

P S Y C H O S U P

La pratique de l'entretien clinique

Gérard Poussin

5^e édition
revue et actualisée

DUNOD

Maquette de couverture :
Atelier Didier Thimonier

Mise en page : Belle Page

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2012, 2017

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-076346-7

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

PRÉFACE À LA CINQUIÈME ÉDITION	VII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES	5
1 Spécificité de l'entretien	7
1.1 En psychologie clinique	7
1.2 Les référentiels théoriques	8
1.3 Par rapport à la psychothérapie	15
2 Déroulement	16
2.1 La prise de rendez-vous	16
2.2 Le cadre	17
2.3 Définition des objectifs	20
2.4 La durée	21
2.5 Déontologie	22
3 Les modes d'intervention	25
3.1 Le « faire »	25
3.2 Le « dire »	28
4 Les mécanismes en jeu	32
4.1 Les interactions	33
4.1.1 <i>Principes généraux</i>	33
4.1.2 <i>Les marqueurs de l'énonciation</i>	36
4.1.3 <i>Autres manifestations discursives</i>	40
4.1.4 <i>Les voies de communication interactive non discursives</i>	41
4.2 Les mouvements internes	43
4.2.1 <i>L'empathie</i>	43
4.2.2 <i>L'identification</i>	44
4.2.3 <i>Transfert/contre-transfert</i>	47
4.2.4 <i>Transfert et identification</i>	50
4.2.5 <i>Déni-dénégation/Clivage et projection</i>	52
4.2.6 <i>La fonction contenante</i>	55

CHAPITRE 2	PRINCIPALES DIFFICULTÉS	59
1	Du côté du patient	61
1.1	Sincérité de la demande	61
1.2	La demande en urgence	63
1.3	L'expression non verbale	65
1.4	L'agressivité	66
1.5	Les résistances	68
2	Du côté du psychologue	69
2.1	Le voyeurisme	69
2.2	Le Sphinx et le bavard	71
2.3	Les préjugés	72
2.4	Le détournement d'objectif de l'entretien	73
2.5	L'abolition des distances	75
2.6	L'activisme thérapeutique	76
2.7	La croyance en la vertu magique de la « connaissance de soi »	77
3	La restitution	78
3.1	À l'équipe	78
3.2	À la famille	80
4	À propos de certaines pathologies mentales	82
4.1	La dépression	83
4.2	La psychosomatisation	84
4.3	La psychose	86
4.4	Le délire	88
4.5	La paranoïa	89
4.6	L'état de stress post-traumatique	90
5	Les embarras institutionnels	91
5.1	Entretien sur prescription	92
5.2	Bruits de fond et parasites	93
5.3	L'appel au professionnalisme	94
5.4	Les entorses au cadre	95

CHAPITRE 3	LES CAS PARTICULIERS	99
1	Les patients aux âges extrêmes	101
1.1	L'enfant	101
1.2	Le vieillard	108
2	Les entretiens familiaux	112
2.1	Référentiels	112
2.2	De l'entretien à la médiation	117
CHAPITRE 4	AU-DELÀ DE L'ENTRETIEN	123
1	Analyse de la pratique et supervision	125
1.1	Supervision et pratique inquisitoriale	125
1.2	Supervision et formation	127
2	Grilles d'analyse	128
2.1	Dans le cadre de l'évaluation d'une pathologie	128
2.2	Dans le cadre d'une demande d'expertise	131
3	Les méthodes de recherche	132
3.1	Les analyses dites « de contenu »	133
3.2	L'analyse lexicométrique	139
3.3	L'analyse syntaxique	142
3.4	L'analyse propositionnelle du discours	144
3.5	Les analyses sémiotiques	146
	CONCLUSION	153
	BIBLIOGRAPHIE	157
	INDEX DES NOTIONS	163
	INDEX DES AUTEURS	165

Préface à la cinquième édition

Lors de la précédente édition, ma préface avait pris en compte les ouvrages parus à cette époque mettant sérieusement en cause la validité de la psychanalyse et provoquant une intense levée de boucliers. Comme j'utilise relativement souvent les concepts psychanalytiques comme support théorique de mes analyses sur l'entretien clinique, j'avais saisi cette occasion pour préciser ma position sur la pertinence de ces emprunts à la pratique psychanalytique. Aujourd'hui où le débat semble s'être calmé, la question de l'utilisation de ces concepts dans le cadre de l'entretien clinique reste pourtant d'actualité. C'est pourquoi je réitère pour cette nouvelle édition mes propos sur ce point.

Freud a construit sa théorie il y a plus d'un siècle. Il ne serait donc pas surprenant qu'une partie de ses travaux mérite une revue critique. Les psychanalystes qui l'ont suivi n'ont pas cessé de travailler à un enrichissement de cette théorie, mais ils s'en sont tenus pour la plupart à une stricte orthodoxie. Certains, et parmi les plus célèbres tel Jacques Lacan, ont même prôné un « retour à Freud », ce qui dans un autre contexte aurait pu être qualifié de « réactionnaire » (*cf.* le « back to the basis » de John Major). Mais contre toute attente cela a été vu par l'intelligentsia française comme une extraordinaire audace. Donc cette mise à niveau des travaux de Freud n'ayant pas été vraiment élaborée par les psychanalystes eux-mêmes¹, la critique du freudisme est venue du camp d'en face et s'est transformée en un véritable jeu de massacre de la part de ceux qui n'appartenaient pas à la confrérie. Il est facile de répondre que la psychanalyse a toujours été en but aux critiques les plus acerbes, et ce depuis qu'elle est née. Et d'ajouter que ces critiques ne sont pas de nature scientifique mais idéologique : elles seraient dues en fait à l'originalité de la psychanalyse et à son caractère courageusement « subversif », puisqu'elle bouscule les lieux communs et les idées reçues. Notamment en matière de sexualité infantile.

En réalité Freud aurait plutôt reculé sur ce dernier point puisqu'il semble avoir abandonné sa « théorie de la séduction » à la suite de la réprobation qu'elle avait suscitée dans les milieux scientifiques viennois².

1. Les psychanalystes critiques ont toujours été rapidement écartés de la communauté psychanalytique. Aucune mise en cause réellement radicale de concepts pourtant fort discutables, comme l'universalité du complexe d'Edipe, n'est jamais venue de l'intérieur.

2. *Cf.* sa conférence donnée en avril 1896 devant l'Association de Neurologie et de Psychiatrie de Vienne où Krafft-Ebing qualifia sa « théorie de la séduction » de « conte de fées scientifique », et qui reçut un accueil glacial.

Par ailleurs si certaines critiques sont effectivement anciennes et récurrentes, d'autres au contraire sont beaucoup plus neuves et s'appuient sur des travaux scientifiques modernes (par exemple les capacités du nouveau-né qui excluent l'idée d'un état d'indifférenciation entre sa mère et lui, postulée pourtant par la psychanalyse).

Une critique argumentée, qui respecte en même temps un certain nombre des qualités de la construction freudienne, reste donc à faire. Je n'aurai pas l'immodestie de l'entreprendre et je me contenterai de justifier ma position qui est de maintenir certaines références à la psychanalyse dans la pratique de l'entretien clinique, tout en m'autorisant à utiliser des références issues d'autres écoles de pensée (la psychologie expérimentale en particulier). S'il est vrai que de nombreux concepts freudiens ne se soutiennent pas d'une validation scientifique, il n'en reste pas moins que certaines idées de Freud et des psychanalystes ne sont pas démenties dans la pratique.

Je pense à la suite d'Eric Kandel, prix Nobel de médecine en 2000, que la psychanalyse « fournit toujours le modèle le plus cohérent et le plus intellectuellement satisfaisant de description du psychisme humain »¹ Le problème est d'ailleurs celui de cette *cohérence*. Certains concepts freudiens en effet se sont trouvés en ressemblance avec des découvertes scientifiques récentes. Mais il ne s'agit encore que de ressemblances : *une partie seulement* du concept pouvait fonctionner avec les données scientifiques. De ce fait la plupart des psychanalystes récuse toute tentative de vérification par des méthodes objectives des concepts fondamentaux de la psychanalyse. Ceux qui les acceptent s'arrangent en même temps pour rester dans le cadre freudien, sans en modifier fondamentalement les bases. Pourtant on ne peut considérer un concept comme vérifié s'il ne correspond qu'à une partie de la définition donnée. C'est le cas par exemple du mécanisme de refoulement. Un neurobiologiste américain a découvert que des patients héminégligents, paralysés du bras gauche à la suite d'une lésion de l'hémisphère droit, étaient capables de reconnaître leur paralysie quand on stimulait cet hémisphère, alors qu'ils la niaient en temps normal². Cette capacité indique bien que cette connaissance était présente dans leur cerveau, mais comme « refoulée » et donc inconsciente. Le problème est qu'il ne s'agit pas de souvenirs de désirs sexuels infantiles interdits, qui eux n'ont jamais été retrouvés par aucune stimulation de cette nature. Le concept de refoulement repose

1. E.R. Kandel, *Am. J. Psychiatry*, 156, 505, 1999.

2. Ramachandran V.S. (1994). « Phantom limbs, neglect syndromes and freudian psychology », *Int. Rev. Neurobio*, 37, 291-333.

donc bien sur une réalité vérifiable scientifiquement, mais le contenu même de ce refoulement est sans doute bien différent de ce qu'il en est dans la conception freudienne.

D'autres mécanismes décrits par Freud ou par ses successeurs correspondent à des données d'observation et je continue donc à les utiliser dans la compréhension des phénomènes qui s'expriment à l'intérieur des entretiens cliniques. Je ne me prive pas en revanche d'utiliser toutes les autres références comme je l'ai dit plus haut, ou de laisser de côté certains dogmes freudiens.

Il n'existe pas actuellement de théorie complète et cohérente qui puisse rendre compte des manifestations que nous observons dans notre activité clinique. Seule la psychanalyse pouvait s'en prévaloir, grâce à l'intelligence de Freud, mais nous avons vu que c'était au prix d'un renoncement aux méthodes habituelles de l'administration de la preuve. Faute de cette théorie unificatrice, nous en sommes donc réduits à utiliser les éléments épars qui nous permettent de rendre compte de tel ou tel phénomène, restreint souvent à une situation ou une pathologie particulière. Les plus indulgents considéreront que ce butinage à travers les sciences est la preuve d'un esprit d'ouverture, et les plus critiques estimeront qu'il s'agit d'un éclectisme qui dénote un manque crucial de cohérence. J'assume donc cet éclectisme dans l'attente d'une construction théorique qui réponde à la fois aux exigences de l'intelligibilité de notre expérience quotidienne et à celles de la science.

Introduction

La dimension discursive de l'entretien

L'expérience montre la singularité de toute situation intersubjective, et par conséquent la vanité d'une typologie exhaustive de l'entretien. Il existe certes différents types d'entretiens psychologiques, et nous y reviendrons dans le premier chapitre, mais à l'intérieur de ces différents types la variation est quasiment infinie.

Cela implique le préalable d'une introspection rigoureuse et sincère par le psychologue, qui devra se perpétuer tout au long de sa carrière, car des réactions nouvelles, des répétitions incongrues ne cessent de surgir. Cette introspection demande la présence d'un tiers qui puisse déjouer les pièges du narcissisme. C'est précisément parce que le psychologue n'est jamais clos sur lui-même qu'il peut rester à l'écoute de l'autre ; en quoi réside tout en un sa fragilité et la condition *sine qua non* de son efficacité. Fragilité, parce qu'il accepte le risque de la relation à l'autre et ce qu'elle implique comme danger : danger d'être atteint par la problématique de l'autre qui est trop proche ou trop loin de soi ; danger d'être pénétré par les contenus de pensée agressifs ; danger d'être happé par une demande d'amour insatisfaite ; etc. Mais efficacité, car il n'existe pas de méthode de compréhension de l'autre qui ne passe par le filtre de sa propre subjectivité. C'est parce que le psychologue est un « être humain » qu'il peut comprendre et analyser ce que ressent son « semblable ». Même si la relation entre celui qui parle et celui qui écoute n'est pas symétrique du point de vue des rôles, il n'en reste pas moins qu'ils doivent demeurer des « semblables » pour que leur tâche puisse s'accomplir.

Rappelons qu'il s'agira ici de l'entretien clinique. S'adresser à l'autre en tant que sujet, et non comme objet d'étude, ou cible particulière (consommateur, électeur, etc.) d'un processus social déterminé, suppose que l'on s'interroge sur la nature même de l'acte que l'on propose, son fondement théorique, sa démarche, les mécanismes qui sont en jeu et en influencent le cours. Si la clinique se distingue par le fait qu'elle s'intéresse à l'être humain en tant que sujet dans son rapport à l'autre, il convient donc de rappeler que c'est par le langage, et plus précisément dans sa dimension discursive, que l'on se pose comme homme, comme être social particulier, comme Sujet.

Comme homme d'abord. On évoque souvent le « langage » des animaux (abeilles, baleines, dauphins). Mais il se trouve qu'il ne leur

manque pas « que la parole ». Si l'animal utilise des signaux et s'avère capable d'y répondre de manière adéquate, il en va de même pour l'homme : on peut le conditionner aussi bien qu'un chien. Ce qui distingue l'homme est que, parmi certains de ses langages, il en est un qui est de l'ordre du symbolique ; c'est alors que l'on peut parler d'une « langue »¹.

Quand un animal « comprend » son maître, cela veut dire qu'il a été dressé à reconnaître la parole de son maître comme signal, non qu'il l'interprète dans sa dimension symbolique : un animal n'utilise pas de « langue ». Dans le premier cas (la parole comme signal), on se réfère à la fonction sensori-motrice, dans le second (la parole comme symbole) à la fonction représentative. Cette fonction, que seul l'homme possède, permet la formation du concept, c'est-à-dire d'un symbole qui reste distinct de l'objet concret car il s'est totalement détaché de cet objet et n'a plus avec lui qu'une relation conventionnelle².

Pour le chien, la vue d'une nourriture est le signal naturel qu'il va pouvoir manger. On peut lui substituer par conditionnement un signal artificiel : le son d'une cloche ou celui de la voix de son maître disant « viens manger ». Mais il ne possède pas pour autant le concept de nourriture sur lequel il pourra penser, c'est-à-dire auquel il pourra appliquer des transformations logiques totalement indépendantes d'un objet concret particulier. Cela, seul un homme est capable de le faire : parler avec nos semblables est bien ce qui nous fonde comme différents des autres animaux.

Comme être social particulier. Le langage se réalisant toujours dans une langue particulière et propre à une société donnée, et à une culture donnée, l'une des premières tâches du petit d'homme est d'apprendre cette langue : il n'en dispose pas à la naissance. La langue s'impose à lui, en même temps qu'elle le libère des choses qu'il pourra s'approprier par son usage.

Non seulement il découvre que toutes les choses ont un nom, mais aussi, et peut-être surtout, qu'il a lui aussi un nom. C'est à travers ce nom qu'il se présente à son entourage, et c'est à travers ce nom qu'il devient un être social.

C'est aussi le langage qui nous sort de nous-même et nous permet d'avoir accès à l'expérience de l'autre : l'expression articulée de la langue

1. In É. Benveniste (1974). *Problèmes de linguistique générale*, Paris, Gallimard.

2. S. Mallarmé, « Je dis : une fleur ! et, [...] musicalement se lève, idée même et suave, l'absente de tous bouquets » (*Avant-dire au Traité du verbe*).

nous révèle sa vie intérieure, grâce à cette faculté représentative dont seul le langage humain dispose. Si nous communiquions, comme certains animaux, uniquement par des cris, même plus ou moins modulés, nous n'aurions jamais accès à l'unicité de l'expérience d'autrui, ce qui fait de l'homme non seulement un être social, mais un être social à part, c'est-à-dire capable de s'identifier à un autre (on verra à quel point cela est important pour l'entretien clinique).

Comme sujet. Certains mots qui existent dans une langue n'existent pas forcément dans d'autres, mais « parmi les signes d'une langue, de quelque type, époque ou région qu'elle soit, jamais ne manquent les "pronoms personnels". Une langue sans expression de la personne ne se conçoit pas¹ ».

L'entretien est le lieu même du discours où s'actualisent ces pronoms personnels.

Nous nous intéresserons particulièrement au « je » dont on connaît l'importance dans l'histoire psychanalytique (*cf.* la fonction du « je » dans le « stade du miroir » de J. Lacan) et dans la clinique même, puisqu'il se perd parfois lorsque la maladie mentale dissout l'identité (comme dans le stade terminal de la schizophrénie).

Si je prononce le mot « table », chacun comprendra ce concept sans avoir besoin d'évoquer une table particulière (de cuisine, de travail). Par contre, si je dis « je », cela n'évoque aucun concept. En fait, « je » ne se réfère « qu'à l'acte du discours individuel où il est prononcé, et il en désigne le locuteur² ». Et c'est par cet acte même qu'il se manifeste comme sujet. Une preuve nous en est donnée par Benveniste dans l'utilisation de certains verbes. Ainsi du verbe « jurer » : lorsqu'on dit « il jure », cela n'a pas du tout le même statut que le fait de prononcer : « je jure ». Car c'est là, en même temps, accomplir un acte : le fait de jurer, qui ne se réalise donc qu'à travers la parole (on parle à ce propos de verbe « performatif ». Nous y reviendrons dans le cours de cet ouvrage).

Le langage discursif est bien le lieu même de la subjectivité. La notion de « présent », qui n'est qu'une fiction, en est la manifestation la plus pure ; ce temps, qui renvoie au moment où « je » prends la parole, occupe une place toute particulière dans le discours intersubjectif.

À tous égards c'est donc bien le langage dans sa dimension d'échange, celle de l'entretien, qui nous permet de nous poser comme homme, comme être social, et comme sujet.

1. In É. Benveniste, *op. cit.*, chap. xxi, p. 261.

2. *Ibid.*

Dans le cadre particulier de l'entretien clinique, cet échange est demandé par une personne qui s'adresse au psychologue dans l'attente de l'évaluation d'une difficulté qu'il présuppose de nature psychologique. Face à cette attente, le psychologue dispose d'un certain nombre de moyens qu'il mettra en œuvre en fonction de la spécificité du problème de la personne. Il ne peut donc préjuger de ces moyens et doit pouvoir rester ouvert à toute éventualité. Il pourra notamment envisager de poursuivre avec cette personne une série d'entretiens, ou en rester là. Il pourra aussi adresser la personne à un autre professionnel, si la solution du problème implique une technicité particulière que le psychologue en question ne possède pas. De la même façon que le psychologue reste ouvert à ce que vient apporter son interlocuteur, ce dernier ne peut se targuer d'imposer une orientation particulière que le psychologue serait supposé accepter *de facto*. Par exemple si cette personne estime qu'elle doit entreprendre tel ou tel type de traitement psychothérapeutique, elle ne peut considérer une acceptation *a priori* de ce projet par le psychologue. Celui-ci peut donner un avis sur le sujet, qui peut être positif ou négatif. Il ne s'engagera évidemment dans le projet que dans le premier cas.

Il ne s'agit donc pas d'un échange « gratuit » comme celui de deux personnes qui devisent sur la pluie et le beau temps, mais d'un échange orienté vers un but, que l'entretien a pour premier objectif de définir. Il ne s'agit pas non plus d'un échange où chacun pourrait prendre la place de l'autre, mais d'une situation dans laquelle les places sont définies au préalable. À la dimension langagière, que nous avons définie préalablement, doivent donc s'ajouter tous ces paramètres qu'il conviendra de garder présents à l'esprit tout au long de cet ouvrage.

Chapitre

1

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

Sommaire

1. Spécificité de l'entretien.....	7
1.1 En psychologie clinique.....	7
1.2 Les référentiels théoriques	8
1.3 Par rapport à la psychothérapie.....	15
2. Déroulement	16
2.1 La prise de rendez-vous	16
2.2 Le cadre	17
2.3 Définition des objectifs	20
2.4 La durée.....	21
2.5 Déontologie.....	22
3. Les modes d'intervention.....	25
3.1 Le « faire »	25
3.2 Le « dire ».....	28
4. Les mécanismes en jeu	32
4.1 Les interactions	33
4.2 Les mouvements internes.....	43

1. Spécificité de l'entretien

1.1 En psychologie clinique

Il s'agit là d'une question de pouvoir, au sens où précisément la force du psychologue réside dans son absence de pouvoir. Il y a d'autres personnes qui, dans leur profession, sont appelées à mener des entretiens : éducateurs, assistants sociaux, juges, avocats, médecins, et même des entretiens « cliniques » (au sens psychologique du terme) quand il s'agit de psychiatres ou d'infirmiers psychiatriques par exemple. Ce qui les distingue du psychologue est qu'ils pourront, ou même devront, décider quelque chose concernant leur interlocuteur. Le patient qui parle au psychiatre sait qu'il pourra modifier son traitement, ou la date de sa sortie, ou de sa permission, à la suite de cet entretien ; le justiciable sait qu'il peut modifier l'attitude du juge à son égard ; le « cas social » sait qu'il peut obtenir quelque chose de l'assistante s'il parvient à l'apitoyer convenablement, etc. Le patient du psychologue sait en revanche qu'il est écouté sans avoir à craindre ou à espérer un bénéfice concret de cet entretien. C'est d'ailleurs un reproche souvent adressé au psychologue : celui de ne rien apporter de tangible. C'est précisément parce qu'il est sans pouvoir réel que le psychologue peut redonner le pouvoir au sujet : pouvoir de penser par lui-même, pouvoir de trouver des solutions qui correspondent à son problème et à ses capacités. Ce qui montre que le psychologue clinicien ne fait pas nécessairement le choix d'une exploration du passé, ou de tel ou tel « signifiant fondamental » (les rêves, les lapsus, etc.). Il peut aussi se centrer sur la solution plus que sur la signification ou sur « le sens » du symptôme si tel n'est pas le souci de la personne en face de lui. C'est aussi parfois dans l'engagement réciproque des deux interlocuteurs, dans les gestes que l'un décidera d'accomplir ou de ne pas accomplir, que se construira pas à pas le contrat thérapeutique. Mais le psychologue n'agira pas à la place de la personne, il ne modifiera pas les données de sa vie réelle par une action concrète.

Cette absence de pouvoir n'est pas toujours facile à accepter dans une société où le pouvoir constitue une valeur fondamentale. Elle heurte donc le narcissisme, ce qui explique le malaise de beaucoup de psychologues qui le vivent comme une dévalorisation de leur identité professionnelle.

Loin de s'affliger de cette absence de pouvoir, ils doivent le revendiquer au nom de la spécificité de leur fonction.

Celle-ci s'intègre dans ce que J. Azoulay et J. Chambrier¹ appellent « le cadre thérapeutique ». Elle implique donc une référence commune à certains modèles théoriques qui, sans être directement utilisés dans leur totalité, servent de point de repère aux équipes qui s'en réclament.

1.2 Les référentiels théoriques

La démarche du psychologue clinicien n'est pas identique à celle du cognitiviste. Ce dernier vise directement la connaissance, tout comme le physicien vise la matière. Le clinicien ne produit pas un savoir pour les seuls besoins de l'accumulation des connaissances, mais pour répondre à des demandes faites par des personnes précises à propos de difficultés qui les concernent directement. Il est plus proche de l'expertise que de la science, en ce qu'il utilise son expérience à définir un savoir-faire, et même un savoir-être. Son objet l'y contraint, car il n'en va pas du sujet comme de ce qui le compose, ou détermine son action. La clinique implique le deuil du sens, c'est-à-dire de ce qui sert à expliquer et à justifier l'existence d'un objet de pensée. « Ne cherchez pas à comprendre » dit parfois le patient sur un ton désabusé, et il faut le prendre au pied de la lettre.

La mise en forme de cette expérience peut aboutir à un modèle, qui n'est jamais qu'une fiction cherchant à rendre compte d'un certain mode d'organisation du réel. Il n'y a donc aucune commune mesure entre ce modèle et la modélisation mathématique qui ordonne, dans un langage dépourvu d'ambiguïtés, les faits primordiaux qui serviront une axiomatique.

Arrivés à ce point, nous découvrons un risque : passant du modèle à la théorie, partir de quelques faits compatibles avec cette théorie et y soumettre l'ensemble du réel. La théorie sera telle qu'un fait ne pourra que la confirmer, et jamais la démentir. On peut alors être tenté de « jeter le bébé avec l'eau du bain » et renoncer à toute forme de modélisation, position nihiliste qui est d'ailleurs prônée par certains.

Je ne partage pas ce dernier point de vue qui prétend s'en remettre à l'ineffable surprise de l'expression du vécu. Mais je crois aussi qu'il faut garder à l'esprit que nos théories n'ont pas la valeur d'une axiomatique. Elles nous servent à réduire le bruit de fond pour mieux entendre ce

1. J. Azoulay et J. Chambrier (1983). « Accueil institutionnel et traitement individuel dans le service hospitalier psychiatrique », *L'Information psychiatrique*, 59, 4, 551-560.

que dit le sujet, à donner du relief à sa parole. C'est donc à ce titre, et à ce titre seulement, que je présenterai ici quelques modèles théoriques.

Il existe de nombreuses théories dans le domaine et je ne pourrai toutes les citer. La plus connue en France est la théorie psychanalytique, suivie de la théorie rogérienne, des optiques dites « stratégiques » (généralement liées aux théories de la communication) et des méthodes cognitivo-comportementales (très prisées dans les pays anglo-saxons). Nous nous contenterons pour l'instant de ces quatre-là. La question du choix référentiel ne doit pas dépendre de l'idéologie du psychologue mais de l'analyse de la demande du patient (je précise que les termes « analyse de la demande » ne sont pas pris ici dans leur acception psychanalytique, mais dans leur acception littérale).

↳ *Les théories d'orientation psychanalytique*

Pour Freud, le problème du sujet est lié à une représentation dynamique de celui-ci. Le sujet est animé par des « pulsions » (« processus dynamique consistant dans une poussée qui fait tendre l'organisme vers un but). Selon Freud, une pulsion a sa source dans une excitation corporelle (tension). Son but est de supprimer l'état de tension qui règne à la source pulsionnelle. C'est dans l'objet, ou grâce à lui, que la pulsion peut atteindre son but » (Laplanche et Pontalis¹). Donc les pulsions tendent à s'exprimer coûte que coûte et désorganisent ainsi l'équilibre psychique. Le Moi tend au contraire à restreindre l'expression pulsionnelle pour répondre au principe de l'homéostasie (métaphore de la thermodynamique : maintien à un niveau constant des forces en présence à l'intérieur d'un système clos). La principale pulsion est la pulsion sexuelle. Or la sexualité humaine est fondée sur l'appréhension douloureuse de la castration qui découle de la constatation par l'enfant de l'énigmatique différence des sexes. Cette forme d'explication que l'enfant se donnerait (la castration comme réalité ou comme menace) suit ou précède l'œdipe suivant le sexe du sujet. Dans la perspective freudienne, l'homme est donc caractérisé par le manque que symbolise le drame œdipien. Le processus de la cure ne doit pas chercher à ce que le manque soit comblé, ce qui favoriserait l'illusion du nirvana antérieur à la castration, mais à ce qu'il soit reconnu et élaboré psychiquement. Ceci a des conséquences techniques importantes. Le sujet doit pouvoir aborder les complexes fondamentaux qui ont jalonné son histoire et pour cela retourner jusqu'aux origines de la névrose infantile. Ce retour

1. J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1967). *Vocabulaire de psychanalyse*, Paris, PUF.

est combattu par les défenses de l'inconscient qui seront au cœur du travail réalisé par le sujet avec l'assistance du psychanalyste.

La question de la pulsion conduit à celle du désir. Ce dernier n'est pas une simple pulsion étayée sur le besoin physiologique. Dans la conception psychanalytique, le désir est une transformation du besoin qui est propre à l'espèce humaine. Quand l'enfant assouvit par exemple son besoin de nourriture grâce au sein maternel, il va en même temps faire l'expérience de la relation d'amour à la mère. En l'absence de cette relation, il hallucinera le sein maternel et de cette hallucination naîtra le désir jamais assouvi puisqu'il ne se résume pas au besoin de nourriture, puisque le moment ineffable de la première rencontre avec l'objet ne se reproduira jamais à l'identique. C'est dans la cure elle-même que le patient est censé revivre cette frustration qui doit lui permettre de prendre conscience de son état de manque fondamental.

Dans l'entretien psychanalytique, l'objectif est de rendre au moi sa fonction d'organisation de l'appareil psychique. Les mécanismes de défense participent à ce travail, mais l'une des principales ruses de l'Inconscient est le « transfert ». Il y a transfert parce que l'Inconscient¹ tend à ramener le sujet vers le temps idéal d'avant la connaissance de la castration. C'est pour cela que Freud identifiait au départ le transfert comme la principale résistance jusqu'à ce qu'il comprenne que cette résistance pouvait se retourner en un instrument essentiel pour la technique psychanalytique. En effet, puisque le sujet est unique, seul le transfert, par son analyse, permet au psychanalyste de travailler. Car il n'existe pas pour la psychanalyse de savoir objectif et le seul « savoir » possible réside dans la connaissance de sa propre subjectivité. Il faudra donc le connaître, non seulement de façon théorique, mais par une expérience personnelle liée à sa propre analyse. C'est à cause d'elle qu'il y a également « contre-transfert ».

On remarquera que cette conception devrait entraîner une abolition de toute tentative d'examen objectif du sujet, y compris à partir de tests, et même de tests projectifs. D'ailleurs certains psychanalystes récusent cette méthode. C'est un paradoxe dans la mesure où une grande part de celle-ci a été élaborée par les psychanalystes eux-mêmes !

1. Substantivé par un « I » majuscule, l'Inconscient freudien se distingue d'autres acceptions de l'inconscient qui conservent alors leur forme adjectivale classique.

▾ *Les théories d'orientation rogérienne (appelée par Rogers lui-même « thérapie centrée sur le client »)*

La première remarque à faire sur l'orientation rogérienne, en comparaison de l'orientation psychanalytique, est que Rogers fonde ses principes sur ce qu'il appelle « des preuves expérimentales objectives ». C'est un point que l'on souligne rarement et auquel Rogers tenait pourtant beaucoup. C'est en effet à partir d'enquêtes auprès de patients sur les principes qui étaient les plus efficaces dans une thérapie (quelles que soient les bases théoriques de cette thérapie) que Rogers a classé trois grands principes :

- « la congruence », concept créé par Rogers pour désigner le sentiment d'authenticité du thérapeute perçue par le client. Le contraire étant le sentiment que le thérapeute « faisait semblant » ou jouait un rôle ;
- « la considération positive inconditionnelle ». Elle est le fait que le client doit ressentir qu'il n'est jamais jugé par le thérapeute, quoi qu'il dise. Cela tient aussi à la constatation qu'il existe chez tout individu une orientation positive, même chez les plus perturbés ou les plus antisociaux. Rogers se défend d'avoir une vue naïvement optimiste de la nature humaine. Il se dit très conscient de toutes les horreurs qu'un individu peut commettre pour se défendre (car l'individu pense ainsi se défendre). C'est pourquoi la découverte de ses tendances positives ne peut que le faire progresser et cette découverte ne peut survenir que si le thérapeute a la conviction que ces tendances positives existent ;
- « la compréhension empathique » du thérapeute, ou autrement dit sa capacité à deviner les sentiments éprouvés par le client.

Ayant vérifié que « ça marche », Rogers en vient à la question du « pourquoi ça marche ? ». Il constate qu'au début « le client est éloigné de son expérience immédiate ». Il ne le dit pas explicitement, mais il est clair que ce constat implique la cause des difficultés du client : il développe telle ou telle difficulté parce qu'il s'est coupé de lui-même. Il réagit à la situation présente en l'assimilant à une expérience passée. La communication interne entre le moi et l'expérience immédiate est bloquée.

L'attitude du thérapeute (définie par les 3 grands principes précédents) va donc permettre au client d'évoluer. Il passe alors à un stade

1. C. Rogers (1998). *Le développement de la personne*, trad. fr. de H. Mifflin, Paris, Dunod.

où « l'expression concernant les personnes autres que lui-même devient moins superficielle », mais il n'en est pas encore à parler de lui-même. Ce n'est qu'au stade suivant que « le discours ayant le moi pour objet devient plus facile ». Puis il va « décrire des sentiments plus intenses dans la catégorie des affects non actuellement présents ». C'est la raison pour laquelle Rogers pense qu'arrivé à ce stade, il faut ramener le sujet dans « l'ici et maintenant » afin qu'il parvienne à exprimer ses sentiments comme s'ils étaient éprouvés dans le présent. Ils le seront réellement au stade suivant où le sentiment « est présent et directement ressenti dans toute sa spontanéité et sa richesse ». Il n'y aura plus qu'à consolider cela par « l'éprouvé de nouveaux sentiments avec un caractère d'immédiateté et une richesse de détails tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du cadre thérapeutique » (*ibid.*, p. 103).

↳ *L'optique communicationnelle interactive*

Dans cette orientation, le sujet est en difficulté, mais ce n'est pas seulement lui qui pose problème, c'est « lui avec la place qu'il occupe dans le système ». Pour cette raison, il faut agir sur les lois qui régulent le système et sur celles qui se mettent en place dans l'interaction communicationnelle.

Les lois du système (*cf.* la Théorie Générale des Systèmes) peuvent être réduites à trois principales : la rétroaction, l'homéostasie et le rééquilibrage systémique.

La *rétroaction* tient au fait que la logique de la communication n'est pas linéaire, mais circulaire ($A \leftrightarrow B$ au lieu de $A \rightarrow B$). La communication passe par le langage qui se construit de façon typiquement rétroactive. Ainsi parole et audition sont rétroactives. Si on place sur la tête de quelqu'un des écouteurs qui produisent un léger décalage avec ce qu'il dit (et non l'audition simultanée habituelle), il ne parvient plus à parler correctement (d'où la mutité des sourds).

L'*homéostasie* (maintien à un niveau constant des forces en présence à l'intérieur d'un système clos) a déjà été évoquée en psychanalyse, mais elle visait l'homéostasie interne à l'organisme considéré comme un système clos, alors qu'ici elle vise l'ensemble des individus vivant sous le même toit par exemple.

Le *rééquilibrage du système* est le moyen mis en place pour assurer l'homéostasie. Dans la famille, si quelque chose perturbe l'équilibre, le système réagira en attribuant à un individu une place particulière. Si cette place est celle d'un anormal ou d'un malade, on dira que cet individu est le « patient désigné ».

Les principales lois de la communication que nous évoquerons sont au nombre de quatre :

- l'impossibilité de ne pas communiquer : on ne peut pas ne pas communiquer (*cf.* Watzlawick¹) ;
- la permanence de deux types de communication qui peuvent être successifs ou simultanés : la communication « digitale » (écriture syllabique) et la communication « analogique » (les pictogrammes) ;
- la répartition des rôles dans la communication : symétrique ou complémentaire (symétrique : « Si tu cries, je crie » ; complémentaire : « Si tu cries, je me tais ») ;
- la nécessité de savoir métacommuniquer pour dépasser certains troubles de la communication (signifier par exemple qu'un hochement de la tête veut dire « oui » dans une culture où elle signifie habituellement « non »).

C'est la connaissance de ces lois et leur utilisation en séance qui permet au systémicien d'être efficace.

↳ *L'optique cognitivo-comportementale*

Pour les tenants de cette position, l'individu naît avec deux besoins fondamentaux, celui d'aimer et d'être aimé, et celui de s'estimer soi-même et d'être estimé par autrui. Ces deux besoins sont inséparables et se rejoignent dans la notion d'identité. Si les besoins énoncés précédemment ne sont pas remplis, le sujet est dans une identité d'échec. Pour être heureux, il lui faut parvenir à une identité de réussite. Là où la psychanalyse parle de désir (voir plus haut), les thérapies comportementales parlent de besoin.

Si l'on veut aider le sujet, il faut donc au préalable se demander ce qui l'a conduit là. Les comportementalistes, en se fondant sur des travaux expérimentaux, pensent que ce sont certaines expériences dans l'enfance qui ont construit des représentations de ce qui l'entoure qui correspondaient à sa réalité du moment, mais qu'il a généralisé de façon abusive. Il a ainsi acquis de fausses représentations et de fausses perceptions du monde et de l'environnement. Ces expériences ont pu se maintenir par conditionnement pavlovien ou par conditionnement opérant, ou encore par des dispositifs attributionnels comme dans le

1. P. Watzlawitz (1972). *Une logique de la communication*, trad. fr., Paris, Le Seuil.