

Pratiquer la psychothérapie

Tout le catalogue sur
www.dunod.com



ÉDITEUR DE SAVOIRS

Alain DELOURME
Edmond MARC

Pratiquer la psychothérapie

3^e édition

DUNOD

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

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autori-

sation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

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

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

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

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2014 (2009,2004)
5 rue Laromiguière, 75005 Paris
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-071691-3

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

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

Sommaire

INTRODUCTION. L'INVITATION AU VOYAGE 1

PREMIÈRE PARTIE

FINALITÉS

INTRODUCTION. DES STRATÉGIES D'ÉVEIL 10

1. Restaurer les capacités à communiquer et à aimer 13

2. Développer la conscience 24

3. Construire la pensée et accorder la conduite 34

4. Intégrer le passé et construire l'avenir 45

CONCLUSION. SE DÉCOUVRIR TOUT EN SE CONSTITUANT 58

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIFS

5. Le cadre 64

6. La relation 80

7. Le temps en psychothérapie 97

TROISIÈME PARTIE**PROCESSUS**

8. Expression et communication	115
9. Corps et émotion	138
10. Résistances et défenses	155
11. Régression et progression	173
12. Conflits pulsionnels et construction identitaire	193
13. Changer	209

QUATRIÈME PARTIE**MODALITÉS**

14. Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent	229
Christian Dubart	
15. La psychothérapie du couple	249
16. Les thérapies familiales	270
17. Les psychothérapies de groupe	287
<i>CONCLUSION. LE MÉTIER DE PSYCHOTHÉRAPEUTE</i>	303
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	309
<i>INDEX DES MOTS CLÉS</i>	315
<i>INDEX DES NOMS PROPRES</i>	321
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	325

Introduction

L'invitation au voyage

QUAND Alice demande au chat, assis dans son arbre, quel chemin elle doit prendre, le chat répond fort sagement : « Cela dépend de là où tu veux aller. » Cette réponse s'appliquerait bien à ceux qui souhaitent s'engager sur les voies de la psychothérapie : que de routes s'ouvrent devant eux ! Quelle diversité de paysages et de parcours ! Quelle multiplicité de modes de transport et d'accompagnement ! On comprend l'embarras qui peut naître face à un tel choix. D'autant que des voix impérieuses ou séductrices s'élèvent pour proclamer : « Hors mon chemin, point de salut. » Comme elles sont nombreuses à délivrer ce message, on imagine bien la perplexité des voyageurs.

Les guides, eux, se protègent, pour la plupart, de ce malaise et de cet inconfort en suivant toujours la même route et en marchant dans le même sens ; ainsi, peuvent-ils se persuader qu'il est unique.

Mais si les voies de la psychothérapie restent pour beaucoup impénétrables, assez nombreux sont ceux qui savent où ils veulent aller : arriver à se débarrasser d'un symptôme gênant ; sortir de la solitude et des difficultés relationnelles ; trouver un meilleur épanouissement dans sa vie amoureuse ou professionnelle ; traverser un traumatisme, une crise, un deuil particulièrement éprouvants ; échapper à la dépendance (au tabac, à l'alcool, à la drogue...) ; améliorer sa relation de couple ; donner un sens à sa vie... Chacune de ces demandes peut entraîner celui qui la formule dans une direction particulière ; mais aussi le confronter à plusieurs chemins possibles : thérapie brève ou thérapie longue ; thérapie individuelle ou thérapie de groupe ; thérapie verbale ou thérapie corporelle et émotionnelle...

Ainsi, la multiplicité des voies thérapeutiques rencontre en partie la diversité des demandes et constitue une richesse certaine en apportant des réponses ajustées à cette diversité. Elle correspond aussi à une plus grande finesse dans l'appréhension des troubles psychiques ; à la distinction classique entre névrose et psychose se sont ajoutées d'autres catégories : celles des patients-limites (*borderlines*), des personnalités narcissiques, des structures psychosomatiques, etc. Chacun de ces profils peut relever d'une démarche spécifique. De même, les approches thérapeutiques prennent de plus en plus en compte la nature particulière du trouble (trouble de l'humeur, des conduites alimentaires, addictions, abus sexuels...) : ainsi, de très nombreuses techniques se proposent aujourd'hui pour traiter la dépression, la boulimie ou le tabagisme.

On peut donc considérer « les différences de perspectives théoriques non comme de malheureuses déviations de la juste compréhension, mais comme des expressions heureuses des innombrables façons d'organiser l'expérience humaine¹ ».

UNITÉ ET DIVERSITÉ

Du coup, les frontières et les clivages qui tenaient à la pluralité des écoles commencent à se brouiller. Bien sûr, ils sont loin d'avoir disparu mais des chemins de traverse s'ouvrent ici et là. La psychothérapie tend à émerger de plus en plus comme discipline générale, d'une diversité assumée. On peut la définir, dans un abord très large, comme un processus d'accompagnement psychorelationnel de personnes en souffrance à des fins d'élucidation, d'élaboration et d'émancipation. Le terme « psychothérapie » est donc générique puisqu'il concerne diverses méthodes appartenant à un même genre commun. À l'intérieur de cette unité disciplinaire se développent des modalités théorico-pratiques différenciées, allant de la mise à jour des phénomènes inconscients à la recherche de modifications comportementales en passant par la mobilisation des forces énergétiques, l'analyse des jeux transactionnels, l'exploration d'enjeux contextuels et systémiques, et bien d'autres focalisations possibles, toutes aussi pertinentes et utiles les unes que les autres.

Comme l'affirmait déjà fortement Michael Balint, la « bonne technique » (c'est-à-dire une technique bonne pour tous les patients et tous les thérapeutes) est une chimère. Les recherches portant sur l'évaluation

1. Mitchell, cité par Norcross et Goldfried (dir.), 1998, p. 149.

des psychothérapies montrent au contraire une certaine équivalence entre les différentes démarches. Les études comparatives échouent en effet à établir la supériorité, au moins globale, d'une quelconque approche. Tout ce que l'on peut constater, c'est que chaque technique convient bien à certains patients et en exclut d'autres. Cependant, à la question « la psychothérapie est-elle utile à ceux qui l'entreprennent ? », elles répondent positivement. L'effet bénéfique est statistiquement démontrable par des méta-analyses de recherches avec plan expérimental et groupes de contrôles¹. Ce qui est plutôt rassurant, tant pour les patients qui consultent avec l'espoir d'obtenir une amélioration de leur état que pour les professionnels qui consacrent leur temps à tenter de les aider.

► Entre art et science

Cependant, si ces résultats attestent l'efficacité des psychothérapies, ils ne valident pas pour autant les théories qui les inspirent. L'effet constaté n'est pas forcément en relation avec l'explication que s'en donne le thérapeute. Ni l'inverse d'ailleurs. Le praticien doit tolérer cette situation inconfortable où il ne peut agir sans référents théoriques tout en se gardant de croire que cette théorisation est la seule possible ou ne peut être remise en cause. Comme aimait à le rappeler Korzybski, « la carte n'est pas le territoire » ; mais on oublie souvent qu'il ajoutait : « Si elle est précise, la carte a une structure semblable à celle du territoire » ; ce qui justifie son utilité. Pour accompagner le patient, il est bon que le thérapeute s'aide des cartes qu'il a à sa disposition sans renoncer à son propre sens de l'orientation, ni hésiter à s'aventurer hors des sentiers battus.

Autrement dit, la psychothérapie se situe entre art et science et il importe de la maintenir dans cette polarité féconde. Renoncer à tout savoir préalable serait au mieux une illusion ; se référer à un savoir clos c'est s'enfermer dans un carcan.

Le doute n'implique pas la révocation de tout acquis. Nous ferions volontiers nôtre le précepte de Confucius : « Savoir que l'on sait ce que l'on sait et savoir que l'on ne sait pas ce que l'on ne sait pas : voilà la véritable intelligence. » Les connaissances accumulées dans le domaine de la psychothérapie en plus d'un siècle sont considérables ; elles constituent un socle d'une solidité et d'une richesse suffisantes

1. Cf. notamment Gérin et Dazord, 1992.

pour asseoir une pratique éclairée, consistante et efficiente¹. Néanmoins, laissons ouverte la possibilité de les questionner, de les prolonger ou d'innover à partir de l'expérience de chaque thérapeute.

► Positions et propositions

Plaider pour une psychothérapie plurielle, montrer à la fois l'unité et la diversité de ce champ, donner à la pratique toute son importance sans négliger les théories, voici quelles sont les orientations majeures de cet ouvrage.

Elles ont pu se laisser entrevoir dans les propos qui précèdent. Mais il est temps de les présenter plus explicitement.

« Pratiquer la psychothérapie », ce titre indique bien une option : rester au plus près de ce qui se passe dans l'expérience clinique pour perdre le moins possible de sa richesse et de sa complexité. Cette expérience implique profondément et conjointement le thérapeute et le patient². Car lui aussi pratique la psychothérapie, et peut-être même en première ligne.

Or, si les ouvrages théoriques sur les psychothérapies sont légion, bien moins nombreux sont ceux qui se centrent sur leur dimension pragmatique. Pourtant, *la psychothérapie existe avant tout comme une pratique*. Nous souhaitons remettre en cause, avec François Roustang, l'idée que celle-ci ne serait que l'application d'une théorie préalable. C'est bien plutôt l'inverse qui se passe : « Parce que la théorie est toujours seconde et qu'elle n'a pu voir le jour que si une pratique ou une expérience l'a rendue souhaitable ou nécessaire³. » Ensuite parce qu'elle ne tire sa validité que de la mise à l'épreuve des faits.

Enfin, il faut rappeler que la finalité ultime de la thérapie est le changement du patient. On pourrait transposer à notre domaine cette proposition de Marx : « Les philosophes n'ont fait qu'interpréter diversement le monde ; il s'agit maintenant de le transformer. » L'anecdote bien connue

1. Dans ce sens, la prétention récurrente de quelques gourous à révéler une nouvelle démarche appelée à surpasser toutes les autres relève d'une désarmante naïveté ou d'une forme grossière de marketing.

2. Nous retenons dans cet ouvrage le terme de « patient » sans ignorer les discussions qu'il suscite et les propositions pour le remplacer par d'autres comme « analysant », « client », « thérapeusant »... « Patient » est finalement le vocable le plus usité et qui exprime bien à la fois la souffrance (du latin *pati*) et la patience de celui qui s'engage dans une démarche thérapeutique.

3. « Tout fait ventre », in Delourme (dir.), 2001, p. 96.

de l'énurétique qui, au bout de dix ans d'analyse, continue à mouiller son lit mais en sachant pourquoi, nous encourage dans cette voie.

Nous avons voulu *échapper aux discours partisans* et éviter deux écueils : le premier qui aurait été de prendre le parti d'une seule théorie, d'une seule pratique et ainsi d'ignorer ou de disqualifier les autres ; le deuxième qui aurait consisté à présenter de manière neutre les principales psychothérapies existantes en évitant d'aborder ce qui les distingue, les relie et les dépasse. Il s'est agi de focaliser, non sur les choix d'école, mais sur les *facteurs communs* qui opèrent dans la pratique, quelles que soient les théories et méthodes de référence.

Il importe à ce propos de rappeler qu'aucun système thérapeutique n'est propriétaire d'un procédé ou d'un résultat. C'est ce « mythe de l'exclusivité » qui autorise parfois certains comportementalistes, thérapeutes émotionnels ou psychanalystes à s'attribuer respectivement le monopole du changement en matière de conduite, de catharsis émotionnelle ou du dévoilement de phénomènes inconscients. Ce monopole est une illusion ; car l'expérience thérapeutique, pourvu qu'on la regarde dans sa complexité, mêle intimement, comme la vie, les dimensions de la pensée, de l'action, de l'émotion et des mécanismes inconscients. Agir à ces différents niveaux plutôt que d'en privilégier un seul, augmente les chances d'efficacité.

Dans le même ordre d'idée, nous avons cherché à éviter le recours à un « vocabulaire fétichisé » (Roustang) ou à un jargon trop spécifique développé par telle ou telle école pour se différencier de ses consœurs. Souvent ce jargon, compris des seuls initiés, joue plus comme un signe de reconnaissance pour les membres du clan qu'il ne sert la pensée. Par ailleurs, il alimente des guerres idéologiques et fait obstacle à un véritable échange entre praticiens.

Bien sûr, cette réserve n'exclut pas l'usage d'un vocabulaire spécialisé et de concepts clairement définis lorsque cet usage s'avère utile à l'analyse de l'expérience et à sa compréhension.

Il convient aussi de *sortir d'une vision hiérarchique* qui est encore celle de trop de psychanalystes : il y aurait une pratique noble — la « cure type » — et des formes plus ou moins dégradées — les psychothérapies — auxquelles il faut bien recourir lorsqu'on ne peut pratiquer une psychanalyse « pure ».

D'abord parce qu'à force de variantes, d'ajustements et d'évolutions, la notion de « cure type » a perdu une grande part de sa consistance¹. Ensuite parce qu'à côté des psychanalyses (freudienne, jungienne, kleinienne, lacanienne...), il existe des démarches thérapeutiques qui relèvent d'autres paradigmes ; citons les thérapies hypnotiques (hypnose traditionnelle et hypnose éricksonienne), les thérapies corporelles et émotionnelles (bioénergie, thérapie primale, *rebirth*...), les thérapies comportementales et cognitives (fondées sur les théories de l'apprentissage), les thérapies de la communication (approche rogérianne, gestalt, analyse transactionnelle, démarches systémiques et stratégiques...). Ces différentes approches apportent toutes un éclairage irremplaçable sur la réalité humaine ; mais aucune n'en épuise la complexité. Elles ont chacune leurs zones de clairvoyance et de compétence ; mais aussi de cécité et d'inopérance.

Nous sommes donc pour une reconnaissance de la valeur inhérente à chaque approche. Sans oublier cependant que le patient n'a jamais à faire directement à une méthode mais à une personne qui la pratique d'une manière singulière, à partir de sa personnalité, de sa formation et de ses expériences. L'accent mis sur la théorie ou sur la technique risque de laisser dans l'ombre un aspect essentiel : *le fait que la psychothérapie est d'abord une relation*. « Tout s'éclaire si nous reconnaissons que la relation est notre seul guide, notre seul critère, notre seul garant. » (Roustang, 2000, p. 97) Les problèmes relationnels sont en effet à l'origine de la majorité des difficultés rencontrées. Il s'ensuit logiquement que le travail sur la relation, la qualité et la force de l'alliance thérapeutique, sont au cœur du processus de changement. Ce point de vue ouvre la psychothérapie à l'inconnu, à l'imprévu et à la découverte ; car de la relation aucun des partenaires n'a la maîtrise. L'espace thérapeutique est un terrain de jeu et de rencontre, comme Winnicott l'a si bien soutenu et illustré². Les protagonistes, dans un ajustement créatif, tentent d'y inventer des formes de communication qui les libèrent de la répétition.

Tout ce qui précède indique assez clairement que nous nous situons dans une *orientation intégrative et plurielle*. Ce courant prend aujourd'hui de plus en plus d'ampleur³.

1. Comme le reconnaît lui-même le psychanalyste André Green, constatant qu'il y a des psychothérapies qui sont de véritables analyses et des analyses qui ne sont que des psychothérapies (préface à l'ouvrage de François Richard, 2002).

2. Cf. Winnicott, 1975.

3. Cf. Delourme (dir.), 2001.

Dissipons cependant un malentendu possible. L'orientation intégrative ne conduit pas à une sorte d'œcuménisme tiède, mettant sur le même plan toutes les démarches. Elle ne vise pas une synthèse unifiée qui estomperait les différences et affadrait les spécificités. Elle nous encourage à sortir de la pensée unique. Si elle prône l'ouverture, elle appelle aussi le débat. C'est en défendant leurs apports spécifiques que les différentes approches peuvent se féconder mutuellement et entrer dans un jeu de tensions et de complémentarités créatives. Comme le préconise Max Pagès, il convient de s'intéresser plus aux articulations qu'aux synthèses¹ ; il s'agit aussi de mettre en lumière les facteurs transversaux et les bases communes aux multiples psychothérapies².

De plus, si les techniques sont multiples, *le patient est un*. Il constitue une globalité. Il intègre en lui les différentes dimensions que les théories tendent souvent à opposer : le corps et l'esprit, la cognition et l'émotion, le conscient et l'inconscient, la représentation et l'énergie, la pensée et l'affectivité, le passé et le présent, le verbe et l'action... Si le thérapeute ne prend en compte qu'une seule de ces dimensions, il ne favorise pas l'intégration de son client et risque même d'entretenir certaines formes de dissociation.

Enfin, soulignons que l'attitude intégrative est certainement un bon rempart contre certaines formes d'intégrisme.

PARCOURS

Le parcours suivi dans cet ouvrage reflète le projet que l'on vient d'exposer. Il aborde la psychothérapie dans une perspective globalisante, combinant unité et diversité, avec comme référence la pratique de thérapeutes exerçant dans un cadre libéral³ :

- la première partie insiste sur les *finalités* de la thérapie. Car, ainsi qu'on l'a souligné, le chemin suivi dépend en grande partie des

1. Cf. notamment, Pagès, 1993.

2. Cf. Chambon et Marie-Cardine, 2003. Armen Tarpinian nous invite aussi à distinguer une perspective « intégratrice » qui consiste à s'ouvrir aux apports et pratiques des différentes écoles et une perspective « intégrative » qui peut contribuer, à lointaine échéance, à l'unification dynamique des psychothérapies (2002, p. 128).

3. Nous ne traitons donc pas dans cet ouvrage, à part dans la quatrième partie, de tout le champ des psychoses relevant de la psychiatrie et de l'hospitalisation en institution. D'autant que plusieurs volumes de la collection « Psychothérapies » ont déjà abordé ce champ (cf. notamment Boucherat-Hue *et al.*, 2001).

destinations que l'on se fixe. Les objectifs que l'on peut poursuivre en psychothérapie sont multiples et ne peuvent être ramenés à une formulation unique ;

- la deuxième partie souligne l'importance des *dispositifs* mis en œuvre en les envisageant sous trois aspects essentiels : le cadre, la relation et la temporalité (que l'on a souvent tendance à négliger) ;
- la troisième partie se centre sur les *processus* en prenant pour axes la relation et la communication qui impliquent autant le corps et l'émotion que la parole. Un accent particulier est mis sur les résistances, la régression, la construction identitaire et les processus de changement.
- enfin, la quatrième partie s'ouvre plus à la diversité des pratiques et aborde certaines *modalités* majeures, comme les thérapies d'enfants et d'adolescents, les thérapies de couple et de la famille, les thérapies de groupe.

Nous avons voulu ancrer fortement l'ensemble de ces réflexions dans la pratique en les étayant sur de nombreux exemples cliniques¹. Ces exemples sont tirés de nos activités de psychologue, de psychothérapeute, de superviseur ou de formateur. Ils sont donc issus de nos expériences personnelles, mais aussi de celles des patients et des praticiens qui nous ont fait la confiance de les partager avec nous et de nous proposer leurs questionnements. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance, en retour de ce qu'ils nous ont apporté.

1. Bien entendu, pour des raisons éthiques évidentes, toutes ces illustrations cliniques ont été suffisamment transformées pour préserver l'anonymat des personnes concernées.

PARTIE I

Finalités

Introduction. Des stratégies d'éveil	10
■ Chap. 1 Restaurer les capacités à communiquer et à aimer	13
■ Chap. 2 Développer la conscience	24
■ Chap. 3 Construire la pensée et accorder la conduite	34
■ Chap. 4 Intégrer le passé et construire l'avenir	45
Conclusion . Se découvrir tout en se constituant	58

Introduction

Des stratégies d'éveil

« L'être humain est à la fois un et multiple. Tel le point d'un hologramme, il porte le cosmos en lui. Nous devons voir aussi que tout être, même le plus enfermé dans la plus banale des vies, constitue en lui-même un cosmos. Il porte en lui ses multiplicités intérieures, ses personnalités virtuelles, une infinité de personnages chimériques, une polyexistence dans le réel et l'imaginaire, le sommeil et la veille, l'obéissance et la transgression, l'ostensible et le secret, des grouillements larvaires dans ses cavernes et des gouffres insondables.

Chacun contient en lui des galaxies de rêves et de fantasmes, des élans inassouvis de désirs et d'amours, des abîmes de malheur, des immensités d'indifférence glacée, des embrasements d'astre en feu, des déferlements de haine, des égarements débiles, des éclairs de lucidité, des orages déments... »

(E. Morin, 2000, p. 61)

LA PSYCHOTHÉRAPIE est la mise en œuvre d'une stratégie d'éveil. L'éveil visé peut être plus ou moins ambitieux selon les patients et selon les praticiens. Il va concerner soit l'ensemble de la personnalité soit certains de ses aspects, dont le choix variera selon les écoles (l'inconscient, le comportement, les tensions corporelles, le mode transactionnel, les conduites cognitives...). D'une manière générale, il importe de se demander si le but du changement visé consiste seulement dans la modification de comportements, d'habitudes plus ou moins périphériques, ou si elle comprend également ou prioritairement l'affrontement de structures de personnalité plus centrales. Parmi ces modifications plus structurelles, citons : une capacité accrue de perception adéquate de la

réalité, le développement d'une pensée personnelle, la différenciation entre expériences anciennes et nouvelles, l'intégration des expériences nouvelles, la modification de l'image de soi ou de la conception de soi, la compréhension des conditions occasionnant des problèmes personnels, l'élargissement des compétences existentielles, etc.

Quel que soit l'objectif visé, nous pensons que ce travail doit s'ancrer dans des références tout en étant dégagé des révérences. C'est donc une méthodologie à faire et à refaire, oscillant entre les temps de construction, de déconstruction et de reconstruction. Elle peut ainsi être mobile et éviter les pétrifications, ce qui en soit est thérapeutique pour le patient car lui n'a pas su éviter les impasses liées à la fixation, à la répétition ou à l'inertie.

Les stratégies d'éveil dont il est question ici ne peuvent pas être réduites à des programmes bien définis car un programme est l'établissement d'une séquence d'actions devant être exécutées *sans variation*. Dans notre domaine, cette rigidité risquerait d'entraîner l'échec. La stratégie quant à elle nécessite certes l'élaboration d'un scénario d'action mais en y intégrant les incertitudes de la situation. Elle peut donc être modifiée régulièrement en fonction des informations recueillies ainsi que des hasards et des événements de vie que la personne traverse et qui la modifient. Il est bien sûr toujours possible dans un processus thérapeutique d'utiliser de courtes séquences programmées (un psychodrame, un *rebirth*, un exercice comportemental, etc.) mais le parcours sur le moyen et le long terme est beaucoup moins prédictible. Dans ce contexte sera privilégiée tantôt la prudence, tantôt l'audace, que ce soit dans les interprétations verbales, les interactions non verbales ou l'intrication de ces registres.

Bien avant la phase finale qui verra le patient et le praticien tenter de se séparer, il y aura la transaction initiale qui les verra tenter de s'entendre sur les enjeux et les modalités de leur cheminement commun. Car l'engagement est d'importance et chacun le sait. Ils auront ensemble à affronter le défi de l'incertain, qui prendra deux aspects : tout d'abord le pari que tout cela vaut la peine, que cet investissement en énergie, en temps et en argent peut aboutir à quelque chose de bon pour le patient ; ensuite la recherche d'une stratégie adaptée à ce défi, c'est-à-dire apte à modifier chez le patient la façon de penser et la manière de vivre pour que celles-ci correspondent mieux aux buts visés.

En psychothérapie, l'accent est mis non seulement sur le contenu des troubles mais aussi et plus encore sur l'attitude vis-à-vis d'eux. Ce qui rend morbide la problématique est généralement la façon complice dont le patient l'investit et l'alimente. Cet attachement démesuré crée une

rigidité plus ou moins pathologique qui est le sujet même du travail de conscientisation et de dégageant. Il s'agit de désencapsuler le patient, de le défixer, pour qu'il trouve ou retrouve la flexibilité et la mobilité qui lui font défaut.

Comme nous allons le développer, les psychothérapies présentent donc plusieurs objectifs. Ceux-ci intéressent toujours d'une part la différenciation de soi, c'est-à-dire la capacité d'exister et d'agir de façon individuée, et d'autre part l'harmonisation des relations à autrui. Mettre exclusivement l'accent sur le premier aspect pourrait conduire à une marginalisation sociale. Mettre exclusivement l'accent sur le second pourrait entraîner une normalisation conformiste. L'adaptation, qui est toujours souhaitable pour le bien être même de l'individu, apparaît comme le résultat d'une articulation entre les deux missions. C'est en fait un bénéfice du processus d'élucidation et d'émancipation. Ce processus est un « ensemble de phénomènes conçu comme actif et organisé dans le temps » (Litré). On le sait, cet ensemble actif et organisé est initiateur de changements. Mais qu'est-ce qui change ? Et comment ça change ? Disons tout de suite que le changement apparaît bien souvent comme le résultat d'une déviance réussie : une déviance vis-à-vis du système dans lequel était enfermé le patient et qu'il maintenait plus ou moins malgré lui. L'élément déviant (une pensée inhabituelle, une conduite innovante, un partage émotionnel, etc.) va désorganiser le système, d'une manière tout d'abord très partielle et ponctuelle mais qui ensuite va s'élargir et perdurer si cet élément est soutenu et valorisé, et s'il entraîne des conséquences appréciées par le patient. Puis l'élément désorganisateur va participer à la réorganisation du système sur des principes renouvelés. Toute évolution thérapeutique est donc désorganisatrice avant d'être réorganisatrice.

Chapitre 1

Restaurer les capacités à communiquer et à aimer

LA SÉCURISATION

Le patient étant généralement diminué dans ses capacités communicationnelles et affectives, voire très abîmé à ce niveau-là, il va s'agir de l'accompagner dans un processus de restauration, et parfois même d'instauration pour les problématiques les plus lourdes. Pour cela *la priorité* est de *sécuriser* la personne. Elle est toujours habitée par la peur quand elle consulte, quelle que soit l'attitude plus ou moins assurée qu'elle affiche. Avant de chercher son éveil et sa mise en marche, on prendra le temps d'offrir l'ambiance relationnelle dont elle a besoin pour s'apaiser et pour commencer à faire confiance.

Oser d'autres modes d'engagement relationnel est un risque pour le patient ; ce risque est le plus souvent imaginaire bien sûr mais ne sous-estimons pas l'impact réel des peurs imaginaires.

Étienne

Les deux premières séances avaient révélé combien il craignait d'être emporté par la force de sa haine. Il se sentait dangereux et, bien qu'il n'eût jamais fait de passage à l'acte dans le réel, il était persuadé que sa colère pouvait détruire et notamment qu'il pouvait faire du mal à ses proches, à ceux qu'il aimait. Bien qu'il s'agisse du tout début de la thérapie, il semblait déjà intégrer

le thérapeute parmi les personnes affectivement investies. Le thérapeute était intervenu pour signifier à Étienne que, dans leur cadre, il lui était possible d'exprimer ses attaques et que lui, le thérapeute, ne se sentait pas menacé. Il pensait ainsi sécuriser son patient en lui montrant qu'il s'agissait d'un travail sur son monde interne, qu'il n'y aurait pas de passage à l'acte entre eux et que lui-même était serein. Puis il invita Étienne à commencer à dire ses attaques et à rechercher leurs causes. Mais c'était trop tôt car Étienne appela dans les jours qui suivirent pour annuler le troisième rendez-vous, pour un motif visiblement défensif (il devait aller chercher sa fille à la danse, dit-il la voix tremblante). Quand le praticien insista pour connaître la raison réelle de cette annulation, il reconnut que le thérapeute n'avait pas entendu, selon lui, l'importance de sa peur. Étienne avait déduit de la séance précédente qu'en fait le thérapeute n'avait pas compris la réalité de la menace, ce qui l'avait intérieurement fragilisé. Il fallut donc que le praticien reformule cette peur, montre qu'il avait perçu qu'il allait devoir en effet trouver les moyens de se préserver de la haine qui était à l'œuvre, tout en confirmant qu'ensemble ils pouvaient probablement trouver une manière d'exprimer les émotions et les fantasmes, et les élaborer, sans que cela ne détruise ni l'un ni l'autre ni leur lien. Étienne put alors venir à son troisième rendez-vous, et à ceux qui suivirent, et exprimer cette part de lui qui l'effrayait, et notamment ses attaques dont l'intensité s'avéra en effet impressionnante. Mais ce travail faillit ne pas avoir lieu car le praticien avait sous-estimé la nécessité de sécuriser préalablement son patient. Ou plutôt il avait été maladroit dans la manière de le faire, ce qui aurait pu mettre un terme pour le moins prématuré à cette démarche.

Sécuriser est donc un préalable, celui-ci pouvant prendre quelques heures ou plusieurs mois. C'est une nécessité pour soutenir le *respect de soi*, souvent malmené et parfois quasi inexistant. Appeler à la bienveillance vis-à-vis de soi n'est pas une des moindres nécessités thérapeutiques tant il est vrai que le patient est à lui-même son meilleur ennemi.

« Par psychothérapeutique, je veux dire qu'à travers notre échange, notre transaction, je parvins à donner à X une image de lui-même différente de celle qu'il avait eue jusqu'alors ; une nouvelle image qui eut un effet bénéfique sur sa vie, et l'amena à changer non seulement ses sentiments envers lui-même mais aussi son comportement avec les autres. En psychologie dynamique, c'est l'image de soi qui fournit à la fois le potentiel et les limites d'une existence. La psychothérapie se concentre sur ce qui, dans l'idée qu'une personne a d'elle-même, entrave ce potentiel, ou la conduit à une tentative inappropriée et improductive pour percer ces limites, puis elle l'aide à résoudre ces problèmes. » (Basch, 1995)

Favoriser la justesse dans le positionnement existentiel et la posture relationnelle nécessite de trouver-créez cette même justesse dans le

rapport entre le patient et le praticien. La question de celui-ci sera notamment : comment aider cette personne à se servir de moi pour mieux se connaître et trouver des voies de dégagement par rapport aux problèmes qui l'entravent ? Quand une personne a été endommagée dans son enfance, quelles que soient la forme et les modalités de ce dommage, et quand donc elle se trouve en souffrance durable, il va être essentiel de l'aider à construire son intégrité, ou à reconstituer celle-ci. Pour cela nous nous intéressons à elle en tant que personne et pas seulement à tel ou tel de ses éléments constitutifs : son corps, son inconscient, son affectivité, son souffle, ses rêves, etc.

► Valérie et la recherche de justesse relationnelle

Quand elle a commencé sa psychothérapie, Valérie vivait seule avec son enfant de quatre ans. Ingénieur de formation, elle organisait sa vie entre son travail et sa fille. Dès qu'elle le pouvait, c'est-à-dire rarement, elle partait marcher avec un groupe soit en forêt soit en montagne, ce qui lui apportait beaucoup de réconfort et une sérénité qu'elle ne trouvait absolument pas autrement. Son partenaire de vie était parti quelques mois après la naissance de leur fille pour des raisons qui n'avaient jamais été vraiment clarifiées, ce qui l'avait laissée désemparée. Cette rupture, qu'elle n'avait pas anticipée, alimentait la confusion qui la caractérisait bien avant de connaître son compagnon. Elle avait rencontré celui-ci alors qu'elle finissait ses études et avait vécu avec lui une dizaine d'années. Elle avait connu quelques hommes avant mais la relation avec eux était toujours brève et sans véritable intensité. La séparation n'a pas révélé sa confusion, elle en était déjà consciente, mais l'a mise au premier plan : elle apparaissait psychiquement engourdie et peinait à gérer son quotidien. C'était sa plainte principale et l'objet premier de sa démarche psychothérapique.

En séance, elle n'était vive que lorsqu'elle évoquait l'informatique, discipline à laquelle elle formait les autres et qui semblait avoir un grand pouvoir stimulant sur elle. Sinon les éléments de sa vie et de son vécu étaient énoncés avec sécheresse, les affects ne paraissant irriguer ni son quotidien ni sa parole. Sa vie relationnelle n'était pas vraiment pauvre, car elle rencontrait beaucoup de personnes, mais son affectivité était réduite au minimum. À l'exception de deux ou trois amies d'enfance avec qui il lui semblait possible de se montrer et d'être entendue, elle se livrait fort peu et ne comprenait pas grand-chose aux enjeux de la vie interactive en général, aux affaires de cœur en particulier.

Si quelqu'un lui livrait des éléments de ses déboires amoureux, afin d'obtenir son avis, elle se trouvait tellement embarrassée qu'elle ramenait dès que possible au premier plan le thème professionnel ou posait une question dont l'inutilité le disputait au ridicule, ce qui éteignait très vite chez l'autre tout désir de confiance. Par exemple, à une collègue qui lui confiait que son amant, plus âgé qu'elle d'une dizaine d'années, venait en vélo la rejoindre tard le soir et qu'ils passaient des nuits entières à se caresser et faire l'amour de manière intense, elle s'était entendue répondre : « Ah bon, il vient en vélo ! » et avait vu sur le visage soudainement déconfit de son interlocutrice que l'essentiel n'était peut-être pas là. Elle évoquait parfois un paradis perdu qui correspondait pour elle à ce temps ancien où elle n'avait pas constamment peur d'être ridicule. En fait la communication inauthentique au sein de son univers familial et les nombreux non-dits qui avaient jalonné son enfance l'avaient progressivement habituée à se trouver en décalage par rapport aux situations relationnelles. Se trouvant psychiquement ailleurs, mais sans savoir où, elle ne pouvait être véritablement disponible au présent des échanges et effectuait des déplacements thématiques et sémantiques qui l'amenaient, comme dans l'exemple précédent, à côté de ce qui s'énonçait de manière centrale.

Un temps importante des séances thérapeutiques fut consacrée à l'explicitation des échanges :

- d'une part en distinguant la communication discursive des éléments non verbaux et en tentant de saisir à quoi l'on pouvait se fier quand ces registres se contredisaient ;
- d'autre part en cherchant à saisir le contenu latent plus ou moins bien camouflé par l'information manifeste.

Le thérapeute proposa parfois des exercices communicationnels destinés à aider Valérie dans l'identification des éléments signifiants d'un discours : par exemple, à mi-séance, que chacun fasse le point et extraie les mots clés et les thèmes pivots de ce qui venait d'être énoncé jusque-là, que ce soit par elle ou par lui, puis comparer les choix de chacun. À plusieurs reprises le praticien dut expliquer ses choix car Valérie n'en saisissait pas du tout la raison, elle-même ayant une nette tendance à rester collée au contenu manifeste de l'échange au détriment bien sûr des aspects cachés et inconscients de celui-ci.

Valérie

Le praticien proposa à Valérie d'essayer de saisir de l'intérieur combien ses gestes et ses attitudes exprimaient à son insu son état émotionnel et ses attentes affectives. Une séance fut plus particulièrement consacrée à cette exploration, la patiente étant invitée à s'exprimer face à un miroir présent dans le cabinet et qui pouvait la refléter totalement. Elle commença par se raidir, se sentant très impressionnée par cette situation ; puis lui vinrent les mots de Mallarmé : « Ô miroir ! Eau froide par l'ennui dans ton cadre gelée » et, tout en exprimant cela, elle sentit combien elle-même était froide, ennuyée et ennuyeuse ! Loin de vivre « l'assomption jubilatoire devant l'image spéculaire » (Lacan à propos du stade du miroir), cette rencontre visuelle avec elle-même la mettait dans un premier temps face à sa douleur d'être gelée, dans la double acception du mot : glacée et figée. Tout en accueillant cette part de son vécu, le praticien lui proposa de ne pas s'y figer, justement, et de poursuivre le travail d'association d'idées en évitant de se censurer. Elle dit alors : « Le miroir, il est comme moi, il est poli ! » puis avec un sourire malicieux, exceptionnel pour elle, elle ajouta : « Mais lui, il réfléchit plus que moi ! » Ces jeux de mots ravirent aussi le praticien car ils montraient la capacité de Valérie à se dégeler psychiquement et à recourir à un humour dont elle n'avait guère révélé la présence jusque-là. Le praticien lui fit remarquer ce dégel et aussi le contentement qui en résultait pour eux deux. Elle en convint et dit : « C'est pour ça que vous m'avez dit l'autre fois que le plaisir partagé est le moteur du changement. Je comprenais pas bien, mais là c'est plus clair. C'est pas le plaisir sexuel, c'est le plaisir à jouer ! » Et finalement elle sourit, le miroir lui renvoyant à la fois cette autre facette d'elle-même et l'air content de son thérapeute qui se trouvait à ses côtés. Elle ajouta, avec de plus en plus d'esprit : « Comme dirait Raymond Devos, plus je me mire, plus je m'admire. J'espère que c'est pas un miroir aux alouettes ! » puis, gênée : « En fait, c'est vous que j'admire. »

Non seulement elle poursuivait le travail associatif et y intégrait sa capacité à jouer avec les mots et les idées, mais elle ajoutait le thème de son lien affectif avec son thérapeute, ce qui jusqu'alors avait été complètement tu. Son attachement au thérapeute était perçu par celui-ci depuis déjà plusieurs semaines mais jamais elle ne l'évoquait et lui-même ne savait pas comment aborder ce sujet dont il supposait qu'il pouvait la bloquer s'il était présenté trop tôt. Le thérapeute ne reprit pas immédiatement cette avancée, préférant laisser cette patiente continuer à s'exprimer librement mais en fin de séance, ces éléments transférentiels purent être rappelés et soutenus. Il était important que Valérie comprenne non seulement qu'elle pouvait évoquer ces éléments du rapport intime et secret qu'elle entretenait avec son accompagnateur mais que cela faisait partie du processus même. Ce n'était ni anecdotique

ni honteux mais central et bienvenu car révélateur d'une grande partie de son monde psychique méconnu (nous reviendrons dans le chapitre 6 sur la part essentielle de la dynamique transférentielle et des résonances contre-transférentielles dans le processus thérapeutique).

Les secrets familiaux qui vont être évoqués un peu plus loin avaient créé en Valérie des zones d'ombre qui parasitaient de manière souvent souterraine, mais parfois évidente, la rationalité de sa pensée, la justesse de sa parole et la qualité de ses relations. Comme l'ont montré Abraham et Torok, la transmission inconsciente avait créé des cryptes et des fantômes dans son monde interne (1978). C'est un véritable travail inconscient de dé-signification qui s'opérait, Valérie tentant ordinairement et maladroitement d'ôter le sens de ce qu'on lui communiquait mais aussi de ce qu'elle ressentait et pensait. L'analyse a montré que cette évacuation de sens s'effectuait essentiellement quand les thèmes abordés touchaient à la force des liens amoureux. Elle associait de telles situations et leur intensité avec la perte de repères identitaires, la rencontre amoureuse lui paraissant « un mélange bizarre, comme une dissolution ». Celle-ci l'angoissait beaucoup. Cette angoisse qui perdurait indiquait que les non-dits s'étaient progressivement transformés en une envahissante impression d'indicible et que son accolement avec des fantasmes familiaux inconscients se doublait d'une césure marquée entre elle et la réalité. Les thèmes du secret et de la honte généraient beaucoup d'angoisse et de maladresse.

Avec cette patiente, le travail thérapeutique s'est effectué en face à face à raison d'une rencontre hebdomadaire pendant trois ans, la séance qui vient d'être évoquée se situant dans le cinquième ou le sixième mois. Apprendre à communiquer, c'est-à-dire comprendre les enjeux et les modalités d'un échange investi et authentique, fut le fil directeur de l'ensemble des séances en complément du dévoilement des thématiques familiales censurées. Son environnement familial d'origine était composé des parents, d'une sœur cadette et, pendant ses six premières années, de la grand-mère maternelle dont elle dit seulement qu'elle ne sentait pas bon et qu'elle piquait quand on l'embrassait. L'ambiance était très silencieuse, sans musique (elle en mit constamment dans son appartement à partir du moment où elle quitta ses parents), avec très peu d'éclats de voix ou de conflits mais aussi avec très peu d'échanges et beaucoup de non-dits. Les thèmes de la vie affective en général et des liens amoureux en particulier n'étaient pas évoqués.

Quant à la sexualité, elle n'existait tout simplement pas. Elle disait l'avoir découverte assez tardivement et de manière quasi accidentelle. À la fin d'une soirée chez une amie, elle avait vingt ans, un « garçon » l'a

emmenée dans une chambre et l'a pénétrée sans parole : « Il a gesticulé quelques minutes, a émis des sons bizarres puis il est parti, me laissant dans le noir. J'étais à la fois excitée et nauséuse et je ne comprenais rien. C'était comme dans un rêve quand on observe ce qui se passe sans pouvoir intervenir. »

Quelles étaient les autres modalités de ce travail ? Comme Valérie avait d'elle-même une image floue, ne sachant pas vraiment parler d'elle, se décrire ou évoquer son ressenti, le praticien avait décidé de lui donner ce qui lui avait beaucoup manqué à commencer par des « *feedback* », des retours sur elle, sur ce qui se dégageait de sa personne et sur la manière dont les autres la percevaient. Il s'est agi aussi de répondre à certaines de ses questions sur la vie relationnelle, amoureuse et sexuelle. Enfin, le praticien avait choisi d'exprimer l'affection qui progressivement s'était installée entre eux, son contre-transfert étant essentiellement fait de sympathie et de bienveillance.

Cette patiente provoquait aussi parfois l'irritation quand elle se montrait naïve, voire niaise, et qu'elle s'enlisait non sans complaisance dans une attitude stupide assez déroutante. Cela lui fut renvoyé également et elle reconnut qu'elle utilisait cette attitude pour se protéger et mettre un espace entre elle et l'autre quand les sujets abordés étaient trop remuants, en général quand ils éveillaient cet envahissant et redoutable sentiment de honte. Les souvenirs d'humiliation, de mépris ou d'avilissement étaient rares dans son histoire mais prégnants. Par exemple un jour qu'elle était punie, la cause de la punition était oubliée mais elle situait cette scène avant sa dixième année, le père lui avait interdit de manger à table et avait posé son assiette près de la gamelle du chien, sous-entendant que là était sa place. De telles scènes n'avaient pas été fréquentes dans son enfance mais son sentiment de honte quant à lui était présent chaque jour.

La honte est un ensemble complexe d'affects, de fantasmes et d'expériences qui s'amalgament. Comme l'a bien décrit le sociologue clinicien Vincent de Gaulejac, « derrière la souffrance de la honte se cachent des trésors d'amour, de sensibilité et d'humanité qui n'arrivent pas à s'exprimer » (1996). Pour que le patient puisse s'affranchir de cette souffrance et découvrir ces richesses, le thérapeute va l'aider à travailler les processus de condensation, de déplacement et d'amalgame qui caractérisent le sentiment de honte.

Valérie

Valérie arrive un jour en séance et enlève ses chaussures avant d'entrer dans la salle de travail, comme le demande ce praticien quand il fait mauvais temps. Ils s'aperçoivent alors qu'elle a un trou dans l'une de ses chaussettes, ce qui met immédiatement Valérie dans un état d'agitation et de malaise assez impressionnant. Ne voulant pas la blesser mais cherchant néanmoins à savoir ce qui lui arrive, le praticien l'interroge sur son état. Elle continue à rougir, se met à rire de manière exagérément sonore puis tousse à tel point qu'elle s'étrangle à moitié et finit par tomber de son fauteuil tout en éclatant en sanglot ! Ce qui laissa le thérapeute et elle-même abasourdis pendant quelques instants. L'analyse de cette scène révélera les associations psychiques qui l'ont assaillie dès qu'elle a vu le trou dans sa chaussette et surtout dès qu'elle a perçu que le psychothérapeute regardait également cet endroit. Sartre disait que la honte est une « appréhension unitaire de trois dimensions : j'ai honte de moi devant autrui » (1943, éd. consultée 1993, p. 337). La présence de l'autre, réelle le plus souvent mais ce peut être aussi un interlocuteur interne, est nécessaire pour qu'apparaissent les signes psychocorporels de la honte et que la personne, par un dédoublement réflexif, s'évalue négativement et porte sur son être un jugement disqualifiant. Car si l'on peut se sentir coupable de ce que l'on fait, c'est de son être dont on a honte. Dans ce cas le jugement est beaucoup plus sévère et porte sur la personne dans sa globalité.

Pour résumer les associations de Valérie, c'était comme si le praticien regardait un autre « trou » et qu'il allait être question de prendre son pied ! C'est en fait un résumé trop partiel car l'actualisation portait sur des thématiques plus vastes que l'on ne peut réduire à la sexualité. La honte apparaissait bien sur fond de *condensation* : l'image du trou dans la chaussette, à laquelle il faut ajouter la vision de l'orteil qui dépasse, est à l'intersection de plusieurs chaînes associatives (pas seulement des représentations touchant à la sexualité mais aussi à la béance provoquée par les secrets familiaux ainsi qu'à la trivialité gênante des données directement corporelles) ; de *déplacement* : par exemple du vagin à la chaussette trouée (« on enfle les deux », dira-t-elle) et du pénis à l'orteil qui entre et qui sort ; et d'*amalgame* : ici entre le corps familial et le corps de la patiente, ainsi qu'entre les interdits de pensée, liés aux secrets, et les interdits sexuels. À la représentation-carrefour viennent s'additionner les énergies et les émotions liées aux différentes thématiques associées, donnant ainsi à la situation cette force tragi-comique d'autant plus spectaculaire qu'elle fut immédiate et incontrôlée.

Nous reviendrons un peu plus loin sur cette situation thérapeutique qui intéresse également le thème de la mise en conscience. Pour l'instant,