favoriser le travail en groupe, l'entretien systémique ou la thérapie institutionnelle.

Le « social », tel que nous l'entendrons ici, est l'objet des sciences qui portent ce nom. Il n'est en aucune manière réductible aux différentes significations évoquées précédemment. Certes, il intègre le fait des inégalités sociales et tout ce qui en découle, et il peut s'intéresser aux relations interpersonnelles et aux groupes. Mais il a aussi beaucoup à voir avec les individus, leur psychisme, leur intériorité, leur imaginaire, leurs émotions, leur corps et leur spiritualité, avec des enjeux liés aux inégalités, mais également à une infinité d'autres questions liées aux multiples facettes de la société et de son histoire.

Il s'agit en fait de prendre en compte les spécificités de la vie humaine, qui découlent essentiellement de trois grandes innovations évolutives dans les rapports entre l'être de l'homme et l'être de la société : le *langage humain* qui, à la différence des autres modes de communication animaux, a la capacité non seulement de transmettre des informations, mais aussi de construire des réalités symboliques qui ensuite persisteront avec une relative autonomie ; l'*intersubjectivité*, le fait que le sens que va prendre pour chacun un fait donné dépend du sens que lui donnent les autres ; la *règle*, le fait que les créations symboliques exercent sur les individus humains une pression normative qui n'est pas de même nature que celle des lois physiques ou biologiques³.

Un être humain n'est pas seulement un être *physique* relevant de la science du même nom (qui nous expliquera par exemple que s'il tombe d'une grande hauteur, il subira d'importantes modifications mécaniques à l'arrivée), ni seulement un être *biologique*, relevant d'une autre science (qui nous expliquera que ces déformations entraîneront une interruption des fonctions vitales, ce qui lui interdira de se

3. On remarquera que ces trois caractéristiques de la vie humaine sont au cœur de l'anthropologie psychanalytique, au moins dans une partie de ses versions.

reproduire), mais aussi un être *social* ou *symbolique*, dont la mort sera pleurée (ou pas) par ses proches et donnera lieu à un ensemble de rites et d'activités mémorielles, entraînera des conséquences juridiques et économiques mais également, pour certaines personnes, émotionnelles (deuil plus ou moins long et difficile), imaginaires (activité onirique, mise en récit de la biographie du défunt...), éthiques ou spirituelles (changement d'attitude vis-à-vis de sa propre vie), etc.

Les oppositions si usuelles entre individuel et social ou entre psychique et social, centrales dans les deux types de travaux que nous avons évoqués et qu'on pourrait s'attendre à retrouver ici, ne sont pas pertinentes et constituent sans doute le principal obstacle épistémologique à notre entreprise. *Social* ne désigne pas *un* des aspects de notre vie mais *la* caractéristique distinctive de la vie humaine. Le contraire de *individuel* n'est pas *social* mais *collectif*, et ce n'est pas une différence d'objet mais d'échelle. On peut mener une recherche biologique à l'échelle de l'individu (voire des sous-ensembles de cet individu) ou bien à l'échelle des interactions, des groupes ou des populations. Et de la même manière, on peut mener une recherche sociologique à l'échelle des sociétés ou des groupes, mais également à celle des individus, non plus considérés comme unités biologiques mais dans leurs aspects symboliques, intersubjectifs et normatifs. Quant au *psychique*, si l'on désigne par là l'activité de l'esprit (au sens de l'anglais *mind* et non *spirit*), il peut lui aussi être abordé sous l'angle biologique (comme l'illustre l'essor contemporain des neurosciences, qu'elles soient cognitives ou émotionnelles) ou sous l'angle social⁴.

Dès les années 1970, Pierre Bourdieu (1979) a développé des concepts décisifs permettant de se saisir de ces questions, comme ceux d'*habitus* (ensemble de dispositions acquises à l'origine des comportements sociaux apparemment « naturels ») ou de *social incorporé* (à distinguer du social *objectivé* dans les objets ou les réalités juridiques). Depuis la fin des années 1980, Vincent de Gaulejac (1987) et ceux qui l'ont rejoint dans la construction d'une nouvelle *sociologie clinique* ont approfondi la question, notamment à partir du concept de *nœud socio-psychique*. Parallèlement, on a vu au fil des dernières décennies

4. La question de savoir s'il est nécessaire d'envisager un troisième angle d'approche, ni biologique ni social, qui renverrait à une troisième discipline, reste ouverte. Mais il me semble que la charge de la preuve revient à ceux qui le soutiennent.

s'élaborer un programme de *sociologie des individus*⁵ (voir par exemple Elias, Singly, Kauffman, Lahire ou Martucelli).

Il résulte ainsi de tout ce qui précède que la question des relations entre psychothérapie et sociologie, thème de cet ouvrage, ne saurait être envisagée comme un partage de territoires disciplinaires, entre spécialistes du psychisme et spécialistes du social dialoguant éventuellement entre eux. Les uns et les autres parlent du même objet, l'aspect psychique de l'existence sociale de l'homme. La différence est plutôt de l'ordre du *projet* : les sciences sociales cherchent à décrire et comprendre la vie humaine, et éventuellement à l'influencer par la diffusion d'un discours critique, alors que les thérapeutes répondent à une demande qui leur est adressée par des individus pour qu'ils les aident à mieux vivre. L'enjeu du présent ouvrage est de savoir comment les premières, en particulier la sociologie, peuvent apporter une réponse, directement ou indirectement, à ces demandes.

QU'EST-CE QUE LA PSYCHOTHÉRAPIE ?

La tentative de clarifier le sens du concept de *social* pourrait sans doute faire l'objet d'un relatif consensus dans la communauté concernée. En revanche, il n'y a aucune chance qu'un tel consensus puisse être trouvé en ce qui concerne le sens du mot *psychothérapie*. Il n'y a pas à proprement parler de concept de psychothérapie, qui prendrait un sens bien délimité en raison de son intégration dans une théorie d'ensemble considérée comme valide par la plus grande partie de ceux qui y travaillent.

Psychothérapie est une notion du langage courant, dont le sens est défini par les usages qu'en font les locuteurs. Mais ils se trouve que ces usages sont très souvent polémiques, c'est-à-dire qu'ils ne visent pas seulement à faire référence au réel mais aussi (ou surtout) à agir sur celui-ci dans le sens souhaité et en s'opposant à d'autres sens possibles. C'est ce que Bourdieu a conceptualisé sous la désignation de *luttres de classement* (par exemple la question de savoir ce qui est ou pas

5. Cette expression est en fait à double sens : d'une part, il s'agit bien d'une sociologie à l'échelle de l'individu et de ses éprouvés subjectifs, mais, d'autre part, il s'agit aussi de rendre compte de la forme particulière d'existence humaine qui est apparue avec les sociétés modernes, qu'on a pu qualifier de « société des individus ».

« de l'art », ou qui est ou pas « cadre », ou si « la jeunesse n'est qu'un mot », etc.). Nous avons déjà mentionné deux de ces polémiques : la question de savoir si la psychanalyse doit ou non être considérée comme une psychothérapie et la manière de comprendre le pluriel qu'on utilise très souvent dans ce contexte. Parler *des* psychothérapies, est-ce une manière de regrouper dans une unité des pratiques qui peuvent sembler disparates ou au contraire une manière de discuter cette unité ?

Très fortes aussi sont les divergences portant, d'une part, sur les limites extérieures du champ, sur ce qui doit être considéré comme une « vraie » psychothérapie ou au contraire du « pseudo » (manipulation comportementale, charlatanisme, bricolages inconséquents, mysticismes déplacés, dérives sectaires...) ; et d'autre part sur les limites internes : quelle est la bonne manière de subdiviser l'ensemble en sous-ensembles ou quelles sont les lignes de partage qui doivent être considérées comme les plus importantes (la psychanalyse s'opposant à toutes les autres, ou encore toutes les autres s'opposant aux thérapies cognitivo-comportementales).

Ces débats peuvent se jouer dans des publications plus ou moins savantes ou plus ou moins polémiques. Ils peuvent parfois être saisis par la politique, comme la codification légale de l'usage du titre de psychothérapeute, et font l'objet de véritables luttes sociales entre les groupes concernés (psychiatres, psychologues cliniciens, psychanalystes et psychothérapeutes) avec des enjeux qui entremêlent de manière souvent inextricable confrontations de valeurs éthiques et objectifs corporatistes (le partage d'un marché en pleine expansion, l'accès à la légitimité sociale ou au prestige). La virulence des conflits internes entre écoles de psychanalyse, entre courants gestaltistes, entre méthodes de TCC, témoigne également de la dispersion et de l'éclatement du champ de la psychothérapie. Pour ne rien arranger, le paysage évolue en permanence au point qu'on peut tout à coup s'y sentir désorienté : qui aurait pu imaginer, par exemple, que la méditation, pratique longtemps suspecte car semblant relever d'une spiritualité plus ou moins religieuse, deviendrait aujourd'hui une des composantes centrales et fortement légitimées de démarches thérapeutiques relevant des très sérieuses TCC dites de troisième génération ?

Autant dire que nous ne nous hasarderons pas à prendre position dans tous ces débats : notre approche sera résolument multiréférentielle et intégrative. Au risque, bien sûr, d'avoir parfois le sentiment

d'avancer sur un sol un peu trop instable pour s'y sentir tranquillement en sécurité pour penser. Mais c'est la caractéristique de notre objet d'exister dans un contexte instable, mouvant et embrouillé. Il vaut mieux le prendre comme tel plutôt que de tenter d'imposer des clarifications artificielles. Il y a cependant (et malheureusement pourrait-on dire) une question à laquelle nous ne pouvons pas échapper tant elle est susceptible de modifier radicalement la problématique de l'ensemble de cet ouvrage. Cet univers complexe et instable tourne autour d'un axe qui est, lui, nettement plus simple et stable : le modèle médical ou sanitaire de la psychothérapie.

Il est possible en effet de considérer la psychothérapie comme une spécialité médicale : il existerait des sortes de maladies (qu'on préfère aujourd'hui nommer *troubles*), dûment répertoriées, comme le sont les autres sortes de maladies, dans des classifications *psychopathologiques*, identifiables à des *symptômes* qui permettent de les *diagnostiquer*, après quoi peut-être mis en place un *traitement*. Le *patient* se rend au *cabinet* du *thérapeute* et entame une *cure* qui va le conduire à la guérison ou, plus modestement, à la *levée* ou à l'*allègement des symptômes*. Dire qu'un tel discours est possible, c'est dire encore trop peu : c'est le point de référence auquel tout le monde se rapporte, les usagers, les praticiens, les politiques, les chercheurs en évaluation, etc. Que ces opérations puissent ou non être pratiquées par des non-médecins est un débat différent. Les thérapeutes ne sont pas médecins mais peuvent être tentés de jouer au docteur ! L'idée que les « troubles psychiques » relèvent du champ médical n'est qu'une représentation sociale, certes fortement prégnante, mais dont on peut retracer l'histoire sociale (Goldstein, 1997) pour en souligner l'arbitraire : d'autres représentations auraient été possibles, ni plus ni moins « vraies » mais porteuses d'effets sociaux différents.

Parmi celles-ci figure en bonne place le modèle *existentiel*. Les êtres humains sont confrontés aux difficultés caractéristiques de l'existence humaine, qui sont d'un certain point de vue universelles (apprendre à aimer, se préparer à mourir, assumer la solitude et la liberté, etc.), d'un autre point de vue caractéristiques de conditions sociales spécifiques (une culture, une époque, un milieu social...) et d'un autre point de vue encore absolument singulières. Pour affronter ces difficultés, a minima pour s'en tirer pas trop mal, au mieux pour devenir autant que possible la personne qu'il a à être, l'individu peut faire avec ses ressources propres, son entourage proche, ses groupes d'appartenance,

les ressources culturelles de son environnement. Mais il peut aussi juger qu'il pourrait lui être utile, voire nécessaire, de s'inscrire dans un cadre explicitement destiné à le soutenir dans ce « travail d'exister » (Pagès, 1996). Aujourd'hui, le cadre le plus souvent mobilisé est celui de la psychothérapie. De ce point de vue, elle se rapproche davantage des pratiques philosophiques anciennes telles que les ont reconstituées Pierre Hadot ou Michel Foucault que de la psychiatrie moderne. Même des actes apparemment purement médicaux (comme la prise de médicaments... ou le congé maladie) sont aujourd'hui souvent utilisés très consciemment par les usagers moins comme moyen de guérison que comme soutien ponctuel pour faire face à une difficulté d'existence.

Encore une fois, il est inutile de chercher à savoir lequel de ces modèles est plus « vrai » que l'autre. Ce sont des paradigmes (Kuhn, 1962) différents, incommensurables, qui ne peuvent être évalués qu'en termes de conséquences pragmatiques globales. Quand nous validons, en en faisant usage, le modèle médical, nous contribuons à le renforcer. Quand nous choisissons de laisser un espace à la vision existentielle, voire de la placer au centre, nous défendons une autre vision de l'homme en société, une façon différente d'être au monde.

Une des choses que nous faisons aussi, dans cette seconde hypothèse, est de rendre possible l'ensemble des réflexions qui sont rassemblées dans les pages qui suivent.

La sociologie clinique, comme la psychologie clinique, présente un double visage. D'une part, c'est une discipline de recherche, dont la particularité distinctive est de collecter les données pertinentes dont elle tirera ses hypothèses d'une rencontre dans une grande proximité relationnelle avec les personnes (signification originelle de *clinique* : au chevet du malade) et avec un engagement personnel du chercheur dans cette relation. D'autre part, elle est une pratique qui vise à produire des effets de transformation des personnes qui peuvent se rapprocher de situations de formation mais également parfois de situations thérapeutiques. Les « Groupes (ou séminaires) d'implication et de recherche » (GIR), développés en sociologie clinique, ont permis de collecter de nombreuses données ayant débouché sur un ensemble de publications scientifiques et, en même temps, d'apporter aux participants des expériences d'exploration de leur propre histoire

et des histoires des autres. Certains n'ont pas manqué de rapprocher ces expériences, par leur éprouvé et par leurs effets, de celles que peut apporter un groupe de thérapie.

C'est à l'examen de cette portée thérapeutique des pratiques spécifiques à la sociologie clinique que sont consacrés les premiers chapitres. Dans le premier, Annick Ohayon dresse le décor général de son point de vue d'historienne de la psychologie et de la psychanalyse en y incluant les interactions avec l'univers des sciences sociales. Vincent de Gaulejac, un des acteurs centraux de l'aventure, en présente les enjeux épistémologiques, méthodologiques, politiques et éthiques, et apporte une première réflexion sur la question des rapprochements possibles entre la démarche « roman familial et trajectoire sociale » développée au sein de groupes d'implication et de recherche et les démarches des psychothérapies. Dans le chapitre suivant, Christophe Niewiadomski, qui a animé de nombreux GIR et développé, à partir de cette expérience et de quelques autres, la notion de *clinique narrative*, approfondit la réflexion théorique et propose quelques hypothèses compréhensives. Les chapitres suivants nous amènent au cœur de la pratique des GIR. Pour en donner un aperçu au plus près du vécu sensible, Catherine Besse montre comment cette expérience est venue s'insérer dans son parcours thérapeutique comme une étape indispensable pour dénouer d'importantes impasses, tant personnelles que professionnelles. Elvia Taracena, qui a longtemps animé, en France et au Mexique, des groupes sur le thème « Émotions et histoires de vie » – certainement ceux qu'on est le plus tenté de rapprocher d'un groupe de thérapie –, s'interroge sur ce qui rapproche et ce qui distingue les deux pratiques. Enfin, Isabelle Seret relate les enseignements d'une enquête menée auprès de participantes à ces séminaires ayant partagé un événement traumatique. Quelques mois ou années plus tard, elle s'interroge avec elles sur cette expérience et ses suites.

La suite de l'ouvrage aborde le champ de la psychothérapie proprement dite : six thérapeutes présentent leur expérience et leurs réflexions sur la manière dont ils ont enrichi leur cadre de référence professionnel pour y intégrer les apports des sciences sociales, et plus particulièrement la sociologie clinique. Luce Janin-Devillars, psychanalyste, montre, à partir d'un exemple clinique, comment elle a pu accompagner un analysant confronté à d'intenses vécus de honte liés entre autres à son expérience des inégalités sociales. Yves Mairesse, Gestalt-thérapeute, après une présentation de ses propres explorations

personnelles et une introduction générale à la Gestalt-thérapie, décrit les enjeux du regard sociologique à propos d'un exemple clinique détaillé. Jean-Michel Fourcade, qui se rattache pour sa part à la psychanalyse intégrative, montre comment le regard de la sociologie clinique lui a permis d'affiner sa compréhension des personnalités limites, dont tous les thérapeutes notent la présence de plus en plus importante dans le public qu'ils reçoivent. Les chapitres suivants sont consacrés à deux approches dont les liens avec un regard sociologique sont à la fois plus évidents et plus complexes. D'une part, l'ethnopsychiatrie, qui s'attache à prendre en compte, dans toute démarche thérapeutique, le contexte culturel de la personne, en particulier lorsque celui-ci est non occidental : Ting Chen, qui intervient auprès de prostituées chinoises à Paris, examine les convergences et divergences entre les deux démarches. D'autre part, la psychothérapie familiale systémique, qui d'emblée décentre son regard de la seule situation de l'individu en difficulté pour le replacer dans le contexte des systèmes auxquels il appartient : Françoise Julier-Costes décrit comment elle a intégré dans sa pratique de psychothérapeute les apports de la sociologie clinique. Le chapitre final tente une synthèse plus systématique des raisons pour lesquelles il serait bon que les psychothérapeutes enrichissent leur pratique des apports des sciences sociales, et plus spécifiquement de la sociologie clinique.

La conclusion propose, dans la lignée de Max Pagès, de construire une clinique de la complexité. Enfin, dans la postface, Boris Cyrulnik montre qu'on ne peut concevoir un récit de soi coupé du contexte social.

Annick Ohayon

*Les psychothérapies
au risque du social,
une histoire comparée :
France – États-Unis*

« Bourrée de complexes
Elle a bien changé
Faut la faire psychanalyser
Chez un docteur pour la débarrasser
De ses complexes à tout casser
Sinon elle deviendra cinglée. »

Boris Vian, chanson, 1954.

Au début du ^{xxi}e siècle il est devenu évident, en France en tout cas, que la psychothérapie est à la fois un enjeu de société et un analyseur du monde social. L'amendement proposé en 2003 par le député Bernard Accoyer, visant à encadrer et réglementer la formation et l'exercice des psychothérapeutes, provoqua en effet un débat virulent et un tapage médiatique inattendu. La polémique redoubla lors de la publication, quelques mois plus tard, d'un rapport de l'INSERM sur l'évaluation comparée des diverses pratiques psychothérapiques. Cette intervention de l'État dans un domaine jouissant jusque-là d'une

relative autonomie fut jugée insupportable par ceux qui se sentirent visés au premier chef, les psychanalystes, et ces deux textes, aux implications sociopolitiques importantes, cristallisèrent les oppositions entre pro et antifreudiens, déclenchant la « guerre des psys ».

Doit-on voir là une spécificité française, due à la position encore hégémonique de la psychanalyse dans ce pays ? Qu'un rapport sur l'évaluation des psychothérapies devienne une affaire d'État et qu'un ministre de la Santé s'engage à le biffer d'un trait de plume devant un parterre de psychanalystes enthousiastes semble bien une curiosité hexagonale. Cependant, je voudrais ici montrer que ces événements n'ont fait que cristalliser des évolutions engagées depuis la fin du XIX^e siècle, lorsque les psychothérapies tentent de se constituer en domaine autonome, aux confins des mondes de la médecine, de la religion et de l'ésotérisme, en Europe et aux États-Unis. Et que l'histoire des psychothérapies est inextricablement mêlée à l'histoire culturelle et sociale du XX^e siècle. Comment alors va se poser et se pose encore aujourd'hui ce qu'on pourrait nommer « la question sociale des psychothérapies » ? Et quand « la question psychique » a-t-elle commencé à se substituer à la question sociale ?

LES COMMENCEMENTS

Les historiens s'accordent généralement pour attribuer la paternité du terme « psycho-thérapeutique » au médecin anglais Daniel Hack Tuke, en 1872, terme qui fut ensuite vulgarisé et transformé en « psychothérapie » par Hippolyte Bernheim et les tenants de l'École de Nancy (Carroy, 2000). Néanmoins, bien avant, un certain nombre de pratiques relevaient de ce domaine : les aliénistes pratiquaient le traitement moral depuis un demi-siècle, les cures magnétiques existaient depuis la Révolution française, et les prêtres confessaient et exorcisaient depuis des lustres. Mais à ce moment précis, quelque chose est dans l'air, qui cherche à se dire et à se nommer dans l'univers de la médecine et de la psychologie.

Hack Tuke, à la suite de Mesmer et de Braid, est convaincu de l'influence de l'esprit sur le corps, dont l'hypnotisme a constitué un exemple paradigmatique. Son ouvrage : *Le corps et l'esprit. Action du moral et de l'imagination sur le physique* (Hack Tuke, 1872), vise à montrer aux médecins la force et les applications thérapeutiques de

la sociologie clinique qui associe la clinique du sujet avec la psychanalyse et la clinique du groupe avec la sociologie.

Françoise JULIER-COSTES, assistante sociale en psychiatrie adulte, puis psychologue-psychothérapeute, a développé une pratique de thérapeute de famille systémique, à Genève, depuis 1980. Elle a également exercé en qualité de formatrice et de superviseuse. Elle est, depuis peu, en retraite professionnelle.

Yves MAIRESSE est psychologue clinicien et psychothérapeute. Il a travaillé dans le champ du travail social durant vingt ans comme psychologue, formateur et consultant. Il a été chargé de cours en relations humaines dans le cadre du CUEEP, centre de formation permanente de l'université de Lille 1. Il anime des groupes de Gestalt-thérapie depuis trente ans et a cofondé l'Institut de Gestalt du Nord, CHAMP-G, sous forme de SCOP (<http://www.champg.com/>).

Membre titulaire de la Société française de Gestalt dont il a été président plusieurs années, il est superviseur didacticien en Gestalt-thérapie et en PGRO (Psychothérapie gestaltiste des relations d'objet).

Christophe NIEWIADOMSKI, formé à la psychanalyse et à la psychothérapie institutionnelle, professionnel de santé en alcoologie clinique pendant près de vingt ans, est aujourd'hui professeur en sciences de l'éducation à l'université SHS Lille 3.

Rattaché au laboratoire CIREL (Centre interuniversitaire de recherche en éducation de Lille), il est par ailleurs membre fondateur du RISC (Réseau international de sociologie clinique) et du CIRBE (Collège international de recherche biographique en éducation).

Ses travaux visent à poser les bases d'une clinique narrative et éducative en sciences humaines et sociales en interrogeant la spécificité de la recherche biographique dans les domaines de la formation des adultes, du milieu socio-éducatif et de la santé.

Annick OHAYON, psychologue de formation, est historienne de la psychologie et de la psychanalyse. Maître de conférences honoraire à l'université de Paris VIII, elle est membre correspondant du centre Alexandre-Koyré, Centre d'histoire des sciences et des techniques (CNRS-EHESS-MNHN), où elle anime un séminaire sur « Psychologie, psychanalyse et psychiatrie, histoires croisées » avec Jacqueline Carroy, Jean Christophe Coffin et Régine Plas.

Elle a publié, entre autres : *Psychologie et psychanalyse en France. L'impossible rencontre, 1919-1969* (Paris, La Découverte, 1999, rééd. La Découverte, coll. « Poches » 2006).

Isabelle SERET, journaliste, expatriée de 2001 à 2006, entreprend des collectes de mémoire au Proche-Orient, en Arménie et au Burundi autour de la perte d'identité. Formée à l'accompagnement et à l'animation de groupe en sociologie clinique, elle accompagne des travailleurs sociaux à la pratique du recueil de récits de vie et à leur restitution dans l'espace public. Les bénéficiaires de ces services sont généralement des personnes dont le parcours regorge de souffrances traumatiques, ce qui l'a incitée à poursuivre au sein de l'Université libre de Bruxelles une formation en victimologie appliquée.

Elvia TARACENA (†), titulaire d'un DESS en psychologie de l'enfant et de l'adolescent de l'université d'Aix-en-Provence et d'un doctorat en sciences de l'éducation à l'université de Paris VIII, était professeure-chercheure titulaire à la FES (Facultad de Estudios Superiores) Iztacala, Université nationale autonome du Mexique (UNAM) et directrice du programme « Subjetividad y Sociedad » à la FES-Iztacala-UNAM. Elle exerçait également comme psychothérapeute à orientation psychanalytique et animait des groupes d'implication et recherche depuis 1990.