

Université du Burundi
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education
Département de Psychologie

Cours de Psychologie clinique

ECUE : PSY2428

Bac 2. AA. 2025-2026

Professeur Léandre SIMBANANIYE



Fiche descriptive de l' ECUE : PSY2428 : Psychologie clinique

Processus	Paramètres	Description
Elaboration	Thème	Approches psychologiques du sujet singulier normal ou en souffrance psychique

	Objectif général	A la fin de l'ECUE l'étudiant sera capable de démontrer des compétences conceptuelles et pratiques dans la prise en charge du sujet singulier dans des contextes variés.
	Objectifs spécifiques	L'étudiants sera en mesure de : - Démontrer la démarcation de la naissance de la psychologie clinique avec les autres disciplines connexes (psychanalyse, psychiatrie, psychopathologie) ; - Expliquer les fondements anthropologiques de l'approche clinique ; - Expliquer ce qu'est la réalité psychique, ses caractéristiques et les attitudes adoptées face à elle ; - Adopter les attitudes psychologiques adéquates dans le cadre d'une relation d'aide qui favorisent le changement.
	Prérequis	- Psychologie générale ; - Psychopathologie ; - Introduction à la psychanalyse.
	Conditions générales	1. Les supports : - Ordinateur laptop - Matériel de projection - Diapositives en power point - Notes de cours 2. Modalités d'organisation : - Enseignement magistral : 40heures - Travaux dirigés : 20heures.
	Bref contenu	- Historique de la psychologie clinique ; - Fondement anthropologique de l'approche clinique - Rapport entre le normal et le pathologique ainsi que les références servant à juger la norme ; - Le sujet singulier dans sa globalité et ses rapports avec son environnement
	Références bibliographiques	- Pedinielli, J.L. (2005). Introduction à la psychologie clinique. Paris : Armand-Colin. - Schauder, S. (2012). L'étude de cas en psychologie clinique. Paris : Dunod. - Lagache, D. (2004). L'unité de la psychologie. Paris : PUF. - Bouvet, C. et Boudoukha, A-H. (dir). (2014). 22 grandes notions de psychologie clinique et de psychopathologie. Paris : Dunod - Marty, F. (dir). (2017). Les grands concepts de la psychologie clinique. Paris : Dunod.
	Informations	Pour concrétiser les acquis, des travaux pratiques seront réalisés à la fin de l'installation des principales ressources. L'absence au moment de l'installation des ressources et de Travaux dirigés sera sanctionnée conformément au règlement académique en vigueur.
	Activités	- Participation cours ; - Observation d'une situation d'entretien clinique ; - Réalisation des travaux de recherche individuelle et en groupe
Intervention	Déroulement	En fonction des objectifs suivis dans chaque séance, il y'aura des moments d'introduction, de développement, de discussion, d'échange, de synthèse et de remédiation.
	Productions	Rapports/comptes rendus individuels et ou collectifs des tâches réalisées sur demande de l'enseignant
	Motivation	Les ressources acquises par les étudiants dans cet ECUE seront mobilisées dans l'optique de : - repérer les souffrances psychiques et les conduites pathologiques d'un patient ;

		- évaluer et traiter les souffrances psychiques dans toutes leurs dimensions ; - élaborer des recherches cliniques en lien avec des questions pratiques.
	Interactions	- interaction entre les étudiants eux-mêmes ; - entre l'enseignant et les étudiants
Appropriation	Evaluation	Évaluation suivant le règlement académique en vigueur dans une perspective de la Pédagogie de l'Intégration et de l'inclusion sociale et scolaire avec des critères d'évaluation bien définis : - Évaluation diagnostique des ressources au début de l'enseignement-apprentissage de l'ECUE ; - Évaluation formative des compétences en développement au cours de l'enseignement-apprentissage (40%) ; - Évaluation sommative des compétences développées (60%).

□

CHAPITRE 1. PRESENTATION DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

La notion de « psychologie clinique » fait actuellement débat, et n'est pas aussi linéaire que l'on pourrait le penser. Elle désigne cependant et avant tout une méthode autour de laquelle se retrouvent les psychologues cliniciens dont la discipline est bien distincte d'autres, comme la psychologie expérimentale, psychologie cognitive. Il faut cependant ajouter à la question de la méthode, une approche singulière et la question des concepts utilisés pour désigner ce que recouvre exactement le terme de « psychologie clinique ».

1.1. Les définitions

1.1.1. Psychologie

La psychologie est la science qui étudie les faits psychiques et conduites, et constitue des théories ainsi qu'une pratique à ce propos. Son étymologie signifie « science de l'âme » (psychè et logos). La psychologie appartient aux sciences humaines.

1.1.2. Clinique

Le terme de « clinique » désigne étymologiquement l'activité « au lit du patient ». Il s'agit d'un acte se fondant sur une rencontre entre deux individus à visée d'évaluation ou d'accompagnement. Elle désigne enfin la constitution d'un savoir in vivo, individualisé, au contraire du savoir in vitro, qui vise, lui, à l'établissement d'une théorie globale à partir de données générales. Les deux notions peuvent cependant être liées, notamment en psychologie clinique (l'une pouvant renseigner l'autre sur la nature des éléments observés).

1.1.3. Psychologie clinique

La psychologie clinique est une branche de la psychologie ayant pour objet l'étude la plus exhaustive possible des processus psychiques d'un individu ou d'un groupe dans la totalité de sa situation et de son évolution. Elle est amenée à étudier les conduites humaines individuelles, normales et pathologiques, en tant que phénomènes déterminés par les processus psychiques. Enfin, elle peut également étudier les spécificités psychiques d'une classe d'individus confrontés à une même situation (adoption, hospitalisation...), une même classe d'âge et leurs incidences croisées (vieillesse, interactions adolescentes...), une même pathologie (handicap moteur, atteinte neurologique...), ou appartenant à un même champ psychopathologique (troubles de l'humeur, schizophrénie...).

1.1.4. L'objet scientifique de la psychologie clinique

Définir l'objet de la psychologie clinique est une tâche redoutable, car l'appellation de « clinique » est revendiquée par des courants de pensée différents, voire antagonistes, donnant à ce terme des sens divergents, hérités de l'histoire, au gré des approches théoriques ou épistémologiques (définition dans l'encadré 1) qui les fondent. L'auteur de cet ouvrage appartient nécessairement à l'un de ces courants. Cependant, son objectif n'est pas ici de faire valoir sa propre idée sur la question, mais d'offrir au lecteur novice les moyens de se faire une opinion en lui exposant simplement le panorama des diverses approches de la psychologie clinique. Avant

cela, il nous faudra lui donner les moyens de comprendre comment ce concept a émergé dans son application à la psychologie, à partir de son origine médicale. Le lecteur pourra ainsi distinguer par où passent les lignes de partage. Celles-ci expliquent, d'une part, ce qui peut être considéré comme proprement légitime dans l'application du mot clinique à la psychologie (car les pratiques issues de la psychologie cognitive ou comportementale ne peuvent être considérées comme telles, nous y reviendrons dans ce chapitre) ; d'autre part, elles lui permettront aussi accéder à une compréhension de ce qui divise cette psychologie clinique en différents courants (qui s'opposent parfois violemment).

Certes, les tenants d'une approche théorique donnée pourront considérer que leur courant est mal décrit, voir présenté de façon faussée, car tous les éléments qui le composent ne peuvent être développés ici. Par ailleurs, les tendances hégémoniques de certaines théories voudraient rejeter hors du champ de la psychologie clinique les autres courants. Mais, il ne s'agit pas ici d'entrer ici dans ces querelles d'école de pensée. Nous visons simplement à initier le débutant à l'ensemble de la psychologie clinique et de ses applications, tout en lui donnant les moyens, dès le premier chapitre, d'en faire une lecture intelligente.

ENCADRE 1 Définition de l'épistémologie

L'épistémologie est la discipline philosophique qui est consacrée à l'étude critique du développement de la science (dans son histoire, ses méthodes, ses principes et, surtout, l'évolution de ses concepts). Nous évoquerons en exemple, dans la suite de ce texte, deux auteurs dont les démarches sont basées sur une réflexion épistémologique. Claude Allègre, géologue fait la critique épistémologique de sa discipline, dans le prologue et la postface de *l'Ecume de la terre*, un ouvrage expliquant l'évolution de la géologie au XX^e siècle. Il la dit préscientifique avant la théorie de la tectonique des plaques de Wegener et devenue véritablement scientifique dans ses concepts avec la reconnaissance de cette théorie par la communauté géologique dans les années 1960. Nous aborderons également la pensée de Kurt Lewin, psychologue, qui a élaboré toute une réflexion autour de l'épistémologie des sciences. Il a comparé en particulier l'évolution scientifique de la physique, de la physique préscientifique (aristotélicienne en référence à la pensée d'Aristote) à la physique moderne basée sur la révolution scientifique introduite par la pensée de Galilée (même si les théories ont largement évolué depuis lors), à la dynamique de la psychologie. À l'époque de ce texte, *le conflit dans le mode de pensée aristotélicien et galiléen dans la psychologie contemporaine (1967)*, il estime que la psychologie fonctionne à un niveau préscientifique. Les critiques qu'il applique alors à notre discipline restent toujours en vigueur.

Il s'agit de lui éviter de se trouver confronté à une simple avalanche de points de vue, divergents mais forcément bien argumentés selon l'implication personnelle de chacun des enseignants ou auteurs concernés.

A. L'homme global en situation et le psychologue clinicien

L'objet de la psychologie clinique, c'est l'homme : l'homme banal, l'homme concret, celui qui a une histoire de vie, un quotidien. Celui qui vit dans un monde d'hommes et de femmes où il doit réussir à trouver sa place ; celui qui se sent unique et, qui, d'une certaine façon, a une conscience, un vécu qui n'est jamais totalement communicable à l'autre.

Le psychologue clinicien est celui qui a appris à comprendre et à prendre en charge cet individu réel et unique. Ce sera à travers les psychothérapies quand cet homme est en difficulté existentielle et vient demander de l'aide. Ce peut-être aussi plus ponctuel quand survient un événement qui déstabilise son fonctionnement psychologique et éventuellement sa santé. Le psychologue clinicien est celui auquel l'individu ou la société voudraient pouvoir faire appel chaque fois que se posent des problèmes humains (individuels ou collectifs) qui engagent des personnes dans leur singularité.

Le psychologue dont la demande sociale exprime un besoin croissant doit être un professionnel. Contrairement au discours populaire, *on ne naît pas psychologue, on le devient*. La bonne volonté, l'amour de l'humanité, l'intuition ne suffisent pas, simplement parce que le psychologue est lui aussi un homme, avec ses préjugés, ses désirs, ses besoins. Aussi, chacun d'entre nous est imprégné d'une psychologie implicite, fruit de notre propre développement, qui est véhiculée par le langage à travers lequel nous avons appris à penser, et qui correspond à un, voire des discours sociaux.

ENCADRE 2-Définition de l'idéologie au sens d'Erik H. Erikson

La définition d'Erikson n'a rien à voir à celle du marxisme, ou avec une définition politique en général. L'idéologie correspond pour lui, à l'ensemble des valeurs prônées par une société, auxquelles l'individu se trouve confronté et qui participent dans son développement psychologique « J'utilise ce terme pour désigner un besoin psychologique universel d'un système d'idées qui fournissent une image du monde convaincante » (Erikson, 1978, ©1968, p.28).

Le fait d'être éventuellement, plus que d'autres, en contact avec les problèmes humains (comme le sont les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux, les magistrats) ne suffit pas à donner les moyens de dépasser cette psychologie populaire, cette psychologie idéologique (idéologie est pris ici au sens d'Erik H. Erikson, voir encadré 2) pour accéder à une véritable compétence clinique.

Le cas de la dépression est à ce sujet exemplaire. Ce dysfonctionnement se caractérise souvent par un état de tristesse, mais surtout par une perte d'énergie, une inhibition globale quant à la capacité d'agir, une perte de l'élan vital, une incapacité à participer à des activités, mêmes agréables. Pourtant, combien de fois voit-on des gens de bonne volonté houspiller la personne dépressive, car selon l'adage populaire « Quand on veut, on peut » ? De même, après un choc émotionnel, combien de fois voit-on les proches, ou même le personnel soignant, dite à la personne : « Il ne faut plus y penser... Essayez de voir le bon côté des choses. Cela pourrait être pire », et prescrire des divertissements afin d'aider le sujet à émerger de son marasme ? Ces comportements, pourtant bienveillants, peuvent être dévastateurs pour des personnes en souffrance car, outre le fait qu'ils ne servent à rien, ils amènent l'individu à culpabiliser de son état, à se sentir responsable de ne pas parvenir à en sortir, et à se percevoir comme une charge pour ces autres qui font, de bonne volonté, tout ce qui est en leur pouvoir pour l'aider.

Mais, qui dit psychologue professionnel, dit formation et dit aussi savoir spécifique. Le problème en psychologie clinique est que ce savoir ne peut être comparé à celui par exemple d'un informaticien ou, même, à celui d'un médecin. Dans l'un et l'autre de ces cas, le savoir à utiliser n'engage pas le fonctionnement psychologique personnel du spécialiste. L'informaticien élabore des programmes qu'il peut tester jusqu'à la réussite : cela ne concerne que ses compétences intellectuelles, pas son être profond et intime. S'il ne souffre pas trop ou n'est pas influencé par la peur, le médecin peut utiliser les siennes pour analyser les symptômes que présenterait son propre corps, comme s'il s'agissait de celui de quelqu'un d'autre, sa personne n'est pas mise en cause dans sa globalité.

Le savoir d'un praticien de la psychologie est donc d'une autre nature et d'un autre usage. Il doit permettre d'analyser et de comprendre la singularité de l'Autre (au-delà même de ce que celui-ci comprend de lui-même). Mais dans la mesure où il se situe dans une relation interpersonnelle, il doit être en mesure de discerner ce qui provient spécifiquement de l'Autre et de ce qui relève de son propre fonctionnement psychologique ou de ses préjugés socioculturels.

Ce savoir qui renvoie à l'usage d'un référentiel théorique est ce qui va rendre possible une rencontre intersubjective structurante. C'est à l'acquisition d'une compétence à rencontrer l'Autre dans sa réalité singulière et globale, en étant donc soi-même réellement présent dans la relation, que doit s'attacher le clinicien. On peut alors parler d'une identité professionnelle du psychologue, qui reste dans une articulation souple avec son identité globale, mais qui s'en est progressivement différenciée tout au long de sa formation (cela sera développé dans le chapitre suivant). Cela doit se réaliser grâce à la médiation d'un système de représentation intellectuellement construit, qui permet de comprendre au fur et à mesure ce qui peut se passer dans la relation à l'Autre.

Toutefois, il faut se rendre compte que tous les praticiens de la psychologie ne sont pas nécessairement des psychologues cliniciens, même quand ils s'en réclament. Le terme de psychologie clinique est d'usage relativement récent et reste donc parfois entaché de significations remontant à ses origines, d'une manière évidente ou plus subtile. Pour bien comprendre ce qu'est *la psychologie clinique* dans son unité et ses divisions, il faut aussi comprendre ce qu'elle n'est pas, même quand l'appellation clinique est utilisée abusivement. Nous devons donc nous pencher sur l'histoire de ce concept, sur son évolution, ainsi que sur son rapport à la psychologie expérimentale, pour dégager sa signification profonde (au-delà des querelles intestines à la discipline)

B. L'origine historique du terme de « clinique » : la médecine

La notion de clinique et, donc de psychologie clinique, provient de la médecine. Elle fait classiquement référence à la pratique qui s'effectue « au lit du malade ». L'extension de ce terme à la psychologie ne s'est pas faite sans une certaine résistance du corps médical. Ce n'est véritablement qu'à partir de 1949, avec Daniel Lagache, philosophe, médecin et psychanalyste, que la psychologie clinique est reconnue comme discipline à part entière, aux côtés de la psychologie expérimentale et de la psychanalyse. Dans un essai œcuménique, qui fit date dans les annales de la psychologie (*L'Unité de la psychologie* 1949), il spécifie que « Malgré sa résonance médicale, le terme "psychologie clinique" ne veut pas dire psychologie pathologique, bien que la psychologie clinique prétende embrasser, dans un même ensemble, les conduites adaptées et les désordres de la conduite » (p 14). Toutefois, Marie Santagio Delefosse (1998) fait remarquer que la définition de la psychologie clinique a aussi hérité « des ambiguïtés "unificatrices" du promoteur de la psychologie clinique que fut Lagache. Lui-même héritier de cette triple formation philosophique, médicale et psychanalytique. Son appréhension du monde et de la clinique à travers sa propre formation favorise certainement une confusion des registres »

(ibid. p. 63).

Nous commençons par étudier la confusion liée à l'usage du terme en médecine, où il a déjà un statut ambigu, pour comprendre comment cela se répercute sur la psychologie clinique actuelle. Mais d'abord, il convient de s'interroger sur ce que signifie précisément la notion de clinique en médecine, pour comprendre la transposition qui en a été faite en psychologie.

1.1.5. La notion de clinique en médecine

a) Médecine et psychologie

La médecine et la psychologie ont ceci en commun que ce sont des disciplines qui ont une vocation d'application. On va consulter un médecin afin qu'il utilise son savoir pour nous permettre de guérir ou de compenser un dysfonctionnement somatique. On fait appel à un psychologue pour qu'il nous permette de trouver ou de retrouver un équilibre psychologique et une qualité de vie qui peuvent être altérés soit par des problèmes chroniques (liés à l'élaboration psychologique de la personne au cours de son histoire de vie), soit par des situations plus conjoncturelles (rupture sentimentale, harcèlement moral, chômage, deuil, etc.)

Deux différences fondamentales existent cependant. D'une part, la médecine se développe par rapport à un ordre de réalité qui se situe dans le concret, qui est matériel, alors que la psychologie doit se construire à partir d'un ordre de réalité plus abstrait, immatériel, et ne peut donc s'observer qu'à travers ses manifestations dans le fonctionnement des personnes. D'autre part, à côté de la recherche proprement médicale, qui reste essentiellement appliquée, la médecine est une discipline qui se trouve au carrefour de différentes spécialités scientifiques n'ayant pas nécessairement une vocation de soin. La biologie, la physiologie, le génie génétique se sont développés essentiellement dans un esprit de compréhension et d'explication du fonctionnement de la vie, mais il ne viendrait pas à l'idée des chercheurs de ces disciplines de se considérer comme des médecins. Ces travaux des sciences de la vie ont fondé les bases de la médecine moderne avec, bien entendu, la recherche médicale proprement dite et son adaptation aux progrès de la technologie (laser, imagerie médicale, etc.). Cependant, la médecine est, et demeure, une discipline d'application, dont l'objectif est la restauration du bon fonctionnement de l'organisme somatique. Pour cela, le praticien s'appuie sur les connaissances issues de la recherche fondamentale ou appliquée et doit faire le lien avec le cas réel, concret que représente chacun de ses patients.

En psychologie, cette problématique de l'intégration des savoirs issus d'autres disciplines dans une démarche propre à la discipline ne parvient guère à se faire. Pour qu'il y ait apport d'une discipline à une autre, il est nécessaire que chacune d'elles soit reconnue dans sa singularité et sa logique propre. Ainsi la biologie, au sens générique, peut contribuer à produire des connaissances qui seront utilisables en médecine, autre discipline, mais il n'y a pas de confusion entre l'objet de la biologie et celui de la médecine. En revanche nous observons cette confusion dans les tentatives d'explication des phénomènes psychiques par des processus neurologiques, ce qui revient à nier l'existence du niveau psychologique en invoquant les causalités de son fonctionnement dans un autre ordre de réalité : le biologique.

b) Première acception du terme « clinique »

La première acception du terme de clinique en médecine recouvre l'aphorisme traditionnel qui veut que celle-ci reste un art. Car, déjà, au niveau de notre organisme biologique, aucun de nous n'est strictement semblable. Que ce soit dans la manière dont se présente la symptomatologie ou dans les réactions à la pharmacopée, une variabilité interindividuelle existe, qui peut entraîner le praticien insuffisamment attentif dans une erreur de diagnostic ou dans la poursuite d'un traitement inapproprié, voire nocif. Il faut donc que l'effort de compréhension développé par le médecin ne porte pas seulement sur la maladie, mais aussi sur le malade. Cela signifie que les éléments diagnostiques vont être mis en perspective avec d'autres éléments (organiques, psychologiques ou contextuels) qui permettent d'appréhender la maladie de la personne dans sa globalité, sa singularité. On dira d'un médecin qu'il est un « bon clinicien quand il sera capable de faire ce travail qui s'inscrit en partie dans ce que l'on appelle la confrontation du diagnostic positif et du diagnostic différentiel. C'est cela le sens noble de la clinique dans la pratique médicale : *l'inscription d'un trouble ponctuel dans le contexte global d'une personne complexe et unique*. C'est loin d'être facile à réaliser et l'on comprend alors mieux ce qualificatif « d'art », qui exprime ce qu'il peut y avoir d'incertain et de non-automatique dans l'application de connaissances - pourtant scientifiquement établies à un organisme singulier et spécifique. De là provient le transfert du mot « clinique » à la psychologie, car, au-delà de sa connotation pathologique (voir citation de Lagache, 1949. p 14 « Malgré sa résonance médicale, le terme "psychologie clinique" ne veut pas dire psychologie pathologique »), *la psychologie clinique est avant tout une psychologie de l'homme total en situation*.

c) Deuxième acception du terme « clinique »

La deuxième acception du mot clinique en médecine est, en quelque sorte, un sous-produit de la première. Elle renvoie avec un certain flou - parfois bien commode - à tout ce qui, dans la recherche, ne repose pas sur des hypothèses scientifiquement fondées ou sur des procédures de vérification rigoureuses. Elle englobe aussi tous les éléments intervenants dans la pratique, mais qui ne sont pas directement structurés en tant que soins à part entière. C'est une sorte de fourre-tout où l'on trouvera, d'une part, ce qui relève de l'expérience individuelle du praticien (« expérience clinique »), mais également, par exemple, l'exploration plus ou moins aléatoire de nouvelles molécules et, d'autre part, ce qu'on appelle « des éléments cliniques ». Par-là, on entend, aussi bien, la forme que prennent les symptômes (douleur, paralysie, rougeurs, etc.) que, par extension, ce qui permet d'en rechercher l'étiologie, c'est-à-dire l'origine (analyses biologiques, imagerie médicale, tests psychologiques éventuellement)

1.1.6. La notion de clinique en psychologie

Ainsi la clinique apparaît, dans la hiérarchie interne à l'aspect recherche scientifique, comme le parent pauvre de la science médicale, cantonnée aux applications pratiques. D'ailleurs, quand une publicité télévisée vante les mérites d'un cosmétique en ajoutant « cliniquement prouvé », cela fait sourire les spécialistes puisqu'il n'est pas dans la vocation de la clinique médicale d'établir la preuve. Or, c'est précisément sur *cette conception appauvrie et limitée de la conception de la chimie médicale* que s'appuie tout un courant actuel de la psychologie. En réduisant le rôle de psychologue à apporter des éléments « cliniques » (évaluation cognitive, soupçon d'organicité d'un trouble) ou à mettre en œuvre des protocoles standardisés (stimulation cérébrale, par exemple), ce courant lui donne la fonction d'un auxiliaire médical intervenant (comme un kinésithérapeute) sur prescription du médecin seul habilité à établir un diagnostic, à envisager et délivrer une thérapeutique. Nous pensons en particulier aux neuropsychologues, aux cognitivistes et aux comportementalistes (qui appliquent des thérapies du même nom), dont la pratique ne peut être qualifiée de clinique car elle déroge au principe fondateur de cette discipline qui est de s'adresser à un homme vu dans sa globalité et en situation (dans son contexte de vie). En revanche, des cliniciens peuvent, avec profit, utiliser des outils neuropsychologiques, cognitifs ou comportementalistes, en rapportant leurs résultats à la personne globale qui les a produits et ceci, compte tenu de sa situation de vie.

Cette confusion que l'on observe autour du terme de « clinique » en médecine se retrouve en psychologie, car bien que tous les cliniciens s'accordent à reconnaître que leur pratique s'adresse à la personne globale, ils ne sont pas si unanimes sur le rapport à l'élaboration d'un savoir scientifique. Même Lagache, dans son essai de 1949 sur *L'Unité de la psychologie* n'a pu se dégager de cette vision discriminante de la psychologie clinique puisqu'il écrit en conclusion de son ouvrage (p. 57) : « La clinique a essentiellement une fonction de prospection et d'application. L'expérimentation représente un stade terminal de l'investigation scientifique. Cela renvoie directement à la manière de définir l'objet de la psychologie et, par extension, de la psychologie clinique.

1.2. Histoire de la psychologie clinique

Préalablement, il est cependant nécessaire de rappeler au lecteur qu'avant d'être faite par des psychologues de formation et estampillée « clinique », « sociale », « expérimentale » ou « développementale », la psychologie a commencé à se construire à partir de travaux d'intellectuels d'origines variées (médecins, philosophes, biologistes, anthropologues...). Nos auteurs fondateurs de la psychologie clinique ne sont donc pas, à la base, des psychologues cliniciens, puisqu'ils sont des précurseurs de la formation en psychologie clinique. Pour eux, la question première était celle de l'existence même d'un objet de la psychologie. Ce qu'avait réfuté le sociologue Auguste Comte (XIX^e siècle), père du positivisme : il considérait qu'entre la biologie et la sociologie il n'y avait pas de place pour une véritable science.

Des penseurs maintenant étiquetés dans des sous-disciplines différentes de la psychologie se sont parfois rejoints sans même le savoir, de manière plus ou moins partielle mais néanmoins significative. Nous ne détaillerons pas cela ici, mais ferons remarquer (à travers cinq auteurs exemplaires) quelques convergences sur l'objet de la psychologie, que l'orientation actuelle de la discipline a fait oublier. Ainsi, l'étudiant pourra se rendre compte que ce qui est présenté avec assurance et habileté par ses maîtres (ce sont des professionnels), comme des faits ou des idées clairement établies, ne renvoie, en réalité, qu'à des prises de position correspondant à un moment de l'histoire d'une discipline en constant devenir.

1. 2.1. Auteurs fondateurs de la pensée clinique

■ P. Janet

Le premier d'entre eux est Pierre Janet (voir chapitre 6), qui pose les bases de la psychologie clinique en considérant qu'il n'y a pas de frontière entre le normal et le pathologique (en rupture

avec la psychologie médicale), et qu'il faut resituer la conduite présente de la personne globale dans l'interaction qu'elle exprime entre l'influence actuelle de la situation et la réaction consciente et inconsciente de l'individu à cette situation. Pour cela, il définit une méthode, l'analyse psychologique, qui consiste à étudier le même sujet de manière régulière, pendant une longue durée. Car, pour lui, mesurer des fonctions psychologiques, ne pouvait que s'avérer stérile. La psychologie expérimentale consiste avant tout à bien connaître son sujet dans sa vie, dans ses études, dans son caractère, dans ses idées, etc., et à être convaincu qu'on ne le connaît jamais assez (Janet, 1891, *Etude d'un cas d'aboulie et d'idées fixes*, p. 258-287 et 382-407) » (in Elsa Schmid Kitsikis, 1999, p. 15). Notons au passage le glissement qui s'est fait depuis cette époque dans l'utilisation du terme de psychologie expérimentale ».

■ S. Freud

Cependant, c'est Sigmund Freud, qui, en s'écartant de sa formation médicale d'origine et en créant le concept d'appareil « psychique », donne un objet autonome et défini à la psychologie. Cet objet est compréhensible à travers tout le processus de sa genèse (les étapes de sa structuration, voir *les stades du développement psycho-sexuel*), et de la structure du psychisme telle qu'il l'a définie (voir *Le Point de vue topique*). Il propose ainsi un cadre conceptuel qui continue à fonder la pratique d'une majorité de psychologues cliniciens.

■ H. Wallon

Henri Wallon, philosophe et médecin, devenu psychologue du développement et de l'éducation, a toujours milité pour l'existence d'un objet global de la psychologie à l'intersection du biologique et du social. Cet objet ne peut se dissocier qu'artificiellement en fonctions (telles que la mémoire, l'intelligence, la motivation). Il est contre-nature de traiter l'enfant fragmentairement. À chaque âge, il constitue un ensemble indissociable et original. Dans la succession de ses âges, il est un seul et même être en cours de métamorphose » (Wallon, 1968, p. 200). Dans cette citation se retrouvent à la fois le principe de totalité qui l'emporte sur l'atomisme psychologique, mais aussi celui de la nécessaire étude de la genèse pour comprendre la spécificité du niveau de fonctionnement psychologique.

■ J. Piaget

Jean Piaget, biologiste de formation et représentant le plus connu de la psychologie développementale, a en fait travaillé à l'élaboration de ce qu'il a appelé une épistémologie génétique, qu'il a définie comme l'étude de la construction de l'intelligence et de l'acquisition des connaissances. Pour cela, en opposition aux tests trop rigides ou à l'observation pure pour lui trop incertaine, il a utilisé une méthode qu'il qualifie lui-même de « clinique », même si ce terme de clinique a été ultérieurement transformé en « critique ». Il écrit : « Ainsi, l'examen clinique participe de l'expérience, en ce sens que le clinicien se pose des problèmes, fait des hypothèses, fait vanter les conditions en jeu, et enfin contrôle chacune de ses hypothèses au contact des réactions provoquées par la conversation. Mais l'examen clinique participe aussi de l'observation directe, en ce sens que le bon clinicien se laisse diriger tout en dirigeant, et qu'il tient compte de tout le contexte mental, au lieu d'être victime d'erreurs systématiques comme c'est souvent le cas du pur expérimentaliste (Piaget in Reuchlin, 1976, p. 102). Il est clair que nous retrouvons la démarche d'élaboration d'une genèse et la référence explicite à un contexte mental global, qui, seul, peut déterminer le sens psychologique de ce qui est observé.

■ K. Lewin

Enfin pour clore cette évocation des hommes qui avaient commencé à conduire la psychologie sur le chemin de la science, nous ne pouvons éviter Kurt Lewin, considéré comme le père de la psychologie sociale. Lui aussi, dans la logique de ce que l'on a appelé la Gestalt théorie (théorie de la forme), considère que le tout est davantage que la somme des parties qui le constituent (c'est une idée qui se retrouve dans la systémique. Dans son ouvrage *Psychologie dynamique* (1967), il fait une critique impitoyable des conceptions de la psychologie dite scientifique de son époque.

Concernant le reproche de téléologie fait, par les expérimentalistes, à l'introduction du sens en psychologie clinique, Lewin explique en prenant l'exemple scientifique de la physique que « la téléologie n'est pas due principalement à l'orientation des phénomènes vers un but, car la physique moderne utilise ces quantités orientées que sont les vecteurs. La différence véritable réside plutôt dans le fait que le type et la direction des vecteurs physiques de la dynamique aristotélicienne sont complètement déterminés à l'avance par la nature de l'objet envisagé. Dans la physique moderne, au contraire, l'existence d'un vecteur physique dépend toujours des interactions de plusieurs faits physiques, particulièrement de l'objet avec son environnement (1967, p. 50) (voir encadré 4). Ce que dit Lewin montre à quel point est faux l'argumentaire des expérimentalistes et est légitime la démarche des cliniciens du point de vue scientifique. Concernant la confusion entre variables véritablement psychologiques et fonctions isolables qui existent en psychologie cognitive, il écrit que, dans une perspective scientifique véritable, « on ne se réfère plus à la moyenne abstraite du plus grand nombre possible de cas donnés

historiquement, on se *réfère* au caractère total concret des situations » (*ibid.* p 53).

ENCADRE 3-Pensée aristotélicienne et pensée galiléenne selon K. Lewin (1967)

Ce que Lewin appelle la pensée aristotélicienne -terme dérivé du nom d'Aristote- est par nature une pensée pré, voire, non scientifique. Et, inversement, la pensée galiléenne en référence à Galilée - correspond à une révolution épistémologique qui fait parvenir une discipline donnée à un véritable état de science, à travers la qualité des concepts qu'elle utilise (plutôt qu'à travers la sophistication de ses méthodes, celles-ci ne relevant que du côté instrumental de la science considérée).

Et enfin, concernant les statistiques, il précise que la méthode statistique, au moins dans ses applications courantes en psychologie, est l'expression la plus frappante de ce mode de pensée aristotélicien. Cette expression formelle de la méthode ne change en rien les concepts fondamentaux qui sont encore profondément aristotéliciens. En effet, la formulation mathématique de la méthode ne fait que consolider et étendre la prépondérance des concepts fondamentaux préscientifiques. Et cela rend sans aucun doute plus difficilement perceptible la véritable nature de ces concepts et la possibilité de leur remplacement (*ibid.*, p. 39). Notons tout de même, qu'il nuance cette position en disant que la critique ne concerne pas l'application des méthodes statistiques mais leur mode d'application, plus particulièrement le mode de groupement des cas particuliers (*ibid.* p. 42). Nous partageons d'ailleurs cet avis, qui ne vise pas à diaboliser la quantification, mais qui estime qu'elle est destinée à être au service des idées, de concepts véritablement scientifiques (galiléens selon Lewin, voir encadrés 1 et 3).

ENCADRE 4 Vecteurs orientés en *physique*, sens en *psychologie*

Dans la téléologie (pensée aristotélicienne, non scientifique), l'orientation du processus est attribuée à l'objet étudié lui-même. Dans une démarche réellement scientifique (galiléenne), l'orientation du processus renvoie à la nature de ses interactions avec les propriétés de son environnement.

Dans la logique téléologique, un enfant ne travaille pas parce qu'il est paresseux (c'est la nature de l'enfant qui détermine son comportement). Selon Lewin, ce qui explique qu'un enfant ne travaille pas renvoie au rapport entre sa dynamique propre et les propriétés de l'environnement : si l'enfant constate que la réussite sociale passe par d'autres comportements que le travail, celui-ci n'est pas valorisé et n'a pas de sens pour lui.

Autre exemple : selon la physique d'Aristote, un objet tombe parce qu'il est lourd (c'est la nature de l'objet qui détermine sa dynamique). La physique galiléenne explique ce phénomène par une loi (l'attraction terrestre), qui s'applique en fonction du volume, de la masse et de celle du fluide dans lequel l'objet est plongé (air, eau, etc.). Un aimant a la propriété de se coller sur un objet ferreux. Face à un autre aimant, il peut s'y coller ou le repousser. Dans les propriétés de l'aimant (magnétisme), il y a donc bien une force orientée (vecteur). Mais, cette force n'existe que par rapport à un objet approprié (fer), elle n'existe pas à l'égard d'une surface de bois. En psychologie, nous constatons l'existence d'une propriété « se souvenir d'informations », mais, est-elle différente des propriétés de l'aimant ? Les centaines d'informations que reçoit un sujet quotidiennement déclenchent-elles cette propriété du psychisme ? Non. Il faut qu'il y ait un rapport entre l'information et la personne pour que cette propriété soit activée (la mémorisation). Et comme cette personne est un sujet qui agit globalement en vue de son adaptation, on peut dire qu'il est nécessaire que cette information ait un sens plus ou moins important pour lui. La mémoire ne fonctionne pas pour elle-même, pas plus que l'aimant ne se colle n'importe où le sens renvoie à la dynamique propre de chaque sujet : ce qui a un sens pour quelqu'un -et donc mérite d'être mémorisé -, n'en a pas forcément pour quelqu'un d'autre.

Ce bref retour sur le passé est juste là pour rappeler que la psychologie clinique est issue d'une longue réflexion sur l'étude de la singularité de l'être humain et que tous ces hommes qui ont construit la psychologie, qui ont permis son enseignement à l'université et la création du métier de psychologue, avaient en commun l'idée que la totalité était primordiale, que seule sa genèse pouvait l'expliquer (même les behavioristes, voir le film d'Henni Laborit *Mon oncle d'Amérique*) et que les méthodologies comptaient moins que les concepts qu'elles étaient censées servir.

EXEMPLE 1 - Mon oncle d'Amérique

Dans ce film, Henni Laborit retrace les trajectoires de trois personnes depuis leur enfance jusqu'à l'âge adulte, en intercalant, de temps à autre, des expériences de laboratoire sur des rats, pour montrer la similitude produite par les conditionnements subis, que ce soit chez l'homme ou chez l'animal.

Toutefois, avant d'en venir à la diversité de la psychologie clinique (chapitres 3, 4, 5, 6) et à ses conditions de scientificité (dans la suite de ce chapitre), il nous faut faire le point sur l'héritage de Daniel Lagache et les malentendus qui en ont découlé.

1.2.2. Le double héritage de Lagache

Pour comprendre l'éclatement de la psychologie clinique et le discrédit dont elle souffre suite à l'utilisation abusive de cette appellation qui est actuellement faite par certaines applications de la psychologie cognitive, il était, certes, nécessaire de la situer par rapport à l'acception du terme « clinique en médecine ». Mais il convient aussi d'approfondir les confusions ou incertitudes de son fondateur officiel. Nous allons distinguer à travers ses convictions plus ou moins explicites ou implicites, ce qui, dans sa manière de différencier psychologies clinique et expérimentale, est positif pour la psychologie clinique ou, inversement, tendancieux, voire négatif.

■ Le positif

Après avoir expliqué que « psychologie clinique n'est pas synonyme de « psychologie pathologique, Lagache précise qu'« envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits, tel est en résumé le programme de la psychologie clinique (1949, p 14-15). Ici, nous retrouvons tout ce qui a été évoqué dans les pages précédentes et en particulier le principe de totalité, l'étude de la genèse et l'importance du sens psychologique. Nous avons donc bien là l'objet et le but de la psychologie clinique. De plus, en opposition aux modalités d'utilisation des statistiques critiquées par Kurt Lewin, Lagache explique : « la psychologie clinique est caractérisée par l'investigation systématique et aussi complète que possible des cas individuels. » (*Ibid.*, p. 56)

■ Le négatif

Personne n'est à l'abri d'un paradoxe. Bien que Lagache défende pour la psychologie clinique le principe de totalité, son désir de concilier la psychologie expérimentale et la clinique l'amène à se renier, en faisant disparaître l'objet spécifique de la psychologie -le psychisme - au profit de l'étude des seules conduites (même s'il ne les résume pas au comportement). Ainsi affirme-t-il de manière quelque peu contradictoire : « Pour la psychologie clinique comme pour la psychologie expérimentale, la psychologie est la science de la conduite (*ibid.*, p 36). Ce qui reste alors de spécifique à la clinique, c'est que l'on ne peut séparer l'étude des conduites adaptées de celle des désordres de la conduite » (*ibid.*, p. 17) Sur ces deux points, nous sommes renvoyés à Janet, soixante ans plus tôt.

De plus, résidu probable de sa formation médicale, Lagache tend à donner une priorité à la psychologie expérimentale du point de vue de l'établissement d'un savoir scientifique et généralisable. En conclusion de son essai, nous pouvons lire : « la psychologie expérimentale et comparative est dans une position favorable pour assurer l'unité de la psychologie, elle est rigoureuse, parce que théorique et expérimentale, générale parce que comparative (*ibid.*, p 55). Quand on se souvient de ce que Lewin - pourtant d'obédience expérimentale - pensait des concepts en question, on peut s'interroger.

Néanmoins, c'est à partir de cette position que Lagache distingue une psychologie scientifique qu'il nomme « naturaliste » et une psychologie d'application qu'il désigne du terme d'« humaniste ». L'opposition qu'il applique à la psychologie est alors : « science de la nature ou science de l'homme » (*ibid.*, p 2). À ces deux attitudes philosophiques correspondent deux manières de travailler, la psychologie expérimentale et la psychologie cliniques (*ibid.*, p.55). En synthétisant, cela donne donc : la psychologie expérimentale est naturaliste et générale, alors que la psychologie clinique est humaniste et non générale. Mais, pour notre part, nous pensons que la distinction entre humanisme et naturalisme n'est pas ce qui divise la psychologie en général. La vraie distinction opère entre une conception atomisée de l'homme, sans niveau psychologique autonome (psychologie cognitive), et celle qui le considère comme une totalité, en situation et ayant une instance psychique bien réelle et autonome, qui constitue l'objet de la psychologie.

Sans s'y attarder, il faut rappeler que tous les efforts visant la construction d'une psychologie scientifique se sont faits à l'origine en réaction à la psychologie de la conscience et de l'introspection qui prévalait au XIX^e siècle (Bergson). Cela a abouti à des résultats aussi différents que l'inconscient freudien ou le comportementalisme behavioriste (stimulus réponse). Ce dernier courant, probablement parce qu'il était issu du laboratoire, s'est d'emblée prétendu plus scientifique que les autres. Cependant deux points importants obligent à mettre un bémol à cette ambition.

D'une part, toute science qui débute commence par être fragmentaire, attirée par les évidences « perceptives », comme dirait Lewin, et par produire des savoirs qui sont forcément lacunaires, hétérogènes, quand ils ne sont pas simplement erronés. Ce n'est que quand une perspective d'ensemble permet aux différents domaines de recherche de se trouver un objet commun, pas une méthodologie, que le dialogue devient enfin possible entre spécialistes qui jusque-là s'ignoraient. C'est aussi à partir de là qu'il devient possible de trier le bon grain de l'ivraie, c'est-à-dire de distinguer parmi les résultats déjà obtenus ceux qui relèvent d'un vrai savoir scientifique de ceux

qui ne sont les conséquences que d'amalgames conjoncturels ou de problèmes mal posés.

EXEMPLE 2 : Evolution scientifique de la géologie au xx siècle

L'exemple de la géologie est à ce propos parfaitement éclairant. Avant la découverte de la tectonique des plaques, il existait autant d'objets (considérés alors à tort comme scientifiques) et de spécialistes que de domaines apparemment différents (volcans, océans, séismes, etc.), et chacun s'isolait dans sa spécialité en ignorant ce que faisaient les autres. La découverte de Wegener sur la dérive des continents (1912) devra attendre 1961 pour être prise en considération et va pourtant déclencher une bataille d'idées et d'arguments violente et passionnelle, comparable par bien des points à celle qui avait accompagné l'émergence des idées évolutionnistes en biologie (Allègre, 1983, p. 7-8), car, dans cette façon de penser la géologie, « la terre apparaît comme une unité vivante, changeante, dont on ne peut comprendre la physiologie qu'en l'étudiant globalement (*ibid.* p 7-8). C'était la reconnaissance de « l'objet d'étude Terre » (*ibid.* p 7-8). A partir de là, la communication (toujours nécessaire) devenait possible entre les sous-disciplines, le tri pouvait être fait entre les acquis et la géologie accédait réellement au statut de science.

D'autre part, réagir à la psychologie de la conscience n'est pas agir. De la même façon, l'enfant de trois ans croit affirmer son individualité dans l'opposition systématique à ses parents (crise d'opposition juvénile), alors qu'il ne fait que s'inscrire dans une autre forme de dépendance. Aussi, en matière scientifique, on ne peut que rester perplexe quand la psychologie cognitive revendique sa fidélité à un postulat posé de manière réactive à la psychologie de la conscience, dans la petite enfance, de l'avènement de la psychologie scientifique (début du xx siècle), argumentant que le développement de la recherche en psychologie passe par l'approfondissement théorique dans des secteurs volontairement limités de l'activité humaine.

En 1990, en allocution d'ouverture du congrès de la Société Française de Psychologie (SFP), un des leaders de cette psychologie atomiste affirmait que le temps des grandes théories était dépassé. On ne peut, alors, éviter de repenser à Claude Allègre (voir exemple 2), quand il évoque la tentation d'observer pour observer, de mesurer pour mesurer, hors de toute considération théorique ou de tout modèles (*ibid.*, p. 314), qui « conduit à proposer comme but aux sciences naturelles d'observer avec minutie, de décrire tout sans hiérarchie de classer de temps à autre une observation et d'attendre le jour où, miraculeusement, à partir de la masse des observations, une synthèse se dégagera naturellement (*ibid.* p 314). On ne peut qu'attendre le moment où toutes ces compétences méthodologiques développées par les expérimentalistes seront mises au service d'un authentique objet de la psychologie...

La tentative de Lagache de trouver une unité à la psychologie a eu au moins l'avantage de fonder officiellement l'existence d'une psychologie clinique autonome par rapport à la médecine ainsi que par rapport à la psychanalyse. Mais, les ambiguïtés de son discours et la façon dont il était possible d'analyser le problème à son époque ont aussi eu pour conséquence de conforter dans sa légitimité l'aspect formel de la recherche scientifique en psychologie au détriment du fond, ce qui a fait apparaître la psychologie clinique comme une parente pauvre de la recherche.

1.3. PLACE DE LA CLINIQUE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

1.3.1. L'acte clinique

A) La rencontre avec le patient

Comme le désigne le terme « clinique », il s'agit d'une activité « au lit du patient », autrement dit de la rencontre avec un autre, humain. En psychologie clinique, cette rencontre exclut trois choses :

- Les présupposés concernant le patient et ce dont il est éventuellement atteint ;
- Les inférences insuffisamment étayées sur le fonctionnement psychique du sujet ;
- Le plaçage des théories sur la personne du patient.

Autrement dit, le psychologue clinicien doit faire preuve d'une certaine naïveté concernant son patient, et doit être prêt à aménager sa théorie si elle ne correspond pas totalement à ce qui est observé chez le patient. « Aménager » ne signifie pas tout réinventer, mais à être prêt à décrire et donner du sens à des conduites ou à des processus qui ne correspondent pas nécessairement à la pureté d'un tableau clinique théorique et générale.

EXEMPLES

Exemple 1 : au sein d'un fonctionnement qui sera globalement désigné comme relevant d'un trouble obsessionnel compulsif, on peut parfois relever un « noyau hystérique » qui, bien que

n'appartenant pas à la même classe nosographique, permettra d'expliquer certains comportements du patient.

Exemple 2 : chez un patient atteint de troubles pervers, on peut parfois déceler quelques éléments névrotiques qui permettront par la suite d'envisager un travail psychothérapeutique véritable.

Ceci nécessite une grande rigueur de recueil des données et d'analyse, afin que les hypothèses de fonctionnement ou les conclusions concernant la dynamique psychique du patient ne soient le fruit que de ce qui a été relevé, et non de simples suppositions subjectives du praticien.

B) Place de la subjectivité dans l'acte clinique

L'une des caractéristiques de la psychologie clinique est qu'elle s'intéresse non seulement à ce qu'est un individu, mais surtout à ce qu'il est en situation, autrement dit à ce qu'il exprime à un moment donné de son histoire, et dans un contexte donné.

Alors que, par exemple, la psychologie expérimentale ou cognitive est plutôt à la recherche d'invariants de fonctionnement, la psychologie clinique se situe dans une analyse et une compréhension de la variance des processus psychiques chez un individu donné. Il en découle que la psychologie clinique doit faire avec trois formes de subjectivité :

- La subjectivité du sujet qui énonce qui il est à un moment donné et son éventuelle problématique (perception et appréciation subjective) ;
- La subjectivité du praticien qui reçoit les informations et qui y réagit tant cognitivement, émotionnellement, qu'affectivement (cela va notamment jouer sur les relances qui peuvent être faites en entretien) ;
- La subjectivité inhérente à la situation elle-même et à l'interaction entre le patient (ou consultant) et le praticien. Ainsi, les circonstances d'entretien tout autant que la façon dont la relation est perçue par chacun des protagonistes sont susceptibles de faire varier les résultats qui seront obtenus.

Ce qui donne une valeur scientifique à la psychologie clinique est que sa pratique va inclure des méthodes qui donneront une place à cette subjectivité, et permettront son analyse. Autrement dit, cette subjectivité se trouve incluse dans le processus clinique lui-même. Elle peut ainsi faire l'objet d'une analyse en tant que telle, venir moduler ou confirmer la portée de certaines informations recueillies, ou simplement être prise en compte initialement dans la détermination du cadre de la rencontre (recherche de standardisation).

1. 3.2. La méthode clinique

1.3.2.1. Les différents niveaux de la méthode clinique

La méthode clinique désigne en fait deux niveaux différents qui ne se différencient pas par les outils utilisés, mais par l'objectif qui est fixé.

Le premier niveau est celui du recueil d'informations autour d'une problématique donnée. Ce recueil se fait in vivo (puisque l'on parle bien de clinique), et parfois dans des conditions au plus proche des circonstances où la problématique étudiée est susceptible d'apparaître.

EXEMPLES

Exemple 1 : un recueil d'informations autour des troubles de la relation mère/ enfant peut se faire en centre de guidance infantile par observation directe et entretien.

Exemple 2 : une phobie du soin peut être l'objet d'une prise en charge psychologique, elle se fera alors pendant l'hospitalisation du patient.

Le second niveau est l'analyse la plus exhaustive possible du cas, c'est-à-dire l'analyse holistique de la dynamique psychique d'un individu. Ce second niveau est celui visé notamment par les bilans complets de personnalité.

Quel que soit le niveau considéré, le psychologue clinicien dispose de différents outils pour atteindre les objectifs fixés : l'observation, l'entretien, les tests et les échelles. On parle de « clinique armée » ou de « clinique instrumentale » lorsque les données sont obtenues à l'aide de tests et d'échelles, et de « clinique aux mains nues » lorsque les données sont seulement recueillies par l'observation et l'entretien.

Ceci dit, il est difficile de faire de la « clinique armée » sans tenir compte des circonstances et de la forme de l'entretien. Ne pas tenir compte du contexte de passation d'échelles de compétences ou de tests de personnalités serait d'ailleurs une erreur conceptuelle et déontologique dans une activité de psychologue clinicien.

1.3.2.2. Méthode clinique versus expérimentale versus génétique

La méthode expérimentale vise à isoler des variables en laboratoire pour tenter d'établir un lien de causalité entre des événements externes ou internes au sujet, et des comportements observés. Une fois les études en laboratoire validées, on soumet les hypothèses ou constructions théoriques à l'épreuve des faits pour les valider définitivement. La méthode clinique au contraire tente une compréhension plus globale, sans isoler des variables de fonctionnement de tel ou tel individu ou groupe d'individus. Cependant, d'un questionnement ou d'observations purement cliniques peuvent découler des protocoles expérimentaux (exemple : place du stress dans les comportements d'évitement). Également, les conclusions de l'approche expérimentale peuvent venir nourrir une activité clinique (par exemple, le processus de raisonnement chez les schizophrènes).

La méthode génétique vise à comprendre les conduites normales d'un individu, en fonction de son niveau de développement affectif, cognitif et moteur. Les méthodes génétique et clinique se rejoignent dans les analyses longitudinales d'un patient (évolution dans le temps en tenant compte des expériences de vie et compétences acquises). Par contre, la méthode génétique utilise également l'analyse comparative (comparaison des différents stades entre eux) et transversale (comparaison des manifestations communes à un même stade), ce qui décentre en tant qu'individu autonome et distinct. La méthode clinique conserve irrémédiablement le sujet au centre de ses analyses. Comme pour la méthode expérimentale, la méthode génétique peut se nourrir de l'approche clinique mais peut également lui apporter des éléments.

1.3.2.3. La « clinique aux mains nues »

L'entretien est la forme la plus courante de cette clinique particulière. Il peut se définir comme un échange langagier dont l'objectif est par avance fixé (évaluation, soutien, accompagnement...). Il s'agit donc d'un échange de discours qui va permettre de poser des hypothèses sur les faits relatés (récit de vie...), tout autant que faire l'objet d'une analyse en soit (le discours du patient peut être analysé pour ce qu'il est : structure, qualité des enchaînements d'idées, nature des mécanismes de défense...).

L'entretien permet donc un recueil pluriel, à la fois de données portant sur le sujet lui-même (dimensions de personnalité prévalences...), mais aussi de données portant sur la vie du sujet et sur la façon dont ce dernier les appréhende subjectivement. La place du psychologue dans l'entretien clinique est toujours active (relances de nature diverse) ; cette forme d'entretien est éminemment interactive, tout en favorisant autant que possible l'expression du patient. Le psychologue clinicien doit également aider le patient à maintenir ou à retrouver sa position de sujet, c'est-à-dire à ce que l'individu conserve une position active dans le processus de narration et s'implique dans le processus de construction du discours.

L'entretien clinique requiert un certain nombre de présupposés (cf. Bénony et Chahraoui, 2003), dont la plus connue est sans doute la notion de « neutralité bienveillante ». Il ne s'agit pas ici d'ignorer ses propres valeurs pour se tourner entièrement vers le système de croyances du patient, ou de mettre de côté les réactions que suscite une écoute parfois difficile du sujet, et de ce que cette écoute suscite chez le psychologue (effroi, tristesse, joie, souvenirs d'événements personnels similaires). La neutralité bienveillante est à contrario une identification de ces éléments subjectifs présents en entretien, tout en leur donnant une place qui n'empêchera pas le patient d'exprimer ce qu'il souhaite, et qui n'altérera pas la conduite de l'entretien vers les objectifs assignés.

Selon le champ théorique et conceptuel auquel le psychologue clinicien fait référence, la notion de « neutralité bienveillante » peut prendre d'autres désignations. En « langage rogérien » (de Carl Rogers (1968) ; courant humaniste), cette notion s'appelle « attention positive inconditionnelle ».

L'observation est le plus souvent corrélative à l'entretien clinique (par exemple, adjonction de l'analyse du non-verbal à la production langagière), mais peut néanmoins constituer une méthode à part entière (par exemple, observation dans une salle de jeu de l'interaction mère/enfant). Elle consiste à centrer son attention sur le patient, son expression et les interactions qu'il entretient lors d'une Situation en cours.

L'observation peut être directe ou indirecte (enregistrement Vidéo, par exemple), sous forme de recueil libre et exhaustif d'informations ou lors d'une action définie et/ou selon un plan d'analyse donné. L'observation est considérée comme une méthode clinique valide en ce sens que les conduites observées sont la résultante de la dynamique psychique globale d'un individu et qu'elles expriment sa façon « d'être au monde », en fonction de qui il est à un moment donné de son histoire et d'une situation donnée.

EXEMPLES

Exemple 1 : l'observation est parfois l'unique outil d'analyse possible pour le clinicien. C'est le cas notamment dans la compréhension de certains troubles chez les nourrissons.

Exemple 2 : l'observation est indissociable du lieu où cette observation a lieu. Un patient hospitalisé n'aura pas toujours les mêmes expressions (au moins en intensité) que dans son milieu naturel de vie.

1.3.2.4. La « clinique armée »

L'ensemble des tests et échelles renvoie en psychologie clinique à la notion de psychométrie. La psychométrie est l'ensemble des méthodes d'évaluation utilisant des outils standardisés et scientifiquement validés permettant de mesurer des composantes psychologiques et au-delà, participant à la compréhension des phénomènes psychiques d'un sujet.

Ces Instruments sont pléthores, et il est important de noter que la plupart sont juridiquement protégés : seul un psychologue clinicien, formé à en faire usage, peut les utiliser dans sa pratique. Ces tests sont disponibles auprès d'un organisme agréé, les Éditions du Centre de psychologie appliquée (ECPA), qui a autorité pour les vendre sur présentations du diplôme de celui qui en fait la demande.

L'objectif de ces instruments est double : faire apparaître ce qui n'est pas ou difficilement repérable au cours d'un entretien; mais aussi obtenir des données fiables.

Le test le plus connu est sans nul doute le test du quotient intellectuel (QI) dont l'origine est l'échelle métrique de l'intelligence qui a été créée à visée scolaire (dépistage des arriérations) par Alfred Binet et Théodore Simon en 1905.

Les tests d'intelligence sont de nos jours plus précis et plus nombreux. Nous pouvons par exemple citer la Nouvelle Echelle métrique d'intelligence ((NEMI) de René Zazzo ou encore l'Echelle d'Intelligence de David pour adultes Ces tests peuvent appartenir à deux catégories. Il peut s'agir d'inventaires de la personnalité (dimension psychométrique) ou bien des méthodes projectives.

1.3.2.5. Les tests de personnalité

Ces tests peuvent appartenir à deux catégories. Il peut s'agir d'inventaires de la personnalité (dimension psychométrique) ou bien des méthodes projectives. Au rayon des inventaires de la personnalité, on trouve par exemple l'inventaire phasique de personnalité du Minnesota (MMPI) en version longue ou abrégée, et qui permet d'établir des diagnostics, ou à minima les facilite grandement. Parmi les plus connus car faisant figure de précurseur, on trouve l'inventaire de personnalité d'Eysenck (EPI), qui détermine la personnalité selon de grands axes, comme l'introversion-extraversion. La méthode d'analyse est ici statistique.

Concernant les méthodes projectives, on trouve le Thematic Apperception Test de Murray (IAT) où le sujet doit bâtir un discours à partir de scènes représentées sur des planches ou encore le psychodiagnostic de Rorschach (trivialement appelé test des taches d'encre). Ici, le sujet doit dire ce qu'il voit.

La méthode d'analyse de ces deux tests est, dans une perspective psychodynamique, une analyse quantitative mais surtout qualitative du contenu du discours. Ils peuvent cependant être analysés selon d'autres méthodes. Ainsi, la méthode en système intégré de John Exner permet une lecture plus psychométrique et cognitive du test de Rorschach.

Enfin, est-il vraiment utile de le préciser ? Les tests de personnalité disponibles dans le presse grand public, voire dans des ouvrages de vulgarisation et de développement personnel, sont sans aucun fondement scientifique, quoiqu'en disent parfois leurs auteurs.

Les Instruments psychométriques doivent remplir trois conditions pour qu'elles soient acceptables en tant que mesure fiable :

- Ils doivent être valides c'est-à-dire bien mesurer ce qu'ils sont censés mesurer et uniquement cela ;
- Ils doivent être sensibles, c'est-à-dire qu'ils doivent discriminer des individus différents et détecter des différences chez un même sujet lors des passations répétées dans le temps (noter le niveau de sensibilité dans le temps est valable d'un Instrument à l'autre) ;
- Ils doivent être fidèles, c'est-à-dire fournir le même résultat quel que soit le praticien qui les fait passer, et la répétition presque immédiate de l'instrument doit donner le même résultat.

1.3.2.6. Les échelles d'évaluation

Alors que les tests de personnalité permettent de situer un sujet par rapport à un groupe donné, les échelles d'évaluation donnent une note concernant une dimension donnée (par exemple, le niveau de dépression). Elles permettent pour certaines de faire la part des choses entre un « trait » (composante transitoirement présente) et un « état » (composante psychologique permanente).

Par exemple, anxiété trait versus anxiété état.

Certaines échelles sont remplies par le sujet (auto-évaluation) alors que d'autres sont remplies par le praticien en lien clinique avec son patient (hétéro-évaluation).

Au « rayon » de la dépression, on peut citer deux échelles parmi les plus utilisées : la Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) et le Beck Depression Inventory (BDI). L'utilisation de ces échelles peut se justifier du fait que s'il est relativement aisé de reconnaître un état dépressif chez un sujet au cours d'un simple entretien, pour autant l'intensité de ce trouble de l'humeur n'est pas toujours évidente à évaluer sans l'aide de ces instruments.

1.3.2.7. L'étude de cas

Elle constitue l'aboutissement de très nombreuses pratiques cliniques à tel point que certains auteurs en font même une méthode clinique à part entière, tout en ne la reconnaissant pas comme équivalente aux autres méthodes, comme l'entretien (cf. Pedinielli et Bénony, 2001). L'étude de cas consiste à singulariser à l'extrême un patient porteur d'une problématique donnée.

Il ne s'agit pas ici de mener un entretien pour déterminer la nature d'un problème dont souffre un patient, mais d'une méthode d'analyse plus complète qui mène à décrire la vie psychique du patient, sa situation, ses difficultés, mais aussi de recueillir le plus exhaustivement possible l'ensemble des données (notamment d'anamnèse) qui permettent d'expliquer l'origine de ce qui est observé ainsi que son évolution.

Il s'agit donc d'une méthode dont l'objectif est d'aller bien au-delà des autres contextes possibles (comme le bilan de personnalité) en ce qu'elle met en avant une certaine logique de fonctionnement, en plus de la question du sens des éventuels troubles présentés. Également, l'étude de cas est la méthode la plus en lien avec la démarche thérapeutique auprès d'un patient. Il s'agit plus de comprendre avant tout l'individu que son problème.



CHAPITRE 2. FONDEMENT ANTHROPOLOGIQUE DE L'APPROCHE CLINIQUE

Sur quoi repose l'option prise dans l'approche clinique de considérer l'autre dans sa singularité unique, dans son unicité ? Bien entendu sur le fait que c'est une caractéristique particulière de l'être humain de pouvoir être considéré de ce point de vue. Il s'agit d'un choix méthodologique à partir d'une conception anthropologique :

- Je conçois l'homme comme étant particulièrement intéressant si je le considère comme un être unique : c'est une conception anthropologique présupposée [je pourrais partir d'une autre conception anthropologique : l'homme est particulièrement intéressant si je le considère comme faisant partie d'une espèce particulière qui lui donne des caractéristiques spécifiques générales : psychologie générale]
- Je décide méthodologiquement de l'approcher de ce point de vue, en mettant en place, techniquement ce qu'il faut pour que la rencontre ait lieu en étant centrée sur l'autre. Je considère que, si je veux le comprendre, lui, je dois le rencontrer de cette façon.

Quelle est la conception anthropologique qui sous-tend l'approche clinique en Psychologie ?

La psychologie clinique s'est mise progressivement en place à la fin du XIXe siècle. Elle a d'abord puisé ses sources dans la tradition philosophique occidentale. Depuis la tragédie et la philosophie grecques, en passant par la théologie chrétienne, une tradition s'est progressivement mise en place en occident pour considérer chaque homme comme décideur de lui-même, rationnel, responsable de son destin et de ses fautes, soumis à des lois extérieures à lui (lois religieuses, lois de sa culture, lois de sa conscience morale, lois de la raison, lois de Dieu...). De Socrate à Bergson, en passant par saint Augustin et saint Thomas d'Aquin, par Descartes, Hegel et Sartre, cette tradition philosophique nous conduit au XXe siècle à une conception individualiste de l'homme, conception qui insiste, particulièrement dans la tradition chrétienne, sur l'unicité de chaque être humain. Chaque homme est une structure pensante ; chacun est voulu par Dieu et responsable devant lui. Mais au-delà et en deçà de cette visée religieuse, une conception de l'homme se dessine et se théorise.

2.1 L'homme est une structure globale

L'homme est un système, une Gestalt, c'est à dire un ensemble composé d'éléments (de parties) pour lequel le tout est plus et autre chose que la somme des parties. Cela veut dire que l'homme n'est pas une simple addition de morceaux. Par exemple, la méthode expérimentale en psychologie ne postule pas cela puisqu'elle étudie en laboratoire des aspects particuliers du comportement des personnes. Donc, pour le clinicien, l'homme forme un tout et il prétend le saisir, le rencontrer, l'étudier en tant que tout. On refuse de le réduire à une ou l'autre de ses parties. Par exemple, on refuse de le réduire à son intelligence ou à son affectivité, ou à son statut social. Chacune de ces caractéristiques d'un individu n'est qu'un aspect de l'ensemble et n'a de signification que dans l'ensemble. Dans les pratiques, la plupart des professionnels en sont venus à cette conception : pédagogie, psychomotricité, médecine générale, organisation des institutions, etc.

Cette position méthodologique qui consiste à considérer l'homme comme une structure globale n'est pas seulement un a priori idéologique. Ce serait le cas si cette approche se fondait uniquement en réaction à la façon dont la société actuelle traite l'individu humain : le découper, le « déshumaniser », ne s'intéresser qu'à certains aspects et pas à d'autres. C'est une idéologie fondée, bien que discutable dans la mesure où l'individu et, les groupes humains peuvent toujours contester cette déshumanisation. On touche là à une des dimensions paradoxales de la personne : elle s'unifie, se globalise (y compris dans du collectif), mais en même temps elle se divise elle-même, se multiplie, plus ou moins heureusement. De telle sorte qu'affirmer d'emblée la globalité de la personne est une tautologie, une lapalissade, dont la fonction est davantage idéologique, politique.

En psychologie clinique au contraire, cette prise en compte globale fait voir des caractéristiques de la personnalité que ne montrent pas les approches découpées : la cohérence et la permanence. La cohérence implique que le système humain est composé de sous-ensembles interdépendants les uns des autres selon des lois qui sont à élucider et qui lui donnent un équilibre dynamique. La permanence, c'est la cohérence dans le temps de la personne, qui lui donne son style, son système de représentations et de valeurs, ses habitudes, à travers les conflits et, les déséquilibres qui ne manquent pas d'occuper son quotidien. Cette permanence relative est évidemment un aspect capital de l'échange social et de l'histoire individuelle et collective. Sans cohérence et sans permanence, pas d'institutions humaines possibles.

2.2. L'homme est une structure qui a du sens

L'ensemble n'est pas dû au hasard. L'ensemble est organisé selon certaines lois qui ne sont pas seulement les lois de l'organisme naturel (étudié par les sciences de la nature). L'ensemble HOMME est aussi organisé selon les lois de la culture. Ces logiques qui informent l'homme ne sont pas seulement d'ordre rationnel, au sens où la raison est l'apanage de la conscience. L'homme est aussi informé par des logiques irrationnelles, mystérieuses pour la raison consciente.

Freud a découvert, le premier, certains éléments de ces logiques psychiques à partir de la psychopathologie, et particulièrement celle des névroses, des psychoses et des perversions. Il a dénommé ces logiques qui donnent un sens caché à nos conduites, l'Inconscient, transformant ainsi un adjectif en substantif. Il a construit une théorie de l'Inconscient dont il trouve l'origine et la trace dans les premiers désirs sexuels de l'enfance de tout être humain.

Claude Lévi-Strauss, un ethnologue français, a lui aussi découvert d'autres logiques implicites qui structurent l'échange social et les rapports dans lesquels les humains se mettent les uns en référence avec les autres : ce sont les structures de la parenté. Il découvre que nous établissons des liens de parenté selon des logiques implicites, non conscientes, et ce sont ces structures qui définissent certaines possibilités d'échange que nous nous autorisons. Par exemple, la loi de l'interdit de l'inceste ne nous autorise pas à échanger du sexe (du plaisir sexuel, des partenaires

amoureux) avec quelqu'un de notre famille, de notre tribu, de notre clan. Mais ce qui forme un clan varie dans l'espace et dans le temps selon les cultures et les usages ; en Occident, actuellement, ce sont les parents, les frères et sœurs, les oncles et tantes.

Un autre découvreur des logiques implicites qui donnent du sens à la structure Homme est Ferdinand de Saussure, un linguiste suisse. Il découvre que toute langue humaine est composée d'un système de signifiants (les sons) et d'un système de signifiés (les sens), et que chacune des deux faces du signe est indépendante de l'autre. Le système des sons et le système des sens ont leur logique propre.

2.3. L'homme est une structure qui produit du sens

Freud a compris que tout homme produit du sens en s'adressant à autrui, en se mettant en rapport avec autrui, que cet autrui soit quelqu'un de concret (le père ou la mère pour l'enfant) ou quelqu'un de semblable, d'une manière générale. Il découvre que le mot « sens » n'est pas seulement assimilable à « raison » ou à « rationalité ». Par exemple, il se rend compte que les enfants (1) ne disent pas que des bêtises (du point de vue de la rationalité logique), mais que ce qu'ils disent a du sens pour qui sait l'entendre, selon la logique de l'Inconscient, selon la logique du Sujet de l'Inconscient. C'est la même chose pour le rêve (2). Du point de vue de la logique rationnelle, le rêve n'a pas de sens. Du point de vue de la logique du Sujet de l'Inconscient, cela a un sens, caché au sujet de la conscience. Freud découvre également que les lapsus, les actes manqués, les oublis (3) ont un sens caché qui dépasse le sens de la logique rationnelle. Il a appelé ces ratés de la langue, de l'agir et de la mémoire « notre psychopathologie quotidienne », dans la mesure où ils répondent à la même logique que le symptôme (4) dans la névrose, la logique de l'Inconscient ou la logique du refoulement. Il découvrira plus tard que les blagues, les mots d'esprit (5), relèvent du même mécanisme. Si nous rions, c'est parce que le refoulement est en partie levé et que les pensées inconscientes affluent dans l'échange social conscient. Nous rions de ce « tour » joué à la conscience refoulante.

Donc, ici, le psychologue clinicien décide de se centrer sur cette caractéristique de tout humain, de produire du sens dans son rapport à autrui et à lui-même. Il est évident que, si tout humain produit du sens et par là se fait lui-même humain, ce sens est à la fois culturel (il s'inscrit dans une culture et dans un système de communication) et psychologique c'est-à-dire subjectif (cela a du sens pour lui). Le sens est donc toujours à la fois partageable (culturel) et non-partageable (subjectif). Quand un humain semble ne plus produire aucun sens partageable (idiotie, coma grave, maladie mentale grave) on dit, dans le langage commun, qu'il en est réduit à un niveau végétatif. En effet, les plantes, les végétaux, ne produisent pas du sens. Dans les professions centrées sur la relation humaine, on est confronté à des situations de rencontre avec des humains qui semblent ne plus produire du sens, ou qui produisent du sens non partageable.

Toute pathologie mentale nous confronte au non-sens apparent. Cela signifie en fait que nous ne pouvons pas partager immédiatement le non-sens apparent des conduites « pathologiques » de ceux qui souffrent de maladie mentale ou le handicap grave, ce qui ne veut pas dire qu'eux ne partagent pas le sens de nos conduites « normales ». On peut entrevoir ici une première approche du terme « normal » : est « normal » quelque chose dont le sens est partageable. Dans nos difficultés à partager du sens avec un autre humain handicapé ou malade, ou simplement bébé, au-delà des moyens limités dont dispose notre interlocuteur, on peut toujours aussi se demander si ce n'est pas de notre côté que réside la difficulté à partager le peu de sens qu'il produit. Nous verrons plus loin quels sont les obstacles qui peuvent nous en empêcher. Il est évident qu'un professionnel de la relation doit pouvoir disposer d'une très large palette de sens partageable avec n'importe qui.

2.4 L'homme est une structure qui produit du sens par l'acte de parole

C'est en parlant qu'on se révèle être un humain. L'inconscient est structuré comme le langage, c'est une sorte de langage. Il répond aux lois de la symbolique humaine comme le langage. Nous aurons à découvrir et à étudier ces lois fondamentales de la symbolique spécifiquement humaine. Retenons seulement que cette caractéristique spécifiquement humaine, mise en lumière en psychanalyse par Lacan, psychanalyste français, à la suite de Freud, ne concerne pas seulement l'acte concret de parler avec des mots à quelqu'un qui comprend cette langue (ce que nous faisons

tous tout le temps), mais le fait primordial que l'être humain vit de désirs qui attendent toujours de quelque manière d'être reconnu par quelqu'un, d'être déchiffrés, d'être entendus, d'être interprétés et pas essentiellement d'être réalisés.

. On voit que le mot « désir » prend chez Lacan un autre sens que dans le langage courant. Il

désigne dans la théorie lacanienne cette exigence spécifique qu'a tout humain de demander à autrui de la « reconnaissance » nécessaire à son existence. Là aussi « reconnaissance » a un autre sens que le sens habituel ; il s'agit d'être reconnu, qu'on nous dise qui nous sommes. Tout être humain, parce que sa structure est humaine et non animale, est susceptible de décoder du sens humain et d'en produire, à partir d'abord des besoins fondamentaux de son organisme biologique. Quand un bébé humain a faim (le besoin), il n'a pas seulement faim au sens biologique du terme, il cherche (demande) à retrouver aussi des sensations concomitantes de l'apaisement : la voix, le regard, les caresses. Il a donné du sens à ces sensations et a besoin de l'autre pour les retrouver (désir). Il demande le « regard de l'autre » et ce regard lui donne du sens à lui.

2.5 L'acte de parole inclut toujours un rapport à autrui

« Si maintenant nous considérons que celui qui parle n'a rien à vendre, alors nous comprenons que ce que nous appelons inconscient représente une relation à l'autre qui passe par une relation à soi, à sa langue, à ses pulsions et à son corps, étant entendu que pour s'atteindre soi, il faut passer par un autre à qui l'on parle ».

L'homme ne trouve son sens et ne produit du sens que dans un rapport à un semblable. Cela veut dire que l'homme ne trouve son sens que dans le lien social, même si le lien se limite au social commun et pas à quelqu'un de précis. C'est pourquoi le rapport social le plus intime est capital pour le nouveau-né. Il ne devient humain véritablement qu'à partir de ce rapport social que des générations de pédagogues et de parents ont appelé « amour ». Cela veut dire clairement que dès la naissance et sous l'effet de la pré-maturation spécifique à l'être humain, à partir de la détresse immense dans laquelle se trouve le nouveau-né, l'homme est en état d'« aliénation sociale radicale », de dépendance sociale. Il n'existe, il n'a du sens, que dans ce rapport social dont il dépend. On comprend pourquoi, à partir de la puberté, on va passer une partie importante de sa vie à tenter de se dégager de cette aliénation sociale, pour essayer d'être vraiment, soi-même sans jamais y parvenir. C'est cela qui fera dire à Lacan : « nos désirs impliquent toujours l'autre, visent toujours l'autre ». Mais, en même temps, nous ne pouvons recevoir ce sens d'autrui (avec un petit « a ») qu'à travers un système symbolique de signification (la langue, les systèmes de parenté...) qui n'appartient ni à l'un, ni à l'autre. C'est pourquoi Lacan dit aussi : « le sens, on le reçoit de l'Autre » (avec un grand A). Ceci est clair par exemple pour le nom de famille et le prénom qui doivent supporter notre identité. Nous les recevons de l'autre (petit a), les parents, les aïeux, les ascendants ; mais nous les recevons aussi de l'Autre (grand A) parce que notre nom et notre prénom font partie d'un système symbolique de signifiants qui varie d'une langue à l'autre, d'une culture à l'autre. Par exemple, Robinson fait référence au système de parenté de la culture écossaise et anglaise ; Dupont au système de parenté français ; Della Cerda au système de parenté espagnol, Ndimugwanko au système burundais etc.

Il y a aussi une autre aliénation, qui n'est pas sociale ; ce sont les gènes, les pulsions, le soi profond et primitif, les caractéristiques physiques. Il est évident que cela, qui ne dépend pas de nous, n'est pas vraiment nous ; nous ne l'avons pas choisi et nous ne le connaissons pas très bien parce que cela a été immédiatement recouvert par la culture. C'est « l'autre » en nous, mais un autre « autre » que celui qui nous vient de l'environnement. Tout le monde sait que les adolescents, au moment où on peut tenter de se réapproprier ce qu'on est, tentent toujours de quelque façon d'identifier et de s'approprier cet « autre » génétique. Ce n'est pas très facile et surtout pas très agréable, parce que notre idéal imaginaire a du mal à accepter les caractéristiques physiques et caractérielles qui ne nous plaisent pas.

Cette conception de l'homme a une conséquence majeure sur l'approche clinique : le professionnel est une des données de la rencontre. Il y est engagé au même titre que le client, même si ce n'est pas à la même place. Cela veut dire que le client se révélera différent d'une rencontre à l'autre, et que le professionnel ne sera pas le même d'un client à l'autre. L'approche clinique freudienne décide de prendre cela en compte. Elle désigne cet aspect spécifique de la rencontre humaine par les concepts de transfert et de contre-transfert. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Retenons pour le moment que l'approche clinique, telle qu'elle est décrite ici, prend en compte la dimension intersubjective. Cela a comme conséquence immédiate qu'il est exclu, d'un point de vue méthodologique et technique, d'envisager une approche clinique qui se réduirait à l'application de recettes qui seraient censées pouvoir être efficaces dans n'importe quelle situation donnée sans tenir compte de la variable subjective du clinicien. Remarquons aussi que la pédagogie semble avoir découvert tardivement que l'apprentissage est meilleur quand il tient compte de la variable subjective.

CHAPITRE 3. LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Il est bien difficile de supposer une barrière étanche entre processus normaux et pathologiques. Ainsi, certaines phobies participent de l'organisation de la personnalité, et accompagnent le développement d'un individu (par exemple, phobie du noir chez le petit enfant).

Ces concepts sont donc très relatifs et donnent lieu à de multiples débats. Dans le domaine de la psychologie clinique et de la Psychopathologie, la réflexion est surtout axée autour des processus dynamiques du psychisme (dont, la personnalité) et autour de la question d'un retour possible à un certain équilibre pour un patient donné (ce qui est l'un des objectifs possibles des psychothérapies). Dans cette perception, il s'agit principalement de reconnaître les symptômes, d'en évaluer les incidences et leurs fonctions, et de les rapporter à une structure pour en comprendre les mécanismes, voire leur donner du sens.

3.1. Analyse sémantique de la notion de norme

Les mots « norme » et « normal » en français véhiculent un univers sémantique extrêmement intéressant de l'expérience humaine. Il nous apprend que l'homme a toujours cherché des points de repères que son instinct ne lui donne pas d'emblée, et ce dans des domaines aussi différents que la géométrie, la maçonnerie et l'architecture, les usages sociaux et le droit, la mesure du temps et de l'espace, la vérité, la vie des passions, les valeurs. etc.

En effet, norma, en latin, signifie d'abord « équerre » et normalis « fait à l'équerre ». C'est une référence géométrique qui renvoie directement et explicitement à la perpendiculaire, à l'angle droit (cf. définitions du Robert). Peut-être s'agit-il d'abord en architecture de savoir ce qui est droit, c'est à dire qui est perpendiculaire à la tangente, en un point de la terre. C'est évidemment très important en maçonnerie, si on veut que les murs tiennent ! Le concept s'articule donc très concrètement à une réalité physique impalpable mais constatable : la force de pesanteur, l'attraction des corps vers le centre de la terre. C'est une loi physique qui est la même pour tout le monde. La rationalité humaine va chercher ses références dans la nature même des choses. Pour les sociétés sans écriture, les lois naturelles sont de nature divine. Les dieux ont fixé les normes. On prête une intention aux puissances célestes qui nous dépassent. Ces lois énoncent des impératifs, des exigences : cela doit être comme cela, non pas parce que nous l'avons décidé, mais parce que les dieux l'ont décidé. Est normal quelque chose qui est comme il doit être. On introduit un impératif « cela doit ou il faut que... » C'est une loi de l'univers et nous n'en avons pas la maîtrise. Les lois qui définissent ces réalités ne sont pas nécessairement connues dans l'abstrait, mais n'importe quel maçon, n'importe quel architecte, n'importe quel géomètre grec ou romain ou égyptien ou chinois sait concrètement que le fil à plomb et le niveau d'eau lui indiquent l'axe que doit avoir un mur si on veut qu'il résiste au temps. L'angle droit, l'équerre, sont donc des modèles, des points de repères. Ces significations se rapportent d'abord à des métiers, à des savoir-faire, à l'art de l'artisan.

Le sens du mot latin norma est sans doute emprunté au grec (gnômôn). Le radical (gn) vient du verbe (gignôskô) qui veut dire « connaître ». Comme adjectif, ce mot grec veut d'abord dire qui connaît ou « qui discerne », « qui comprend », « qui interprète », « qui juge de ... ». Le substantif veut dire « ce qui sert de régulateur ou de règle. » Par extension le mot va désigner toute une série de choses qui servent de repère, de règle : le surveillant, le contremaître, celui qui jette un œil sur le chantier ; l'aiguille du cadran solaire, la clepsydre, les cinq premiers nombres impairs, les dents de l'âne qui permettent de fixer son âge. En priorité, en grec est normal ce qui

est perpendiculaire, qui ne penche ni à gauche ni à droite, qui se tient juste au milieu, ce qui est droit (en grec orthos). Par extension dans le domaine moral, « normal » veut dire « la mesure à ne pas dépasser »

A partir de là, ont dérivé différents sens du mot, « ce qui correspond à la prescription » ou « conforme à la règle » puis « modèle, référence, règle, exemple, point de comparaison, type le plus fréquent. » C'est dans ce sens de modèle, que les écoles où on forme des professeurs seront appelées en France « les Ecoles Normales au XV^e siècle. La chimie l'utilise (solution normale), l'étude des mœurs aussi (« qui se produit selon l'habitude, qui arrive fréquemment, conforme aux usages ») pour désigner de façon abstraite ce qui doit être, ce qui correspond à l'usage. »

On voit qu'à la longue, à partir d'une notion simple de géométrie ou d'architecture, le concept va empiéter les domaines de la conduite, de la morale, des usages, des comportements. Il nous confronte à la nécessité de se donner ou de trouver des points de repères. La norme est donc ce qui nous permet d'accéder à la vérité, au beau, au bien, au juste. Ceci recouvre une question anthropologique fondamentale : par opposition à l'animal, l'homme ne cesse de se poser des questions et de chercher des points de repère qu'il ne trouve pas immédiatement. Il s'aperçoit qu'ils sont inévitablement relatifs. Mais ce n'est pas pour cela qu'il s'en écarte, au contraire, il va s'y accrocher.

Au XX^e siècle, trois notions vont être confondues dans l'usage courant :

1. D'abord la référence aux lois naturelles, contre lesquelles nous ne pouvons rien faire ; ce qui est prévu par la nature. Par exemple, il est normal qu'on ait un cœur, deux bras, deux pieds... Il est normal qu'un mur soit droit. Il est normal qu'il y ait des orages au mois de juin en Belgique. Ces lois naturelles sont saisies empiriquement, par l'expérience, ou théorisées dans une construction qui se veut explication scientifique. L'intérêt de l'explication scientifique, c'est qu'elle permet de reconstruire le phénomène expérimentalement, donc de pouvoir l'influencer et le modifier éventuellement.
2. D'autre part la question de l'idéal moral ou éthique, qui est toujours à construire, à discuter, à affiner ; c'est la dimension de ce qui est convenable, ce qui est bien, ce qui est idéal ; par exemple, il est normal de payer ce qu'on achète, il est normal de ne pas voler ; ce n'est pas une loi naturelle, c'est une morale, une règle de conduite. Ce « normal » là permet de se donner des points de repères dans la vie en société, permet de garantir certains échanges.
3. Et enfin la référence à la majorité mathématique qui est le constat d'un comptage ; le plus grand nombre devient une référence normative. C'est ce qui a tendance à se passer dans les pays démocratisés ; c'est la force de la majorité et, la dévaluation concomitante des minorités. C'est aussi la référence habituellement utilisée dans une des étapes de la construction du savoir scientifique classique, en tout cas celui qui exige méthodologiquement la vérification objective par comptage, d'où l'importance des statistiques dans certaines études scientifiques.

Remarquons tout de suite que cette confusion peut-être une source d'erreurs, éventuellement graves. Par exemple, la référence statistique peut être en contradiction avec les lois naturelles. Sur une île du Pacifique, on a trouvé une tribu dont 75 % des gens sont tuberculeux. Statistiquement c'est la majorité. Du point de vue des lois naturelles, on ne peut pas concevoir qu'il soit normal d'être tuberculeux.

Autre exemple : du point de vue des lois naturelles, le handicap mental est une anomalie, une anormalité, une pathologie ; c'est la même chose pour l'homosexualité. Il est donc anormal d'être handicapé mental ou homosexuel. Mais du point de vue d'une éthique des rapports sociaux, d'un idéal, nous ne sommes pas obligés de les considérer comme tels. Nous pouvons, par idéal, décider de les considérer comme semblables à nous, normaux.

3.2. Qu'est-ce qui relève du pathologique ?

La méthode clinique et ses outils ont notamment pour objectif de pouvoir définir ce qui, chez un individu, relève de processus normaux et de processus pathologiques dans le sens de ce qui met à mal sa dynamique interne et altère son adaptation au monde de façon inquiétante pour lui ou pour les autres).

Plusieurs conceptions du pathologique existent et ont un poids d'une culture et d'une époque à l'autre. Ainsi, la conception animiste (le mal est externe et effracte le sujet qui est débordé par lui) a longtemps prévalu dans nos sociétés, avec notamment l'approche démonologique.

Également, le modèle expliquant la pathologie par une lutte entre éléments contraires était présent en médecine hippocratique, et le reste en médecine chinoise. On pourrait d'ailleurs inclure dans cette conception une certaine dimension de la psychanalyse, qui théorise notamment autour de la notion de conflits internes. C'est encore la conception positiviste dont Auguste Comte est le fondateur, mais que l'on retrouve aussi dans une certaine mesure dans les classifications Internationales telles que la CIM. Il revient à dire de cela que la conception du normal et du pathologique est une question qui ne possède pas de réponse absolue. Elle est cependant importante en psychologie clinique et demande une certaine visibilité car les conceptions utilisées, les théories de référence et les outils utilisés par un psychologue renvoient à une certaine compréhension de l'autre. Et d'une certaine manière, le background du professionnel, ses choix de méthodes, renvoient à sa conception de l'autre et de la question de ce qu'il va observer, évaluer et comprendre comme quelque chose de normal ou pathologique.

3.3. Perspective de Canguilhem

Le philosophe Georges Canguilhem (1904-1995) fait remarquer qu'il existe une ambiguïté au terme « normal » qui peut renvoyer soit à une notion statistique (être dans la norme), soit à un idéal (une forme parfaite): La question est ici de taille, puisqu'elle correspond à deux visions différentes des choses, et même à deux conceptions qui semblent s'opposer dans le champ de la psychopathologie

Soit la notion de « normal » renvoie à des lois, notamment statistiques, ce qui suppose l'existence d'invariants psychologiques par rapport auxquelles on va situer l'individu (le pathologique désignant alors l'écart quantitatif ou qualitatif par rapport à une norme donnée). Soit on suppose que le normal renvoie avant tout au rapport qu'un patient entretient avec lui-même et son environnement (le pathologique désignant alors avant tout une différence de vécus)

Pour Canguilhem, il n'existe pas de différence pure entre la notion de normalité et celle de pathologique. En effet, le pathologique renferme quelque chose de l'ordre de la normalité, en ce sens qu'il renferme quelque chose de l'ordre d'une normalité qui lui est propre. Pour cet auteur, quelle que soit la façon dont la vie est vécue, elle fonctionne selon des normes plus ou moins marquées.

Pour autant, Canguilhem postule que ce que l'on nomme « normal » n'est pas dans une continuité avec le pathologique. Il écrit : « L'état physiologique n'est pas, en tant que tel, ce qui se prolonge identiquement à soi jusqu'à un autre état capable de prendre alors, inexplicablement, la qualité de morbide (Canguilhem, 1966). Le terme de normal est donc impropre, donne presque lieu à quelque chose qui ne peut être pensé en tant que telle. Il vaut mieux réfléchir en terme de normativité (dont peut faire partie ce que l'on nomme pathologique). Par ailleurs, une anomalie n'est pas forcément pathologique, dans le sens où elle ne donne pas forcément lieu à un dérèglement physique, psychique ou social. Il s'agit donc, quand on parle de « normal » d'aller voir du côté du rapport normatif d'ajustement qu'un individu entretient avec son milieu.

Enfin, pour Canguilhem, c'est l'individu et lui seul qui peut se vivre comme malade ou non (notion de santé), peut se dire normal ou non. Autrement, à la subjectivité des termes évoqués, correspond la subjectivité intrapsychique. Pour autant, cette appréciation possède une limite, les patients qui ont une conscience d'eux-mêmes altérés.

Exemples

Exemple 1 : un patient VIH peut se dire en bonne santé parce qu'il est asymptomatique et ne possède pas de perturbations sociales, personnelles, etc., en lien avec sa sérologie positive au virus du sida, ce, même si médicalement il est atteint d'une maladie.

Exemple 2 : un patient à délire de persécution se dira également normal et en bonne santé. Sa perception biaisée de la réalité ne lui permettant pas d'avoir une visibilité sur les éléments pathogènes à l'œuvre.

3.4. La notion de structure selon Bergeret

Le psychanalyste Jean Bergeret postule une certaine continuité entre processus normaux et pathologiques, qu'il lie dans une perspective génétique (développement psycho-affectif). Pour lui, « l'homme normal » est celui qui maintient une certaine souplesse dans ses processus psychiques et adaptatifs en soi et à l'environnement).

Très exactement, Bergeret désigne par le terme de « structure » le mode d'organisation psychique d'un individu. Il s'agit d'une organisation primaire, de base et dynamique. La structure est en lien avec la façon dont un individu s'adapte à une réalité et lui donne une certaine cohérence. Les deux structures de base sont la structure névrotique et la structure psychotique, et ne signent en aucun cas la psychopathologie.

Elles permettent une adaptation normale et équilibrée de l'individu par rapport à son univers. Cependant, si l'environnement devient trop source d'exigence pour l'individu et le déborde, la structure devient instable ; elle se décompense et donne naissance à des conduites cette fois pathogènes et destructrices.

3.5. Analyse structurale de la question de la norme

La question de la norme est donc une question anthropologique fondamentale. Tous les hommes ont besoin de « normer », de (se) donner des points de repères, de comprendre le monde, les lois de la nature, de savoir ce qui doit être ou ne pas être. C'est une nécessité interne de la structure de l'humain. On remarque nettement cette nécessité interne dans le processus de développement : l'enfant a besoin de modèles, d'exemples, d'usages pour exercer ses compétences. Les parents les lui donnent, mais il en cherche d'autres aussi, les copie, les imite. Dans le processus d'identification, il prend ses parents pour modèle, malgré lui. Les parents sont la règle.

Par ailleurs, pour déjà introduire le concept complémentaire de pathologique, remarquons que ce n'est pas parce que nous normons que l'anormal ou le pathologique nous sont indifférents. Au contraire, constatons immédiatement que le pathologique nous interpelle, nous intrigue nous fait peur, voire nous attire. Ce n'est pas pour rien qu'on exposait les monstres dans les foires. D'ailleurs, le mot « monstre » vient sans doute du latin « monstrare » (montrer). Les monstres, c'est donc ce qui se montre ! Donc si le beau, le vrai, le bien, le juste polarisent l'intelligence de l'homme, le laid, le faux, le mal, l'injuste continuent de le passionner, ne fut-ce que du point de vue de ses affects et de ses émotions.

A partir de ces constatations que l'homme a besoin « de normer, de juger, d'évaluer », on peut se demander quelles sont les modalités dont il dispose pour le faire, quelles sont ses références ? On peut dire que chaque jugement normatif humain comprend toujours à la fois quatre références, mais que certains jugements peuvent accentuer une référence plus que l'autre. Cependant, les références sont dans un certain ordre, qui va du jugement le plus sensoriel au jugement le plus rationnel.

➤ La référence esthétique

Nous pouvons « normer » le monde de façon esthétique, c'est à dire en nous basant sur nos **sensations**. Il faut savoir que (eisthêsis) en grec, le mot qui a donné « esthétique » signifie « sensation ». On prend en compte ici le « **sentir** », verbe qui se rapporte aux sensations. On retrouvera cette référence esthétique dans tous les jugements de beauté, ou de goût tels qu'on les utilise à propos de l'art ou de l'artisanat (couture, cuisine par exemple). On dit d'un plat, d'une robe, d'un mur : « ça va ». Cela veut dire : « cela va comme cela doit aller ». Il s'agit d'un jugement esthétique. Il ne s'agit pas d'une constatation statistique ou d'un consensus social mais d'une sensation subjective ; on se laisse aller à l'événement. L'individu jugeant se laisse prendre par ses sensations de plaisir ou de déplaisir. Ses yeux, son palais, sa peau, ses oreilles trouvent un plaisir à regarder, à voir, à goûter, à toucher, à entendre. On est dans le domaine du feeling en anglais ou de la Fuhlung en allemand. On peut dire : « cela tombe bien, cela a le juste goût, le bon ton, l'allure, l'harmonie, l'atmosphère : je le sens bien. ». Ces positions sont éminemment subjectives au niveau du sentir. On entre dans la dialectique des qualités et de leurs contraires, des allées et venues d'une qualité esthétique à l'autre. On est en mouvement dans un espace, dans une gradation de sensations, dans une palette de sensations. L'observation phénoménologique en philosophie recommandait cette capacité de saisir le monde de cette façon esthétique : se laisser prendre par les choses telles qu'elles nous viennent, en nous abstenant de compter, de qualifier, d'imaginer. On peut échanger des sensations, des impressions, nuancer, échanger des informations.

La sensation est sans doute la première forme d'existence humaine, la forme de base de laquelle on est parti depuis la naissance et à laquelle on revient toujours nécessairement. Quand elle est agréable, elle nous met dans un état de bien-être. Qualifier des sensations d'agréables ou de désagréables, c'est notre première façon de normer.

Cette dimension renvoie à l'univers de l'art : « qui plaît aux sens ». Cependant il faut s'apercevoir que cette première dimension est une appréhension globale de l'événement par la sensation. Il n'y a pas d'analyse. C'est une première impression, à l'intérieur de laquelle on peut voyager, de gradation en gradation. On évalue ici des qualités plus que des quantités. Ces qualités s'opposent les unes aux autres et sont appréciées dans cette dialectique (par exemple, dur-mou, noir-blanc, plaisant-déplaisant, grave-aigu, aimer-ne pas aimer, joyeux-triste, etc.)

Cette première dimension normative est dans un certain rapport avec la pathologie de la dépression. Justement, le déprimé ne peut plus goûter des choses de la vie : il ne sait plus ce qui est agréable ou désagréable ; pour lui tout est monotone, égal, sans qualité. Il a perdu sa capacité de normer esthétiquement. Du même coup, il perd la capacité relationnelle qui y est liée, celle de partager des émotions, des ressentis. En effet, le jugement esthétique induit une participation émotionnelle collective. Il permet une première forme d'identité collective : être ensemble dans la même émotion.

➤ La référence statistique

Il s'agit ici de « compter » et non plus de sentir, c'est à dire de voir comment l'univers se distribue en termes **d'unités** séparées les unes des autres. On compte les unités, puis on établit des moyennes, des écarts types, des probabilités. On est passé de la sensation à **l'objectivation**, en supposant que le comptage s'impose de l'extérieur et non pas de l'intérieur. En comptant, on fait référence à l'extériorité de la nature. On introduit la mesure en imposant l'unité (le kilo, le gramme, le Q.I., le cm ou le m), et on a tendance à croire que cette unité arbitraire est dans le réel, que la mesure est la réalité. Le but est de rendre les choses objectivables par le comptage, **de diviser le réel, de l'analyser en unités**, de l'objectiver, **de le comparer** à d'autres unités objectivées. La question est de savoir si en comptant on a épuisé le sens de la nature, de l'événement. C'est le danger de l'illusion de la science positive, la science du comptage qui est celle qui domine notre monde occidental. On compte les Flamands et on compte les Wallons, puis on additionne, on soustrait, on divise, on multiplie. Pour le vrai chercheur scientifique, le comptage n'est qu'une modalité provisoire de la science, celle qu'on utilise pour approcher le phénomène ou le vérifier, le contrôler. Le vrai domaine de la science c'est d'imaginer les lois qui sous-tendent le phénomène.

Si dans la référence esthétique on était dans une dialectique des qualités et des graduations infinies, ici on est dans une dialectique de la quantité, du proche et du lointain, du centre et de la périphérie (par rapport à la moyenne par exemple). Qu'est-ce qui est proche ou qu'est-ce qui est loin de la norme ? Les points de repères sont d'emblée fixés comme réalités objectives. On divise le monde, on le décompose en facteurs, en séries mesurables. C'est évident qu'on perd la dimension des qualités du réel.

Prenons un exemple. Si on se demande « qu'est-ce que c'est que la santé ? » On a des difficultés à répondre. Pour contourner la difficulté on se met à compter, à partir du principe qu'il y a plus de gens en bonne santé que de gens malades. La santé, c'est l'état dans lequel sont la plupart des gens. C'est une façon de normer. Mais il est évident que si cette façon nous renseigne sur sa nature, le renseignement n'est que ponctuel et doit être interprété. Par exemple, à propos du Quotient Intellectuel : on mesure l'intelligence avec un instrument qui fixe des unités et une moyenne. On ne peut pas dire qu'on n'apprend rien sur l'intelligence des gens qu'on compare les uns aux autres. Mais qu'est-ce qu'on mesure vraiment ? Qu'est-ce qu'on introduit dans le réel complexe ? Une simplification ponctuelle qu'il faudrait interpréter dans une situation d'ensemble en tenant compte du côté arbitraire de la mesure. Au contraire, le comptage donne l'impression que c'est mesuré une fois pour toutes, que cela ne changera pas. Vous mesurez I m 80, point. On voit la différence avec l'approche sensorielle ; nous savons bien qu'une pomme ne goûte pas de la même façon aujourd'hui qu'hier, de même qu'elle ne goûte pas de la même façon pour un individu ou pour un autre.

➤ La référence éthique

Normer éthiquement c'est faire référence à une règle sociale ou morale, c'est à dire à un consensus. On décide que ceci est bien et que cela est mauvais. Cette décision est souvent implicite ; on la perçoit dans le champ social lorsqu'on évoque les positions individuelles à propos des valeurs. Il ne s'agit plus de sentir, ou de compter mais de « décider », de « convenir », « d'organiser ». Ces décisions nous font tenir ensemble et nous séparent. Les valeurs, les modèles, les droits, les rôles, les attentes, les idéaux, inaugurent la dialectique de l'un et du groupe. Ce n'est plus la dialectique des qualités ou celle des quantités mais celle de la responsabilité de l'un face au groupe en même temps que celle de l'entrée ou de la sortie du groupe, des acceptés ou des refusés. C'est d'emblée un choix mais un choix socio-affectif. On sépare les gens, les choses, on les classe. On sépare en regroupant et en marginalisant. On identifie et on différencie en fonction d'un critère extérieur. On circonscrit un espace avec un dedans et un dehors ; hypothèse scientifique, axiomes, principes, postulats : on décide de faire « comme si » pour voir comment les choses vont se classer, se grouper. On peut se mettre d'accord sur des hypothèses, se confronter, se contredire, argumenter, être en désaccord, décider provisoirement d'être d'accord, ou systématiquement d'être en désaccord, proposer d'autres hypothèses, d'autres classements.

Nous découvrons la relativité de ces consensus lorsque nous sommes enfants. Normer

éthiquement est une façon de nous différencier les uns des autres et de nous rassembler. On rassemble ce qui se ressemble. Par exemple, les usages quotidiens concernant la nourriture, la propreté, le sommeil, le travail, les rapports affectifs, etc., différencient ma famille de celle du voisin et en même temps rassemblent ma famille autour de ces « normes. Ces « normes » donnent une identité à ma famille et à partir de là, je peux chercher d'autres familles proches de la mienne. Nous pouvons alors créer un lien groupal de familiarité.

« Les personnes normales, dit Lucien Israël dans son livre « Initiation à la psychiatrie » parlent un langage commun, c'est-à-dire fondé sur une signification moyenne reconnue et acceptée par l'ensemble d'un groupe. Cette signification moyenne laisse à chacun la possibilité de variations légères d'un certain jeu, qui font que malgré la normalisation, des différences individuelles peuvent être maintenues » (1984, p. 30). (C'est là que le psychotique sera pris en défaut par l'entourage, c'est ce qui manque à son langage. Le psychotique ne se réfère pas à un trésor commun » (ibid.).

L'enfant se sent appartenir à une famille aussi à partir de ces « normes et idéaux familiaux », à partir des usages. L'adolescent découvre que tout cela est relatif et n'épuise pas ses possibilités d'identité. Il fait sauter les barrières, cherche d'autres normes, d'autres familles, d'autres groupes, d'autres usages qui peuvent satisfaire son identité profonde en révolution. Ces mouvements ne sont pas sans créer des bouleversements et des « conduites anormales ». D'ailleurs, souvent, les conduites anormales de l'adolescent ont pour but de provoquer les parents, de les déstabiliser, de relativiser leurs normes éthiques, de les désabsolutiser.

➤ La référence fonctionnelle

Normer fonctionnellement, c'est faire référence à une loi supérieure, celle de la Nature, celle de l'ordre de l'univers. Nous espérons y accéder par la science, c'est-à-dire que nous construisons une représentation de la loi naturelle concernant les phénomènes qui nous intéressent. Par exemple de ce point de vue, il est normal qu'un corps jeté en l'air retombe vers le sol. Il est normal que les feuilles reviennent au printemps, etc. C'est normal du point de vue des lois de la nature telles que nous nous en sommes donné une représentation provisoire. Il ne faut pas oublier que les lois scientifiques sont toujours provisoires compte tenu de notre ignorance. En effet, nous ne sommes pas des dieux et donc nous sommes soumis à une ignorance partielle. Néanmoins, les lois scientifiques de la physique, de la chimie, de la biologie nous ont amené à résoudre pas mal de problèmes techniques et à diminuer certains problèmes que nous rencontrons dans la vie. Il ne s'agit plus ici de sentir, de compter, de décider mais de « comprendre », de « se représenter comment le monde fonctionne. Un événement quelconque du monde sera donc jugé en fonction des lois connues par la science.

Cette démarche implique donc une représentation, de « voir », de se faire des « idées ». Remarquons qu'en grec le verbe (oïda) veut dire voir et c'est le même radical qui a donné le mot idée (ēidos). Donc avoir des idées, c'est avoir en imagination, en représentation, c'est voir abstraitement.

La pensée scientifique voit, imagine, élabore, représente hiérarchise, construit et totalise le réel concret ; elle s'en donne une Vision. On crée un espace artificiel, un espace imaginaire qu'on construit comme totalité provisoire, hiérarchisée, décomposable (c'est la théorie, il est intéressant de s'apercevoir que le mot théorie en grec se dit theoria et veut dire théos orao, voir Dieu. La théorie est une tentative de totalisation du monde dans l'abstraction du langage ou de la formule mathématique. Elle éclaire le réel, permet de mieux le comprendre ; ou elle ne l'éclaire pas. On peut s'y identifier, on peut l'approuver ou la refuser, l'intégrer, l'adapter, contredire, la transformer, la faire progresser, la figurer, l'approfondir, l'adopter. Elle peut être vraie ou fausse selon qu'elle colle au réel ou plutôt colle à nos croyances. Elle doit être vérifiée. Une théorie qui ne se vérifie pas et qui pour but (affirmer nos croyances n'est pas une théorie scientifique, c'est une religion.

En conclusion, lorsque nous qualifions une chose, un événement, un être, un comportement de « normal » ou « d'anormal » ou de « pathologique » compte tenu de la déconstruction que nous venons de faire, il convient de se demander de quel point de vue on se place. S'agit-il d'un jugement esthétique tout à fait légitime mais qui est subjectif (j'aime ou je n'aime pas) et que nous voulons partager avec quelqu'un d'autre. Par exemple, on peut dire que quelqu'un qui souffre de manies obsessionnelles est insupportable à Vivre : c'est anormal parce que ce n'est pas agréable à vivre. Par contre, lui, il trouve que c'est normal ; il aura d'ailleurs le plus souvent des tas de raisonnements pour justifier ses compulsions. Nous savons d'ailleurs que ses vérifications ont pour but de lui rendre la vie plus supportable, plus agréable. S'agit-il d'un jugement de type statistique issu d'un comptage et qui nous renseigne sur la majorité le plus grand nombre ? De ce point de vue, on peut se rendre compte que tout le monde a des manies de vérification jusqu'à un certain point en tout cas. Mais ceux pour qui cette manie empoisonne l'existence quotidienne et les handicape dans leur fonctionnement social, c'est quand même statistiquement une minorité. Donc, c'est anormal.

S'agit-il d'un jugement éthique et d'un consensus social qui permet de nous identifier à un groupe et de nous distinguer d'un autre. Ici, avec le même exemple, on s'apercevra que cela dépend du milieu dans lequel on vit. La vérification obsessionnelle peut être plus ou moins bien tolérée selon les milieux sociaux ou familiaux. Selon cette tolérance, la personne peut se déclarer anormale ou non et décider de consulter ou non. Ou s'agit-il des lois scientifiques provisoires et incomplètes qui tentent de comprendre le fonctionnement logique du monde dans lequel nous sommes ?

Prenons un exemple classique l'homosexualité.

- D'un point de vue esthétique et subjective, on peut apprécier les homosexuels en ce qu'ils ont de fin, de cultivé, de sensible et parce qu'ils contribuent au développement de la culture de la pensée et des arts. Leur compagnie est agréable et favorise les rapports sociaux non agressifs.
- D'un point de vue statistique, on peut constater qu'il y a toujours eu beaucoup moins d'homosexuels que d'hétérosexuels et donc que l'homosexualité est une marginalité de la nature, une minorité statistique.
- D'un point de vue éthique et consensuel, on peut les déclarer anormaux, dangereux : on peut, s'en moquer, les condamner, les exclure, s'en méfier, ce qui a été le cas à certaines époques. On peut au contraire les admettre, les intégrer, les inclure, les normaliser, y compris dans les lois de la société (mariage, adoption, héritage etc.) ; c'est la tendance dans laquelle nous sommes plutôt actuellement dans l'espace social occidental. Il faut se souvenir qu'un des plus beaux textes sur l'amour que nous ait légué notre culture, le Banquet de Platon, parle principalement de l'amour homosexuel entre hommes cultivés au IV^e siècle avant Jésus-Christ en Grèce ancienne. Alors que la société grecque valorisait l'échange hétérosexuel dans la famille, les intellectuels considéraient que l'exemple le plus sublime de l'amour était celui qui unissait deux hommes.
- D'un point de vue scientifique, à condition qu'on examine les sciences de l'homme et, pas seulement les sciences biologiques issues des sciences exactes, on peut penser que la nature humaine nous laisse le choix en matière de sexualité, que nous élaborons notre sexualité dans une histoire et donc dans un contexte donné mais que l'homosexuel fait l'impasse sur un des facteurs qui composent notre vie psychique : la différence des sexes et l'assomption de cette différence. Aucune de ces positions n'annule à priori les trois autres points de vue. Cependant, étant donné les différents points de vue, l'avenir nous dira si nous avons raison éthiquement ou politiquement de nous engager dans une voie ou dans une autre, chaque avancée charriant en elle-même son lot de problèmes nouveaux (par exemple, la tendance actuelle en occident concernant l'homosexualité posera sans doute la question difficile de la légitimité pour les homosexuels d'adopter des enfants pour les élever).

□

CHAPITRE 4. L'HOMME AU SINGULIER

Se centrer sur la personne singulière permet de construire l'approche clinique dans la relation, ce qui implique deux sujets en interrelation : le psychologue, sujet actif, ne considère pas un objet passif, posé devant lui, mais un autre sujet, actif. Chacun de deux sujets est un individu (indivis, indivisible), un sujet complet, concret, cohérent et permanent, un homme au singulier qui en rencontre un autre, dans des situations particulières.

4.1. L'individu, un tout

L'individu est analogiquement à l'homme ce que l'atome est à la matière. L'atome est ce qu'on ne peut pas couper (a-tome), le plus petit élément de la matière (du moins jusqu'à il y a quelques dizaines d'années) ; de la même manière, l'individu est ce qui est indivisible chez l'homme, c'est une unité, une totalité unique. C'est cette globalité, proclamée par ses « pères », qui caractérise l'approche clinique.

Il est parfois difficile, ou inintéressant, d'aborder l'homme d'une façon globale ; cela justifie alors que, pour des raisons méthodologiques, techniques ou pédagogiques, on s'intéresse, de façon artificielle, à ses différentes composantes. C'est ainsi qu'on étudie, par exemple, les grandes fonctions psychologiques, comme la perception, la mémoire, le raisonnement, etc. ; de la même manière, le psychologue clinicien peut chercher à diagnostiquer une défaillance éventuelle dans un de ces domaines et tenter de la pallier. Mais ce serait une erreur de ne pas, à un moment donné au moins, réintégrer ce qui a été isolé de l'ensemble du sujet ; on ferait le même type de « faute » que le médecin spécialiste qui soignerait parfaitement un organe malade sans s'inquiéter des répercussions que son traitement médicamenteux peut avoir sur d'autres parties du corps : un praticien peut arriver à guérir une douleur rhumatismale en déclenchant des ulcères

à l'estomac, par l'acidité agressive des analgésiques prescrits.

Il est effectivement impensable, de nos jours, pour le somaticien, le médecin du corps, de vouloir soigner un organe isolément. Un organe fait partie d'un ensemble corporel qu'on ne peut ignorer sans remettre en cause l'équilibre de la structure. Mais c'est également la personne souffrante dans sa totalité, dans sa globalité corps-psychisme, qui doit être prise en compte. On ne devrait plus soigner une maladie, comme le faisait Galien, mais un malade, à l'instar d'Hippocrate. Il existe une unité essentielle de l'être humain, psychosomatique, ou somatopsychique, par définition.

La coupure traditionnelle entre corps et âme (ou corps et psychisme ou bien soma et psyché) a été remise en cause par Freud et ses héritiers :

Le psychisme s'enracine, prend corps, dans tous les sens du terme, dans le soma et les besoins fondamentaux, physiologiques, innés, de chaque être humain ; et lorsque le psychisme d'une personne ne réussit plus à assurer l'intégrité de l'ensemble, le trouble régresse parfois au niveau somatique. Mais que ce soient le corps ou l'âme qui souffrent, il s'agit toujours bien de souffrance, de quelque façon qu'elle s'exprime ; la question de savoir si l'origine de la souffrance se trouve dans le corps ou dans l'esprit détourne déjà de la réalité du sujet, indivis ; personne n'aurait l'impudence de demander à un malade incurable si c'est son corps qui souffre ou si tout ça ne se passe que dans sa tête !

Une approche clinique du sujet malade, souffrant, tente de prendre en compte toutes les dimensions de son vécu, et donc toutes les dimensions de sa souffrance. L'approche psychosomatique dont il est question ici n'est pas l'approche des maladies, encore moins celle de certaines maladies particulières, mais bien une approche du sujet, qu'on s'efforce d'aborder dans toutes ses dimensions.

Il est intéressant de noter que la « conscience » d'être un tout, même sur le seul plan corporel, n'est pas inné, ce que nous apprend la psychologie du développement. Le nourrisson est tout surpris des sensations que lui procure la manipulation de ses orteils ; le petit enfant (et certains adultes, par une sorte de résidu langagier) exprime sa souffrance en disant : « mon bras a mal ».

4.2. L'individu, intégré dans un environnement

L'homme est unique par sa structure individuelle, Il l'est aussi par la structure de son environnement ; il serait d'ailleurs erroné de séparer ces deux structures, en interaction l'une avec l'autre, et que nous n'avons distinguées que pour en simplifier la présentation. Chaque personne vit dans un monde particulier, enclos dans l'espace et le temps qui sont les siens et limité par ses capacités sensorielles. C'est avec cet environnement personnel, unique dans la mesure où Il ne peut jamais y avoir deux personnes présentes au même endroit (c'est-à-dire soumises strictement au même environnement), en même temps et au même moment, que tout sujet entretient des interactions exclusives. C'est d'ailleurs ce qui explique en partie que même des jumeaux monozygotes, c'est-à-dire identiques d'un point de vue chromosomique, deviennent différents lorsqu'ils sont soumis à des influences différentes.

ENCART 17

L'individu, au centre de son milieu

« Il existe » des difficultés inhérentes au terme de milieu, qui constituent dans notre esprit un inconscient obstacle à la compréhension du milieu lui-même. Il est une métaphore, et par surcroît un paradoxe.

« La métaphore ici est une image d'ordre spatial, plus précisément encore une figure géométrique. Le paradoxe est un renversement de signification consistant à désigner par milieu, c'est-à-dire par son centre, l'ensemble de la figure. L'expression de « milieu extérieur » est donc d'un illogisme aggravé d'un pléonasme. Mais l'absurdité est portée à son comble avec le « milieu intérieur », où la contradiction des termes n'est acceptable que par l'usure des images.

« Ce paradoxe sémantique, cet illogisme déconcertant, est une invention française relativement récente que les auteurs anglo-saxons empruntent quelquefois, bien qu'ils aient su créer pour leur compte les termes beaucoup plus satisfaisants d'environnement et de nature [...] »

« En fait, le milieu n'existe que dans la mesure où l'organisme l'assimile et cette assimilation transforme du même coup et l'organisme et le milieu si l'on veut bien considérer celui-ci non pas dans l'abstrait, mais au niveau même de son assimilation [...] »

« L'individu est partie intégrante du milieu, toujours de quelque façon et à quelque degré. Cela ne signifie pas, tout bonnement, qu'il fait partie du milieu comme un objet parmi d'autres ou, s'il s'agit de relations interpersonnelles, qu'il appartient à l'entourage d'autrui comme autrui appartient à son propre entourage. L'individu est pour lui-même facteur constitutif de son propre milieu. Il est à lui-même son propre milieu, dans la détermination intime de ses actes et de sa conscience, par sa corporalité, et par l'intériorisation de toutes les influences, de toutes les

présences qui ont agi sur lui [...] »

« Notre condition d'homme ou de femme fait partie de notre situation, elle polarise notre ambiance, elle donne un style à nos rencontres et à nos fréquentations, elle intervient pour doser l'importance relative des circonstances, des faits, des idées, bien au-delà de la sphère de nos relations interindividuelles et de nos expériences immédiates [...] »

La socialisation de l'individu est évidemment une genèse. Et, au début de cette genèse, la première réalité est déjà sociale ; elle n'est pas l'intuition d'un moi isolé qui aurait à reconnaître ultérieurement par analogie l'existence d'autrui, mais une expérience syncrétique où le moi et l'autre ne sont pas différenciés ; [...] le caractère social de l'enfant apparaît, dès les premiers mois de sa vie, dans les réactions émotives qui le font communier avec son entourage. »

« [...] La psychologie intégrale que nous avons à promouvoir ne peut plus se borner à parler le langage de la première ou de la troisième personne, de la subjectivité ou de l'objectivisme. Elle doit parler à toutes les personnes du singulier et du pluriel. Y compris le duel, ce nombre archaïque disparu de nos grammaires mais qui subsiste, profondément, dans le tissu de nos actes et de notre conscience. (R. Zazzo, Les jumeaux. Le couple et la personne, t. 1 : L'individuation somatique, chap. I : « Méthode des jumeaux et postulats, Paris, PUF, 1960, p.50-56.) »

L'homme vit en particulier dans un environnement spécifique ; c'est en effet un être social, qui doit son humanité (à travers le Langage) aux rapports qu'il entretient avec les autres, histoire communautaire de sa vie avec ses semblables. Il est alors intéressant d'aborder le sujet tel qu'il se manifeste dans son groupe d'appartenance ; cette approche clinique de l'homme en société est celle retenue par exemple par les « systémiciens », qui, dans leurs thérapies, intègrent la famille du sujet qui leur a été présenté dans un premier temps comme « le » malade à soigner.

La prise en compte du groupe dans une approche clinique peut se faire de deux manières principales. Le groupe peut apparaître comme une somme d'individus, dont l'ensemble est structuré, chaque individu continuant à pouvoir être abordé en tant que tel, dans ses relations avec les autres individus ou avec la structure. Dans cette perspective, qui s'apparente à de la psychologie sociale clinique, le groupe est un environnement pour le sujet, qui en perçoit les comportements, les idées, les sentiments, et qui y réagit, déclenchant lui-même, dans un processus interactif, des réponses du groupe. Mais le groupe peut également être considéré comme une entité qui dépasse la simple juxtaposition cumulée de ses composantes individuelles : on peut alors parler d'un sujet groupal, qui possède un appareil psychique propre, avec en particulier un inconscient, non réductible à une sorte de « moyenne » des appareils psychiques des personnes qui le constituent. C'est la même conception que développent certains auteurs à propos de la famille, quand ils parlent d'un « inconscient familial ».

Nous pouvons illustrer ces deux manières de considérer le groupe avec un exemple militaire. Dans une armée, ne parle-t-on pas de corps, c'est-à-dire d'unités administrativement indépendantes (bataillons, régiments...), composées d'un certain nombre de « corps » individuels ?

Chaque soldat qui est incorporé à une armée a des caractéristiques individuelles, de bravoure, de force, d'habileté au tir, d'adhésion à l'idéologie de la défense nationale, etc. ; en tant que tel, il est possible de le définir comme un « bon » ou un « mauvais » soldat. Une armée est alors composée d'un certain nombre de soldats, mais sa force, par exemple, ne peut pas être assimilée à une moyenne de la force de ses recrues ; elle relève plus de la quantité de ses divisions, de la proportion éventuelle de sa cavalerie par rapport à son infanterie, de sa capacité à être mobilisée rapidement en cas de conflit, etc., toutes caractéristiques indépendantes des qualités propres de chaque soldat.

La personnalité d'un sujet est en relation directe avec le milieu dans lequel il vit actuellement (ce qu'on appelle la perspective synchronique) ; mais elle s'est également construite par le jeu des relations qu'il a tissées avec son environnement, en particulier humain ; sa mère d'abord, son père, ses frères et sœurs, sa famille au sens large, puis ses amis... (c'est la perspective diachronique) ; elle ne peut être comprise qu'en intégrant l'histoire familiale de sa filiation, l'histoire des événements qu'il a vécus et qui ont laissé en lui une trace psychique.

Cette notion de sujet unique, résultant d'une histoire originale, éclairée par un environnement particulier, nous pouvons l'illustrer par l'exemple des inventeurs de grandes découvertes ; ce n'est pas une personne quelconque qui peut faire une découverte à n'importe quel moment. Il est par exemple classique de dire que la psychanalyse ne pouvait être élaborée que par S. Freud, né dans une famille particulière (la nature de ses rapports avec ses parents n'est pas étrangère à sa démarche), vivant à une époque particulière (l'évolution des idées et des intérêts scientifiques annonçait l'inconscient), dans un milieu particulier (la bourgeoisie viennoise du XIXe siècle favorisait l'éclosion des hystériques), pour ne prendre que ces grandes lignes de force. Mais ce n'est pas un être passif que cet environnement a modelé ; comme le rappelle O. Mannoni, les événements vécus par Freud sont entrés en interaction avec ses propres caractéristiques : « Si la psychanalyse a des antécédents — et évidemment elle en a —, ils ne sont apparus que tels parce

qu'elle en a ouvert, pour ainsi dire, la rétrospective. [...] Et si on rassemble les influences qui ont marqué Freud, elles forment un chaos, c'est-à-dire précisément ce qui attend un acte de création » (Freud, Paris, Seuil, coll. « Écrivains de toujours », 1968, p. 14).

4.3. L'individu, un sujet

L'individu, indivis, est au centre d'un certain nombre d'influences, internes ou externes, dont nous avons abordé quelques aspects ; il peut, en tant que tel, être étudié comme un objet, c'est-à-dire, étymologiquement, « jeté en face », « proposé au regard » de l'observateur. Il est possible, dans ce cas, de soumettre son activité aux observations, aux évaluations et aux réflexions d'un expérimentateur ; le « sujet » d'une expérimentation n'intéresse alors le psychologue qu'en tant qu'objet : la personne est fragmentée en un certain nombre de processus (cognitifs, perceptifs, mnésiques, affectifs, etc.) qui ignorent la cohérence de sa personne, et surtout elle est amputée de ce qui fait son unité, à savoir sa subjectivité, telle qu'elle s'affirme dans le « je » qu'elle prononce. Mais c'est aussi (ou d'abord) un sujet, c'est-à-dire qu'il est l'acteur de ses comportements, de ses actions, de sa vie, par l'intermédiaire des processus qui les sous-tendent ; et c'est à ce titre qu'il concerne l'approche clinique.

Cependant, et c'est là que réside une des principales difficultés de la psychologie et, a fortiori, de l'approche clinique, ces processus psychiques ne peuvent être appréhendés que par les processus psychiques eux-mêmes. C'est sur cet aspect de l'homme que l'approche clinique se centre, en soutenant qu'il faut un sujet pour comprendre le sujet ; le psychologue, dans une approche clinique, s'implique dans la relation pour réussir à appréhender un minimum de la réalité psychique de la personne qu'il a en face de lui. Nous verrons d'ailleurs, dans le chapitre suivant, toute l'importance que revêt l'implication du psychologue pour l'efficacité de ses interventions.

4.4. La loi générale et le sujet particulier

Les lois générales que les théories psychologiques établissent à propos des comportements humains et de leurs processus sont d'un intérêt indéniable pour le psychologue clinicien : elles lui donnent des points de repère pour comprendre le sujet qu'il a devant lui ; elles lui procurent également un cadre de référence à l'intérieur duquel il peut formuler des hypothèses relatives au problème posé (dans le cas d'un diagnostic), ou à sa résolution possible (dans le cas d'une proposition de psychothérapie par exemple).

Dans ce sens, nous pouvons considérer que la description statistique d'une population intéresse le clinicien en ce qu'elle lui donne un premier aperçu global (comme une ombre chinoise, ou un plan de masse) de la personne qu'il a devant lui ; elle met aussi en évidence des « cas », des personnes qui ne rentrent pas dans le cadre commun. Inversement, l'approche clinique est utile à la connaissance globale des comportements humains et de leurs processus ; elle permet de vérifier que la validation des lois générales s'applique bien à chaque cas particulier ; elle apporte également des éléments empiriques, parfois contradictoires avec les données générales, que la théorie doit intégrer pour garder son caractère universel.

Mais les lois générales ne disent rien par elles-mêmes de ce qui se passe chez un sujet particulier. Un exemple analogique de la vie quotidienne peut l'illustrer : les actualités, relatant les accidents de la route à la fin d'un long week-end, parlent parfois d'un week-end « très » meurtrier : « Il y a eu 50 morts. » Le constat de l'importance meurtrière du week-end est tout à fait exact d'un point de vue statistique (le nombre de morts dépasse celui d'un week-end habituel ; il est également supérieur à celui constaté pour le même week-end les années précédentes). Sur le plan individuel, en revanche, il est entièrement faux : le week-end n'a pas du tout été meurtrier pour moi ni pour la plupart des usagers de la route, mais il l'a été à 100% pour chacune des 50 victimes !

ENCART 18

Des milliers d'étoiles de mer... et une, unique

Un touriste se promène sur une plage de la côte atlantique quand il rencontre un marin qui rejette à l'eau des étoiles de mer que le ressac vient d'abandonner sur le sable. Intrigué, notre touriste interroge le marin sur les raisons de son geste.

« Je remets à la mer ces étoiles ; si je ne le fais pas, elles dessècheront sur le sable, et elles mourront. »

« Sans doute, rétorque le touriste, mais il doit y avoir des centaines d'étoiles de mer sur cette plage, et vraisemblablement des milliers et des milliers sur des dizaines de plages comme celle-ci. Vous ne trouvez pas que votre geste est dérisoire ? Ce que vous faites ne pourra rien changer. »

Le marin se baisse alors en souriant pour ramasser une autre étoile de mer ; il la rejette à l'eau, tout en disant : « Pour celle-là, si, ça change tout ! »

Pour illustrer ce propos dans le domaine psychologique, prenons l'exemple du travail clinique en

gérontologie.

Les connaissances des lois physiologiques du vieillissement sont d'un grand intérêt, en particulier pour prolonger la vie; un meilleur savoir sur les mécanismes de l'organisme et leur dégénérescence permet ainsi à la médecine de traiter, en particulier, les troubles liés à la sénescence des différentes fonctions somatiques; elles permettent également d'améliorer le quotidien des personnes âgées, en diminuant certaines douleurs et en atténuant certaines difficultés: elles participent ainsi à « ajouter de la vie aux années » qu'elles ont permis de gagner. Mais ces améliorations, aussi bénéfiques qu'elles soient, ne sauraient contenter le psychologue clinicien. Le sujet, nous l'avons déjà dit, est un tout ; il est alors nécessaire de prendre en compte non seulement les symptômes qui peuvent être repérés objectivement, mais aussi la façon dont le patient en parle.

ENCART 19

Je souffre, donc j'existe... Mais laissez-moi vous en parler

« Prendre acte de la souffrance du patient, c'est lui permettre d'exprimer son vécu subjectif de la situation, donner de la place à la parole jusque-là contenue, exprimer le vécu douloureux d'une situation qui remet en cause son identité psychique et corporelle.

« Comme exemple, nous pouvons donner ici celui de l'expression de la douleur. Toute douleur, qu'elle soit physique ou morale, se déploie dans une intrication continue au corps. La médecine est une technique de soulagement qui ne peut prendre en compte tout le champ de la demande. Elle intervient sur une demande actuelle, et cet acte comporte en soi une dimension psychothérapique connue et reconnue. Mais quel que soit l'âge de l'être humain, on ne peut séparer psyché et soma. Toute douleur signifie à elle seule une demande, demande de reconnaissance.

« J'existe puisque je souffre. J'existe pour quelqu'un, mais aussi pour moi-même. » Parler du vécu de la douleur, passer du temps à écouter le versant subjectif de cette manifestation physique est là aussi un soin. Car « avoir mal », cela peut signifier une multitude de choses :

« — » j'ai mal dans mon corps que je ne reconnais plus, mon corps qui est changeant, que je n'admets pas, qui m'inquiète, qui m'angoisse. »

« — « J'ai mal dans ce corps vieilli, handicapé, limité. Limité dans l'action, dans l'indépendance, dans son pouvoir sur lui-même et dans sa relation aux autres » ... Etre limité signifie ne plus maîtriser, ne plus dominer, mais cela veut dire aussi qu'apparaît le risque d'être dominé (et cela se retrouve dans la crainte de la douleur en rééducation).

« Sentir qu'on a mal, c'est prouver, aux autres et à soi-même, qu'on existe. Il est donc important, dans le cadre d'un soutien psychologique, de ne pas négliger les plaintes somatiques et leurs significations. Le psychologue est vécu comme « receveur » et comme « témoin », et non pas, ou pas seulement, comme une personne qui pourra agir matériellement sur cette douleur. C'est en cela que le soutien psychothérapique deviendra soutien narcissique pouvant enclencher un processus de changement. (D. Boucher, Le soutien psychologique, Colloque international sur la réadaptation en gériatrie, Nancy, OHS, 1987.)

C'est un des mérites de Freud d'avoir mis en exergue le rôle prépondérant de cette parole, en particulier dans le traitement des troubles hystériques. Dans le cas de ces malades, dont les symptômes, inguérissables par les traitements médicaux classiques, ne correspondaient à aucune lésion organique, les troubles disparaissaient quand le malade réussissait à (se) rappeler l'enchaînement de faits précis qui en étaient à l'origine. Ce rappel des événements, toujours déplaisants, suffisait à supprimer le symptôme qu'ils avaient engendré ; c'est le processus d'abréaction, décharge actuelle de l'émotion qu'avaient suscitée à leur première apparition ces événements déplaisants, émotion qui avait alors été refoulée. Par ailleurs, le symptôme devenait particulièrement présent quand il était parlé, mis en mots. En adoptant cette méthode d'évocation verbale de tous les souvenirs que le malade pouvait laisser remonter — Anna O. l'appelait *talking cure* ou « ramonage de cheminée » —, Freud réintroduisait en quelque sorte le malade dans sa maladie. Il était attentif aussi bien à ce qu'il entendait du patient qu'aux symptômes visibles. Il sollicitait la collaboration active des malades qui, au cours de leurs évocations, l'entraînaient peu à peu, pas à pas, à remonter le temps et à parcourir un labyrinthe de symptômes et de symboles qui étaient leurs symptômes et leurs symboles, c'est-à-dire, en fait, leur histoire, unique. Il avait redonné aux malades leur statut de sujets, responsables de leur guérison comme ils l'étaient, inconsciemment, de leur maladie.

4.5. La réalité psychique

Une des finalités de la science est de mettre en évidence ce qui constitue la nature intrinsèque des objets quels qu'ils soient, l'essence même de leur réalité, et la structure de leurs relations. Dans cette perspective, pour atteindre l'objet « en soi », le scientifique utilise des instruments « objectifs », censés éliminer les perturbations, les biais que pourraient introduire ses préjugés, sa « subjectivité », mais aussi l'influence d'autres objets, d'autres phénomènes du milieu dans

lequel est placé l'objet étudié.

Nous pouvons rappeler que même dans les sciences dites « exactes » (comme si certaines sciences étaient « fausses » !), telles les mathématiques, la physique ou la chimie, l'objectivité avec laquelle une observation est faite dépend des conditions dans lesquelles l'exploration a lieu ; elle est également liée aux caractéristiques locales des instruments qui permettent d'objectiver l'investigation. C'est pour cette raison que la description d'un objet, ou d'un phénomène, en science, s'accompagne toujours de la précaution d'usage, au moins implicite, suivante : « Toutes choses égales par ailleurs... »

Un objet n'a pas de caractéristiques métrologiques (poids, longueur, etc.) absolues. Un vaisseau spatial dont le poids serait de 14 700 newtons sur la terre, n'en pèserait plus que 2 400 sur la lune, où la pesanteur est environ six fois moindre. De la même manière, on constate que la longueur d'une barre d'aluminium qui mesure 1 m à 10 °C augmente de 2,3 mm si la température est portée à 100 °C. Un élément physique n'a donc pas la même valeur suivant les conditions dans lesquelles il est observé ou mesuré. Il en va de même pour la perception qu'on peut avoir d'une situation.

Qu'en est-il de la réalité psychique ? C'est un des mérites de Freud d'avoir mis en évidence l'existence d'une réalité fantasmatique interne, subjective, la réalité psychique, différente de la réalité objective, externe, la réalité historique : « on peut dire que la réalité psychique est une forme d'existence particulière, qu'il ne faut pas confondre avec la réalité matérielle ».

Au cours des séances de psychanalyse, ses patientes hystériques évoquaient souvent des « souvenirs » d'événements sexuels tels que Freud avait été amené à élaborer, en 1893, une première théorie sur l'origine, la cause, l'étiologie des symptômes hystériques. Selon cette théorie, dite première théorie de la séduction, les symptômes hystériques seraient l'expression d'une réactivation, au moment de l'adolescence, du souvenir refoulé d'une scène de séduction sexuelle que la patiente aurait effectivement subie de la part d'un adulte, un éducateur, voire un parent, quand elle était enfant. Ses analyses ultérieures, en particulier l'analyse de ses propres rêves, le contraignent à abandonner cette théorie de la séduction précoce : l'universalité d'une telle réalité, la séduction effective des enfants par leurs parents, est en effet difficile à concevoir. Dans le même temps, Freud découvre le fantasme, ou la fantaisie, pour reprendre l'expression freudienne littérale, c'est-à-dire une production imaginaire qui permet d'adapter la réalité extérieure à ses désirs. Il réalise qu'en prenant les « souvenirs » évoqués en séance pour des événements historiques, en prenant leurs fantasmes pour des faits réels, il tombait dans le piège de l'illusion de ses patientes. L'enfant séduit n'est finalement qu'un mythe derrière lequel se dissimule l'enfant séducteur, prêt à tuer le père pour posséder la mère (voir le complexe d'Œdipe) qu'il convoite ardemment. À côté d'une réalité historique, existe une réalité psychique ; à côté d'un monde extérieur, existe un monde intérieur, qui tend à la satisfaction par illusions, par fantasmes.

C'est cette réalité psychique qui intéresse au premier chef le psychanalyste, ce qu'on peut exprimer autrement : l'objet sur lequel travaille la psychanalyse est le fantasme, c'est-à-dire un « scénario imaginaire où le sujet est présent et qui figure, de façon plus ou moins déformée [...] l'accomplissement d'un désir [...] inconscient ».

La réalité psychique est souvent bafouée car on ne s'occupe que de la réalité physique, objective dans un grand nombre de cas. Pourtant, dans le cas d'un sujet déprimé, même si l'on ne peut localiser le circuit neuronal en question, la réalité psychique existe et résiste (au traitement, aux paroles...) autant qu'une table peut le faire lorsqu'on s'appuie dessus.

En tenant un bébé, on peut à la fois le placer dans un environnement sûr en le serrant fermement mais on peut également le placer dans un monde chaotique et angoissant en le tenant mal. Dans les deux cas, l'expérience psychique interne du sujet sera différente.

On remarque également que la médecine même tient compte de la réalité psychique puisqu'elle teste ses traitements en double aveugle : les patients A et B ne savent pas si leur médicament est efficace. C'est l'effet placebo, lequel d'ailleurs, correspond à 40% de l'efficacité du traitement !! Ainsi, la réalité psychique est prise en compte dans les protocoles expérimentaux des médecins mais pas dans leur formation.

Lors d'une expérience, on a posé une pièce de monnaie sur la main d'un sujet hypnotisé en lui disant qu'elle était brûlante. On a pu observer une tâche brune se former sur la main. Conduit chez le dermatologue, celui-ci a diagnostiqué une brûlure du second degré. Cette expérience démontre que la réalité psychique influence notre état physique et prouve l'importance de la parole humaine.

➤ **Caractéristiques de la réalité psychique**

Le clinicien travaille sur base de la réalité psychique avec ses propriétés.

a) La réalité psychique est en partie inconsciente

La réalité psychique est composée d'une partie dont on est conscient. Par exemple, on sent

lorsque l'on est en colère. Mais elle comporte également une part qui nous échappe, qui ne relève pas de la rationalité : la culpabilité inconsciente d'un enfant provoquant des punitions et qui renvoie à l'une de hypothèses pour comprendre la délinquance ; les angoisses qui nous assaillent sans que l'on sache d'où elles viennent, les symptômes, les rêves, les lapsus etc. C'est en nous, ça nous pousse mais on ne sait pas comment. L'homme est en même temps un Homo Sapiens (doué de raison) et Homo Demens (sous emprise de la folie)
Cette part qui nous échappe est celle qui intéresse la psychologie clinique.

b) La réalité psychique est hypercomplexe

La réalité psychique est déterminée par plusieurs facteurs à la fois (facteurs psychologiques, génétiques, socio-environnementaux). L'histoire de vie, les prédispositions psychologiques et génétiques, l'éducation, les rapports avec l'environnement etc. se conjuguent pour produire la réalité psychique. Il n'y a pas une causalité linéaire mais bien des relations circulaires multiples où un effet peut à son tour être une cause.

c) La réalité psychique est énigmatique

Nous entretenons un certain type de rapport avec cette partie de nous qui nous échappe, qui n'a pas de sens. L'homme s'est toujours interrogé à propos de cette part en lui qui est énigmatique pour lui trouver un sens. Albert Camus a écrit un roman sur le **thème de l'étranger**. Pour lui, la vie des individus, l'existence humaine en général, n'ont pas de sens ou d'ordre rationnel. C'est parce que nous éprouvons des difficultés à accepter cette notion que nous tentons en permanence d'identifier ou de donner une signification rationnelle à nos actes. Le terme « absurdité » décrit cette vaine tentative de l'humanité à trouver un sens rationnel là où il n'existe pas. Son livre traduit cette vaine tentative de l'humanité d'imposer la rationalité dans un univers irrationnel. Ni le monde extérieur dans lequel Meursault (le personnage principal du roman) évolue ni le monde intérieur de ses pensées, de même que son comportement, ne relèvent d'un ordre rationnel. Meursault n'est pas logique dans ses actes, comme sa décision de se marier ou celle de tuer l'Arabe (notamment les quatre coups de revolver tirés dans son cadavre). Néanmoins, la société, à travers la justice, tente de fabriquer ou d'imposer des explications rationnelles aux actions irrationnelles de Meursault. Le procès, dans la deuxième partie du roman, n'est autre chose que la tentative de la société de fabriquer un ordre rationnel. Le procureur et l'avocat expliquent le crime de Meursault en se basant sur la logique, la raison, et la notion de cause à effet. L'idée que les choses se passent parfois sans raison et que les événements peuvent n'avoir aucun sens perturbe la société qui voit là une menace.

Le suicide est aussi une énigme de la vie. Dans le mythe de Sisyphe, le seul problème philosophique qui vaut la peine est celle de savoir si la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécu. Considérant Sisyphe, condamné (par les dieux pour avoir volé du feu aux dieux pour le donner aux hommes) à pousser une pierre au sommet d'une montagne, laquelle retombe à chaque fois, il serait facile de croire que Sisyphe pourrait préférer la mort. Pourtant, défiant à nouveau les dieux, Sisyphe est sans espoir. Il abandonne toute illusion de réussite. C'est à ce moment de désillusion que Camus considère Sisyphe comme un héros. Sisyphe commence à voir sa capacité à continuer, encore et encore, à supporter le châtiment, comme une forme de victoire. Selon Camus, le suicide est un signe de manque de force face au "rien". Car même si la vie est une aventure sans signification absolue, elle vaut toujours la peine. Comme il n'y a rien d'autre que la vie elle-même, la vie devrait être vécue à son maximum afin de comprendre la signification de l'existence. Pour Camus, c'est aux hommes eux-mêmes de donner sens à la vie.

d) La réalité psychique est consistante

Nous sommes organisés dans le temps : nous avons des projets. Nous sommes également des êtres logiques et rationnels. La réalité psychique a un sens d'un autre point de vue que celle des logiques rationnelles. Cette autre logique nous semble irrationnelle car elle ne répond pas aux exigences de la conscience mais elle est soumise aux lois de l'inconscient. Face à ce qui nous échappe, qui n'a pas de « sens », le psychologue se demande ce que cela veut dire. Qu'est-ce que quelque chose en nous veut dire quand nous faisons par exemple un lapsus, un acte manqué, quand il y a un symptôme, une angoisse etc. ?

➤ Attitudes adoptées face à la réalité psychique

Nos goûts ou désirs n'obéissent pas à une logique rationnelle mais ils nous poussent à agir et nous influencent. Par exemple, un sujet souffrant de symptômes névrotiques sait qu'il ne devrait pas avoir peur mais il ne peut l'empêcher. Il souffre alors d'une angoisse supplémentaire car il ne comprend pas ce qu'il se passe à l'intérieur de lui.

Face à cette réalité psychique intérieure, se développent alors trois attitudes chez tout humain :

- La disqualification : on l'ignore, on la refoule, on fait comme si rien ne s'est passé ;

- La rationalisation : on se donne des raisons, des pseudo-explications ;
- On supporte cette réalité et nous transformons notre impuissance explicative en point de départ d'une réflexion : cette attitude correspond à l'origine de la psychologie clinique. Le clinicien cherche du sens à ce qui d'emblée échappe à la compréhension, à la raison.

Charcot a expérimenté l'attitude de rationalisation en 1885 à la Salpêtrière : il hypnotisa une femme et lui dit qu'elle ira ouvrir un parapluie dès son réveil alors qu'il faisait beau. Elle le fit puis il lui demanda la raison de son geste. Elle lui répondit alors qu'elle voulait vérifier s'il fonctionnait bien.

➤ Comment fonctionne le psychisme ?

Déjà en 1885, Freud faisait l'hypothèse suivante : puisque le substratum organique du psychisme est le cerveau et que les neurones fonctionnent sur le modèle associationniste, le psychisme doit lui aussi fonctionner par association. Si on observe un cerveau qui travaille, on voit un certain nombre de points qui s'allument ensemble formant ce qu'on appelle « *assemblée de neurones* », c'est-à-dire que les neurones s'associent pour accomplir une activité. Notre pensée associe, sélectionne, censure avant de s'exprimer. Il y a un système de régulation, nous opérons des inhibitions sur les pensées qui nous viennent. Selon Freud donc, de la même manière que le cerveau fonctionne par association des neurones, le psychisme fonctionne en associant selon trois modalités de censure, c'est-à-dire la mise de côté des associations qui ne conviennent pas au profit de celles jugées convenir.

- a. Censure logique : Je suis adulte, je suis logique, je ne peux donc exprimer que ce qui est logique. Ainsi $1+1=2$ dans la logique des mathématiques, la logique cartésienne occidentale. Dans d'autres logiques par exemple biologique, un garçon plus une fille, ça donnera 3. Il y a plusieurs logiques possibles suivant le contexte socio-culturel. La logique est donc fonction du temps et de l'espace. Nous faisons une censure sur nos pensées en fonction de la logique de notre contexte. Nous écartons quelque chose de notre conscience parce que nous adoptons un point de vue logique.
- b. Censure morale : elle correspond à la norme de ce qui est attendu d'un point de vue de la morale qui régit la société. Ce qui ne se fait pas, qui n'est pas moral sera censuré. Si j'ai des pensées différentes de mon collègue au travail je ne vais pas lui dire qu'il déconne, je vais utiliser une forme civilisée pour exprimer mon désaccord. Si lors d'une réunion un collègue me contredit et que je me fâche, je vais donner à ma colère une forme acceptable dans les relations humaines.
- c. Censure sociale : elle s'organise sous une forme de logique de réciprocité. On ne fait pas à autrui ce qu'on n'aimerait pas recevoir des autres. C'est du domaine du tact, du respect de l'intimité de l'autre. On respecte les goûts et les couleurs des autres.

Notre psychisme fonctionne en mettant de côté certaines pensées. Il y a un tri dans toutes les pensées qui nous passent par la tête. Nous inhibons un certain nombre d'idées associatives. Si on veut avoir accès à la vie profonde et non à la vie de façade, il faut explorer cette associativité qui est le fond de notre fonctionnement psychique. C'est de là que Freud a tiré la technique d'association libre des idées utilisée dans la cure psychanalytique. Par cette technique, on invite le sujet à suspendre ce qui est logique, morale et sociale et à se laisser aller, à exprimer tout ce qui lui vient sans censurer. Mais nous savons qu'il en est de cette règle comme de la règle monastique, on ne peut que la transgresser. Il est en effet impossible de tout dire. Même quand on est seul dans sa chambre on va éviter des idées simplement parce qu'elles sont désagréables. Ce sont des idées qui nous confrontent à la souffrance, à la douleur, aux désagréments. C'est par exemple une idée qu'on n'aurait pas pu avoir un acte qu'on n'aurait pas pu poser. On dira alors : « ça n'est pas moi ». C'est qui alors ? Est-ce qu'il y aurait quelqu'un à l'intérieur de nous qui agit malgré nous ? Ce sont ces pensées en nous qui sont désagréables, que nous ne savons même pas que nous avons car refoulées dans l'inconscient. Quand Freud a proposé la méthode d'associations libres, cela n'a pas été bien reçu à cette époque car il venait de montrer que le moi n'est pas maître en sa demeure alors que la pensée dominante était que l'homme a un libre arbitre (créature de Dieu selon le christianisme) et qu'il fait ce qu'il décide, ce qui est réfléchi, raisonnable. Freud apporte une désillusion, une blessure narcissique de l'humanité à l'instar de Galilée et Darwin.

4.6. L'observation en psychologie clinique

Observer c'est « porter son attention sur », « surveiller », et depuis le XVI^e siècle, ce verbe signifie « considérer avec attention afin de connaître, d'étudier » ; rien ne paraît alors plus simple que l'observation. Elle est définie comme « l'action de considérer attentivement la nature afin de

mieux la connaître »

On oppose souvent l'observation à l'expérimentation. L'observation se pratique dans des conditions naturelles, elle est directe et sollicite les différentes modalités sensorielles : on regarde, on écoute, on touche, on sent, on goûte et éventuellement on note ce qu'on veut retenir ; l'expérimentation, elle, concerne des faits induits, c'est-à-dire découverts par raisonnement à partir de cas singuliers provoqués à cet effet.

Nous pratiquons l'observation couramment. Au restaurant, nous observons attentivement le contenu de notre assiette avant de commencer à manger ; dans le train nous observons les inconnus qui voyagent dans le même compartiment que nous ; assis dans l'herbe, nous observons le manège des fourmis autour de quelques miettes de pain... L'observation semble être une méthode d'investigation si habituelle, si naturelle qu'elle peut paraître simple ; en fait, à y réfléchir, nous découvrirons rapidement que cette simplicité n'est qu'apparente.

➤ Observation et objectivité

Poser un objet devant soi, le considérer avec attention pour mieux le connaître, peut paraître d'une déconcertante facilité... à condition d'oublier que l'observation est produite par un sujet et que le sujet ne peut découvrir l'objet posé devant lui qu'à travers sa propre subjectivité. Or l'objet en soi que la science vise à atteindre ne peut être l'objet que le sujet observe, comme nous l'avons déjà développé en traitant de la réalité objective et de la réalité subjective ; même les objets physiques se modifient en fonction du milieu dans lequel ils se trouvent.

Si l'objet existe quand je l'observe, je peux imaginer qu'il n'existe qu'à cette condition la fleur que j'admire, comme la rose du Petit Prince, n'existe que parce qu'elle est importante pour moi. Burgess a décrit dans une nouvelle un monde où les objets n'existaient que lorsqu'ils étaient regardés. Un livre pour les tout-petits, Monsieur William (M. P. Hans, Grasset Jeunesse) entraîne le jeune lecteur dans l'univers d'un poisson rouge très particulier : il sort en effet de son bocal dès que personne ne le regarde, afin d'explorer l'univers de la vie quotidienne.

Sans aller jusqu'à postuler un monde où tout change d'aspect dès que nous avons le dos tourné, et où il deviendrait impossible de communiquer entre nous puisque nous vivrions alors dans des univers totalement étrangers, nous devons prendre en considération cette idée que l'observation est une production active d'un Sujet.

L'expérience suivante, très aisée à mettre en place, illustre bien cette idée : on peut demander à deux amis de se rendre dans le même endroit, d'y passer une demi-heure, et de noter chacun pour soi ce qu'ils y observent. Nos deux amis, observateurs postés dans la même rue, reviennent avec deux rapports très différents : l'un a porté son intérêt sur l'agencement des immeubles du quartier, la répartition des volumes, le style général des maisons, et fournit un document très précis sur les différents types de construction ; l'autre a noté scrupuleusement l'état de la chaussée, la localisation de tous les regards permettant d'accéder aux différentes canalisations souterraines, il a pris soin de mentionner quel tronçon de trottoir mériterait une réfection... On peut identifier, sans trop de risque de se tromper, parmi ces deux amis, celui qui est étudiant à l'Ecole d'architecture et celui qui travaille au service de la voirie de la ville.

Si observer paraît naturel, nous pouvons avancer l'idée que l'observateur choisit de porter son attention sur certains traits et qu'il en néglige d'autres ; l'observation se trouve ainsi colorée par ses intérêts, par ses connaissances, et par la conceptualisation qu'il utilise.

➤ Observation et interprétation

Puisqu'observer c'est porter son attention pour connaître, l'observation ne peut se concevoir sans interprétation : nous soulevons ici le problème du sens à donner à des éléments perçus, ce qui nous permettra de comprendre comment l'observation se construit en référence à un savoir constitué.

ENCART 22

Observer c'est analyser

« Observer c'est évidemment enregistrer ce qui peut être constaté. Mais enregistrer et constater, c'est encore analyser, c'est ordonner le réel dans des formules, c'est le presser de questions. C'est l'observation qui permet de poser les problèmes, mais ce sont les problèmes posés qui rendent l'observation possible. » (H. Wallon [1937], Psychologie et éducation de l'enfance, leçon d'ouverture au collège de France, in *Enfance*, 1959, n° 3-4, p. 195-202.)

Je suis tranquillement installé sur la plage de l'Anse de la Croix et je regarde le soleil disparaître à l'horizon ; j'observe attentivement et je le vois se réduire de plus en plus : d'abord cercle, puis demi-cercle, il finit par ne plus être visible mais se signale encore par un rougeolement sur la mer, et il fait de plus en plus sombre. Si l'observation s'arrête à ces quelques constats sérieux, mon investigation ne me renseigne guère sur le phénomène qui s'est déroulé devant moi. A quoi ai-je

assisté ? A un coucher de soleil ? Cette expression que nous utilisons encore aujourd'hui permet d'illustrer l'idée selon laquelle dans l'observation, comme dans toute démarche de connaissance, nous sommes actifs : nous choisissons, nous catégorisons, nous interprétons en fonction du sens que nous donnons à nos perceptions et en fonction de nos connaissances préalables. Si je dis aujourd'hui que j'ai vu le soleil se coucher, je sais pourtant que j'ai assisté à un événement qui est interprété depuis Copernic, au XVI^e siècle, comme une des preuves que la terre n'est pas au centre de l'univers : avec d'autres planètes, elle tourne autour du soleil. Les théories de Copernic étaient si contraires à l'explication du monde en vigueur qu'elles furent condamnées, et que Galilée, qui les confirma un siècle plus tard, dut comparaître devant l'Inquisition ; il fut contraint de prononcer à genoux l'abjuration de sa doctrine.

M. Richelle (HM, dans la même collection) exprime parfaitement ce point de vue quand il écrit : « L'observation n'est jamais exempte de présupposés théoriques, alors même que l'observateur se croirait totalement ingénu.. »

Un autre exemple, emprunté à C. Geetz, nous montre comment une observation unique - un homme clignant de l'œil - peut donner lieu à de multiples interprétations. La contraction musculaire observée peut être un tic, ou une imitation moqueuse d'un tic, ou un signe de complicité, ou un jeu d'acteur qui imite celui qui a un tic, ou la mimique de la personne qui se moque de celui qui a un tic ou de celui qui fait un clin d'œil complice.

B. Matalon souligne que, pour interpréter les comportements, il faut connaître leurs significations. Si le même acte physique renvoie à plusieurs significations, des comportements différents sont parfois synonymes ; ainsi, serrer la main, soulever son chapeau, incliner la tête, dire bonjour sont différentes façons de saluer. La compréhension du sens à attribuer aux mouvements n'est pas immédiate ; elle oblige à prendre le contexte en considération. L'observation ne peut pas être réduite à un simple enregistrement des matériaux perçus ; elle est aussi, nécessairement, une interprétation des faits.

Dans cette perspective, le recours à des techniques d'enregistrement ne modifie en rien le problème ; en effet, si la photo, le film ou l'enregistrement audio présentent l'avantage de permettre un retour aux documents afin de les analyser à loisir, les informations retenues sont celles que l'observateur a sélectionnées. Si nous avons confié un appareil photo ou un caméscope aux deux amis que nous avons envoyés observer la rue, ils n'auraient sans doute pas rapporté les mêmes documents. En choisissant de garder trace d'un entretien en utilisant un magnétophone, on renonce à tenir compte des mimiques, de la posture de la personne qu'on enregistre. La photographie est toujours une mise en perspective selon un angle de prise de vue ; c'est donc un point de vue particulier, comme nous l'avons déjà évoqué à propos de l'objectivité, au chapitre précédent.

On peut recourir à plusieurs observateurs, car, s'il existe plusieurs interprétations des faits observés, soumettre ces faits à des individus différents peut limiter la tendance à ne voir que ce qu'on s'attend à voir, c'est-à-dire ce qu'on connaît déjà.

Cette recherche de l'objectivité conçue comme une somme algébrique des subjectivités n'est cependant pas une des finalités de la démarche clinique, où la « réalité » dispose, comme nous l'avons vu auparavant, d'un statut particulier ; nous ne retiendrons donc de ces développements que l'idée selon laquelle l'observation est une construction de l'observateur.

ENCART 23

La danse des abeilles

Le regard que pose le promeneur naïf sur une ruche lui « permet de voir une scène qui ressemble à la figure a ; il est vraisemblable, et le lecteur peut en faire l'expérience, qu'il n'y décèlera rien d'autre qu'une intense activité désordonnée, et qu'il ne portera pas un intérêt particulier à l'abeille marquée d'un point blanc, qui vient de rentrer d'une collecte. Pour « observer » les abeilles et avoir quelque chance de découvrir la signification de leurs déplacements vifs et apparemment aléatoires, Il est nécessaire de disposer de quelques pré-requis... Les travaux de von Frisch, en particulier, nous ont dévoilé la signification du langage des abeilles et le sens de leurs danses. C'est grâce à ses découvertes que nous pouvons réellement observer et voir ce qui se passe dans la ruche : à son retour d'expédition, une abeille collectrice de nectar entame une danse frétillante, dont la vitesse et la trajectoire, entre autres indices, indiquent la direction, à distance et la richesse de la récolte à effectuer. Elle est suivie dans sa danse par d'autres abeilles qui recueillent ainsi les précieuses informations qui vont leur permettre d'atteindre à leur tour la mine de nectar (figure b). Mais s'il ne s'était pas interrogé sur un éventuel sens de ces mouvements, s'il n'avait pas formulé des hypothèses sur leur signification, il est vraisemblable que von Frisch n'aurait pas non plus vu ces danses. (D'après K. von Frisch, *Vie et mœurs des abeilles*, Paris, Albin Michel, 1955.)

Sans revenir à l'hypothèse saugrenue formulée précédemment, qui supposait que les objets changent ou disparaissent quand on cesse de les regarder, nous allons nous poser sérieusement la question de savoir dans quelle mesure notre présence modifie l'observation dès l'instant où ce que nous observons sont des conduites produites par un être humain.

On peut se demander, par exemple, si l'enfant que nous observons en train de jouer joue effectivement comme si nous n'étions pas là, à quelques mètres de lui.

Ne dit-on pas parfois, « viens voir mon fils, mais ne te montre pas, car dès qu'il sait qu'il est observé, il fait le malin » (les enfants disent « faire son intéressant »!) ? Voir sans être vu, se trouver derrière la glace sans tain qui ne renvoie à celui qu'on observe que propre reflet est une position particulière ; on la rencontre dans certaines situations expérimentales, ce qui n'est pas sans poser des questions éthiques, ou dans les thérapies systémiques.

Les parents attendris regardent pendant de longues minutes leur petit monstre qui tente de faire tomber de la table, avec l'échelle de son camion de pompier, un gâteau posé trop loin ; ils constatent avec délectation que leur bambin est désormais capable d'utiliser un outil en prolongement de sa main. Mais, dès l'instant où ils entrent dans la pièce, Stéphane montre le gâteau et dit : « donne ». La présence de ses parents a modulé son comportement ; il est devenu plus efficace pour lui de recourir à une autre stratégie pour obtenir l'objet de sa convoitise.

Et que fait le conducteur de la voiture arrêtée à côté de la nôtre aux feux tricolores et que nous observons alors qu'il se cure consciencieusement le nez ? Il cesse immédiatement son exploration nasale et prend instantanément un air très absorbé en fixant son tableau de bord...

Dans ces quelques situations, l'influence de l'observateur est indéniable ; les comportements produits apparaissent d'ailleurs comme des interactions : certains d'entre eux ne sont produits que parce que celui qui les produit se sait observé. Dans tous les cas, la présence d'un observateur modifie l'environnement ; il serait vraiment naïf de penser que la présence d'un « étranger » (inspecteur, stagiaire, parent...) qui regarde silencieusement le déroulement d'une matinée dans une classe n'a pas d'incidence sur les conduites du maître ou celles des élèves, même (surtout ?) si on a bien insisté sur le fait que sa présence ne devait rien modifier du déroulement normal de la classe.

➤ Le paradoxe de l'observation participante

Loin du mythe de l'observateur froid, distant et invisible, et paradoxalement pour limiter les effets de la présence d'un intrus, on a imaginé d'immerger l'observateur dans le milieu même qu'il observe.

Pour comprendre l'intérêt de cette démarche, nous pouvons évoquer les travaux de Labov : ce linguiste constate que le langage des enfants noirs des ghettos new-yorkais apparaît d'autant plus pauvre que leur interlocuteur est un inconnu, issu d'une autre culture (a fortiori si c'est un Blanc), qui emploie des termes qui ne leur sont pas familiers, qui s'assoit sur une chaise, derrière un bureau, pour poser des questions. Il observe, à l'inverse, que, lorsque les mêmes enfants discutent avec un adulte noir qui s'assied par terre avec eux, leur langage est différent, plus riche et plus complexe.

Afin de réduire la distance entre l'observateur et les observés, et pour produire une observation qui se déroule dans des conditions plus naturelles, l'observateur peut essayer de se fondre dans l'environnement pour réussir une observation éthologique : il vise à faire oublier en quelque sorte sa présence, pour être témoin des comportements naturels, spontanés, des observés. Il est par exemple bien connu, en éthologie, que le comportement des animaux en captivité, et même en semi-liberté, est absolument différent de celui qu'ils ont en milieu naturel. Pour éliminer cette variable parasite, une éthologue comme Diane Fossey a passé plusieurs années de sa vie en Afrique, au milieu des chimpanzés, à partager leur quotidien ; ce n'est qu'à ce prix qu'elle a réussi à être « adoptée » par ces mammifères ; apparemment considérée comme l'une des leurs, elle a pu alors observer sans que sa présence ne trouble les comportements qu'elle notait. C'est sa vie qu'évoque le film *Gorilles dans la brume* : il retrace finement les aspects éthologiques de ses travaux et ses patients efforts pour se faire « apprivoiser » par ces animaux.

Dans le domaine de l'observation humaine, on peut mentionner, entre autres exemples, les enquêtes journalistiques qui reposent sur des pratiques d'immersion dans le milieu enquêté : pour conduire son enquête, l'observateur s'introduit sous une fausse identité ou un faux statut dans une secte, établit des relations avec des dealers, se fait incarcérer... afin de connaître de l'intérieur les conduites auxquelles il est difficile d'accéder si on se présente en observateur extérieur. Nous pouvons citer ainsi G. Wallraff qui, se faisant passer pour un immigré turc, a partagé pendant plusieurs mois la vie de ses « compatriotes » et leurs conditions de travail à l'usine (il rapporte son expérience dans *Tête de Turc*) ; ou encore Anne Tristan qui a infiltré le Front national pour écrire son livre *Au Front...* Dans l'un et l'autre cas, le journaliste n'aurait jamais pu recevoir les confidences qui font l'objet de son livre s'il n'avait pas été reconnu comme ouvrier immigré parmi les ouvriers immigrés, ou militante extrémiste parmi les militants extrémistes. Quand l'observateur appartient à l'institution, l'avantage majeur est que sa présence n'est pas un

élément nouveau qui modifie les données, l'inconvénient est qu'il est totalement dans l'interaction.

Cette modalité particulière de l'observation peut être enrichissante, surtout dans ses applications à la recherche ; elle n'est cependant pas sans poser une question éthique, car l'efficacité de la démarche d'immersion repose sur le secret : les vraies raisons de la présence dans le groupe doivent être tues et le prétexte fourni doit être crédible, sous peine de remettre en cause toute l'entreprise.

➤ L'observation « armée »

Les limites de l'observation naturaliste ont conduit à construire des grilles qui permettent un recueil fiable et valide des données en contrôlant autant que faire se peut la dépendance à la subjectivité de l'observateur.

L'observation est alors guidée, les conduites à repérer sont indiquées, la manière de les enregistrer est standardisée. Par exemple, une grille d'observation des bébés peut se présenter sous la forme d'un tableau à double entrée ; en abscisse, des unités de temps (des séquences consécutives de cinq minutes), en ordonnée, des comportements : manipule un objet ; suce son pouce ; pleure ; porte un objet à sa bouche ; agite les jambes...

L'observateur indique par un trait sur la grille chaque comportement produit par un bébé au cours d'une séquence. Si plusieurs observateurs ont utilisé la même grille, au terme de la séquence d'observation, les informations que chacun d'eux aura notées seront, sinon strictement identiques, du moins très proches.

La grille est un instrument qui favorise l'observation : la sélection des éléments à retenir est préétablie et seules les informations considérées comme utiles y seront consignées. De telles grilles sont assez proches, dans leur conception, des échelles ; comme elles, elles présentent évidemment l'inconvénient de limiter l'observation à ce qui est prévu et ne permettent pas de relever l'inattendu.

J. Bideaud, O. Houdé, J.-L. Pédielli montrent l'intérêt majeur de ce recours à une grille d'observation pour progresser dans l'étude des conduites du bébé.

ENCART 24

Etho-psychologie de la socialisation des émotions et micro-analyse d'interactions parent-bébé

B. Schneider et ses collaborateurs analysent des enregistrements vidéoscopes d'interactions parent/enfant : les couples parent/bébé de 5 à 7 mois sont observés en situation à domicile, en échange face à face, avec ou sans jouets. L'enfant est observé alternativement avec sa mère et son père.

Les auteurs essaient d'examiner s'il existe des spécificités interactives émotionnelles entre le bébé et ses parents en fonction du sexe de ces derniers. Ils s'attachent à montrer les liens entre l'expressivité faciale du bébé et celle des parents, leurs échanges corporels (touchers et proxémie) et leurs messages verbaux. Ils se demandent également si cette spécificité dépend du contexte de l'échange (sans/avec jouets).

Chaque séquence vidéoscopée donne lieu à une analyse quantitative (nombre, fréquence et durée des unités d'analyse retenues sur chacun des niveaux) et interactionnelle (sont pris en compte le déroulement temporel de la séquence pour chaque partenaire et la mise en regard des comportements des deux partenaires de la séquence). L'analyse des expressions faciales s'appuie sur système MAX de Izard ; c'est une méthode de codage objectif des émotions faciales fondée sur l'observation des mouvements anatomiques. Elle est spécialement développée pour mesurer les émotions chez le bébé et le jeune enfant, mais elle peut être utilisée avec les adultes.

Les auteurs constatent qu'en situation d'interaction face à face, les bébés manifestent davantage d'émotions négatives avec les pères qu'avec les mères. En ce qui concerne les modalités de régulations parentales des émotions des bébés, on note que :

- Les mères « jouent » d'une labilité faciale stimulante plus grande que les pères, et ce de façon permanente. Il n'y a pas d'activation faciale spécifique en contingence aux émotions négatives du bébé ;
- Leurs touchers sont brefs, variés et apaisants, dans un registre plus subtil, et elles sont plus proches et plus stables du point de vue de la proxémie ; les commentaires verbaux contribuent à soutenir ce niveau d'activation optimum, régule essentiellement sur l'échange immédiat, et ces deux niveaux de réponse (comportemental et verbal) sont davantage mobilisés lors des manifestations émotionnelles négatives du bébé.

Les caractéristiques interactionnelles des pères, globalement plus stimulantes, seraient plus « ajustées » au contexte de l'échange à partir d'une plus grande autonomie du contrôle de ses

affects par le bébé. (Adapté de B. Schneider, B. Chaton, V. Daubie, Rôle de la spécificité parentale dans la régulation des émotions chez le bébé lors d'interactions dyadiques, Communication présentée au colloque Les émotions dans les interactions communicatives, Université Louis-Lumière, Lyon II, septembre 1997.)

Si nos deux amis envoyés dans la rue avaient été munis d'une grille d'observation, ils auraient pu choisir parmi les multiples données fournies par la rue, et leurs deux comptes rendus auraient été plus congruents. Mais nous aurions totalement modifié la nature même de l'observation : livrés à eux-mêmes, ils ont retenu ce qui leur paraissait important ; munis de la grille d'observation, ils auraient sélectionné les informations selon le modèle fourni et se seraient interdit de rapporter d'autres éléments que ceux qu'ils étaient venus repérer.

➤ L'Observation et l'approche clinique

Les limites et les difficultés inhérentes à l'observation que nous venons d'explorer concernent le psychologue clinicien ; il est important qu'il ne se laisse pas abuser par la fausse simplicité d'une méthode d'apparence si naturelle. Il doit être conscient qu'observer c'est construire une réalité, et ne pas méconnaître que sa présence crée une interaction.

Cette seconde dimension de la place de l'observateur mérite un intérêt particulier, car, dans le cadre d'une relation intersubjective, non seulement il convient de rejeter l'illusion de la non-intervention du psychologue, c'est évident, mais encore il est important de comprendre la subjectivité comme une composante naturelle de l'observation (plutôt que comme une variable parasite).

L'observation occupe une place centrale, elle est présente dans toutes les situations et sert tous les objectifs. Pendant l'entretien, le psychologue observe le comportement du sujet ; au cours des tests, il relève ses soupirs, ses hésitations, note ses commentaires, tient compte de sa difficulté à fixer son attention, ne néglige aucune des données qui l'aideront à donner du sens à des constats, à valider une hypothèse, à vérifier une information obtenue dans un autre contexte... ; il sait parfaitement que ces soupirs, ces hésitations, ces commentaires n'ont de sens que dans l'interaction qui existe entre les personnes.

Dans cette relation particulière entre deux sujets, chacun se comporte en tenant compte de l'autre et de ses attentes, du moins telles qu'il se les représente. L'observateur est observé : de même qu'il perçoit et interprète les conduites de son interlocuteur, il est perçu et interprété par lui, il est conforme ou non à ses attentes.

A l'issue d'une consultation diagnostique, quel psychologue ne prend pas plaisir à entendre la consultante dire à son conjoint qui patiente dans la salle d'attente : « je me suis sentie à l'aise et j'ai bien mieux répondu que l'autre jour avec monsieur Nongort qui avait toujours l'air de trouver que j'étais trop lente... », même s'il sait que ces propos se situent encore dans l'interaction ?

Nous reviendrons sur cette interférence dans le paragraphe suivant, quand nous réfléchirons sur les différents mécanismes psychologiques qui entrent en jeu dans l'entretien.

ENCART 25

L'hospitalisme

C'est à partir de l'observation attentive de nourrissons en pouponnière que Spitz met en évidence les effets de la privation maternelle.

S'appuyant sur les observations réalisées sur 123 enfants accueillis dans une pouponnière pendant que leurs jeunes mères, délinquantes, purgeaient une courte peine de prison, R. Spitz décrit chez 19 enfants un tableau qu'il individualise sous le nom de *dépression anaclitique*.

« Après des pleurs et des cris, progressivement, en un mois, les jeunes enfants deviennent pleurards, ils adoptent une attitude de repli, refusant de prendre part à la vie de l'entourage quand on les approche, ils vous ignorent. Certains, l'expression du visage avide et perçante, cherchent à observer. Si on insiste auprès d'eux, des larmes peuvent suivre, souvent des cris aigus ; [...] un tel comportement peut durer ainsi deux ou trois mois. [...] [ils] perdent du poids au lieu d'en prendre. Certains souffrent d'insomnies, tous manifestent une grande sensibilité aux rhumes et à l'eczéma. [...] On observe un déclin progressif du quotient de développement [...] ; au bout de trois mois ils présentent une sorte de rigidité glacée de l'expression. Ils refusent de manger, restent immobiles, inexpressifs, comme hébétés et ne paraissent pas percevoir ce qui se passe auprès d'eux. [...] Le contact avec les enfants arrivés dans cet état devient toujours difficiles et finalement impossibles » (M. Soulé, K. Lauzanne, N. Leblanc, La carence des soins maternels et ses effets, in S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, PUF, 2e éd., 1995, p. 2531.)

Pour conclure, nous dirons simplement qu'il est temps que la psychologie clinique retrouve le statut qu'elle mérite, sans être assimilée à une seule de ses composantes, ni déclassée dans une conception médicale et non psychologique de la clinique à travers la formation d'auxiliaires

médicaux seulement capables de faire passer des tests ou d'appliquer des protocoles de stimulation cognitive.

La psychologie clinique ne doit plus non plus être méprisée par certains, parce qu'une partie de ses savoirs est de nature empirique et issue de l'expérience. Si l'on dit de la médecine qui soigne le corps, qu'elle est un art parce que l'application à chaque cas réel reste une démarche unique et spécifique, combien cela doit-il être vrai pour la psychologie, qui s'appuie sur des savoirs scientifiques beaucoup moins anciens et établis que ceux issus de la biologie.

□

CHAPITRE 5 : POSITIONNEMENT DU PSYCHOLOGUE DANS LA PRATIQUE CLINIQUE

Nous allons dans ce chapitre aborder la question : « Qu'est-ce qu'un psychologue clinicien ? » essentiellement sous l'angle de la **démarche, des contenus** et des processus de formation qui **amènent à le devenir**. Ce que nous expliquerons s'applique au travail psychologique avec un individu, mais aussi avec un groupe (de patients, de soignants, ou par rapport à un projet institutionnel global). Pour simplifier le texte, nous parlons essentiellement en termes individuels. Nous présentons les bases de la pratique du psychologue clinicien qui permettent de construire progressivement la structure psychique (l'identité professionnelle) nécessaire pour la gestion de sa pratique.

Qu'est-ce que le psychologue clinicien sinon un spécialiste de la relation, de l'interaction de l'intersubjectivité ? Cela suppose qu'il existe **un mode de relation à l'Autre qui lui soit particulier et unique**. Nous allons donc à présent tenter d'explicitier les conditions de cette particularité de l'intersubjectivité psychologue-patient (ou psychologue-groupe) et d'expliquer de quelle manière elle peut conduire à une dynamique du changement, de l'évolution intrapsychique (ou interindividuelle dans un groupe).

Avant tout, nous insisterons sur le fait que la spécificité du psychologue ne dépend pas seulement de qualités intrinsèques à sa personne : s'il est évident que ce métier correspond et doit correspondre à une véritable vocation basée sur des valeurs humanistes et des compétences relationnelles de base, on ne peut pour autant l'y réduire. Ce qui fait réellement le psychologue, c'est sa formation (avec toute la dynamique personnelle que cela implique) : on ne naît pas psychologue, on le devient.

Encadré 1 : Définition de l'intersubjectivité comme base de l'éthique du psychologue.

Nous entrons ici par le terme d'intersubjectivité, l'idée d'interaction entre deux subjectivités, deux sujets uniques qui créent entre eux une relation elle aussi unique.

L'intersubjectivité suppose donc à la fois deux trajectoires individuelles différenciées l'une de l'autre et un espace de rencontre psychologique, de partage interindividuel particulier à ces deux personnes, c'est-à-dire une trajectoire commune. C'est ce qui permet le travail sur l'intrapsychique à partir de la rencontre intersubjective dans la psychothérapie.

« Il ne peut y avoir d'expérience de l'Altérité, de rencontre de l'Autre que si celui-ci est reconnu comme un sujet à part entière et non pas seulement comme le destinataire d'un discours, d'une action, même généreuse. Il ne s'agit pas d'apprendre à porter un regard sur..., d'avoir une action sur..., mais de communiquer avec..., de travailler avec... C'est pourquoi une approche cognitive par des connaissances factuelles est insuffisante. Il ne s'agit pas de connaissances mais bien d'une reconnaissance mutuelle. » (Abdallah-Pretceille, 1998, p.130). Nous voyons que ces propos d'Abdallah Pretceille, situés dans la continuité de la pensée d'Henri Wallon et tenus à propos de l'éducation à la diversité culturelle, peuvent directement s'appliquer à la pratique du psychologue.

« La question éthique et la question des valeurs dans une société plurielle sont des conditions premières à une éducation à l'Altérité. La perspective éthique fonde la validité des actes, des actions et d'une éducation. Encore faut-il accepter l'idée de faire de l'Altérité et de la diversité les points d'appui d'un tel questionnement éthique. Interaction, interdépendance, intersubjectivité définissent le cadre d'action, de connaissance et de reconnaissance de soi et d'autrui. » (Ibid., p.131) C'est aussi sur ces bases (rapport d'intersubjectivité, rapport à l'Altérité) que nous appuyons l'éthique et les questions déontologiques afférentes à la fonction de psychique.

Il y a donc tout un effort d'acquisition de connaissances et de compétences propres à cette fonction. Il y a également tout **un effort d'élaboration d'une structure psychologique spécifique à la gestion de la pratique clinique**, qui s'inclut et se différencie à l'intérieur de la structure psychique globale de l'individu. Ce travail s'effectue au cours de la formation en particulier grâce à l'interaction dialectique entre l'étudiant et des cliniciens confirmés (référénts de stage, enseignants en psychologie clinique). On peut **appeler l'Identité professionnelle de psychologue**.

5.1. Passer d'un positionnement égocentrique à un positionnement altérocentrique

Ce qui fait la particularité du psychologue clinicien, c'est tout d'abord son positionnement psychologique interne (bien avant le cadre externe que représentent un lieu et un temps donnés pour la psychothérapie). Ce positionnement n'est pas naturel mais construit au fur et mesure de sa formation et de son expérience, en fonction des retours (feed-back) qu'il reçoit en provenance du milieu professionnel les professeurs, les garants de stage, les patients, les autres professionnels du secteur sanitaire et social, les institutions qui l'accueillent.

Nous disions que ce positionnement n'est pas naturel. Nous pourrions même affirmer qu'il va à l'encontre de la nature humaine telle qu'elle s'exprime au travers de chacun de nous tout au long de notre développement psychologique et dans la relation à l'Autre. Devenir psychologue consiste à construire, pratiquement de bout en bout, une autre manière de fonctionner dans le rapport à l'autre, différente de celle que l'on utilise dans sa vie quotidienne. Pagès explique : « L'action véritablement transformatrice, telle que la thérapie nous la montre, est tout autre chose que les modalités d'actions superficielles de la vie quotidienne : c'est une recherche de l'autre » (Pagès in Rogers, 1995, c 1968, p.X.). L'enjeu qui existe pour le psychologue, à savoir de devoir se dégager de son Identité personnelle comme seul mode de rencontre de l'Autre, renvoie aux règles et aux consensus implicites de la communication humaine. Car dans une conversation de tous les jours, nous échangeons des points de vue, des ressentis, des expériences, nous débattons de la pertinence de telle idée par rapport à telle autre, **mais nous restons en fait sur un point de vue essentiellement égocentrique**, Nous cherchons à faire valoir notre propre point de vue vis-à-vis d'autrui et nous émettons des jugements de valeur.

Nous écoutons rarement l'Autre pour lui-même en nous plaçant du point de vue de sa subjectivité à lui (c'est-à-dire en se dégageant ponctuellement de sa subjectivité à soi) sans pour autant y adhérer, en inscrivant l'intérêt réel de l'Autre au centre de nos préoccupations, ne serait —ce que pour un moment. Ce positionnement, que l'on pourrait appeler altérocentrique, correspond aux bases sur lesquelles fonctionne un psychologue dans le cadre de sa pratique, bases que l'étudiant en psychologie doit acquérir. Le psychologue clinicien confirmé est un équilibriste qui se doit en permanence de concilier les contraires, comme se placer du point de vue de la subjectivité de l'Autre sans pour autant s'y trouver soumis et perdre toute capacité de prise de recul ou être en mesure de prendre du recul (analyser le discours, le ressenti, le contexte de vie du sujet...), sans pour autant mettre à distance dans la relation. C'est un mode d'intersubjectivité spécifique qui exige du professionnel qu'il soit capable d'assumer son asymétrie, qu'il ne recherche pas une réciprocité dans le rapport à ses patients, en particulier en termes de réassurance personnelle.

5.2. Dépasser la résistance au changement : celle du patient (ou du groupe) et la sienne propre

Ainsi, ce que l'étudiant doit apprendre au cours de ses études et de ses stages, c'est mettre de côté dans sa pratique le mode de relation à l'Autre qu'il utilise quotidiennement. S'il n'y parvient pas, il va se servir des règles habituelles de la communication humaine et ainsi faire le jeu de l'inconscient du patient, entendu comme l'ensemble des processus intériorisés qui nous font vivre, ce par quoi l'individu fonctionne au-delà de la conscience qu'il en -, ce qui aboutira à un échec thérapeutique. En effet, ce mode de communication reste dans la plupart des cas assez superficiel quant à l'intersubjectivité (prise au sens d'interaction des subjectivités), ce qui favorise le jeu habituel des mécanismes de défense et maintient chacun des protagonistes dans une confortable absence de remise en question de ses fonctionnements personnels (incompatible avec une évolution psychologique).

Encadré 2 : Les mécanismes de défense en psychothérapie comme expression de la résistance au changement

La résistance au changement est un phénomène normal (il a été mis en évidence par Kurt Lewin) : **la structure du psychisme tend à maintenir sa stabilité actuelle, même si celle-ci dysfonctionne et est source de souffrance** car, le bien-être qu'apporterait le changement intrapsychique n'est qu'hypothétique tant que ce travail n'est pas réellement engagé et que le patient ou le groupe n'a pas encore expérimenté un vécu de bénéfice issu de ce changement. Aucune personne ne peut mettre en danger sa stabilité présente dans une remise en question de son identité pour un mieux-être hypothétique et abstrait, qui ne lui est pour l'instant accessible que de manière intellectuelle et qu'elle ne peut pas être sûre d'atteindre.

Dans les dérives induites dans le travail thérapeutique par ce mode de communication quotidienne, on trouve en particulier l'invasion du champ thérapeutique par les mécanismes de rationalisation et de mise à distance de l'affect d'un côté et, de l'autre, à l'inverse, les expressions émotionnelles brutes.

Ainsi, une difficulté rencontrée par de nombreux futurs psychologues est de parvenir à se dégager de la rationalisation et de l'intellectualisation, pour aller vers **un processus associatif**.

Contrairement aux deux mécanismes de défenses précédemment cités, qui les clivent, ce processus est capable de lier l'affect au symbolique.

Encadré 3. Processus d'élaboration psychologique (dynamique associative).

Ce processus de liaison est ce qui permet l'élaboration psychologique, laquelle est délicate à réaliser, car notre mode de fonctionnement quotidien consiste plutôt à séparer l'émotion et le symbolique. Parvenir à l'élaboration suppose donc de mettre en forme l'affect par le symbolique. Dans le travail thérapeutique, il nous faut à la fois savoir accueillir, voire faire émerger et libérer l'expression de l'affect et, à travers l'effort de verbalisation que fait patient dans le but de se faire comprendre du psychologue, donner une forme symbolique, un sens identitaire à l'émotion. L'élaboration est donc opposée aux mécanismes de rationalisation, d'intellectualisation, de mise à distance de l'affection comme elle l'est dans le sens inverse à la décharge émotionnelle brute qui vise là aussi rien d'autre qu'un évitement d'une remise en question.

Un autre piège auquel l'étudiant se laisse prendre facilement, et qui l'amène à abandonner l'effort nécessaire pour déclencher une dynamique associative, est l'expression émotionnelle forte du sujet et en particulier les pleurs. Culpabilité et scrupules sont ainsi engendrés. L'étudiant pense immédiatement que son action a généré chez l'Autre une détresse insupportable qui le met en danger. Il arrête donc le travail thérapeutique pour retourner à un mode relationnel simple (sans même s'en rendre compte dans la plupart des cas), ce qui renforce les mécanismes de défense mis en jeu. Il va soit revenir à la rationalisation pour contenir et refouler l'émotion partagée, soit verser du côté de la compassion et de la réassurance du sujet. Ainsi, rien n'aura changé. Les bénéfices secondaires (secondaire au sens où ces bénéfices viennent se substituer à ceux que l'on retirerait d'un véritable effort adaptatif) à cette forme de stabilité viendront étayer la position défensive du sujet. Celui-ci saura inconsciemment que son expression émotionnelle annule la mise en place de tout travail d'évolution et se sentira sécurisé par cet immobilisme. Du côté de l'étudiant, les bénéfices secondaires existent également et renforcent là aussi ses propres mécanismes de défense. Son mode habituel de relation à l'Autre étant plus ancien que le nouveau mode qu'il doit élaborer, il est plus facile à mobiliser et n'exige aucun effort adaptatif. Il existe donc dans la relation thérapeutique un double effort à fournir pour dépasser la résistance au changement, à la fois du côté du patient, mais aussi du psychologue débutant.

5.3. Dépasser la culpabilité de la phase de déstabilisation nécessaire au changement du patient ou du groupe

Nous ne sommes pas pour autant en train de dire que lorsque le sujet (ou le groupe) exprime une détresse forte, il faut l'ignorer, bien au contraire. Mais il faut la gérer à partir d'autres modes de fonctionnement que les ressources de la relation normale. Car la détresse en psychothérapie (ou en supervision des pratiques des équipes soignantes en institution) est un passage obligatoire. Il ne peut advenir de changement sans la souffrance d'une remise en question de son Identité et de son rapport aux autres, sans moments de perte de ses repères identitaires habituels. C'est au psychologue de gérer ces moments, d'accompagner le patient à la fois vers cette déstabilisation indispensable et dans son dépassement progressif. Il faut donc qu'il soit capable de faire avec l'incertitude, le doute, l'inquiétude et la culpabilité que cette nécessité va provoquer en lui car, le fait de s'engager sur ce chemin ne garantit pas d'en voir le bout ... Aussi, ce n'est qu'au fur et à mesure de son expérience clinique que, constatant les résultats positifs obtenus et donc l'efficacité de ses compétences de psychothérapeute, l'on parvient à dépasser les sentiments de culpabilité, ce qui n'empêche pas l'incertitude de persister. Mais que pourrait-on penser d'un psychologue qui n'aurait que des certitudes, donc qui serait incapable de s'interroger sur la qualité de sa pratique et de son positionnement clinique ?

5.4. Remettre en question sa pratique en permanence

Lorsque l'on décompose tous les éléments et toutes les nuances de ce travail, c'est à la fois fascinant, déconcertant et vertigineux, d'autant plus vertigineux qu'il comporte une prise de risque. La possibilité d'élaborer une évolution psychologique suppose en effet une prise de risque puisque l'on ne peut être assuré du résultat. Elle concerne le patient, mais aussi le clinicien, de même que la dynamique de la remise en question de soi qui ouvre l'accès au changement adaptatif est partagée entre eux.

Quel psychologue incapable de prendre un risque psychologique dans une remise en question perpétuelle de sa pratique clinique peut demander à l'Autre de changer et demeurer crédible aux yeux de ce dernier ? Le patient ne peut que sentir cette psychorigidité chez le psychologue et se placer dans une position symétrique. Affronter le risque du changement identitaire équivaut à

affronter l'angoisse vitale, existentielle, ce que personne de sensé ne fait sans une bonne raison et un bon modèle. Le psychologue doit donc fournir ce modèle en étant un spécialiste du changement, de l'intérieur, par son expérience existentielle et professionnelle propre afin de permettre à l'Autre de se confronter à l'angoisse du changement et de l'inconnu.

5.5. La sécurité de base, espace thérapeutique créé par l'empathie professionnelle

Ainsi la détresse du sujet doit-elle être prise en compte par le psychologue, qui montre son empathie à l'égard de ce vécu et qui, en même temps, montre qu'il n'en est ni dupe ni perturbé (empathie professionnelle). Cette attitude de stabilité émotionnelle sécurise le patient sur un mode non défensif.

Encadré 4 : Enjeu et conditions de la mise en place d'une sécurité de base dans la psychothérapie

Le sujet peut faire passer sa sécurité de base par la relation au psychologue, ce qui le délivre de la nécessité de l'assurer seul et rend impossible l'évolution. Il s'agit pour lui d'adopter une position psychologique en quelque sorte régressive par rapport à l'autonomie adulte qu'il avait (plus ou moins bien) assumée jusque-là. L'objectif est de retrouver la souplesse et l'ouverture psychique nécessaires à un changement des bases de son fonctionnement et à une amélioration de son autonomie psychologique. Pour que cela se produise, encore faut-il que le clinicien investisse.

Cela va permettre de construire une relation de confiance. Lorsque le clinicien fait ressentir au sujet son empathie, il le reconnaît tacitement comme légitime dans son identité, son vécu, sa souffrance... Or, *il est indispensable d'être reconnu dans ce que l'on est aujourd'hui pour pouvoir envisager de changer*. En lui montrant dans le même temps qu'il n'est ni dupe ni déstabilisé, le psychologue lui transmet, toujours de manière implicite, qu'il attend de lui une évolution dans sa manière d'être au mode (sans cependant renoncer à la continuité de son Identité) et qu'il lui fait confiance pour y parvenir. *Le sujet va s'emparer de cette confiance en lui, en ses capacités au changement et commencer à se faire confiance lui-même*. Il s'agit de réélaborer cette sécurité, cette confiance de base qui se construit normalement dans la relation aux parents lors de la petite enfance, mais qui est carencée chez de nombreuses personnes. Précisons que cela se passe de manière implicite, car il n'est pas forcément nécessaire (ni toujours souhaitable) de la verbaliser tel quel. En effet, à ce moment-là, on s'adresse à nouveau essentiellement à la capacité d'intellectualisation, plutôt qu'à son ressenti et à son fonctionnement réel. Or, il n'y a en fait que le vécu qui peut faire changer quelqu'un. Le psychologue traduit par son attitude et son expressivité ce sentiment de confiance qu'il place en son patient et que celui-ci ressent : c'est là le plus important. La verbalisation directe de cette confiance ne prendra sa place dans le processus thérapeutique qu'à cette condition-là.

Exemple : Dissonance entre le discours et l'expression non verbale

Verbaliser à une personne que l'on a confiance en elle, sans que cela soit en cohérence avec l'expression émotionnelle (c'est-à-dire avec le ressenti réel et profond du thérapeute) qui accompagne cette verbalisation ne peut amener aucun résultat positif et peut même introduire un doute dans l'esprit du patient, qui se retrouve dans une situation proche du « double lien », « double contrainte » (double bind), mis en évidence par la théorie systémique (l'école de Palo Alto). En effet, le patient se trouve alors en quelque sorte sommé par son psychothérapeute de répondre à l'injonction de croire au discours verbal (« j'ai confiance en vous »), alors que le non-verbal lui donne l'injonction inverse (« je n'ai pas confiance en vos capacités ») et qu'il ne peut échapper ni à l'une ni à l'autre de ces deux injonctions. Dans une forme extrême, un tel comportement relève en fait de la perversion morale et non plus de la psychothérapie.

5.6. Le risque de se substituer à la position de sujet du patient

Pour que ce sentiment de confiance en l'Autre soit véritablement ressenti par le psychologue (et ainsi transmis au patient), encore faut-il qu'il soit convaincu que l'autre est bien un sujet à part entière. Même si ce propos peut apparaître comme une évidence, dans la pratique il n'en est rien. Il faut plusieurs années de formation et de pratique clinique pour apprendre à ne plus se substituer à la position de sujet de l'autre (Comme on le fait dans la vie courante) et ainsi, à lui laisser assumer sa position par lui-même (ce qui ne signifie pas l'assumer seul, car le clinicien est présent pour le guider dans ce cheminement). En effet, en tant qu'enseignant, au cours des travaux dirigés et des supervisions cliniques, on observe que les étudiants ne cessent d'attribuer à l'Autre des émotions et des affects qui sont en fait les leurs. Ils peuvent penser par exemple qu'il est indélicat et dangereux d'approfondir la question d'un deuil avec une personne qui a pourtant choisi de l'aborder spontanément.

Ils ne lui laissent donc pas l'espace psychologique d'être elle-même, avec la réalité de son vécu

subjectif. Ils lui font ressentir qu'elle est incapable d'assumer sa souffrance sans y participer comme si elle leur appartenait. La personne ressent cette difficulté et se retire alors sans même en avoir conscience, car elle ne peut prendre confiance en quelqu'un qui n'est pas en mesure d'accueillir sa souffrance pour ce qu'elle est réellement. La particularité et le rôle de l'émotion étant d'être contagieuse (Wallon, 1993, c 1949), on comprend que les affects du psychologue (sa peur, son angoisse, sa colère, sa culpabilité...) ou au contraire, ses affects positifs) peuvent se transmettre au patient (et inversement bien sûr). Resituer à l'Autre sa position de sujet, c'est donc aussi lui laisser assumer sa souffrance (tout en l'accompagnant). Cela peut se comparer à la position du parent, qui ne doit pas nier les difficultés rencontrées par l'enfant dans son développement, mais le laisser s'y confronter dans la mesure de ses capacités actuelles, tout en étant présent et en jouant un rôle d'interface psychologique entre l'enfant et son milieu. Celui-ci sent alors qu'il n'affronte pas seul les événements et les affects négatifs : sa sécurité de base est donc assurée.

Encadré 5. Le rôle des émotions selon Wallon.

« L'émotion a besoin de susciter des réactions similaires ou réciproques chez autrui et, inversement, elle a sur autrui une grande force de contagion. Il est difficile de rester indifférent à ses manifestations, de ne pas s'y associer par des transports soit de même sens, soit antagonistes. »

5.7. Le risque de se laisser envahir par la position de sujet du patient

Pour devenir psychologue, l'étudiant apprend donc à ne pas se substituer à la position de sujet d'autrui, mais également à ne pas se laisser envahir par la position de sujet d'autrui. Dans les deux cas, cela implique d'être capable de différencier ses émotions propres de celles de l'Autre (ne pas se laisser submerger par les affects du patient), mais aussi, sa personne de celle de l'Autre. C'est un travail constant dans la pratique et un apprentissage délicat pour les étudiants.

Encadré 6 : Une dérive possible dans la psychothérapie.

Il peut arriver que, lorsque le travail permettant de ne pas se laisser envahir par la subjectivité du patient ne s'effectue pas, certains patients prennent un ascendant, une emprise psychologique sur le psychologue et, dans certains cas, cela peut aller jusqu'à la manipulation perverse. Une fois cette situation installée, la psychothérapie est, bien entendu, un échec durable si le psychologue n'est pas à même de reprendre la situation en mains. Cela s'avère difficile sans une sérieuse remise en question, souvent sous l'impulsion de la supervision d'un autre professionnel, qui l'aide à prendre du recul et à analyser ce qui se passe réellement, quels sont les enjeux identitaires qui ont participé à cette dérive.

5.8. Différencier son identité de l'Altérité du patient (ou du groupe)

Apprendre à se positionner sans se substituer à l'Autre ou sans être envahi par l'Autre, c'est remettre perpétuellement en chantier la différenciation du Moi et de l'Autre (concept wallonien) dans le cadre du travail de psychologue, à chaque nouvelle rencontre. C'est le travail de toute une vie.

Une question qui revient souvent chez les psychologues en formation est de savoir comment réagir autrement que dans la confusion émotionnelle et identitaire lorsque l'Autre évoque une problématique ou un vécu qu'ils connaissent, **comment ne pas lui attribuer leurs propres ressentis, comment ne pas céder à la tentation de lui faire part de leurs propres expériences et idées sur le problème.** Nous pouvons répondre en rappelant que la position du psychologue est altérocentrique et que l'on apprend à l'adopter progressivement en se fixant d'abord volontairement cet objectif. Ainsi, l'intérêt du patient passe au premier plan et permet de se concentrer sur son vécu à lui (laissant momentanément de côté les émotions du psychologue sans pour autant les nier ou les refouler). D'autre part, la référence à une théorie psychologique est fondamentale dans l'analyse du patient pour lui-même

Cela n'empêche pas le psychologue confirmé d'être simplement humain, de ressentir des émotions personnelles, mais il a appris à ne pas les mettre en premier plan de sa conscience au moment de son exercice professionnel. Hors de cet exercice, les propos du patient peuvent l'amener à réfléchir et avoir des répercussions affectives sur sa problématique personnelle. Cependant, il est capable de faire la différence entre les problèmes du patient et les siens propres : cela n'interfère plus dans sa pratique, mais fonctionne plutôt en parallèle. Et cela fait partie de la remise en question permanente que le psychologue doit réaliser dans son exercice de la psychothérapie. Cette remise en question n'est donc pas seulement d'ordre professionnel. Il y a là un travail permanent de différenciation de son identité par rapport à l'Altérité, la différence, la singularité du patient.

On peut se poser une autre question qui se situe en quelque sorte à l'opposé de la première : comment réagir lorsque, au contraire, le sujet expose un vécu auquel le psychologue n'a pas accès (par exemple, la parentalité si le psychologue n'a pas d'enfant, la maladie chronique si le psychologue est en parfaite santé, le vécu de fin de vie...) ? Est-il impossible de tenir son rôle professionnel parce que l'on ne partage pas la même expérience existentielle que le sujet et qu'il est difficile d'imaginer ce qu'il ressent dans cette situation ? D'une part, il est impossible de cumuler l'expérience humaine et la fonction de psychologue doit néanmoins être assurée. Comme nous l'avons déjà expliqué, la fonction de psychologue ne s'étaye pas seulement sur sa personnalité et son vécu, mais essentiellement sur ses compétences, ses connaissances théoriques et l'élaboration de son identité professionnelle, qui fonctionnent quelle que soit son expérience vitale. La capacité à se différencier de l'identité du patient comporte également une sensibilité empathique à son Altérité (car la différenciation n'est pas clivage) et, comme nous l'avons déjà dit, un investissement affectif est indispensable à la psychothérapie.

Réciproquement, l'Altérité que le psychologue représente et incarne pour le patient est structurante dans le cadre du processus thérapeutique. En effet, c'est par l'interaction humaine que nous nous construisons tout au long de notre développement et elle reste au centre de notre capacité à évoluer à l'âge adulte.

Contrairement aux appréhensions qu'expriment souvent les étudiants, le psychologue ne doit pas hésiter à se poser comme Altérité, c'est-à-dire à laisser percevoir sa personnalité au patient. Introduire de l'Altérité, c'est aussi aider le sujet dans sa prise de recul par rapport à son fonctionnement basique. En revanche, comme nous l'avons expliqué ci-dessus, son vécu personnel par rapport à des situations concrètes n'a guère de place dans le cadre thérapeutique, car cela le ramènerait à une démarche plus égocentrique qu'altérocentrique. Le thérapeute n'est pas là pour faire partager son expérience existentielle propre au patient, ou alors très ponctuellement : c'est à ce niveau qu'il se doit de rester neutre. Il y a donc une asymétrie de la relation thérapeutique qui n'est pas toujours facile à assumer et qu'il faut constamment travailler.

5.9. Différencier et lier ses propres identités personnelle et professionnelle : une forme volontaire de dissociation.

L'élaboration d'une Identitaire de psychologue n'implique donc pas la mise à distance, le déni, le refoulement...de sa personnalité. Au contraire, l'Identité globale du psychologue nourrit sa position professionnelle, la met en résonance avec l'Autre dont il prend soin. En revanche, dans le cadre de son exercice professionnel, il doit être capable **de médiatiser le contact de sa personnalité globale avec le patient par l'intermédiaire de sa position professionnelle interne**, et de dissocier sa problématique et son vécu personnels de ceux du patient. S'il n'y parvient pas, nul changement n'advient dans le mode naturel de communication entre les êtres, et le soi-disant psychologue ne peut faire à l'Autre que le bien (ou le mal) que lui ferait par exemple un ami.

Nous voici donc avec un problème complexe, un paradoxe apparent : **construire une identité professionnelle qui fonctionne en décalage avec son Identité globale sans être en rupture avec elle**. Là aussi le clivage n'est pas de mise. Nous parlons plutôt de dissociation volontaire.

5.10. Des enjeux de la supervision clinique et de l'élaboration d'un projet thérapeutique évolutif.

Pour ne pas se substituer à la position de sujet d'autrui ou ne pas se laisser envahir par la position de sujet d'autrui, pour différencier ses émotions et sa personnalité globale de celles de l'Autre, le thérapeute doit assurer son propre ancrage dans le réel, comme il doit être un point d'ancrage pour le patient. Nous revenons à l'idée que le positionnement clinique est avant tout interne, intrapsychique et dépend de la construction d'une Identité stable de psychologue clinicien. Le rôle de cette structure psychologique spécifique est d'assurer la gestion et la structuration de la pratique clinique. Pour y parvenir, le futur professionnel doit avoir recours à une supervision de sa clinique. Il l'entreprend avec un ou plusieurs cliniciens chevronnés, qui lui font des retours sur sa pratique et sur sa réactivité personnelle face à l'Autre, ce qui lui permet petit à petit de réajuster à la fois ses interventions et son positionnement psychologique interne.

C'est en effet par un travail permanent d'auto-supervision (capacité du clinicien qui s'est formée sous la supervision par d'autres praticiens) que le psychologue est en mesure d'assurer son propre rapport à la réalité de la relation particulière qu'il entretient avec son patient et de réajuster son intervention au fur et à mesure du déroulement de la thérapie (avec ses aléas). L'auto-supervision implique que le psychologue prend le temps de réfléchir à sa pratique entre deux séances au cours de son suivi.

Encadré 7 : La notion de projet thérapeutique

Certains étudiants sont choqués par l'idée que le psychologue doive élaborer un projet

thérapeutique pour le patient, pensant que c'est précisément une manière de se substituer à sa position de sujet. Il n'en est rien. Si l'on pouvait orienter seul sa propre évolution, on n'aurait guère besoin de psychologue et chacun changerait favorablement. C'est bien sûr loin d'être le cas. Le psychologue clinicien est formé pour être le spécialiste des processus psychologiques à l'œuvre dans une thérapie et pour permettre au sujet qui le consulte de les faire fonctionner sur les contenus que celui-ci est, en revanche, le seul à connaître. Le professionnel est spécialiste des processus psychologiques, le patient est spécialiste de son histoire et de son vécu subjectif, sur lesquels il travaille avec l'orientation du psychothérapeute. Un projet thérapeutique comporte un objectif final au départ très abstrait et des objectifs intermédiaires qui le décomposent, nous pourrions dire à l'infini, de manière concrète et qui permettent ainsi de parvenir progressivement à préciser et à incarner l'objectif final.

Chaque séance constitue un enseignement qu'il inscrit dans la trajectoire du suivi psychologique et dont il tire les conséquences pour la suite du projet thérapeutique, qu'il réélabore au fur et à mesure de l'évolution du patient. Les étudiants ne pensent pas forcément que clinique rime avec méthode de travail. Mais notre discipline aussi exige l'acquisition d'une méthodologie de la pratique, en particulier par rapport à la progressivité des actions et des objectifs que l'on se fixe et qui sont constamment à revoir en fonction de l'évolution du patient (de l'équipe ou de l'institution). Par exemple, il ne faut pas confondre les moments à consacrer à une catharsis émotionnelle brute (avec un sujet ou un groupe), avec ceux d'élaboration psychologique fine. Il faut également être en mesure de distinguer la démarche exploratoire destinée à restituer un problème précis évoqué par le sujet dans son contexte de vie général, avec la démarche d'approfondissement de pistes d'élaboration précises.

5.11. L'effort volontaire de formation : la constitution d'un automatisme

Tout ce que nous avons décrit dans cette partie relève d'un effort volontaire de formation pour être mis en place. Avant de devenir un automatisme (au sens wallonien), ce positionnement de psychologue exige de la part de l'étudiant une volonté consciente et soutenue de s'orienter vers ces objectifs. L'effort pour se décaler de son fonctionnement spontané doit se poursuivre durant toute la formation, mais aussi pendant les premières années de pratique, pour que l'activité professionnelle devienne totalement intériorisée. Et même, cette intériorisation s'affirme et se complète au fur et à mesure des nouvelles expériences cliniques et tout au long de la pratique.

Au départ, l'étudiant tend vers ces objectifs de formation et commence à les atteindre sans que cela soit prévisible. En quelque sorte, ses premières réussites se produisent au hasard. Mais les feed-back positifs qu'elles engendrent, favorisent l'intériorisation de la position interne, qui va tendre à se reproduire de plus en plus souvent, jusqu'à ce que cela soit systématique (sauf état de fatigue qui tend à défaire momentanément l'automatisme professionnel).

Encadré 8 : La notion d'automatisme chez Henri Wallon

Cariou (1995) synthétise le principe de l'automatisme : sa fonction est de mettre en forme l'activité de l'organisme par rapport à certains aspects du milieu externe. Ainsi, l'automatisme peut-il être considéré comme un moyen dont dispose l'organisme pour gérer son rapport avec le milieu (...). L'homme dispose d'un système nerveux capable de construire des automatismes répondant à des aspects variés (...du milieu). Dans ce processus où la formation de l'activité dépend à la fois des propriétés de l'organisme et de celles du milieu, l'ajustement croissant de l'activité à son objet se réalise par une différenciation plus précise des différentes actions concernées par rapport aux ensembles (...) dans lesquels (elles) étaient initialement inclus (ses...)

Une propriété essentielle de l'automatisme est que sa construction génère nécessairement un glissement progressif depuis une gestion consciente vers une gestion inconsciente de l'activité (...) Il correspond donc à un processus d'intériorisation des aspects du milieu par rapport auxquels il se construit » (p.129-130). Lorsque l'automatisme est constitué et que l'activité fonctionne de manière inconsciente, il y a donc un gain énergétique très important et une libération du champ de conscience qui permet de traiter de nouveaux problèmes adaptatifs.

Table des matières

CHAPITRE 1. PRESENTATION DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE 4

<u>1.1. Les définitions</u>	4
<u>1.1.1. Psychologie</u>	4
<u>1.1.2. Clinique</u>	4
<u>1.1.3. Psychologie clinique</u>	4
<u>1.1.4. L'objet scientifique de la psychologie clinique</u>	4
<u>1.1.5. La notion de clinique en médecine</u>	8
<u>1.1.6. La notion de clinique en psychologie</u>	9
<u>1.2. Histoire de la psychologie clinique</u>	10
<u>1.2.1. Auteurs fondateurs de la pensée clinique</u>	10
<u>1.2.2. Le double héritage de Lagache</u>	13
<u>1.3. Place de la clinique en psychologie clinique</u>	16
<u>1.3.1. L'acte clinique</u>	16
<u>1.3.2. La méthode clinique</u>	17

CHAPITRE 2. FONDEMENT ANTHROPOLOGIQUE DE L'APPROCHE CLINIQUE 22

<u>2.1 L'homme est une structure globale</u>	22
<u>2.2. L'homme est une structure qui a du sens</u>	23
<u>2.3. L'homme est une structure qui produit du sens</u>	24
<u>2.4 L'homme est une structure qui produit du sens par l'acte de parole</u>	24
<u>2.5 L'acte de parole inclut toujours un rapport à autrui</u>	25

CHAPITRE 3. LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE 27

<u>3.1. Analyse sémantique de la notion de norme</u>	27
<u>3.2. Qu'est-ce qui relève du pathologique?</u>	29
<u>3.3. Perspective de Canguilhem</u>	29
<u>3.4. La notion de structure selon Bergeret</u>	30
<u>3.5. Analyse structurale de la question de la norme</u>	30

CHAPITRE 4. L'HOMME AU SINGULIER 37

<u>4.1. L'individu, un tout</u>	37
<u>4.2. L'individu, intégré dans un environnement</u>	37
<u>4.3. L'individu, un sujet</u>	37
4.4. La loi générale et le sujet particulier	
4.5. La réalité psychique	
<u>4.6. L'observation en psychologie clinique</u>	37

CHAPITRE 5 : POSITIONNEMENT DU PSYCHOLOGUE DANS LA PRATIQUE CLINIQUE 37

5.1. Passer d'un positionnement égocentrique à un positionnement altérocentrique	
<u>5.2. Dépasser la résistance au changement : celle du patient (ou du groupe) et la sienne propre</u>	39
<u>5.3. Dépasser la culpabilité de la phase de déstabilisation nécessaire au changement du patient ou du groupe</u>	41
<u>5.4. Remettre en question sa pratique en permanence</u>	41
<u>5.5. La sécurité de base, espace thérapeutique créé par l'empathie professionnelle</u>	41
<u>5.6. Le risque de se substituer à la position de sujet du patient</u>	42
<u>5.7. Le risque de se laisser envahir par la position de sujet du patient</u>	43
<u>5.8. Différencier son identité de l'Altérité du patient (ou du groupe)</u>	44

<u>5.9. Différencier et lier ses propres identités personnelle et professionnelle : une forme volontaire de dissociation.</u>	45
<u>5.10. Des enjeux de la supervision clinique et de l'élaboration d'un projet thérapeutique évolutif.</u>	45
<u>5.11. L'effort volontaire de formation la constitution d'un automatisme</u>	47
63	