

LAMBERT Maxime
N° Étudiant : 20304825
Année universitaire 2011/2012



Mémoire de recherche de Master 1 Arts et Sciences Humaines
Mention Psychologie
Spécialité psychopathologie et psychologie clinique

L'écoute clinique

Questionner une pratique à partir de la méthode phénoménologique.

Sous la direction de Mr. Christian Réveillère
Professeur de psychologie clinique et de psychopathologie

Remerciements

Je remercie le Pr. C. Réveillère pour m'avoir permis de faire ce mémoire sur ces thèmes qui me tiennent à cœur, pour sa disponibilité, obligeance insigne, et pour m'avoir guidé dans ce travail de recherche.

Je remercie le Dr. A. Huygens pour ses remarques éclairées, sa finesse clinique et son exigence insatiable qui me convoque à toujours me dépasser.

Je remercie l'ensemble du CMP Louise Michel du CHS Georges Sand de Bourges : membres du personnel comme patients, pour leur accueil et pour la confiance qu'ils m'ont accordée. Une pensée particulière va à Melle A. Pinson, psychologue, maître de stage, pour sa vivacité d'esprit.

Enfin je remercie Franck, précieux ami, pour son indéfectible soutien et ses conseils avisés. Kinnie, compagne exceptionnelle, pour son soutien de tous les jours et ses inlassables relectures.

Errata :

Après la première impression je me suis rendu compte qu'un certain nombre d'erreurs subsistaient. J'ai donc effectué dans cette nouvelle version quelques corrections, mais aucune ne vise à modifier le sens de ce qui a été préalablement écrit. Pour la plupart il ne s'agit que du remplacement d'un "simple espace" en "espace insécable" afin d'harmoniser la lecture lors de retour à la ligne entre une initiale et le nom d'un auteur, ou entre des guillemets et une citation. Pour d'autre il s'agissait de l'oubli de l'initiale du prénom dans le texte. Exemple : "Heidegger" au lieu de "M. Heidegger". De plus deux correction de dates ont été faites dans le texte : (J.E. André, 2005) est corrigé en (J.E. André, 2006). Et (G. Charbonneau, 2010) est corrigé en (G. Charbonneau, 2006)

Enfin les références bibliographiques étaient lacunaires puisqu'il y manquait les références suivantes :

Bandura, A. (1977, éd. 1995). *Théorie de l'apprentissage social*. Paris : Pierre Mardaga éditeur.

Bandura, A. (1995, éd 2007). *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck

Bridoux, A. et Granato, Ph. (2010). Reconnaissance visuelle des émotions faciales au cours d'un trouble dépressif majeur de type mélancolie délirante. *Annales medio-psychologiques*, 168, Pages 602-608.

Freud, S. (1970, éd. 2007). *La Technique psychanalytique*. Paris : PUF.

Mirabel-Sarron, C. (2004). *L'entretien en thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Dunod

Stampfl, T. et Lewis, D. (1967). Essentials of implosive therapy: A learning theory-based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 496-503.

D'autres erreurs peuvent éventuellement subsister. Je vous remercie par avance de votre indulgence.

Résumé

Ce mémoire de recherche propose d'explorer le monde de "l'écoute clinique", de quelques-uns des principaux courants thérapeutiques, en utilisant comme méthode la phénoménologie qui selon E. Husserl devrait être à la base de la formation de toutes les sciences. Ce travail commence par définir ce que peut être "l'écoute" pour tout un chacun, et quelles en sont alors les formes manquées. Puis s'appuyant sur une littérature variée il trace une sorte de diagnostic différentiel de "l'écoute clinique", en s'intéressant particulièrement au courant humaniste, aux thérapies cognitivo-comportementales et à la psychanalyse.

Le fil rouge de ce travail est la phénoménologie, comme méthode, c'est pourquoi ses fondements y sont également exposés, ainsi que ses prolongements appliqués à la clinique : La daseinsanalyse.

L'ouverture clinique de ce travail se fait à travers une étude de cas réalisée dans un premier temps d'une façon classique, puis s'enrichit peu à peu d'une compréhension daseinsanalytique, afin de dévoiler le monde du patient.

La discussion interroge "l'écoute" des pratiques exposées plus tôt et s'enrichit d'une réflexion éthique nécessaire à toute pratique clinique.

Mots clefs : écoute ; écoute clinique ; phénoménologie ; daseinsanalyse ; thérapies comportementales et cognitives ; psychanalyse ; éthique.

Abstract

This research paper aims to explore the world of "clinical listening", of some of the mainstream therapies, using phenomenology as a method according to E. Husserl which should be the basis for the formation of all sciences. This work begins by defining what can be "listening" for anyone, and which are the missed forms. Then basing on a varied literature it traces a kind of differential diagnosis of "clinical listening", with a focus on humanist, cognitive behavioral therapies and psychoanalysis.

The thread of this work is the phenomenology as a method, which is why its foundations are also exposed, as well as its extensions applied to the clinic: The Daseinsanalyse.

The opening of this clinical work is done through a case study as a first step in a conventional manner, then expanded gradually to a daseinsanalytic understanding to unveil the world of the patient.

The discussion questions "listening" practices outlined earlier and enriches for a necessary ethical thought for any clinical practice.

Keywords : listening ; clinical listening ; phenomenology ; daseinsanalyse ; behavioral and cognitive therapies ; psychoanalysis ; ethics.

Table des matières

Errata :	V
Résumé & Abstract :	VII
<u>Introduction</u> :	p.1
1. <u>Partie théorique</u>	p.5
1.1. Qu'est-ce que l'écoute ?	p.5
1.1.1. Écouter : considération générales.	p.5
1.1.1.1.Écouter : Quelques définitions	p.5
1.1.1.2. Ecouter ou entendre ?	p.6
1.1.2. Quel phénomène est-ce ... l'écoute ?	p.6
1.1.2.1. Comment écouter ?	p.6
1.1.2.2. Les formes manquées de l'écoute	p.9
1.1.3. Les particularités de l'écoute clinique	p.11
1.1.3.1. La situation clinique	p.11
1.1.3.2. Diagnostic différentiel de l'écoute clinique	p.14
1.1.3.2.1. L'alliance thérapeutique	p.15
1.1.3.2.2. L'identification	p.15
1.1.3.2.3. La sensibilité et l'affectivité	p.16
1.1.3.2.4. L'amour et l'égoïsme	p.17
1.1.3.2.5. L'empathie	p.18
1.2. L'écoute technique	p.21
1.2.1. Le courant humaniste	p.21
1.2.1.1. Carl Rogers	p.21
1.2.1.2. Un « guidage non directif » ?	p.22
1.2.2. Les thérapies comportementales et cognitives	p.24
1.2.2.1. Les précurseurs	p.25
1.2.2.2. Du béhaviorisme au cognitivisme	p.26
1.2.2.3. La thérapeutique	p.29

1.2.3.	La technique ouvre-t-elle la parole ?.....	p.35
1.2.3.1.	L'écoute questionnante.....	p.35
1.2.3.2.	La reformulation comme signe de l'écoute.....	p.37
1.3.	La psychanalyse freudienne.....	P.38
1.3.1.	Au commencement une prise de conscience.....	p.38
1.3.2.	Le rêve comme méthode.....	p.40
1.3.3.	L'appareil psychique : des topiques.....	p.42
1.3.4.	“La doctrine des pulsions”.....	p.46
1.3.5.	La technique psychanalytique.....	p.47
1.4.	La phénoménologie.....	p.51
1.4.1.	Aux origines : La phénoménologie husserlienne.....	p.51
1.4.1.1.	“Retour aux choses mêmes”.....	p.51
1.4.1.2.	L'attitude naturelle.....	p.52
1.4.1.3.	L' <i>epochè</i> : “la réduction”.....	p.53
1.4.2.	La phénoménologie heideggérienne.....	p.55
1.4.2.1.	Le Dasein.....	p.55
1.4.2.2.	Le soi-même quotidien, la déchéance.....	p.57
1.4.2.3.	L'être pour la mort, la résolution.....	p.58
1.4.3.	De la phénoménologie à la daseinsanalyse.....	p.59
1.4.3.1.	Ludwig Binswanger.....	p.60
1.4.3.2.	Médard Boss.....	p.61
1.4.4.	De la psychopathologie phénoménologique.....	p.62
1.4.4.1.	L'altération du temps vécu.....	P.63
1.4.4.2.	La perte de l'évidence naturelle.....	p.64
1.4.4.3.	La crise du maintien “du soi” et de “l'unité de l'expérience”...	p.65
1.4.4.4.	Altération de la forme de la présence.....	p.66

2. <u>Étude de cas, ou d'une mise en situation pratique</u>	p.68
2.1. Méthodologie	p.68
2.2. Présentation du cas	p.70
2.2.1. Histoire et anamnèse	p.71
2.2.2. Sémiologie	p.74
2.3. Lecture diagnostique	p.75
2.3.1. Éléments médicaux	p.75
2.3.2. Récapitulatif et regroupement des signes	p.75
2.3.3. Diagnostic différentiel et orientation diagnostique	p.76
2.3.4. Évolution au cours du suivi	p.77
2.4. Tentative de compréhension daseinsanalytique	p.79
3. <u>Discussion</u>	p.81
3.1. L'écoute comme qualité humaine ?.....	p.81
3.2. Théorie et technique... ..	p.82
3.3. Quel phénomène est-ce... l'écoute psychanalytique ?.....	p.83
3.3.1. Une écoute d'un inconscient à un autre.....	P.84
3.3.2. "Constructions dans l'analyse"	p.85
3.3.3. Écouter, c'est aussi voir.....	p.86
3.4. Quel phénomène est-ce... l'écoute daseinsanalytique ?	p.87
3.4.1. Daseinsanalyse et " <i>praxis</i> " psychanalytique.....	p.87
3.4.2. L'écoute daseinsanalytique.....	p.89
3.5. Transmission et critique d'une pratique	p.90
3.6. Limites de la recherche	p.91
3.7. Qu'en est-il de la morale ? De la déontologie ? Et de l'éthique ?	p.92
Conclusion :.....	p.94
Références bibliographiques :.....	p.95

Introduction : La problématique de l'écoute

Que sous-tend toute relation humaine ? Qui plus est celles qui se veulent thérapeutiques ? Sur quel postulat de départ repose la pratique d'un clinicien ? Quels sont les enjeux qui se mettent en place lorsque un psychologue reçoit une personne en entretien ?

Ce sont des questions parmi des centaines d'autres que peut se poser un étudiant souhaitant s'orienter vers une pratique clinique. Une esquisse de réponse générale émerge : l'écoute.

Mais que signifie l'écoute ?

Cette question m'est venue lors d'une discussion partant d'une expérience à priori banale : alors que je travaillais dans un collège, une formation fut proposée aux nouveaux "assistants d'éducatifs". (sous nommés A.E.) Cette formation avait pour but de nous exposer les bases de ce poste, les droits, les obligations et devoirs. Au cours de cette formation il nous a également été proposé des "ateliers" de cas pratiques de situations difficiles que nous pouvions être amenés à rencontrer avec les élèves, leurs parents, ou le corps enseignant. Pour chaque cas pratique, une discussion s'engageait pour débattre de la meilleure conduite à tenir. Lors de l'une de ces discussions portant sur le rôle de l'A.E., de ses limites et de sa responsabilité, l'un des A.E. nous présenta une expérience personnelle : il travaillait dans l'internat d'un lycée et il nous rapporta qu'il y avait là-bas un lycéen qui venait régulièrement le voir dans sa chambre le soir pour se confier à lui. Ce lycéen était déjà suivi par un psychologue et un psychiatre en CMP. Je lui ai alors dit qu'il dépassait là sa fonction, que ce lycéen était déjà apparemment suivi, qu'il prenait là une responsabilité qui n'était pas la sienne et qu'il était probable que cela risquait de mettre le lycéen dans une situation particulière face à « l'adulte » en banalisant la relation thérapeutique. À quoi il me répondit qu'il ne pouvait pas laisser le lycéen dans la détresse et qu'il se devait de l'écouter et de lui venir en aide. Il y eut d'autres réactions surtout favorables à cet A.E. qui avait partagé cette expérience. J'eus alors l'impression qu'aucun ne saisissait les multiples risques que prenait selon moi cet A.E. en acceptant ce jeune adolescent en difficulté, le soir, dans sa propre chambre. Je percevais pour ma part autant de risque pour l'A.E. que pour le lycéen. Je lui dis alors qu'il prenait beaucoup de risques en faisant cela, et qu'il n'était pas si simple de se mettre dans cette position d'aide ou d'écoute, que cela impliquait beaucoup de précaution, de vigilance, et qu'il n'était pas formé comme pouvaient l'être le psychologue et le psychiatre qui suivaient déjà ce lycéen. L'A.E. me répondit qu'il n'y avait pas besoin de formation pour savoir écouter. Je rétorquais

immédiatement que même ceux qui sont censés être formés à une pratique clinique ne sont pas nécessairement capable d'écoute, que pratiquer l'écoute était se mettre dans une position particulière qui nécessitait un travail sur soi, que lui-même se trompait sur ce qu'il pouvait apporter à ce lycéen, et que par conséquent il se mettait dans une situation dangereuse.

La discussion fut alors close par la Conseillère Principale d'Education qui assurait la formation.

Que s'est-il passé là ? J'ai perçu un étudiant "lambda" se mettre dans une situation dont, selon moi, il ne saisissait pas grand chose. J'ai perçu un étudiant "lambda" créer une situation périlleuse pour lui-même et pour ce lycéen. J'avais, sans le réaliser, peur pour cet étudiant tout autant que pour le lycéen. De quelles peurs s'agissait-il ? Que cet étudiant en agissant ainsi se prenne pour un psychothérapeute, alors qu'il n'avait aucune formation pour cela. Qu'il pouvait en acceptant de voir ce lycéen lui faire plus de mal que de bien. Qu'il ne savait certainement pas comment réagir face à ce que pouvait livrer ce lycéen. Que par conséquent, les réactions maîtrisées ou non de cet A.E. pouvaient faire beaucoup de mal à ce lycéen. Qu'il y avait par ailleurs le risque d'enfermer ce lycéen dans un mode de relation vis-à-vis de l'adulte qui n'est pas naturel et qui n'est pas à banaliser : la situation clinique.

D'autre part, j'avais peur pour l'A.E. lui-même qui ne maîtrisait pas ce qui se jouait là le soir dans sa chambre d'internat. Quelle serait la responsabilité de l'A.E. si le lycéen faisait un passage à l'acte après l'une de leurs « entrevues » ? (auto/hétéro-agressivité, tentative de suicide...) Quelles seraient les conséquences pour l'A.E. si le lycéen se mettait à raconter ce qui se passait là régulièrement le soir dans la chambre d'internat ? Et s'il se mettait à affabuler sur ce qui se passait là ? Pire, s'il se passait vraiment quelque chose ?

Voici la plupart des craintes qui se sont éveillées en moi alors que cet étudiant rapportait son expérience, voici ce qui a obscurci mon entendement, mon écoute. Pour moi, cet étudiant alors qu'il revendiquait d'être à l'écoute ne percevait pas la possibilité de ne pas y être, ni les risques qu'impliquaient d'y être ou de ne pas y être. Il ne percevait finalement pas ce que signifie "écouter".

Je dis "obscurci" parce que je n'ai moi-même pas été à l'écoute de cet étudiant. Même si j'ai entendu les mots qu'il prononçait et saisi le sens des phrases, je ne l'ai pas écouté mais jugé et condamné.

Qu'y avait-il alors à écouter en plus du récit et des probables maladresses de cet étudiant ?

J'avais là en face de moi un être humain, sensible, touché par la fragilité d'autrui, qui de plus prenait le courage de se livrer à nous, de livrer son vécu, ses doutes et ses craintes que je n'ai

pas entendu car assourdi par mes propres craintes que suscitait en moi son récit. Nous n'avons alors pas pu communiquer et nous comprendre. Nous n'avons pas pu partager l'essence de nos propos. Nous n'avons pas pu nous rencontrer là où pourtant il y avait tant à partager.

Ce récit exprime bien toute la problématique qu'il y a autour de l'écoute, de la compréhension que l'on peut avoir de ce mot à **priori** simple, de cette notion qui est pourtant le fondement de toute relation humaine, de toute pratique clinique. Votre voisin vous écoute-t-il de la même façon que votre conjoint, que votre médecin, que votre psychothérapeute, psychologue ou psychiatre ? L'**évidence** nous force à répondre négativement. Qu'est-ce qui fait alors qu'une écoute soit clinique ou pas ? Quelle est la place même de l'écoute en psychothérapie ? Si elle a une place, comment les différentes pratiques cliniques l'ont cadrée ? Quel rôle joue la théorie dans l'organisation de l'écoute ?

"**À priori**", "**évidence**", s'il y a des choses dont on se doit de se méfier c'est bien de celles-ci. C'est ce que nous propose la phénoménologie, c'est donc par son recours que j'ai décidé de tenter de répondre à ces questions. Dans quelle mesure la phénoménologie peut-elle nous aider à mieux définir la place de l'écoute en situation clinique ?

Dans un premier temps, nous tenterons de répondre à ces questionnements. La partie théorique apportera d'abord une tentative de définition de l'écoute, de ce qu'elle n'est pas et de ses nuances ou de ce qui la permet en situation clinique. Ensuite, un exposé de certains courants thérapeutiques définira comment ils cadrent l'écoute, par la maîtrise de techniques ou à partir d'une théorie. Enfin, comme la méthode phénoménologique aura été une sorte de fil rouge à partir duquel les autres courants auront été décrit afin d'y rester le plus fidèle possible, il apparaît nécessaire de décrire ce qu'elle est, et comment à son tour elle propose une écoute particulière.

Dans un second temps, une étude de cas d'une patiente rencontrée lors d'un stage permettra de montrer plus concrètement les apports possibles de la phénoménologie comme méthode, comme préoccupation à l'écoute et à la compréhension d'une personne dans une pratique clinique.

Pour finir, la discussion tentera d'apporter une réflexion éthique sur l'écoute clinique, quand celle-ci a recours ou non à des "techniques", quand elle se fonde ou non sur des théories.

1. Partie théorique.

1.1. Qu'est-ce que l'écoute ?

Comme illustré en guise d'introduction à ce travail, définir « l'écoute » au-delà du simple sens commun n'est pas une tâche aisée. De plus, le terme « d'écoute » ou l'idée de « qualité d'écoute » ont été utilisés dans de nombreux domaines : dans celui de la religion d'abord, du commerce, de la politique et de la psychothérapie. Il apparaît donc nécessaire de redéfinir dans un premier temps ce concept tout en précisant le champ de son entendement : la clinique. Je ne m'attarderai pas à préciser que « l'écoute » dont il est ici question n'est pas la faculté à utiliser son appareil auditif. Qui serait plutôt le fait d'entendre. Il pourrait être un prérequis nécessaire, mais il ne l'est même pas, puisqu'il existe des « psys » sourds. L'essentiel étant d'avoir accès à un langage commun avec le patient, je vais donc tenter d'identifier à travers la littérature ce qu'est l'écoute, quelles sont ses formes manquées, ce qui en fait sa qualité clinique, et comment différentes pratiques cliniques la conceptualisent...

1.1.1. Écouter : considération générales

1.1.1.1. Écouter : Quelques définitions

L'écoute :

- Est l'action d'écouter ce qui se dit. Être à l'écoute : Être attentif à ce qui se dit, et, plus généralement, à ce qui se passe.
- Capacité à écouter autrui, à être attentif et réceptif à sa parole.
- Qualité de quelqu'un, en particulier d'un médecin ou d'un psychologue, qui sait écouter les autres et dégager le sens latent d'un énoncé. (*Larousse*)

Écouter viendrait du latin *auscultare*, être tout ouïe. Le sens originel met donc l'accent sur « être réceptif », Quelqu'un qui écoute est d'abord attentif à ce qui se dit et ce qui se passe.

1.1.1.2. Ecouter ou entendre ?

Si écouter n'est pas entendre, ou pas seulement, entendre ne se réduit pas non plus à la simple fonction auditive. Dans le langage courant "entendre" peut signifier "comprendre", ou du moins un certain niveau de compréhension : l'entendement; comme dans l'expression : « J'entends bien ce que vous voulez dire ». Mais d'autres verbes peuvent également signifier "comprendre" ; voir : "tu vois ce que je veux dire ?" ; sentir : "tu sens comme c'est important pour moi?" où comprendre ne se ferait pas seulement par la raison, mais également par les sens; où la compréhension se ferait même au-delà de ce qui a pu être dit, ou mal dit. "Entendre" peut également renvoyer à un espoir d'adhésion vis-à-vis de son interlocuteur. Quand un père dit à son fils : « j'espère que tu as bien entendu » souvent en secouant son index signifiant « tu as intérêt à en tenir compte » dans ce cas ce n'est pas la compréhension qui prime mais plutôt l'obéissance.

Entendre apparaît donc comme une composante essentielle de l'écoute, si on admet que pour vraiment écouter, il est nécessaire de comprendre sans adhérer.

1.1.2. Quel phénomène est-ce... l'écoute ?

1.1.2.1. Comment écouter ?

Dans cette partie, je vais essayer de définir au mieux ce que peut être « l'écoute » à travers la littérature, tout en tentant d'exposer ce qui semble commun aux différents auteurs de l'écoute. Écouter c'est d'abord être là, en présence de l'autre. Écouter se fait tout autant à travers la parole de l'autre qu'à travers son corps : sa gestuelle, ses mimiques, ses postures, sa respiration (dont ses soupirs) etc. Écouter c'est donc, avant tout autre considération, laisser se dire tout ce qui doit être dit à travers tous ces éléments. Laisser se dire, ne rien écarter a priori, ne pas juger a posteriori. Écouter c'est aussi savoir entendre l'inattendu, l'imprévisible, comme le possible. Pour pouvoir écouter, nous devons pouvoir faire le silence autour de nous, mais également et surtout en nous. Écouter demande en effet qu'on ne se laisse pas envahir soi-même par ses propres souvenirs, idées, émotions. Écouter, c'est aussi offrir une présence à

l'autre; une présence « authentique », ou « active » ou encore une présence où l'on « s'efface entièrement » (M. Bellet, 1989). Mais quelle qu'en soit le mode choisi, lorsque quelqu'un parle, il ne le fait généralement pas seul, il s'adresse à un autre. Cet autre se doit donc d'être là et de l'accueillir, de s'ouvrir à celui qui parle. Que se passe-t-il alors en celui qui écoute ? Le sens commun nous dirait que celui qui écoute doit d'abord entendre, puis comprendre, et pourquoi pas intervenir en questionnant, interprétant, expliquant ou informant. Le sens commun perçoit l'écoute en la remplissant de bonnes intentions. Or « n'est-ce pas du côté du rien » (M. Bellet, 1989) qu'il faut aller pour chercher une écoute de qualité ? Une écoute désencombrée, épurée, où est alors permis à celui qui parle de dire, de dire même l'indicible ? Car « l'écoute » semble également être une attention portée à ce qui n'est pas dit en la parole de l'écouté. Écouter serait alors aider à dire. Mais comment aider à dire sans rompre l'écoute ? Sans dénaturer le propos de l'écouté ? C'est ainsi qu'au-delà du sens commun, l'on peut trouver des règles non pas qui instaurent l'écoute, mais qui essaient de l'organiser. Or ces règles en sciences humaines n'assurent pas la justesse de l'écoute puisqu'elles peuvent, si l'on s'y fixe, l'obstruer. On n'est alors plus à l'écoute, mais on est dans la technique. « Si armée que soit l'écoute, tout ce qu'elle sait ne doit servir qu'à la purifier davantage. ». (M. Bellet, 1989)

L'écoutant doit faire silence, afin de laisser la place à la parole de l'autre. Il laisse une ouverture à la parole de l'écouté; il est une liberté de dire. Le silence ne doit pas rompre la parole, mais la nourrir. Pour autant, le silence parle en lui-même. Et s'il peut signifier une ouverture de l'écoute, une "neutralité bienveillante", il peut également être son inverse. Le silence sera alors mutisme, et pourra signifier l'indifférence ou le mépris. C'est pourquoi parler n'est pas nécessairement le signe d'une non-écoute, lorsque l'écouté ressent le besoin de s'assurer de l'écoute de l'autre par exemple. Mais alors les mots de l'écoutant ne doivent pas signifier autre chose que l'écoute même. Et ainsi offrir à l'écouté un espace de parole intact. Il se peut également que l'écoutant doive parler avec une relative abondance afin de mettre en confiance l'écouté et ainsi instaurer une relation propice à la parole de l'écouté. L'écoutant doit toutefois prendre garde à ne pas se mettre dans une position de savoir. L'attitude juste ne viendra pas non plus d'une liste de comportements types à laquelle nous pourrions nous référer. Rien ne doit être établi par avance; nous devons pour écouter nous ajuster inlassablement aux besoins de l'autre. Mais pour cela doit-on s'en remettre à la seule spontanéité ou en appeler à des techniques ? Le naturel n'est-il pas le gage d'une écoute authentique ? Le caractère chaleureux du naturel est souhaitable dans toute relation d'écoute,

mais de quoi d'autre est véritablement faite cette attitude naturelle ? Car si certaines attitudes s'avèreront très facilitantes, d'autres à l'inverse peuvent troubler, blesser, influencer ou rendre mutique l'écouté. Une bonne qualité d'écoute passe donc nécessairement par une attention à soi. Qu'est-ce que je peux entendre ? Qu'est-ce qui me gêne ? Qu'est-ce que je refuse d'entendre ? Et comment j'entends tout cela ? C'est alors qu'on se rend compte qu'écouter l'autre peut engendrer des souffrances, tant chez l'écoutant que chez l'écouté.

1.1.2.2. Les formes manquées de l'écoute

Écouter part d'une bonne intention; on souhaite aider, soulager, partager. Que l'on se pose la question de savoir si l'on écoute authentiquement ou pas, notre écoute est toujours parasitée de toute sorte d'entraves. La première serait la raison pour laquelle on écoute. Lorsque l'on écoute la plupart du temps, notre écoute est orientée, intéressée. L'on écoute pour comprendre, pour aider mais aussi pour séduire, manipuler. Ainsi, la principale cause de la non-écoute est l'intention que l'on y met. Et même lorsque l'on écoute à des fins d'aider un proche par exemple, cette finalité pollue l'écoute en elle-même. C'est pourquoi un proche pourrait dire à quelqu'un qui va mal : « Ce n'est rien », « c'est fini », « il faut passer à autre chose », « avec le temps ça ira mieux », « il ne faut plus y penser », « il faut essayer de t'occuper » etc. Toutes ces petites phrases pleines de bonnes intentions que l'on a tous dites ou entendues, ne sont en réalité que des « glaives enfoncés encore et encore dans un cœur déjà meurtri » (M. Bellet, 1989) parce que la personne en souffrance n'a pas besoin qu'on la rassure, ou qu'on lui demande d'oublier l'objet de ses souffrances. La personne qui souffre a plus que tout besoin que sa douleur soit entendue. La veuve ne cherche pas à oublier son défunt mari en venant nous parler; elle souhaite au contraire l'évoquer car sa plus grande crainte est justement de le perdre une seconde fois en l'oubliant. Ces petites phrases "assassines" ne font qu'augmenter la honte, ou le mutisme du souffrant. Il comprend qu'on ne sait pas l'écouter, et que l'on agit justement comme si on ne voulait pas l'entendre, et que l'on niait sa souffrance ou ce qui en est la cause. Nous agissons ainsi par identification; nous essayons de nous rassurer plus que de rassurer l'autre.

En plus de l'intention de l'écoutant, sa faculté même à entendre et à comprendre le message peut altérer sa capacité d'écoute. En d'autres termes, une fois que les mots sont

prononcés, leur signification échappe à l'écouter. L'écouter leur donne alors une finalité, un sens, une valeur qui ne sont pas nécessairement ceux que leur émetteur espérait livrer. Ce n'est pas nécessairement par malveillance. Cette mécompréhension peut être le résultat d'une identification projective. L'écouter s'imagine alors à la place de l'écouter. Ce peut aussi être du fait de l'incapacité de l'écouter à identifier l'implicite ou le non-dit d'un discours; ou encore du fait de la qualité de la mémoire de l'écouter et de sa faculté à suivre un discours potentiellement complexe.

Nous touchons là à un lieu essentiel de l'écoute : la prétention d'être à l'écoute, et de s'y tenir quoi qu'il advienne, est le signe qu'on n'y est pas. E.H. Porter (1950.) va ainsi identifier plusieurs attitudes d'écoute défailante, et en définir une plus satisfaisante. Il propose alors aux écoutants de répondre à un questionnaire avec des réponses à choix multiples afin de qualifier leur type d'écoute en fonction de leur réaction supposée dans les situations proposées. Les cinq premières attitudes qualifiées de défailantes sont :

- La solution-action : l'écouter réagit en formulant un ordre, ou des conseils.

- L'évaluation : ce type d'attitude se traduit par des jugements sur autrui. L'attitude évaluatrice est le fait de quelqu'un qui se place en censeur moral.

- l'interprétation : elle consiste à en dire plus que l'autre, en visant implicitement à l'instruire, au sujet de lui-même. « Cela revient à penser pour l'autre. C'est la tendance à projeter sur l'autre ce que l'on croit, qui biaise ici l'écoute. » (L. Bellenger & M.J. Couchaere, 2007)

- Le soutien : l'attitude de soutien se veut rassurante, elle cherche à aider par des paroles de réconfort mais tend à signifier que la situation n'est pas aussi dramatique que cela. Ce qui revient à faire taire ce qui nous est peut-être difficile à entendre et qu'on ne souhaiterait pas subir. De plus, l'attitude de soutien infantilise l'autre en le privant d'une éventuelle responsabilité. Enfin elle peut signifier pour l'écouter que l'écouter ne le comprend pas, ce qui peut renforcer son désarroi et rompre la relation d'écoute.

- L'investigation : Attitude questionnante qui marque clairement l'intérêt de l'écouter pour l'écouter. Cependant, au même titre que les réactions de soutien, la formulation de questions n'est pas une chose facile. Le risque étant notamment d'orienter l'écouter vers une façon propre à l'écouter de voir le problème. Un autre risque étant de transformer la relation d'écoute en une relation d'interrogatoire qui risque une fois encore de braquer l'écouter.

E.H. Porter expose alors une sixième attitude : la compréhension. Cette attitude est selon E.H. Porter celle qui offre les meilleures garanties d'une certaine qualité d'écoute. Elle consiste à

agir en écho vis-à-vis du contenu des propos de l'autre en les lui restituant à sa façon. L'attitude d'écoute compréhension propose également d'être vigilant vis-à-vis de l'ensemble des manifestations physiques de l'écouté, sans pour autant chercher à les interpréter. Cette attitude est proche de la « réponse-reflet » de C. Rogers que nous détaillerons plus loin.

Qu'est-ce qui peut alors assurer l'écoute ? L'expérience ? Quelle expérience ? Celle pour l'écoutant, d'avoir lui-même été écouté et entendu ? C'est ce que propose notamment la psychanalyse avec l'analyse didactique, passage obligé pour devenir psychanalyste.

Mais alors, en dehors d'une relation d'écoute « institutionnalisée », l'écoute mutuelle est-elle possible ? « L'un des deux se mettra nécessairement dans une position de dissymétrie. Sans quoi il y a échec à l'écoute. L'un des deux doit nécessairement se sacrifier ». (M. Bellet, 1989). D'après M. Bellet la seule situation où deux personnes ou plus peuvent parler ensemble, en même temps, c'est en bavardant, là où l'écoute n'est plus. Dans une relation symétrique, aucun ne se met "au service" de l'autre. Si l'un des protagonistes sort de la banalité, l'autre ne l'écouterait plus mais serait dans une attitude critique-rejet à l'égard du premier. L'un et l'autre essaieraient alors de se convaincre mutuellement, et s'ils écoutent le propos de l'autre ce n'est que pour s'appuyer sur ses faiblesses.

1.1.3. Les particularités de l'écoute clinique

1.1.3.1. La situation clinique

L'écoute clinique est l'une des possibilités d'une relation dissymétrique où une personne vient avec une demande, un besoin, une souffrance, et attend de l'autre, le clinicien, qu'il satisfasse cette demande, ce besoin, et réduise sa souffrance. Dans « l'écoute thérapeutique, le praticien s'engage implicitement auprès du patient à utiliser son savoir et sa compétence clinique pour l'aider à résoudre ses symptômes » (C. Revault d'Allonnes, 1989). Du fait de la singularité de l'homme, toute rencontre clinique est une expérience unique non reproductible; même si des protagonistes sont identiques, une nouvelle expérience équivaut à un nouveau paramètre.

T. Tournebise (*L'écoute thérapeutique*, 2001) propose quatre fondements de l'espace d'écoute :

- Être bienveillant : Chaleureux, faire preuve de sensibilité mais ne pas être dans l'émotion ; Veiller à ne pas nuire ; ne pas juger ; montrer de la reconnaissance à la confiance donnée.
- Être individualisé : éviter de se mettre à la place de l'autre, savoir être distinct sans être distant ; accepter de ne pas savoir ; renoncer à interpréter.
- Avoir confiance : en son patient plus encore qu'en soi-même ; vis-à-vis des processus même s'ils ne sont pas visibles, mesurables.
- Faire passer l'état d'esprit avant l'action : souci de congruence entre l'action et l'état d'esprit ; porter son attention plus sur l'individu que sur le problème dont il parle, ou sur la technique à employer.

T. Tournebise, d'orientation plutôt humaniste, rappelle qu'une situation thérapeutique est avant tout deux individus en présence, où l'un guide l'autre dans un esprit de partenariat.

Le fait de dire permet d'entrer en présence de ce qui restait opaque. « La parole peut réussir à délier ce qui encombre, immobilise et alimente la souffrance. » (R. Barthes, 1984) Permettre à l'autre de parler ne résume pas la relation dans l'entretien clinique, parce qu'il suffit parfois de parler pour aller mieux. Si la relation amicale peut assumer le phénomène de "catharsis", la relation clinique est d'une tout autre nature. Par exemple, ce qui ne sera perçu que comme une maladresse dans le langage commun pourra faire sens à l'écoute clinique. Celle-ci vise à permettre à celui qui est écouté, au-delà d'être écouté par le clinicien, de pouvoir s'écouter lui-même. En effet si le clinicien se doit d'offrir une occasion de parler au patient c'est surtout pour lui permettre de penser, de conceptualiser, une expérience, un vécu, des émotions, des craintes et même des désirs, souvent sources de souffrance. Et plus encore la spécificité clinique ne se résume pas à l'attention portée sur les formes du dire, mais s'étend essentiellement à l'espace ouvert à la parole afin que soit entendu ce qui peut être dit, entendu y compris par le patient lui-même. (P. Fédida, 2001) Enfin le clinicien est tenu de repenser et de rapporter ce qu'il entend du discours du patient, notamment quand celui-ci lui fait part d'une anecdote a priori futile mais qui ferait référence à une dimension plus profonde de la singularité du patient. (A. Bellenger, 2007)

L'écoute clinique n'est pas seulement entendre des mots et analyser des contenus verbaux, elle est aussi une écoute « à travers les mots, d'une demande toute première, demande d'être là. » (M. Bellet, 1989) L'écoute du clinicien est ce qui lui permet de

distinguer différents niveaux de compréhension dans le discours du patient et dans les raisonnements que celui-ci suscite en lui-même. Le but fondamental est de laisser parler le patient, de lui permettre de parvenir à parler s'il a quelque difficulté à le faire, pour qu'il dise ce qu'il a à dire, ce qu'il veut dire, ce qu'il peut dire. Comme le note C. Chiland (2007.) « il apparaît alors que cette liberté de parole qu'on s'efforce de lui donner, il ne peut en faire qu'un usage limité par des réticences conscientes ou des résistances inconscientes; il ne veut pas, il ne peut pas tout dire, en tout cas d'emblée. Le clinicien doit interférer le moins possible avec ce discours tel qu'il s'organise spontanément, il ne doit pas entraver la parole, mais la faciliter.»

De la même façon que nous l'avons vu pour l'écoute en général, il est préconisé aux cliniciens d'écouter sans jugement, de quelque sorte que ce soit : morale, médicale, culturelle... « Oreille nue ! Rien ne précède l'écoute pure. Elle est sans catégorie, sans classement, sans comparaison à la norme ou à des modèles. » (Bellet, 1989) Et si écouter n'est évidemment pas accuser, elle n'est pas non plus excuser. Le non jugement n'est ni approbation ni réprobation. Il n'y a pas non plus dans l'écoute clinique d'absurde ; de méprisable ; ou d'indécent. L'écoute clinique veut permettre d'entendre en soi-même l'inavouable. Le but de l'écoute n'est pas non plus de supprimer les idées erronées du patient, mais plutôt de les entendre et de les faire entendre pleinement pour ce qu'elles sont. Même le délire mérite d'être écouté, car il a du sens pour celui qui sait l'écouter. (T. Tournebise, 2001) Même si le patient est incapable de saisir ce qui en lui est sincérité et mensonge, tout ce qu'il dit doit être écouté. « Car même le mensonge, est une façon de dire la vérité » (M. Bellet, 1989) Il faut alors travailler à diminuer ce qui fait que l'écouté se met à mentir. Si l'écouté sent qu'il est pleinement entendu, il n'aura alors plus de raison de mentir.

On a pu distinguer plus tôt des attitudes facilitant l'expression et d'autres qui la freinent ou la bloquent. Nous nous attarderons sur d'autres de ces attitudes plus tard, mais il apparaît déjà qu'il y ait une nécessité à se former à l'écoute. Parce qu'il est humain, le clinicien est motivé comme tout autre par un désir insatiable de connaître. Or, ce désir risque de dénaturer la relation clinique. Par exemple si le patient se rend compte de ce désir chez son clinicien, ou si le clinicien ne répond pas d'une façon "suffisante" au besoin du patient, celui-ci risque de se constituer un « faux-self » (Winnicott, 1971) qui le protégera alors de cette relation clinique manquée, mais le rendra d'autant plus méconnaissable pour le clinicien. Par ailleurs l'égo du clinicien est régulièrement bousculé dans la pratique de l'entretien; notamment lorsque le patient ne vient pas à un rendez-vous, le clinicien débutant ne pourra

que difficilement s'empêcher de se sentir responsable de cette absence. Il s'interrogera sur ce qu'il a pu dire ou faire à la séance précédente qui aurait pu provoquer cette absence. D'autres cliniciens ne s'encombreront pas de telles considérations et opteront pour l'action. Soit ils se détourneront du patient et de son absence, soit au contraire ils chercheront à le contacter pour en connaître la raison. Ceci illustre bien les attentes possibles, voire le degré de dépendance du clinicien à l'égard de son patient. Or ces attentes ou cette dépendance peuvent être perçues par le patient, ce qui pourra le rendre plus absentéiste ou rompre la relation thérapeutique, par crainte notamment d'être l'objet d'une emprise par le clinicien.

D'autre part, dans toute relation thérapeutique pourrait naître un sentiment d'amour du patient à l'encontre de son thérapeute. Ce phénomène de "transfert" que nous détaillerons plus loin peut être source d'une grande méprise de la part du clinicien s'il prend cet amour pour lui-même. Mais il ne doit pas pour autant le rejeter afin de ne pas rompre brutalement la relation clinique. Le thérapeute doit trouver une attitude juste qui se traduit parfois par une mise à distance progressive vis-à-vis de ses patients.

Il apparaît par conséquent nécessaire de se constituer une « éthique de la connaissance » (J.C. Stoloff, 1993) dont le souci principal serait moins l'application d'un code de déontologie qu'un réel questionnement personnel par rapport à ce désir du clinicien.

D'autre part, dans l'immense majorité des cas, l'intervention clinique renvoie à une connaissance préalable ; à un ensemble de représentations théoriques ; à toute sorte de traces laissées par les lectures du clinicien ou par ses rencontres et expériences, cliniques ou non. Or nous avons le devoir de nous rappeler que toute théorie, si riche soit-elle, est une construction, une vision parcellaire et souvent mécaniciste de l'homme. Il nous appartient de ne pas confondre la reconstruction avec la réalité de la nature humaine. Il nous appartient également de rester vigilant à l'égard de ce qui se donne dans la relation clinique car ces connaissances préalables vont venir orienter notre vision des choses, et nous amener à probablement négliger tel ou tel élément parce que ne relevant pas de notre propre grille de lecture. Or, ce qui fait l'efficacité d'une pratique est plus lié à la qualité de la relation humaine mise en place qu'à la technicité de la pratique.

Le clinicien doit donc prendre conscience qu'il implique des fragments plus ou moins importants de lui-même dans sa pratique professionnelle, afin d'en tenir compte et de travailler sans cesse dessus.

Nous en revenons à dire que la formation des cliniciens ne doit pas se restreindre à la maîtrise de formules, de recettes et techniques des attitudes favorables à l'expression du patient dans le sens d'une meilleure compréhension de sa difficulté. Bien que le souci d'entendre sans déformer ni projeter ses désirs, ses solutions ou ses jugements soit louable, cela n'est pas suffisant. Il serait au minimum souhaitable que le clinicien suive un cheminement qui l'amènerait à acquérir un sens aigu de l'éthique de la clinique, et de sa vision de l'homme en tant que tel. Et pour reprendre notre réflexion du début sur une perte de spontanéité, celle-ci pourrait revenir suite à l'intériorisation des nouvelles connaissances, et des questionnements éthiques qui constitueraient alors une spontanéité éclairée.

C'est pourquoi je propose la phénoménologie en tant que méthode comme élément de réponse, car « sa mise en pratique dans le domaine de la clinique interroge principalement ce qui se donne dans l'entretien thérapeutique... Observer ! Il n'est rien de plus difficile que d'observer, se laisser traverser par un flux continu d'esquisses, qui viennent constituer en nous un sens, lui-même sans cesse pollué par celui qui nous hante avant toute perception. Donc la conscience de cette pollution, et de son danger, un travail continu de déconstruction, une connaissance approfondie du rapport entre un symptôme et un diagnostic, l'humilité et le souci d'interdisciplinarité différencient le « psy » professionnel du quidam. » (A. Huygens, 2008)

1.1.3.2. Diagnostic différentiel de l'écoute clinique

Comme il est inscrit dans le code de déontologie, le titre de psychologue recouvre un ensemble de pratiques ayant des fondements théoriques très disparates et parfois contradictoires. Quand certaines pratiques, face au "danger de l'empathie" notamment, préfèrent prôner la technique, d'autres estiment que la technique anéantit la spécificité de l'humain dans la relation. Ces derniers prônent alors l'empathie, la sensibilité... ; d'autres encore se placent entre ces deux extrêmes.

Je vais cependant essayer de présenter ici les concepts se rapprochant de la situation d'écoute clinique à travers plusieurs champs théoriques.

1.1.3.2.1. L'alliance thérapeutique

Cette idée d'alliance thérapeutique est très consensuelle; cependant si de nombreux auteurs s'entendent pour dire qu'elle est un pré-requis à toute démarche clinique, tous ne s'accordent pas sur sa définition. Ce qui en ressort néanmoins est qu'il faut installer un climat de respect, de confiance et de collaboration entre le clinicien et son patient. D'autres portent également leur attention à une ambiance chaleureuse, favorisant le partage de l'intimité du patient. L'alliance thérapeutique est donc une situation de coopération entre le clinicien et le patient, le clinicien y apporte selon les pratiques une écoute, un savoir-faire, un cadre. Le patient, lui, apporte sa confiance et son engagement. Le terme d'alliance est ici employé pour se différencier de celui de relation thérapeutique, qui, lui, renverrait plutôt à une notion de dépendance réciproque entre le clinicien et le patient. Par rapport à ce contexte de dépendance, la notion d'alliance est plus neutre. Sur la façon d'établir cette alliance, là encore les auteurs sont assez divergents. Si pour certains cela ne passe que par des attitudes, une ambiance, pour d'autres, comme dans les thérapies psychanalytiques, cette alliance prend véritablement la forme d'un contrat et d'un engagement réciproque. Ce contrat pourra même être rédigé dans les thérapies comportementales et cognitives notamment pour spécifier les objectifs de la thérapie. L'alliance thérapeutique, d'après N. Duruz (1994) « est un processus interactionnel par lequel client et thérapeute expriment cognitivement et affectivement, et au niveau comportemental, leurs accords et désaccords quant au but de la thérapie et quant à son déroulement ». L'écoute semble être ici un élément participant à l'alliance thérapeutique, bien que ce soit plutôt des éléments de coopération et de confiance qui soient le plus souvent mis en avant. D'autres auteurs s'en démarquent largement en parlant plutôt d'un « accueil » (A. Huygens, 2008) se rapprochant d'une "atmosphère primordiale" qualifiée de maternelle.

1.1.3.2.2. L'identification

Si l'on n'y prend pas garde, écouter l'autre nous renvoie systématiquement à notre propre expérience, à nos propres vécus et ressentis. Ainsi, quand il s'agit d'écoute, le processus d'identification est implicitement évoqué. L'identification renvoie à identifier c'est-à-dire reconnaître. L'identification est également perçue comme une préoccupation maternelle et primaire (D.W. Winnicott, 1971) une sorte de folie nécessaire pour être en mesure

d'accomplir les premiers gestes essentiels à la survie du nourrisson. En psychothérapie, c'est ce processus d'identification qui va permettre l'empathie, qui elle aussi fait débat. Il s'agit pour le clinicien de trouver la bonne distance entre lui et son patient, afin de ne pas paraître froid ou de ne pas être trop impliqué et alors projeter sur son patient ses propres associations ou besoins, notamment de consolation comme nous l'avons vu plus tôt.

Lorsque qu'un thérapeute partage avec son patient ce qu'il a saisi de son discours, il le fait toujours à travers un effet d'identification plus ou moins soutenu, voir plus ou moins approprié si cela est fait dans le but de montrer au patient sa perspicacité, sa compétence. Par contre, s'il se maintient à l'écoute en préservant une certaine distance par rapport à ce qui est dit, il permettra à l'inverse de favoriser la parole du patient. (B. Jacobi, 2006) Il y a nécessairement une partie du discours du patient qui va échapper à l'entendement du clinicien. C'est pourquoi certains auteurs préconisent une certaine distance et tentent de limiter les processus identificatoires. « Accepter l'altérité implique de faire avec cette inévitable dérobade. Celui qui nous parle est toujours le meilleur usufruitier de ce qu'il a énoncé » (B. Jacobi, 2006) Même si l'expérience de l'altérité est une épreuve pour le narcissisme du clinicien, accepter de ne pas tout comprendre, de ne pas tout savoir est une nécessité.

1.1.3.2.3. La sensibilité et l'affectivité

Certains auteurs s'accordent à dire qu'il faut, dans la situation clinique, différencier la sensibilité de l'affectivité. La sensibilité semble être requise afin d'être dans une certaine proximité vis-à-vis du patient, afin d'être chaleureux, ouvert et lucide vis-à-vis de ses états émotionnels tout en restant libre par rapport à ceux-ci. Savoir être sensible « c'est apprendre à être distinct (ne pas se mettre à la place) sans être distant. » (T. Tournebise, 2001) La sensibilité apparaît comme une condition nécessaire à une bonne qualité d'écoute, et à l'établissement de ce que les psychanalystes appellent la « neutralité bienveillante ». Tandis qu'avoir de l'affection, c'est être en situation émotionnelle avec son patient, ce qui signifie alors qu'on est aveugle et relié à lui, dans une situation de dépendance.

Comment le clinicien peut-il ne pas être affecté, ne pas être dans l'émotion, face au discours ou à la souffrance de son patient ? Deux possibilités s'offrent à lui : soit il diminue sa

sensibilité, il se “blinde” et est alors comme anesthésié, coupé de ses sensations, mais laissant apparaître une nouvelle souffrance, qui n’est plus attribuable aux émotions mais qui serait d’un ordre plus existentiel : la vie s’éteint insidieusement en lui. Soit il augmente sa sensibilité et la met au service de la connaissance. En étant plus sensible, il va s’ouvrir plus et être davantage conscient de tout ce qui se passe dans la situation clinique, y compris en lui-même par l’intermédiaire de ses sensations qu’il ne cessera de laisser venir. Car « l’émotion apparaît avec l’imaginaire !!! » (T. Tournebise, 2001) Nous sommes émus quand, insuffisamment sensible, conscient, nous remplissons par notre imagination ce que nous ne savons pas. Nous sommes alors dans la projection, l’identification pure. Il n’y a pas de décentration possible, ni vis-à-vis de la situation réelle, ni par rapport à nos propres sensations. Notre monde psychique est alors pollué par celui de l’autre. Ou alors nous allons être dans une situation de rejet de l’autre, parce que plus capable de le comprendre, de l’écouter. Dans les deux cas de figure, quand on est dans l’émotion, on est dans le jugement.

1.1.3.2.4. L’amour et l’égoïsme

La croyance populaire dit que « l’amour rend aveugle », et de nombreux auteurs évitent délibérément d’en parler, percevant les dérives évidentes que cela pourrait engendrer dans la situation clinique. (M. Bellet, 1989) Le besoin d’amour est souvent ce qui pousse une personne à aller voir un thérapeute, et si celui-ci y répond d’une façon inadéquate il n’est pas certain que le patient, dans sa grande fragilité, s’en rende compte. Il entre alors dans une relation de dépendance. Or, les cliniciens qui veulent éviter ces dérives confondent parfois l’amour avec l’affection. C’est ainsi qu’ils choisissent de s’en démarquer afin d’éviter la vulnérabilité qui incombe à l’affectivité, et développent alors une certaine froideur. (T. Tournebise, 2001) Pour d’autres, l’amour est une condition nécessaire à une bonne qualité d’écoute. Il permet de surmonter un éventuel sentiment de haine ou de répulsion à l’égard d’un patient. De même, ayant pointé que l’égoïsme pose des problèmes, pour l’éviter on recommande de ne pas trop s’aimer. Mais il ne faut pas non plus confondre “amour pour soi” et égoïsme ou narcissisme. Celui qui est narcissique ne s’aime pas; il compense son manque “d’amour pour soi” par une idéalisation de l’image de soi (T. Tournebise, 2001) Quand celui qui a un fort ego croit prendre soin de lui, il ne prend soin que de son image (exemple de la

plupart des régimes alimentaires, qui sont plus une lutte ouverte contre soi, afin de renvoyer une meilleure image, que dans un réel souci de se sentir mieux dans son corps). De la même façon, « le narcissisme relationnel » (T. Tournebise, 2001) ne sait pas prendre soin des autres, car il ne les voit pas; il agit avec eux en se mettant à leur place. Il perçoit l'autre non pas tel qu'il est mais tel qu'il souhaite qu'il soit. Il va par exemple offrir un livre qu'il a adoré, et s'offusquera si l'autre ne l'apprécie pas, ou pire ne le lit pas, parce qu'il se sentira alors personnellement trahi.

1.1.3.2.5. L'empathie

La littérature est dense concernant la notion d'empathie car elle fait débat à propos de son intérêt au sein d'une pratique clinique. Nous allons voir qu'il s'agit en fait d'une simple question de définition. Si l'empathie est simplement la capacité à « se mettre à la place de l'autre » nous avons vu avec « le narcissisme relationnel » qu'elle n'est pas souhaitable. Pourtant pour de nombreux auteurs, l'empathie n'est pas seulement cette simple capacité à se mettre à la place de l'autre. Et parce que cette notion d'empathie est souvent préconisée dans des approches cliniques ou de communication, il apparaît nécessaire de bien redéfinir sous quelles conditions l'empathie permet ou non une meilleure écoute.

Première conception de l'empathie :

Pour T. Tournebise notamment, l'empathie est seulement perçue comme la capacité supposée « à se mettre à la place de l'autre ». Pour lui, alors que nous croyons voir en l'autre, nous ne voyons qu'une projection de nous-même. Dans sa définition de l'empathie, on propose seulement à l'autre ce qu'on aimerait qu'on nous fasse si on se trouvait dans sa situation. Ainsi, au lieu d'écouter l'autre, on n'écoute que soi. Or il est souvent demandé par exemple aux soignants d'être empathiques tout en ne s'investissant pas trop. Mais s'ils ne conçoivent que le premier degré d'entendement de l'empathie, ils percevront cette injonction comme contradictoire. Comment alors comprendre cette injonction ?

Second niveau d'entendement de l'empathie :

E. Husserl (1947) déjà avait une conception de l'empathie bien différente de celle qui est communément partagée. Il a élaboré la notion d'empathie (*Einfühlung*) comme la faculté d'inclure dans son propre environnement celui d'autrui afin d'élargir le champ de l'expérience

qui n'est alors plus subjectif, mais intersubjectif, puisqu'une partie de ce nouveaux champ d'expérience et constitué à la fois de notre subjectivité et de celle de l'autre. La conception husserlienne de l'empathie propose un authentique et rigoureux accès à l'autre. Si la notion d'empathie a communément une connotation affective, pour Husserl il s'agit d'un moyen d'accès à la connaissance de l'autre.

Cette conception est partagée par R. Mucchielli (1996): «Quoique fondée sur une sensibilité sociale qui fait la qualité humaine de la relation, l'empathie est un effort de connaissance de l'univers étranger et non une fusion affective ou recreation en soi-même des émotions d'autrui, ce qui obnubilera toute lucidité! »

C. Rogers a également une conception plus riche de l'empathie même si c'est du fait d'une mécompréhension de ses textes qu'elle est devenue pour le sens commun une simple « capacité à se mettre à la place de l'autre. » Pour C. Rogers, l'empathie consiste en la « capacité de vraiment se mettre à la place de l'autre, de voir le monde comme l'autre le voit » Ce qui fait appel à une sensibilité qu'il qualifie « d'alterocentrique » (C. Rogers, 1963). Pour lui, faire preuve d'empathie participe à une meilleure écoute et à une attitude de compréhension et nous éloigne des cinq autres attitudes de non-écoute définies par E.H. Porter.

L. Bellenger et M.J. Couchaere (2007) distinguent l'empathie de la sympathie : éprouver les émotions de l'autre sans tenter de se mettre à sa place, il s'agit d'un partage d'émotion sans intersubjectivité. L'empathie n'est pas non plus de la contagion émotionnelle qui s'exprime par un phénomène d'indifférenciation entre soi et autrui. L'empathie diffère également de la compassion, dans le sens où la compassion relève plutôt d'un processus d'identification affective.

Dans son article « L'empathie et ses degrés » (in. A. Berthoz, G. Joriand, 2004.), E. Pacherie distingue quant à elle à la fois trois niveaux de compréhension empathique, et trois types de posture empathique.

La première distinction met en évidence trois degrés d'empathie selon le niveau de compréhension requis :

- la compréhension du type d'émotion : c'est le fait de reconnaître l'émotion d'autrui à partir d'indices vocaux et d'expressions faciales. Ce niveau d'empathie procède par contagion et imitation. Il s'acquiert dès les premiers mois de la vie mais peut par exemple faire partiellement défaut dans les troubles dépressifs majeurs (A. Bridoux, Ph. Granato, 2010).

- la compréhension de l'objet de l'émotion : l'observation des actions d'autrui nous permet de deviner, ou du moins de supposer, ses intentions et d'avoir la possibilité de comprendre les raisons de ses réactions émotionnelles.

- la compréhension des émotions et de leurs raisons. Cette forme d'empathie est la plus élaborée : elle permet d'appréhender la nature de l'émotion, son objet et les facteurs motivationnels qui l'engendrent.

Selon E. Pacherie (2004), l'imagination participe à l'effort de compréhension de l'état émotionnel d'autrui. Nous avons d'autant plus recours à l'imagination quand l'écart de perspective est important entre l'autre et nous-même. D'où les probables décalages qu'il peut y avoir.

Les trois postures empathiques mises en évidence par E. Pacherie (2004) sont :

- l'attitude empathique : c'est la définition la plus fréquemment invoquée pour qualifier une certaine qualité d'écoute dans le cadre ordinaire du dialogue et des échanges au sein d'un groupe. Avoir une attitude empathique, c'est manifester l'intention d'écouter et de chercher à comprendre les sentiments et les émotions d'autrui. Elle vise en général à favoriser l'expression de l'autre sur ses ressentis. Enfin, l'attitude empathique, par l'effort de compréhension et d'acceptation qu'elle privilégie, peut aider l'autre à une certaine prise de conscience des raisons de ses émotions.

- le comportement empathique : C'est l'effort de « se mettre à la place de l'autre ». Cette opération consiste à se « décentrer », à essayer de comprendre le ressenti de l'autre à partir de ses objectifs, ses attentes, ses habitudes, sa place, ses craintes et ses contraintes connues. On reste cependant soi-même et on n'arrive jamais tout à fait à être l'autre. Le comportement empathique éloigne des maladresses courantes du genre « ce n'est pas grave ... ne vous inquiétez pas ... ».

- la conscience empathique : ce troisième niveau d'empathie concerne l'état d'esprit. Atteindre un niveau significatif de conscience empathique, c'est intégrer qu'il existe en toutes circonstances des émotions souvent cachées, et en tenir compte quand on communique avec une personne. La conscience empathique permet d'anticiper sur les réactions supposées de l'autre et ainsi d'éviter d'éventuels blocages et incompréhensions provoqués par des comportements maladroits. La conscience empathique est un pré-requis à l'attitude ou au comportement empathique.

1.2. L'écoute technique :

Il peut apparaître a priori paradoxal de regrouper les thérapies comportementales et cognitives, la psychologie humaniste ou dite non-directive sous une même bannière « d'écoute technique », mais nous verrons que l'une comme l'autre font clairement appel à des techniques précises, à des méthodes standardisées, et ont recours à des questionnaires d'évaluations ou à des exercices visant le développement personnel. C'est pourquoi j'aurai inmanquablement recours à un style nomenclateur.

1.2.1. Le courant humaniste

1.2.1.1. C. Rogers

En 1926, C. Rogers quitte la voie pastorale pour entreprendre une formation simultanée à la thérapie et à la pédagogie à l'Université de Columbia. Préparant un doctorat, il peut alors éprouver l'incompatibilité radicale entre ce qu'il qualifie « d'esprit hautement spéculatif » inspiré des théories de S. Freud et les conceptions rigoureusement expérimentales et statistiques des disciples de E. Thorndike. Influencé par les travaux de A. Maslow, de J.L. Moreno, et par la philosophie de M. Buber, il fonde dans les années 1950 « l'approche centrée sur la personne » ; aussi appelée "psychothérapie non directive", et actuellement regroupée avec d'autres approches sous l'appellation de « psychologie humaniste ».

Carl Rogers fait de l'empathie l'essence même de l'attitude non directive de compréhension dans le cadre de la relation d'aide. « Le terme d'empathie indique la capacité de s'immerger dans le monde subjectif de l'autre, de participer à son expérience dans toute la mesure où la communication verbale et non verbale le permet, de capter la signification personnelle des paroles du client bien plus que de répondre à leur contenu intellectuel »

(C. Rogers, G. M. Kinget, 1963).

1.2.1.2. Un « guidage non directif » ?

Plutôt qu'agir en expert qui comprend le problème et décide de la façon dont il doit être résolu, le thérapeute doit, selon C. Rogers (1961) « libérer le potentiel que possède le patient pour résoudre lui-même ses problèmes personnels ». La non-directivité utilisée vise à libérer les tendances positives de l'homme chez qui existent de puissantes forces de changement. Les grandes marques de l'approche rogérianne de l'entretien consistent en :

- la conscience que le thérapeute doit avoir de la relation qu'il vit avec le patient. Cela suppose qu'il soit véritablement lui-même, donc sincère et authentique (congruence) ;
- le respect inconditionnel à l'égard du patient qui se traduit par la capacité à accepter avec confiance et compréhension toutes les facettes de son expérience ;
- la compréhension empathique, c'est-à-dire que le thérapeute a à faire avec une personne et non un sujet. Le thérapeute doit être sincère et accepter le patient sans réserve, en faisant preuve de compréhension et de sensibilité à son égard ;
- Le thérapeute doit être chaleureux, mais ne doit pas être envahissant ou intrusif ;
- il accueille radicalement les interlocuteurs ;
- il ne cesse de théoriser mais il rejette les radicalisations ;
- il se place en accueil de « l'ici et maintenant ».

Dans le courant humaniste, l'écoute n'est pas qu'une affaire d'état d'esprit, de disponibilité, de vigilance, de capacité aux silences, c'est aussi une question de techniques, de réflexes à assimiler. L'écoute, pour être active, nécessite la maîtrise des techniques de questionnement et de reformulation, en particulier les relances à « effet miroir » et les outils de régulation au-delà de la simpliste formule « si je vous comprends bien... », mais aussi de comportements de veille et de vigilance. « Autant de compétences qui s'acquièrent par un entraînement approprié et l'exercice quotidien. » (L. Bellenger et J.M. Couchaere, 2007). Le but visé étant que ces techniques soient complètement appropriées afin de devenir des réflexes. Ainsi, certains outils issus de la Programmation Neuro-Linguistique sont venus compléter les dispositifs de formation à l'écoute; car si l'écoute fait l'unanimité comme capacité fondamentale à communiquer, chacun est amené à se débrouiller comme il peut pour s'y former. Le courant humaniste accorde beaucoup d'importance aux notions de sincérité et d'authenticité mais affirme qu'une écoute de qualité passe par une formation rigoureuse. Être

disponible ne suffit pas, encore faut-il savoir comment être attentif et capable de maintenir son attention. Pour ce courant proclamé « non directif », le questionnement est jugé comme étant le meilleur allié de l'attention : avoir des questions en tête, s'interroger, permet de maintenir un bon niveau de vigilance.

Ce courant ne nie pas la subjectivité du thérapeute dans la situation clinique. Bien au contraire il lui laisse toute sa place : « On écoute à partir de ce que nous sommes, notre vécu, notre intelligence et nos sentiments, c'est pourquoi nous sommes capables d'écouter, c'est-à-dire aller jusqu'à tendre vers l'autre et parfois le rejoindre. Mais c'est aussi à cause de tout cela que nous pouvons ne pas l'entendre car ce que nous sommes peut faire obstacle. » (L. Bellenger et J.M. Couchaere, 2007). Acquérir une connaissance aiguë de soi-même en cultivant la congruence alimente une ambition à l'authenticité dans l'échange avec les autres. Selon Carl Rogers : « pour écouter l'autre, il me faut d'abord m'écouter moi-même ! » (*Le Développement de la personne*, 1961.) De même, un thérapeute à l'écoute serait principalement attentif à ce qui se passe dans « l'ici et maintenant », et non préoccupé par le passé du patient, même s'il ne le nie pas. Pour ce courant, écouter ne veut pas seulement dire tâcher de comprendre intellectuellement, logiquement, ce qui s'échange au cours d'un dialogue. Écouter l'autre, c'est s'efforcer de rejoindre, de partager ce que vit le patient. C'est plus qu'entendre, c'est ressentir, c'est se centrer délibérément sur celui qui s'exprime pour saisir sa pensée et ce qu'il ressent. Le thérapeute y arrive en abandonnant l'envie de donner son point de vue, en s'interdisant d'approuver ou de réfuter. Il ne s'agit pas de s'enfermer dans une neutralité fabriquée, mais au contraire de « laisser vibrer en soi les sentiments éprouvés par l'autre pour être comme un écho ». (L. Bellenger et J.M. Couchaere, 2007).

Si C. Rogers reproche beaucoup à la psychanalyse freudienne et s'en écarte d'un point de vue technique, il reconnaît qu'il lui doit beaucoup. L'entretien dans le cadre de la psychanalyse est caractérisé par une écoute bien spécifique dont la profondeur lui semble être riche d'enseignements. Il partage le but fondamental de la cure qui est de laisser parler le patient, de l'aider à parler s'il a quelques difficultés à le faire; cependant, il n'accepte pas l'idée de l'interprétation. Il recommande d'ailleurs dans sa pratique de ne pas être projectif en soumettant le patient à son propre avis, en posant des questions qui orienteraient vers des réponses attendues, du type : « Diriez-vous que... ? Ne pensez-vous pas que... ? »

T. Tournebise (*L'Ecoute thérapeutique*, 2001) met en évidence cinq validations au guidage non directif que le thérapeute met en place durant l'écoute du patient. Ainsi, quand le patient lui parle, le thérapeute doit valider la réception, par un hochement de tête par exemple,

signe qu'il a entendu. Il doit également valider la compréhension, ce qui pourra être fait dans le même mouvement que la validation de la réception; mais si la compréhension n'est pas certaine le thérapeute doit recourir à la reformulation. Il doit également valider l'accueil de ce qui est dit, car comprendre n'est pas forcément accueillir. Il s'agit alors de donner du crédit au propos du patient, sans chercher à adopter son point de vue. C'est également accepter le ressenti du patient, sans le nier. Toutes ces validations ne se font pas de suite, elles se confondent. Un simple mot, le ton de la voix, une simple mimique ou une conjugaison des trois peuvent signifier à la fois de la réception, de la compréhension, et de l'accueil... ou de leur défaut. Pour T. Tournebise, entendre, comprendre, accueillir ne suffisent pas; le thérapeute doit également valider la « gratitude » par l'intermédiaire de « l'art de poser les vraies questions. » Poser une question c'est d'abord accepter d'être dans la position de celui qui ne sait pas. Une question ne doit pas attendre une réponse particulière. Le patient n'est même pas obligé de répondre tout court. Enfin le thérapeute doit valider la cohérence du discours du patient par l'intermédiaire de ses questions et de ses reformulations.

1.2.2. Les thérapies comportementales et cognitives

Les thérapies comportementales et cognitives aujourd'hui sont une combinaison cohérente de deux courants thérapeutiques distincts. Les thérapies comportementales d'abord issues des théories behavioristes : de l'apprentissage et du conditionnement. Nées dans une volonté de réinstaurer la science dans la psychologie. Théories longtemps restées expérimentales, confinées en laboratoire, qui n'ont trouvé des applications cliniques qu'assez tardivement. Et des thérapies cognitives qui procèdent de praticiens comme A.T. Beck, qui pensait que certaines pathologies mentales d'apparence réactionnelle ne sont pas des réactions à des événements et à des situations, mais des réactions aux idées erronées et aux interprétations négatives que nous nous faisons de ces événements ou de ces situations. Je vais donc tenter de présenter brièvement ces deux courants, puis je m'attarderai plus longuement sur la pratique de ces thérapies cognitives et comportementales.

1.2.2.1. Les précurseurs

Le premier auteur auquel peuvent faire référence historiquement les thérapies comportementales et cognitives est Pierre Janet. Il est tout autant un précurseur en France de la psychanalyse que des thérapies comportementales et cognitives. Isaac Marks, le pionnier des thérapies comportementales et cognitives en Angleterre, reconnaît s'être grandement inspiré de P. Janet (*Les médications psychologiques*, 1919) pour élaborer ses traitements par exposition aux situations anxiogènes. P. Janet a également réalisé une description des états mentaux hystériques, ainsi que des prescriptions pour éviter le renforcement de leurs comportements, en des termes assez proches des comportementalistes modernes. Il met également au point une technique de « désaccrochage » des pensées répétitives et des raisonnements circulaires pour traiter l'épuisement psychologique. Technique proche de celle de la résolution des problèmes avec mise à l'épreuve de la réalité actuellement proposée lors des thérapies comportementales et cognitives pour sujets déprimés.

Autres précurseurs ; le Dr Perroud a rapporté en 1873 deux cas d'agoraphobie traités par exposition progressive. Le Dr H. Legrand du Saulle travaille sur l'agoraphobie et salue le travail de Perroud, dans son œuvre : *Étude clinique sur la peur des espaces* (1878).

On peut également voir les débuts de la psychanalyse comme précurseurs des futures thérapies comportementales et cognitives. Dans l'idée où « l'intention du travail analytique... » nous dit S. Freud « ... est d'amener le patient à supprimer les refoulements – entendu ici au sens le plus large – de son tout premier développement, pour les remplacer par des réactions qui correspondraient à un état de maturité psychique. » (*Construction dans l'analyse*, 1937). Cette intention est en tout point similaire à celle des thérapies comportementales et cognitives, si ce n'est que le vocable employé n'est pas tout à fait le même. De même que certains cas traités par S. Freud nous informent qu'il pratiquait l'exposition progressive pour faire disparaître des symptômes phobiques. (*Progrès en psychothérapie psychanalytique*, 1919)

Enfin, A. Adler peut également compter au rang des précurseurs avec sa "psychologie individuelle". Bien qu'il fut l'un des participants de la "société psychologique du mercredi" jusqu'en 1911, il prit ses distances vis-à-vis de S. Freud notamment parce qu'il pensait qu'il fallait une prise en charge plus globale des patients, prenant également en compte le soin du corps. Par ailleurs, l'individu tel qu'Adler le voyait n'était pas commandé par ses instincts

(pulsions) mais était une nature libre, qui devait résoudre les tâches que la vie lui soumettait (*Le tempérament nerveux : Eléments d'une psychologie individuelle et applications à la psychothérapie*, 1911). Les troubles, selon son principe, étaient en fait des réponses erronées aux demandes de la vie. Ces réponses étant dues à des "schéma d'aperception" qui caractérisent la vision personnelle que chacun a du monde et de lui-même (*Le sens de la vie : Étude de psychologie individuelle* 1933). C'est en ces idées que A.T. Beck lui-même puise pour former ce que vont réellement devenir les thérapies comportementales et cognitives.

1.2.2.2. Du béhaviorisme au cognitivisme

Le behaviorisme est né principalement du désir de se démarquer de la psychanalyse, qui était vu comme une psychologie littéraire, non scientifique et parfois obscure. Le behaviorisme prescrit alors que l'on doit rejeter les faits de la conscience. Ces faits de la conscience ne peuvent être des objets de science car ils sont invérifiables et ne peuvent être mesurés. Les behavioristes disent alors que l'on ne peut étudier que ce qui est observable : les comportements. Il n'y a ainsi aucun recours à la vie interne du sujet. Le schéma "stimulus → réponse" devient la base du behaviorisme. Ce qui peut intervenir entre les deux, c'est l'inconnu, ce n'est pas observable. C'est la boîte noire des behavioristes.

Le premier behavioriste serait I.P. Pavlov, prix Nobel en 1904, qui, travaillant sur la production salivaire du chien découvrit un lien de cause à effet entre la présentation de nourriture et la quantité de salive produite. Modifiant alors ses premiers objectifs de recherche, il eut l'idée de faire intervenir différents stimuli avant la présentation de la nourriture. Ces stimuli pouvant, après une période de présentation simultanée, être suffisants pour provoquer la production salivaire. C'est ainsi qu'il observa puis théorisa les « réflexes conditionnels ». Mais ses travaux mirent du temps à être connus et exploités. Parallèlement E. Thorndike fit d'autres observations sur l'animal puis sur l'homme qu'il appela les « lois de l'apprentissage » : avec « la loi de l'effet » et « la loi de l'exercice ». Ces lois expliquent que si un comportement est plusieurs fois suivi d'une récompense il sera renforcé, donc reproduit.

Mais le premier à avoir réellement parlé de behaviorisme est J.B. Watson. Il s'est, dans ses recherches, inspiré des travaux de E. Thorndike et de I.P. Pavlov. Il veut faire de la psychologie une science objective pure. Pour lui, l'objet de la psychologie doit être l'étude

rigoureuse des comportements observables, et il rejette toute opération de pensées pourtant présentes dans les travaux de E. Thorndike. Il considère les objets de cette science comme : l'étude du couple stimulus-réponse, et les principes d'adaptation à une situation déterminée. Il étudie l'homme comme on étudie l'animal. Selon lui, tous les comportements sont le fruit de l'apprentissage, d'un conditionnement.

B.F. Skinner enfin reprend l'idée de « conditionnement classique ». Mais pour lui la réponse à un stimulus n'est plus de l'ordre du réflexe, mais fait suite à une appréciation des conséquences possibles (positives, ou négatives) de cette réponse. Il met ainsi en évidence ce qu'il appelle le « conditionnement opérant ».

Bien que ces chercheurs aient transposé leurs recherches au monde de l'apprentissage, ou du marketing, peu d'applications ont réellement vu le jour dans le domaine de la psychologie. Cela s'explique certainement par le fait que les premiers behavioristes sont principalement restés dans leurs laboratoires pour faire de la recherche fondamentale. C'est seulement à partir des années 1950 que les effets pratiques des observations comportementalistes voient le jour; notamment avec les expérimentations sur le terrain de J. Wolp sur la désensibilisation systématique des phobies (1952) et “la psychothérapie par inhibition réciproque” (1958). Dans le même temps, M. Shapiro et H. Eysenk travaillent sur les effets des psychothérapies et mettent en avant l'efficacité de la thérapie comportementale.

S'ensuivent alors plusieurs recherches qui donneront des résultats directement exploitables dans une pratique clinique; comme T. Stampfl (1967), qui mit au point l'implosion, c'est-à-dire l'exposition aux stimuli anxiogènes par le biais de l'imagination. Ou encore A. Bandura dont les principaux apports sont sa théorie de l'apprentissage social (*Théorie de l'apprentissage social*, 1977) et son concept d'auto-efficacité (*Self-efficacy in changing societies*, 1995). Il place l'individu au cœur d'une triade d'interactions entre facteurs cognitifs, comportementaux et contextuels. L'individu apparaît ainsi à la fois comme le producteur et le produit de son environnement. Dans ce cadre théorique, la notion d'auto-efficacité devient centrale. En désignant les croyances qu'un individu a dans ses propres capacités d'action, quelles que soient ses aptitudes objectives, A. Bandura pose le sentiment d'efficacité personnelle comme base de la motivation, de la persévérance et d'une grande partie des accomplissements de l'individu. Son œuvre peut être vue comme point de jonction entre les behavioristes et les cognitivistes.

La psychologie cognitive est apparue au milieu du vingtième siècle en réaction au modèle behavioriste. Celui-ci étant basée sur le modèle “Stimulus → Réponse”, il ne

s'intéresse donc pas à ce qu'il y a entre les deux car n'est pas directement observable. Il est donc laissé un certain champ d'observation non étudié pour les cognitivistes. Celui-ci concerne notamment le raisonnement, la mémoire, la personnalité. Le cognitivisme conserve les observations du behaviorisme mais ajoute une nouvelle variable relative au sujet. Les principales recherches en psychologies cognitives concernent et s'inspirent de domaines très différents comme ceux de l'éducation, des neurosciences et de l'informatique et leur empruntent alors leur vocabulaire.

C'est principalement à T.A. Beck que l'on doit d'abord les thérapies cognitives, puis la fusion des thérapies comportementales et cognitives voulant signifier alors que même si la thérapie cherche à agir sur le comportement, la modification des systèmes de croyance conscients et inconscients est au centre du processus thérapeutique. Les thérapies cognitives et comportementales représentent l'application de la psychologie scientifique à la thérapie. Elles mettent l'accent sur l'utilisation d'une méthodologie expérimentale afin de comprendre et de modifier les troubles psychologiques qui perturbent la vie du patient. Elles font donc référence aux modèles issus des théories de l'apprentissage : conditionnement classique et opérant, apprentissage social, qui mettent l'accent sur la modification des comportements observables. Mais elles font aussi référence aux modèles cognitifs fondés sur l'étude du traitement de l'information : processus de pensée conscients et inconscients qui filtrent et organisent la perception des événements qui se déroulent dans l'environnement du sujet. Le comportement et les processus cognitifs ne sont cependant pas les seuls points d'intervention thérapeutique : tous deux sont en interaction avec les émotions, reflet physiologique et affectif des expériences de plaisir et déplaisir. Les techniques utilisées interviennent à ces trois niveaux : comportemental, cognitif et émotionnel.

Le comportement n'est alors pas conçu comme le signe ou le symptôme d'un état sous-jacent, mais comme le trouble à part entière. La thérapie n'a pas pour but de supprimer une séquence de comportements mais d'apprendre au sujet une nouvelle séquence, non pathologique; ce qui doit entraîner une assimilation de ce nouveau comportement dans l'ensemble de la personnalité de l'individu.

La cognition est l'acte de connaissance et de traitement de l'information. Elle consiste donc en l'acquisition, l'organisation et l'utilisation du savoir sur soi et le monde extérieur. La psychologie cognitive est l'étude de l'activité mentale dans ses relations avec la perception, les pensées et l'action. Les phénomènes mentaux conscients et inconscients qui permettent à l'individu de s'adapter aux stimuli internes et externes représentent son champ d'étude. Elle se

centre sur les processus mentaux les plus élaborés : la pensée, la prise de décision, la perception et la mémoire. Chaque syndrome psychiatrique pourrait correspondre à des structures et à un dysfonctionnement cognitif spécifique. Les thérapies cognitives, tout en conservant les acquis des méthodes comportementales, cherchent donc à modifier les croyances, les postulats irrationnels et les schémas cognitifs qui traitent consciemment et inconsciemment l'information et produisent ainsi les émotions négatives. Les schémas peuvent être définis comme des représentations organisées de l'expérience préalable qui facilitent le rappel des souvenirs. Mais, en même temps, ils entraînent des déformations systématiques de la perception, de l'attention, et assimilent les nouvelles constructions mentales en les rendant compatibles avec celles qui existent déjà. Ils représentent donc le poids du passé sur l'avenir de l'individu.

Les émotions enfin sont caractérisées par des sensations physiques de plaisir ou de déplaisir correspondant à des modifications physiologiques en réponse à des stimuli environnementaux. La perception des événements par l'organisme dépend de ses expériences antérieures et de l'état physique dans lequel il se trouve à ce moment précis. La transformation de l'émotion (phénomène physique) en affect (phénomène mental : plaisir, tristesse, anxiété, peur, dégoût, colère) dépend de l'interprétation de la situation et non de la situation par elle-même.

1.2.2.3. La thérapeutique

Les thérapies comportementales et cognitives cherchent à modifier les facteurs de déclenchement et de maintien des perturbations perçues par le patient telles que l'anxiété, les obsessions et la dépression. Le but de ces thérapies est de désapprendre un comportement acquis et de lui substituer progressivement un comportement plus adapté assurant au patient une meilleure qualité de vie en augmentant ses possibilités d'autogestion. « Le point de départ est donc une souffrance perçue presque toujours par le patient, parfois seulement par son entourage, et souvent par les deux à la fois. » (J. Cottraux, 2011). Comme l'historique a pu l'exposer, ces approches thérapeutiques sont issues de la psychologie expérimentale. Elles utilisent une méthode qui vise à fournir des données quantifiées.

Les entretiens comportementaux et cognitifs sont la plupart du temps des entretiens en face à face. Le patient est seul face au thérapeute. Mais il peut également se nuancer sous la

forme de thérapies de groupe, de couple, ou familiale. Lors du premier entretien, celui-ci interrogera le patient sur les motifs de sa venue, et recueillera des informations de l'anamnèse et de la sémiologie du patient. Ces informations reçues seront conceptualisées en fonction des théories comportementales et cognitives. Le premier entretien pratiqué par le thérapeute comportemental et cognitif est un entretien clinique classique dont le style sera plutôt détaillé et riche en exemples directement issus de l'expérience du patient. L'un des objectifs de cet entretien est une prise de contact avec le patient. Pour cela, l'attitude du thérapeute visera à instaurer un climat de confiance et d'ouverture afin de favoriser la communication avec le patient. Les questions du thérapeute devront être ouvertes pour faciliter également le discours du patient. Le thérapeute n'aura jamais recours à des interventions interprétatives. Enfin le thérapeute pourra avoir recours à l'explication, associée à de nombreux exemples, des théories qui sous-tendent les thérapies comportementales et cognitives. « Ce rôle d'information est une des caractéristiques de la thérapie comportementale et cognitive. » (C. Mirabel-Sarron, 2004).

À la fin de ce (ou de ces) premier(s) entretien(s), le thérapeute élaborera, en sollicitant tant que possible le patient, un programme thérapeutique structuré et ordonné auquel pourront se référer plus tard tant le patient que le thérapeute si le besoin se fait sentir. Avant tout engagement thérapeutique, les appréciations du patient sont recueillies et un délai de réflexion lui est généralement demandé. Ce programme s'étend généralement de dix à vingt-cinq séances, avec éventuellement des rappels plusieurs mois après la fin du traitement. Cependant, dans le cas de la prise en charge de patients schizophrènes, il s'agira plutôt d'une « réhabilitation » avec maintien d'un « environnement prothèse » durant plusieurs années.

Si un programme est établi c'est pour que le patient commence à prendre part au processus de guérison mis en place. Afin de l'informer, et ainsi renforcer son sentiment de confiance, les thérapies comportementales et cognitives comprennent théoriquement quatre phases.

L'analyse fonctionnelle tout d'abord. C'est un prolongement du premier entretien. Durant cette phase le thérapeute va se concentrer sur les comportements du patient, afin d'identifier leurs conditions de déclenchement et de maintien. Leur origine historique d'acquisition sera aussi écoutée par le thérapeute. Il portera une attention particulière aux pensées, raisonnements et images mentales qui accompagnent les comportements problématiques. Le thérapeute, tout en écoutant attentivement le patient, va se référer au modèle théorique comportemental et cognitif implicite qui lui permettra de forger des hypothèses sur la

constitution du symptôme et de repérer les facteurs de maintien du trouble. Il est préférable également de s'abstenir de faire des inférences sur l'étiologie.

La seconde phase consistera à établir, en collaboration avec le patient, un « contrat thérapeutique ». Ce contrat portera sur le ou les but(s) précis à atteindre : un, deux, voire trois comportements problèmes à rectifier. Le thérapeute va se limiter à décrire les comportements gênants qu'il aura identifiés et à déterminer les stimuli qui les renforcent. Il mettra l'accent sur les causes actuelles responsables du maintien des problèmes. Ce contrat précisera les moyens employés, comme le questionnement de type socratique, la relaxation, l'implosion, ou la désensibilisation systématique.

La troisième phase consiste en la mise en application du contrat précédemment rédigé : utilisation des principes et des techniques définis au préalable avec le patient. Le thérapeute doit ici chercher à développer chez le patient la capacité d'autorégulation de ses comportements; par l'utilisation notamment des procédures basées sur la résolution d'expérimentations, sur l'éducation ainsi que sur une psychologie informative; ce qui a pour but de lui permettre de généraliser à l'extérieur de la situation thérapeutique les changements qui y ont été appris. Cela éviterait les rechutes et expliquerait l'absence de « substitutions de symptômes », dans la mesure où un autre comportement plus satisfaisant se développe après l'élimination du comportement problème.

Enfin une évaluation des résultats du traitement est ponctuellement réalisée. Ces évaluations au début, pendant et à la fin du traitement permettent au patient et au thérapeute de se rendre compte si les buts visés sont atteints ou en voie de l'être. Ces évaluations se font à l'aide de questionnaires que le patient remplira lui-même.

Tout comme le programme de la thérapie est structuré, les séances en elles-mêmes le sont, et suivent un « agenda » prédéfini selon le modèle de A.T. Beck et al (1979).

Une séance dure d'une demi-heure à cinquante-cinq minutes : selon les pratiques personnelles des thérapeutes ou selon les troubles observés : lors de difficulté à maintenir l'attention ou la concentration, des séances d'une demi-heure sont préconisées.

Les premières minutes sont réservées à une évaluation des tâches à effectuer entre les séances. Leur observance par le patient est primordiale.

Puis un agenda du reste de la séance est établi, où le thérapeute rappelle les sujets que voulait aborder le patient à la fin de la précédente séance. Un thème de la séance devra être dégagé.

Le thérapeute questionnera alors le patient sur ses croyances, ses pensées automatiques et ses schémas cognitifs, en utilisant des techniques cognitives telles que le questionnement inductif et le questionnement socratique; le questionnement inductif visant à ce que le patient précise un problème global, abstrait, en terme plus spécifiques et concrets; cela en tentant de revenir à la source de la pensée, ou croyance générale; par exemple, si un patient dit : « Je ne suis bon à rien », l'amener à situer dans un contexte précis cette affirmation afin de la rendre plus concrète, moins confuse. Ce qui pourrait alors donner une pensée du type : « Je ne serai jamais capable de défendre mes idées en groupe » et ainsi pouvoir la travailler avec le second type de questionnement dit socratique, qui, lui, tend à forcer le patient à argumenter vis-à-vis de ses certitudes souvent généralisées. Ce qui va l'amener à s'auto-évaluer une nouvelle fois, mais cette fois-ci débarrassé de pensées automatiques. Ce questionnement socratique permet notamment de mettre l'accent sur les notions de fréquences utilisées par le patient (toujours, jamais,...) qui conditionnent ses prédictions automatiques. Le patient pourrait alors en partant de l'idée « je ne suis bon à rien » arriver à penser « il m'est arrivé d'avoir des difficultés à partager mes idées, mais mon expérience montre que je suis cependant capable de le faire. ».

Dans les thérapies comportementales et cognitives, le thérapeute doit souvent avoir recours aux reformulations; ceci afin que le patient prenne la pleine conscience de ce qui vient d'être dit, de l'évolution de ses propres pensées, et de la méthode utilisée pour y parvenir. Ces « feedback » sont le plus souvent pratiqués par le thérapeute, mais à mesure que la thérapie avance, le thérapeute proposera au patient de les faire lui-même, et de plus en plus régulièrement, afin de rendre le patient de plus en plus actif dans son propre processus de guérison. De même, à la fin de ces reformulations, l'impression du patient sera sollicitée, afin d'être certain qu'il n'y ait pas de zone d'ombre, de mésentente, ou de confusion entre le patient et le thérapeute.

Les thérapies comportementales et cognitives ont également recours aux trois grands principes théoriques que sont le contre-conditionnement, le renforcement et l'extinction. Le contre-conditionnement correspond notamment aux exercices de désensibilisation systématique: le sujet est petit à petit confronté à la situation problématique afin qu'il l'apprivoise et l'associe à des affects plus positifs. Le deuxième principe est le conditionnement opérant ou l'utilisation des renforcements. Les renforcements positifs sont largement utilisés tout au long des entretiens, où tout progrès effectué par le patient, aussi bien dans l'observation de soi-même, dans sa gestion des situations ou dans l'utilisation de stratégies apprises dans un but de contre-conditionnement, est renforcé positivement. Enfin, le

principe d'extinction consiste en l'affaiblissement progressif de la fréquence d'une réponse lorsque celle-ci est provoquée de façon répétée et suivie par un renforçateur. Ce principe est utilisé vis-à-vis d'un comportement qui doit disparaître. Les techniques aversives sont utilisées aujourd'hui presque uniquement dans les cures de dégoût chez les alcooliques et consistent à faire prendre un médicament à effet anti-abus qui provoquera, à la moindre prise de boissons alcoolisées, des symptômes tels que nausées, vomissements et tachycardie avec malaise général.

En fin de séance, des tâches cognitives et comportementales seront définies entre le patient et le thérapeute. Si le thérapeute est plus susceptible de proposer en début de thérapie, un choix de tâches à réaliser en fonction de la problématique du patient, mis à jour au cours de la séance, au fur et à mesure de l'avancement du patient ce sera à lui d'imaginer des mises en situation ou des tâches cognitives, en discussion avec le thérapeute, afin de le rendre toujours plus actif dans le processus de guérison et de le rendre indépendant; pour qu'il puisse plus tard transposer les méthodes et les compétences acquises durant la thérapie à la vie de tous les jours.

Enfin, un agenda de la prochaine séance sera établi afin de prévoir les points à aborder en priorité.

Le thérapeute comportemental et cognitif se veut être dans une relation d'aide, d'étayage du patient. Il n'est pas primordialement détenteur d'un savoir que n'aurait pas le patient, mais il vient lui permettre de se rendre compte de ses schémas cognitifs dysfonctionnels, et lui propose alors d'en apprendre de nouveaux, plus fonctionnels. Cela se fera à travers des attitudes chaleureuses, sincères et empathiques de la part du thérapeute. Il pourra se montrer plus ou moins directif envers le patient en fonction du moment de la thérapie. La relation thérapeutique suppose une collaboration active tant de la part du patient que de la part du thérapeute. Cette alliance thérapeutique se forge progressivement au cours des premiers entretiens.

Le terme « d'alliance thérapeutique » est ouvertement emprunté au courant psychanalytique, tout comme l'intérêt pour les significations cachées des pensées du patient, ou encore pour l'origine historique des schémas cognitifs... même si ce qu'ils en font l'un et l'autre ne connaît pas le même destin. En revanche, si le thérapeute cognitif et comportemental ne méconnaît pas le mécanisme de transfert, il n'en fait rien pour autant. Il

n'est pas vu comme un moyen de prise de conscience, ou comme moteur de la thérapie; s'il apparaît, il est alors diplomatiquement découragé. « Le processus de changement en thérapies comportementales et cognitives est dû aux capacités du sujet et non uniquement à la relation... » (J. Cottraux, 2011). Les thérapies comportementales et cognitives reposent d'une façon non négligeable sur des techniques d'entretien, comme nous l'avons déjà vu à propos des types de questionnements et de reformulations, qui si elles ne doivent pas être mécaniques, elles servent notamment à maintenir l'alliance thérapeutique, afin de s'assurer d'une compréhension mutuelle par exemple.

Le mode relationnel propre aux thérapies comportementales et cognitives peut être difficile à mettre en place pour diverses raisons; notamment si le patient attend tout du thérapeute, s'il n'accepte pas d'être actif dans le processus de guérison; ou si le patient ayant par exemple fait plusieurs fois l'expérience d'une situation clinique infructueuse, n'attend simplement plus rien de cette nouvelle thérapie; ou encore dans le cas d'un patient étant venu chercher une oreille attentive pour ses problèmes et ne s'attendant pas à ce que le thérapeute soit aussi "participatif". Il n'a alors pas la sensation d'être écouté. Face à ces cas probables et même fort courants, le thérapeute devra d'abord tenter d'interroger ses idées, ses schémas cognitifs afin de voir s'ils peuvent être modifiés. S'ils ne peuvent l'être le thérapeute doit savoir mettre fin à la thérapie, et passer la main à un collègue voir à un autre courant thérapeutique.

1.2.3. La technique ouvre-t-elle la parole ?

1.2.3.1. L'écoute questionnante

Comme nous venons de le voir, tant dans les thérapies comportementales et cognitives que dans le courant humaniste, les techniques de questionnement et de reformulation sont très utilisées et codifiées dans le but de favoriser la parole du patient et l'écoute du thérapeute. Sans vouloir faire de jeu de mot, la question fait effectivement débat, notamment de la part des partisans des thérapies analytiques.

B. Jacobi associe les techniques de questionnement à ce qui était historiquement la Question. « Vieille pratique de la torture, confirmée par l'horreur et l'absurde qu'il y a une contrainte insupportable et inefficace dans l'usage même des questions » (in O. Douville, 2006) l'auteur de l'article précise que toute question clôt nécessairement le phénomène d'écoute puisqu'elle « vise à amener son destinataire sur un terrain à la convenance de son auteur. » S'en référant à la linguistique, il rappelle que toute question peut être une affirmation à laquelle on tente de soumettre celui à qui elle est adressée. L'auteur dit sa préférence pour « l'attention aux prémisses de la parole » où le clinicien doit pouvoir se rendre suffisamment disponible pour percevoir quand le patient a quelque chose à dire et le cas échéant l'inviter à dire, plutôt qu'à répondre. Il s'agit en psychanalyse, d'après B. Jacobi, d'une réelle abstinence à la formulation de question.

Pour les partisans d'une écoute questionnante, la formulation des questions permet justement à un dialogue de s'instaurer. Les questions doivent naître de l'écoute du patient. Et c'est parce qu'il n'est pas évident de poser une question juste, une question née de l'écoute, une question qui va libérer la parole du patient, que l'art du questionnement nécessite un apprentissage rigoureux. Les partisans de l'écoute questionnante sont conscients que poser maladroitement une question peut introduire un trouble, blesser, choquer ou faire effraction. Mais ils soutiennent qu'elle peut également enrichir la situation clinique. Elle est l'expression d'une volonté d'entrer en communication. Si une question est posée, c'est pour inviter l'autre à répondre, pour ouvrir un espace de parole. L'écoute questionnante permet également de montrer à l'écouté que l'écouter est attentif à ce qu'il lui dit, et que ce qu'il lui dit fait naître un intérêt, une volonté de comprendre du thérapeute envers son patient. C'est l'une des fonctions du questionnement de type socratique que nous avons vu plus tôt avec les thérapies comportementales et cognitives.

L. Bellenger et J.M. Couchaere donnent l'exemple des questions dites « écho » qui nécessitent du praticien qu'il soit entièrement centré sur l'autre et ce qu'il dit. Il doit également faire preuve d'une bonne écoute intuitive afin de sentir quand il y a quelque chose de non dit, mais qui attend un petit rien qui l'aiderait à être formulé. Nous ne sommes ici pas si loin de la pratique psychanalytique qui à « l'attention de prémisses de la parole », « invite » le dire. « Avec les questions en écho, l'écoute questionnante se fait accompagnante » (L. Bellenger et J.M. Couchaere, 2007).

Par ailleurs, les auteurs rappellent que poser une question est le signe d'une humilité, si celui qui pose la question accepte de ne pas connaître la réponse par avance. Celui qui pose la question prend alors la place de celui qui ne sait pas, et reconnaît en celui à qui elle est adressée la possibilité de la connaissance. De plus, l'humilité doit également se traduire par l'acceptation qu'une réponse ne sera pas nécessairement donnée, ou que la réponse pourra prendre toutes les formes possibles, même celles que le thérapeute ne pouvait imaginer.

Dans l'écoute questionnante, les questions peuvent prendre plusieurs formes; elles peuvent tout aussi bien être ouvertes que fermées ou encore à choix multiples; l'essentiel étant de permettre à l'autre, s'il le souhaite, de mieux entrer en communication. T. Tournebise nous met en garde : « Trop souvent on recommande d'utiliser des questions ouvertes. C'est maladroit dans bien des cas. Commencer par une question fermée peut permettre d'initier la communication, d'entrer en contact. Une fois le contact établi on pourra poursuivre par des questions ouvertes, car le patient aura perçu qu'on a accueilli sa réponse avec gratitude. » (T. Tournebise, 2001)

Enfin dans la situation clinique, les questions portant sur la description des faits ne sont pas ou peu importantes. Même si le questionnement inductif trouve tout à fait sa place dans les thérapies comportementales et cognitives. Les questions portant sur le ressenti par contre sont essentielles, elles devront être posées avec une extrême habileté.

1.2.3.2. La reformulation comme signe de l'écoute

Faire preuve d'écoute active, c'est donc non seulement questionner pour impulser l'interaction, mais c'est aussi assurer une certaine régulation du flux de la parole. La capacité à reformuler correctement est un signe fort d'écoute : elle prouve que ce qui a été dit a été retenu et demande à être validé. Reformuler répond à plusieurs objectifs : apporter de la clarté dans l'échange ; vérifier qu'on s'est bien compris ; assurer une progression à l'entretien ; faciliter la mémorisation des choses entendues (nous l'avons vu c'est essentiel en thérapies comportementales et cognitives) ; et enfin confirmer l'attention portée au patient.

La littérature spécialisée distingue principalement quatre grandes catégories de reformulation. Chacun de ces types de reformulation devra être utilisé à bon escient afin d'entretenir au mieux la parole du patient. Il s'agit donc de la reformulation sur le contenu ; où il s'agit soit de résumer ce qui a été dit soit de le clarifier. La reformulation sur le processus de l'échange permet de recentrer la parole du patient sur les objectifs de l'entretien. La reformulation-interprétation est quant à elle très rarement utilisée car très risquée. Elle consiste à essayer de deviner dans le discours de l'autre ce qui est de l'ordre du non-dit. Elle peut soulager un patient qui n'arrive pas à dire, à formuler un ressenti ou une expérience pénible. Enfin la reformulation sur le ressenti renvoie plutôt à ce qui est non verbal (postures, gestes, mimiques) autour du discours de l'autre. Ce type de reformulation est également à manier avec précaution car même si elle n'est pas une affirmation, il s'agit là d'entrer dans une certaine forme d'intimité de l'autre. Elle montre à l'autre que l'écouter peut être capable de lire en lui au-delà de ce qu'il dit. Ce qui peut être perçu comme très intrusif.

1.3. La psychanalyse freudienne.

Parce qu'elle est le commencement du courant psychanalytique et par souci de simplicité, je limiterai mon propos ici à la psychanalyse freudienne. Nous ne pouvons dissocier la psychanalyse de S. Freud ; elle est son œuvre, et leur histoire sont étroitement liées. En tout état de cause, l'œuvre de S. Freud a eu un impact non négligeable sur la vision qu'a le monde sur l'homme, sa psyché, et ses troubles. Ma démarche ici ne sera que brièvement historique, mais il apparaît qu'il s'agit là d'un passage nécessaire puisque « la meilleure façon de comprendre la psychanalyse est de suivre sa naissance et son développement » (S. Freud, 1928). Je vais alors principalement tenter, à travers quelques concepts fondamentaux, de saisir l'essence de la théorie, ainsi que de la méthode psychanalytique selon les conceptions de S. Freud.

1.3.1. Au commencement une prise de conscience

Bien que S. Freud soit médecin et enseigne un temps la neuropathologie, il en arrive à une critique du mode de prise en charge des maladies psychiques, notamment de la prédominance du point de vue physicochimique des neurologues. Il constate que ces derniers laissent à l'époque les facteurs psychiques aux philosophes, aux mystiques et autres charlatans. Il dénonce alors un manque de compréhension des malades, et juge que les tentatives des sciences neuronales n'aboutissent qu'à des localisations et n'apportent rien à la compréhension de la vie psychique. Il dénonce également des traitements inadaptés usant de techniques inefficaces ou discutables. Il fait référence à des traitements par électrocution ou par influence psychique qui useraient de railleries, d'intimidation et de répression.

S. Freud parle alors d'un tournant décisif « dans les années 80 » avec l'hypnose. L'hypnose a en effet eu une grande importance dans la genèse de la psychanalyse tant dans la pratique que vis-à-vis de la théorie. Il reproche à Charcot de ne pas avoir tenté de compréhension psychologique des névroses hystériques. Il s'est alors rapproché de Breuer et de son cas « Anna O » qui venait étayer ses propres thèses sur les pouvoirs de l'inconscient, ainsi que de lui permettre d'en établir de nouvelles pour le traitement, par la remémoration des traumatismes (S. Freud, 1895).

S. Freud théorise ainsi la « méthode cathartique » qui se résume en ceci : les symptômes naissent d'un événement fortement investi qui a été écarté de la conscience, soit parce que trop douloureux, soit parce qu'il est inadmissible. (Dans l'hystérie ce phénomène est visible grâce au phénomène de « conversion » qui est en fait un « retour du refoulé » mais touchant cette fois le corps). L'idée de la cure est alors de restituer au vécu psychologique l'événement traumatique oublié en passant par l'hypnose : c'est « l'abréaction ». La méthode cathartique restera la même pour S. Freud ; malgré toutes les autres modifications théoriques, elle est le noyau de la psychanalyse.

S'en est suivi une rupture entre S. Freud et Breuer, une rupture également entre S. Freud et l'hypnose pour au moins trois raisons :

- 1) Tous les patients ne réagissaient pas aussi bien face à l'hypnose ; certains même en étaient totalement incapables, sans que S. Freud puisse en savoir la raison.
- 2) Les troubles étaient susceptibles de réapparaître au bout d'un certain temps, notamment si le patient entrait dans une phase hostile envers le soignant.
- 3) Le recours à l'hypnose ne permettait pas de connaître la cause réelle des troubles.

Dans l'introduction à la psychanalyse (1916-1917) S. Freud compare en effet l'hypnose à de la cosmétique ne cherchant qu'à cacher, camoufler les troubles psychiques par le recours à la suggestion. On pourrait également ajouter le fait que S. Freud voulait se démarquer d'une pratique recourant à la suggestion en tant que telle. La psychanalyse, qu'il développera par la suite, cherche au contraire à mettre à nu les troubles afin de s'en débarrasser. L'hypnose renforcerait le refoulement tandis que la psychanalyse, elle, travaille sur les résistances et leurs causes. Il abandonne donc l'hypnose, mais considérera plus tard cette « errance » comme une étape nécessaire puisqu'elle lui aura permis d'en tirer deux enseignements fondamentaux qui seront à la base de sa psychanalyse :

- 1) Les troubles physiques ont une cause psychologique.
- 2) L'influence du psychisme sur le somatique a pour nom « l'inconscient ».

S. Freud fait alors le postulat que la libre association également permet d'amener à la mémoire consciente ce qui avait été oublié. La libre association étant le renoncement à toute réflexion consciente et le fait de s'abandonner à une concentration paisible, à la poursuite des idées spontanées, afin de les dire sans retenue, sans crainte de l'absurde, que cette pensée soit désagréable ou supposée sans importance. S. Freud sait cependant pertinemment que cette libre association ne sera pas totalement libre puisque s'opéreront des répressions par le

"surmoi" et le "moi", mais l'idée est qu'il y aura de toute façon suffisamment d'indices donnés pour que l'analyste puisse deviner « l'oublié » à l'aide de l'interprétation. C'est donc cette libre association et l'art de l'interprétation qui remplace le travail de l'hypnose. Ce travail, nous dit S. Freud, apparaît certes plus laborieux que celui de l'hypnose, mais il permettrait d'éviter les obstacles précédemment cités ; même si un nouvel obstacle apparaissait : la résistance des patients vis-à-vis des interprétations formulées par l'analyste.

1.3.2. Le rêve comme méthode

S. Freud nous dit dans "L'interprétation du rêve" (1900) que l'observation de cas normaux ne permet pas d'avancer dans la recherche psychanalytique. En effet, chez l'homme sain, les différentes instances jouent harmonieusement leurs rôles, et le "ça" n'atteint pas la conscience. Or dans les cas d'anormalité, dans les troubles psychiques, le "ça" perce jusqu'à la conscience malgré les défenses mises en place par le "moi", ce qui permet alors les observations et avancées théoriques.

S. Freud note une exception à cet état de fait. Le rêve, dit-il, « est construit de la même façon qu'un symptôme névrotique. C'est pourquoi le rêve est l'objet d'étude le plus favorable. » (1900). La construction d'une psychologie générale est donc rendue possible par l'étude des rêves. Or le rêve en l'état est incompréhensible, insensé. Il est donc nécessaire de « l'interpréter » : c'est à dire qu'à travers le contenu « manifeste », il faudra décrypter, donner du sens, trouver le contenu « latent ». C'est là la tâche de l'analyste : faire l'inverse du « travail du rêve » ; le travail du rêve étant de travestir à la conscience le contenu qui ne serait pas avouable à la société ni à soi-même. Dans le rêve sont travesties les pulsions (issues du "ça") ordinairement réprimées à l'état de veille. (Par le "moi" ou le "surmoi") Dans le rêve, le "moi" est en suspend et autorise le retour à un état antérieur.

S. Freud trouve la preuve de la participation du "ça" dans le rêve car il fait revivre des souvenirs oubliés. Le rêve utilise des symboles inconnus de la conscience du rêveur mais connu de l'inconscient. (Ainsi que de S. Freud, par son expérience.) Le rêve reproduit des désirs passés, notamment de l'enfance précoce. Désirs oubliés, et en tout état de cause passés dans l'inconscient du fait du refoulement. C'est pourquoi S. Freud donne tant d'importance à cette période de la vie. Enfin le rêve met au jour des thèmes, emploie des symboles inconnus du rêveur, si ce n'est par un « héritage archaïque » issu de ses ancêtres, (phylogénétique) et

correspondant aux anciennes légendes. Il est à noter que S. Freud utilise ces thèmes archaïques des rêves pour réinterpréter une préhistoire humaine : meurtre primitif du Père et le banquet cannibale... (S. Freud, 1913).

Pour S. Freud, l'étude du rêve est également ou essentiellement enrichissante pour notre compréhension du psychisme, parce qu'elle vient nous renseigner sur son fonctionnement, par la percée du "ça" dans le "moi". Le rêve est une élaboration inconsciente de processus de pensées préconscientes. C'est ainsi que S. Freud apprend par l'intermédiaire du rêve que l'inconscient utilise un phénomène de « condensation » : l'inconscient forme de nouvelles unités à partir d'éléments a priori distincts. Dans le rêve, un élément peut ainsi renvoyer à plusieurs significations latentes, sans que celles-ci ne s'excluent les unes des autres, parce qu'elles ne renverraient alors pas au même niveau de signification.

Par le rêve toujours, S. Freud accède au concept de « déplacement » qui s'exprime par le glissement d'intérêt ou d'intensité d'un contenu ou d'une représentation sur un(e) autre ; ou dans le cas d'une conversion : d'un affect supprimé/oublié/refoulé vers une partie du corps. Il y a déplacement pour S. Freud parce que l'énergie est en quantité limitée dans le "moi".

Par le rêve encore, S. Freud fait plein d'autres découvertes sur l'inconscient, dont le fait que l'inconscient n'obéit pas à la logique. Il est de ce fait appelé, par lui, « royaume de l'illogisme ». Dans l'inconscient il y a des tendances aux buts opposés, et chaque élément peut signifier un sens et/ou son contraire. Comment alors réussir à décrypter les rêves? Par la libre association du patient, puis par l'interprétation de l'analyste. S. Freud admet alors que le résultat de l'interprétation peut ne pas être certain. Mais nous verrons cela en détail un peu plus tard.

Pour S. Freud le rêve a un but. Il cherche une diminution de la tension accumulée à l'état de veille, dans la lutte du "moi" contre le "ça", le "surmoi", et la réalité. Par un « accomplissement du désir », même si ce désir est transformé. S. Freud en donne de nombreux exemples dans toute son œuvre ; par souci de concision, je n'en donnerai qu'un exemple résumé à l'extrême : si un homme pendant son sommeil ressent peu à peu la faim, il peut se mettre à rêver de manger, ce qui va le maintenir un certain temps dans le sommeil. Le "moi" ne joue là que sa fonction de maintien dans le sommeil. Par contre, si dans le rêve, ce repas devient pantagruélique, ce serait alors également le signe d'un désir sexuel débordant, mais ainsi travesti par le "moi", il devient plus acceptable.

Les rêves à contenu angoissant sont ceux qui ont subi le moins de transformation du "moi". Le "ça" ayant été plus fort, ayant délivré plus d'énergie. Par conséquent, si l'on se réveille parfois d'un rêve désagréable c'est parce que le "moi" n'a pas été en mesure de lutter contre le

"ça" et ses revendications. « Le "moi" abandonne donc le désir de dormir. » Le rêve est une tentative pour éliminer les perturbations du sommeil par l'accomplissement du souhait. « Le rêve est donc le protecteur du sommeil. »

Selon S. Freud, il est nécessaire de comprendre que les mécanismes inconscients qui apparaissent dans le rêve, par le travail du rêve, sont les mêmes que dans l'apparition des symptômes des névroses et des psychoses.

1.3.3. L'appareil psychique : des topiques

Pour représenter l'appareil psychique, S. Freud a dans l'ensemble de sa théorie, à différents moments de sa vie et de la progression de sa pensée, conceptualisé ce qu'il a appelé des topiques. Il a ainsi élaboré deux topiques distinctes qui pourtant ne s'opposent pas l'une à l'autre. La seconde ne vient pas contredire la première, bien au contraire puisqu'elles se superposent. Il distingue alors une décomposition "topique" donc géographique entre le "moi", "surmoi", et le "ça"; d'une différenciation qualitative entre le conscient, le préconscient et l'inconscient. C'est ainsi que se conjuguent ses deux visions de l'appareil psychique dans *l'Abrégé de psychanalyse* de 1940. Je vais donc tenter de décrire chacune de ces instances, ainsi que les relations qu'elles entretiennent entre elles.

D'un point de vue conceptuel, la « conscience » de S. Freud est la même que celle du sens commun. Il n'en dit pas grand-chose dans l'ensemble de son œuvre, puisqu'il partage l'idée que s'en font les philosophes. Cependant, là où il y a polémique c'est en ce qui concerne « le reste » du psychisme humain. Il martèle alors que le psychisme ne se réduit pas à la conscience ; bien au contraire, « le reste », la part la plus importante, est l'inconscient ; la part la plus importante selon lui car ce qui est conscient ne l'est que temporairement, fugacement, et passe dans l'inconscient. Il y a bien sûr, selon S. Freud, une part de l'inconscient qui est capable de retourner à la conscience, par la volonté ou non. Cette partie de l'inconscient est appelée le « préconscient ». L'autre part de l'inconscient qui reste inaccessible à la conscience si ce n'est au prix de pénibles efforts, par la déduction et l'interprétation, est véritablement nommé « l'inconscient ». Il y a donc trois qualités aux processus psychiques, trois localisations, ou encore trois classes de contenu : conscient, préconscient, et inconscient.

Concernant la seconde topique, l'appareil psychique est avant tout constitué par le "ça" et est tout ce qui est hérité dès la naissance. Il est les pulsions. Il est la première instance de notre appareil psychique. « Il est le noyau de notre être ». Le "ça" est la partie la plus ancienne de l'appareil psychique et, pour la psychanalyse, la plus importante. Le "ça" est le point de départ de la recherche en psychanalyse. Le "ça" obéit au principe de plaisir, il ignore l'angoisse, la raison, la logique et les sentiments. Il est coupé du monde extérieur, et a son propre mode de perception. Enfin, le "ça" n'a pas de lien direct avec le monde. Il ne nous est accessible qu'à travers une autre instance : le "moi".

La deuxième instance psychique est donc le "moi", instance née de la rencontre entre le "ça" et le monde. Il fait office de médiateur entre le "ça" et le monde. Le "moi" va pour cela intercaler entre la revendication pulsionnelle et l'action de son accomplissement, l'activité de pensée, qui en fonction des expériences passées va permettre de mieux agir dans le présent ; de mieux atteindre le but recherché. Le "moi" en arrive donc à décider si la satisfaction doit être immédiate, différée, ou bien réprimée, en concordance du principe de réalité. On peut ainsi résumer son action en deux tâches principales. Premièrement, il doit assurer son auto-affirmation vis-à-vis de l'extérieur. C'est une instance active ; elle apprend, fait face, ou évite les stimuli selon la manière dont ils sont perçus ; le "moi" permet une action appropriée vis-à-vis du monde. Deuxièmement, il agit aussi vis-à-vis de l'intérieur : vis-à-vis du "ça". Le "moi" travaille à la domination des revendications pulsionnelles. Il les autorise, les diffère, ou les réprime selon ce qui convient le mieux par rapport au monde extérieur.

Mais réprimer ou différer une pulsion provoque une tension, un déplaisir. Or le "moi" a pour but la recherche des plaisirs et l'évitement des déplaisirs. Ainsi quand trop de déplaisir est anticipé, de l'angoisse naît face à ce qui est perçu comme un danger. L'angoisse est une alarme pour le "moi". Tout comme le "ça" est dominé par le principe de plaisir, le "moi" est dominé par le principe de réalité. Le "moi" est donc autant en lutte contre le "ça" que contre le monde extérieur, la réalité.

Le "moi" est à l'origine faible et il le reste tant qu'il est inachevé. Or le nourrisson est en partie préservé du monde extérieur par la sollicitude de ses parents. L'image parentale de protection du "moi" va s'inscrire alors chez l'enfant qui va ainsi, peu à peu, développer son "surmoi". S. Freud explique ce phénomène par l'angoisse qui naît de la perte de l'objet d'amour. Pour pallier cette perte, l'objet d'amour va être intériorisé dans le "moi" de l'enfant et ainsi constituer ce qui plus tard deviendra son "surmoi". D'une façon plus générale on peut dire qu'une portion du monde extérieur est accueillie dans le "moi", et devient une composante du monde intérieur, comme représentante du monde extérieur. Le "surmoi"

poursuit alors les fonctions anciennement exercées par une partie de ce monde extérieur (les parents, la société). Il observe le "moi", lui donne des ordres. Il est notre sens moral. Le "surmoi" peut cependant s'avérer plus sévère que les parents en leur temps, car il porte en lui les enseignements et les exigences parentales idéalisées, mais aussi, selon S. Freud, celles de la société et « des prédispositions et traditions de la race... ». S. Freud fait là référence à un héritage phylogénétique du "surmoi" en référence aux mythes anciens et à cette préhistoire humaine qu'il a « construite » comme nous l'avons vu plus tôt à partir des rêves. Le "surmoi" demande des comptes non seulement sur les actes, mais aussi sur les pensées, les intentions, même non mises à exécution, et qui pourtant sont connues de lui.

Le "moi" et le "surmoi" peuvent travailler dans le même sens, en adéquation. Il est alors difficile de cerner de qui part la décision. Mais souvent, il y a divergence ; alors l'enfant s'en trouvera tourmenté, comme pris dans un dilemme. Et s'il choisit de ne pas obéir au "surmoi" il s'en trouvera mésestimé. Il en ressentira un sentiment de culpabilité.

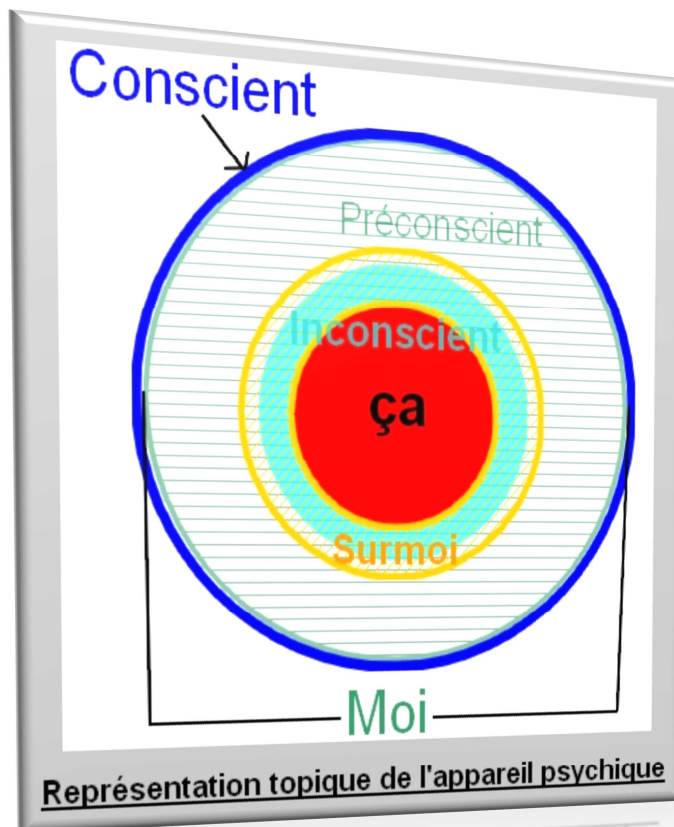
À l'inverse, si le "moi" agit en adéquation avec le "surmoi" il s'en trouve félicité par ce dernier et renforcé dans son estime personnelle. C'est ainsi que le "surmoi" agit comme le ferait le monde extérieur (les parents, la société) bien que le "surmoi" soit à l'intérieur.

S. Freud considère alors une action du "moi" comme correcte à partir du moment où elle répond et concilie en même temps les pulsions du "ça", les sanctions du "surmoi" et les exigences de la réalité. Or le "moi" n'est pas toujours capable de répondre comme il se doit à tout cela. Il va alors développer des défenses telles que le refoulement ou le déni. Ces défenses pourront être suffisantes au début, mais inadaptées, lacunaires dans la durée, parce que trop coûteuses en énergie. Or, lors de la puberté, c'est-à-dire pour S. Freud, de la réapparition de la vie sexuelle, le "moi" qui ne s'y était pas préparé est inapte à revivre les excitations de la période sexuelle précoce. Ces défenses passées ne suffisent plus et il va, selon S. Freud, développer des névroses.

S. Freud dit alors que les névroses pourraient être évitées si les parents laissaient libre cours à la sexualité infantile. Mais est-ce souhaitable? Quelles en seraient les conséquences? S. Freud ne nous dit pas que les parents doivent laisser libre cours à la sexualité infantile, car il suppose qu'alors réprimée, l'énergie pulsionnelle se détourne de son but premier et se rattache à un autre but plus valorisé. C'est ce qu'il appelle la « sublimation ». Pour S. Freud c'est peut-être ce qui a permis dans la préhistoire de l'humanité l'émergence de la culture. Il affirme alors « Une grande partie de notre fond culturel tenu en si haute estime a été acquise au détriment de la sexualité du fait de la restriction (répression) de forces pulsionnelles sexuelles. » (S. Freud, 1940)

S. Freud explique également les psychoses par une inadéquation pour le "moi" entre la réalité et les revendications pulsionnelles du "ça", du fait d'une trop grande force du "ça" ou que la réalité a été vécue comme intolérablement douloureuse. Il en résulte toujours le même fait : le "moi" va se dissocier dans son rapport à la réalité. Il y a alors un « clivage psychique » c'est-à-dire deux attitudes psychiques au lieu d'une seule, l'une tenant compte de la réalité, l'autre s'en détachant sous l'influence pulsionnelle du "ça". Bien que le psychotique ne soit pas toujours en crise, le clivage est toujours présent, l'une des deux attitudes psychiques prenant le pas sur l'autre de temps en temps, l'autre étant enfouie dans l'inconscient n'attendant qu'un événement pour resurgir.

Notons que le fait que deux attitudes s'opposent dans le psychisme ne veut pas nécessairement dire psychose, il est aussi une caractéristique de la névrose. À cette différence près que les deux forces qui s'opposent dans la névrose sont le "ça" et le "moi".



Enfin, revenons un bref instant sur cette idée de conjonction des deux topiques. Dans "l'Abrégé de psychanalyse" (1940), S. Freud nous dit que le conscient est à la périphérie du "moi". L'inconscient est au centre, et le préconscient est sur les bords intérieurs. Ainsi une grande part du "moi" est donc inconsciente. Mais il est majoritairement préconscient. Le "surmoi" est en parti préconscient, et majoritairement inconscient. Le "ça", lui, est entièrement inconscient.

J'ai donc tenté de représenter schématiquement l'appareil psychique afin de mieux percevoir comment les différentes instances peuvent se chevaucher et interagir les unes avec les autres. Il m'est plus facile à présent de me représenter comment, selon S. Freud, le "ça", dans le "moi" peut chercher à percer les frontières de l'inconscient et du préconscient tout en passant outre le "surmoi" pour arriver à la conscience.

1.3.4. « La doctrine des pulsions » (S. Freud, 1938)

Dans le "ça" règnent les pulsions organiques. Ces pulsions sont composées en différentes proportions des deux forces originaires (Eros et Thanatos).

Une pulsion vise toujours à sa satisfaction à l'aide d'objet du monde extérieur. De fait, satisfaire ses pulsions, sans considération du monde extérieur, entraîne des conflits avec les exigences et entraves de ce monde extérieur.

Le "ça" tient sa puissance de la nécessité de satisfaire les pulsions, les besoins innés, organiques. Le "surmoi" fait valoir également des injonctions, et en cela il aide le "moi" vis-à-vis de la réalité car sa fonction principale est la répression des pulsions.

Mais que sont les pulsions? Ce sont les tensions du "ça". Elles sont les exigences corporelles de nature conservatrices. Leur but est le retour à l'état antérieur. (Par exemple la pulsion de se nourrir cherche l'état antérieur de la faim, c'est-à-dire la satiété.) Il existe une multitude de pulsions et elles sont différenciables les unes des autres en ce qu'elles renvoient à différents organes ou systèmes d'organes. S. Freud tente de les regrouper en deux pulsions fondamentales : L'Eros et le Thanatos, la pulsion de vie et la pulsion de mort. L'Eros recouvre deux dimensions de pulsion : l'autoconservation et la conservation de l'espèce qui ne font qu'une, puis l'amour du soi et l'amour de l'objet qui en constituent la deuxième. Nous l'avons déjà vu plus tôt, toutes les pulsions cherchent le retour à l'état antérieur. La pulsion de mort n'échappe pas à la règle, nous rappelle S. Freud : l'état antérieur à la vie est l'inertie, avant la construction il y a le chaos... Pour S. Freud la pulsion de vie également cherche à « reproduire la situation de fusion des deux cellules germinales sexuées. » (S. Freud, 1920).

Ainsi les différents phénomènes de la vie ne sont que des expressions des combinaisons de ces deux pulsions fondamentales. S. Freud donne l'exemple du phénomène de se nourrir qui est la combinaison d'une destruction (Thanatos) d'un aliment, en vue de son incorporation (Eros). De même pour l'acte sexuel qui est vu comme une agression (Thanatos) du plus intime de l'autre qui a pour but l'union (Eros). On peut ainsi considérer différents troubles observables comme l'impuissance qui serait le résultat d'une pulsion de mort trop réprimée, et à l'inverse une pulsion de mort trop puissante, dans la relation sexuelle, donnerait à l'extrême un meurtrier lubrique.

L'énergie de l'Eros est nommée « libido » par S. Freud, tandis que l'énergie de Thanatos n'a pas trouvé de nom dans toute son œuvre. Chez le sujet sain, la pulsion de mort s'exprime généralement dans le monde interne parce que dévalorisée dans le réel. Quand cette

pulsion est débordante, elle s'exprime alors, d'abord par une auto-agressivité, puis si cela ne suffit pas, par une hétéro-agressivité.

Tout au long de la vie, le "moi" est le réservoir de la libido. Celle-ci est à la fois mobile et sujette à la fixation. Elle peut ainsi passer d'un objet à l'autre ou bien se fixer sur une zone ou un objet. S. Freud parle alors de viscosité ou d'inertie de la libido.

1.3.5. La technique psychanalytique

« Le rêve est une psychose. Parce qu'il ne dure qu'un temps, il nous apprend qu'une modification de la psyché est réversible » (S. Freud, 1900). C'est ainsi que S. Freud pose les bases de la psychanalyse en tant que psychothérapie. Ce qui différencie le sujet normal du sujet pathologique, selon S. Freud, c'est leur façon de faire face aux événements de vie et aux souffrances qui leurs sont liées. Il s'agit nous l'avons vu d'une « dysharmonie » quantitative entre les différentes instances. « D'après notre présupposition, le "moi" a pour tâche de satisfaire aux revendications de ses trois relations de dépendances (réalité, "ça", "surmoi"), tout en maintenant son intégrité et en affirmant son autonomie. » (S. Freud, 1923). Les états morbides ne sont donc que le résultat de l'affaiblissement partiel ou total du "moi", lui rendant impossible sa fonction de médiateur. "Ça" et "surmoi" font souvent cause commune contre le "moi" qui, lui, tente toujours de garder le contact avec la réalité. Mais sous la pression du "ça", du "surmoi", ou des deux réunis, il peut y avoir un décrochage ou une perte totale de contact vis-à-vis de la réalité. C'est sur cela que repose l'ambition de la thérapie analytique : venir en aide au "moi" en « désaide ».

La thérapie analytique repose alors sur l'établissement d'un contrat où le "moi" du malade promet une totale sincérité vis-à-vis de ses perceptions. L'analyste en retour assure la plus stricte discrétion et met au service du malade son expérience dans l'interprétation de l'inconscient. « Notre savoir doit compenser son non savoir » (S. Freud, 1940). Cependant l'analyste n'est pas un simple confesseur qui ne demande qu'à entendre ce que le patient cache. L'analyste veut aussi entendre ce que le patient ne sait pas. Le patient doit pour cela dire ce qu'il cache, mais aussi « tout ce qui lui passe à l'esprit » même si cela lui est pénible, lui paraît sans importance ou insensé. Il doit mettre hors circuit toute autocritique. C'est la méthode de la libre association. Et ainsi se livreront des éléments en provenance de l'inconscient que l'analyste saura déceler, en se mettant dans une position d'écoute

particulière, d'attention également flottante. Cette attention est l'exacte symétrie de la libre association. Elle se résume en ceci que l'analyste ne doit privilégier aucun élément du discours du patient. Il doit pour cela suspendre sa conscience et écouter avec son inconscient, c'est-à-dire qu'il doit se débarrasser de ses préjugés, de ses propres censures, et des théories auxquelles il croit, ce qui permet à l'analyste de décrypter l'inconscient de l'analysé à travers son discours. C'est grâce à cette attitude selon S. Freud que l'analyste va pouvoir formuler des constructions valides, car il aura alors gardé en mémoire l'ensemble des éléments et aura une vision inconsciente mais globale. Cette attitude doit permettre de communiquer directement « d'inconscient à inconscient ». C'est en tout cas ainsi que S. Freud l'a décrit dans *Conseils aux médecins pour le traitement analytique* (1912). Il admet toutefois que c'est là une description idéale. De même que la libre association du patient n'est jamais totalement libre du fait des résistances, l'attention de l'analyste n'est jamais totalement également flottante. C'est pourquoi S. Freud recommande l'analyse didactique, afin que l'analyste se débarrasse de ses préjugés conscients et de ses défenses inconscientes.

Le patient doit également voir en son analyste une « réincarnation » d'une personne importante issue de son passé. Le patient doit ainsi « transférer » sur l'analyste les sentiments et affects liés à ce modèle issu du passé. S. Freud reconnaît que ce transfert représente un danger, mais il est surtout un moteur sans pareil pour l'analyse. En effet, dans le cas d'un transfert positif, le patient cherche l'approbation et surtout l'amour de son analyste. Il coopère alors sans réserve.

De plus, si l'analyste prend la place d'un parent, il prend également la place du "surmoi" du patient ou tout du moins il peut influencer le "surmoi" du patient qui, au lieu d'être ennemi du "moi", devient allié contre le "ça". Le nouveau "surmoi" peut alors opérer une « post-éducation » et corriger les impairs des parents. S. Freud met alors en garde contre les dangers du transfert : l'analyste, s'il doit être pris pour modèle parental, ne doit pas devenir une idole ou un maître qui chercherait à façonner l'humanité à son image. Là n'est pas le but de l'analyse. Ce serait même, nous dit S. Freud, répéter une faute parentale, celle d'étouffer la particularité et l'indépendance de l'enfant. S. Freud exhorte alors une certaine forme de « neutralité » de l'analyste vis-à-vis de son patient. L'analyste ne doit pas orienter le patient dans ses choix ; il ne doit pas chercher à l'influencer, ni même à le conseiller.

Si le transfert est positif c'est, selon S. Freud, parce qu'il y a eu à un moment ou à un autre un désir charnel de l'enfant envers le parent, à l'époque du complexe d'Œdipe notamment. Ce désir s'en trouve alors réactualisé et reporté sur l'analyste. Il est remis à jour et cherche son application. « L'analyste ne doit jamais s'y soustraire ». « Des relations

sexuelles réelles entre patient et analyste sont exclues, même les modes plus subtils de satisfaction comme la préférence, l'intimité, etc... ne sont autorisées par l'analyste qu'avec parcimonie. » (S. Freud, 1940). S. Freud suppose qu'il est possible que ce fut le cas dans le passé du patient : le parent désiré aurait cédé et serait passé à l'acte. Le danger du transfert est que le patient peut croire que ce qui est actualisé est en fait neuf, que les sentiments sont réels envers l'analyste. Si tel est le cas et qu'alors l'analyste rejette ou semble négliger le patient, celui-ci le haïra. Le transfert deviendra alors négatif et viendra balayer tout le travail analytique précédemment accompli. L'une des tâches de l'analyste est pour cela de toujours ramener le patient à la réalité, de balayer l'illusion, de rappeler au patient le mécanisme de transfert en cours. Si ce n'est pas possible, l'analyse doit s'arrêter. S. Freud précise alors qu'amener le patient à comprendre le mécanisme de transfert, comme d'autres concepts analytiques, aide à obtenir sa plus complète collaboration, car il abandonnera alors ses résistances. Le renforcement du "moi" du patient se fait donc au début par un élargissement de la connaissance de soi. Mais ceci n'est que le premier pas. Pour le reste, il s'agit des associations libres, comme nous l'avons déjà vu, de l'analyse du transfert, de l'interprétation des rêves et des actes manqués. Tout cela aide l'analyste à deviner le passé même oublié du patient et qui pourtant est remis en jeu, et vient parasiter le présent. (S. Freud, 1938). Pour autant, l'analyste ne doit pas livrer immédiatement ce qu'il croit avoir deviné du patient. L'analyste doit attendre le moment qui lui semble le plus approprié. Ce qui est deviné du patient doit être mûrement réfléchi et mis en perspective avec un ensemble d'autres interprétations. S. Freud appelle alors une « construction » de ce qu'il va restituer au patient de l'ensemble de ce qu'il a deviné/interprété. Si l'analyste énonçait ses interprétations, il se confronterait à une vive résistance de la part du patient, qui pourrait même vouloir mettre un terme à l'analyse. Tandis que si la préparation a été bonne, si la construction est suffisamment étayée, son énonciation fait place à la remémoration de l'événement interne ou externe chez le patient, et il acquiesce alors (S. Freud, 1937).

Une fois une relation saine et stabilisée établie (après le travail du transfert) une nouvelle tâche incombe à l'analyste qui est de faire tomber les contre-investissements du "moi". Le "moi" est en lutte contre les pulsions du "ça". Il va alors investir favorablement l'opposé de la pulsion. Ceci est un contre-investissement. Dans cette tâche, le "moi" du patient n'est plus un allié, car il va lutter pour préserver ses défenses. L'analyste a pour but de lui faire comprendre qu'il n'a plus besoin de celles-ci. L'inconscient devient à son tour un allié car lui ne cherchait qu'à mettre au jour ses pulsions. L'inconscient ne cherche qu'à passer au-delà des frontières imposées, dans le "moi" jusqu'à la conscience (S. Freud, 1938).

Deux résultats sont possibles à la suite de ce travail : soit le "moi" accepte la revendication pulsionnelle jusque-là refoulée, soit il la rejette une fois de plus, mais cette fois-ci d'une façon définitive, car rejeté par un "moi" plus mature. Alors, l'étendue du "moi" a été élargie et une coûteuse dépense est rendue superflue. Ce travail des résistances est difficile mais les modifications du "moi" qui en résultent sont durables et permettent d'avancer plus vite encore dans l'analyse. Le "moi" désencombré de résistances a alors plus d'énergie à mettre en œuvre pour la suite du travail.

Une des entraves possibles à la guérison, invoquée par S. Freud, serait que le patient ait un sentiment de culpabilité, issu du "surmoi", vis-à-vis de la guérison, le patient ne se sentant pas digne de guérir. La seule issue proposée par S. Freud à cette entrave est de la dévoiler, de déconstruire ce sentiment de culpabilité. Ceci se fera par un travail du "surmoi" du patient. S. Freud dit enfin que même si la guérison n'est pas atteinte, on sait au moins pourquoi l'analyse a échoué : « Non coopération du patient, rupture du contrat. » (S. Freud, 1940).

1.4. La phénoménologie

1.4.1. Aux origines : La phénoménologie husserlienne

La Phénoménologie apparaît au début du vingtième siècle comme une philosophie nouvelle, authentique. Elle est dans un premier temps, selon Husserl son fondateur, un empirisme radical. Son objectif est d'abord de renforcer les assises des sciences en écartant une bonne fois pour toutes les opinions, les préjugés, les *a priori*, les convictions, et d'interroger les théories, les savoirs. La phénoménologie est, ou exige, une réflexion, un questionnement de la connaissance. Husserl souhaite par la phénoménologie faire de la philosophie une science rigoureuse qui serait le fondement méthodique de toutes les autres sciences. Ce serait une nouvelle forme d'épistémologie qui interrogerait les caractères de construction des sciences. Il est important de préciser que « la Phénoménologie n'est ni une doctrine, ni une théorie, mais une nouvelle méthode pour philosopher » (P. Dupond, Courmarie & coll, 2001). La phénoménologie est une attitude de pensée qui étudie les modes d'apparaître des pures données absolues : **les phénomènes**. La phénoménologie comporte en elle-même une psychologie car elle ne s'intéresse pas aux objets, mais aux vécus liés aux perceptions de ces objets. Et comment se propose-t-elle de parvenir à satisfaire de telles ambitions? En « revenant aux choses même » (E. Husserl, 1913). C'est à dire à l'étude des phénomènes tels qu'ils apparaissent à la conscience. En prenant garde de ne jamais coller dessus des hypothèses, mais de bien rester au plus proche de ce qui est. Dans un souci descriptif permanent afin de ne pas trahir le phénomène. Tout en prenant soin enfin de ne jamais chercher à l'expliquer, ou à l'interpréter. C'est ce que l'on appellera « l'attitude Phénoménologique ». (E. Husserl, 1913)

1.4.1.1. “Retour aux choses même”

Comment s'opère alors ce “retour aux choses même”? Premièrement par la prise de conscience des intuitions (sensible et catégoriale). « J'ai conscience d'un monde qui s'étend sans fin dans l'espace » (E. Husserl, 1913) Nous sommes tous capable de croire en un monde, de le ressentir, ou de l'imaginer comme un tout ; alors que nos sens ne nous permettent tout juste d'en percevoir une infime partie. De la même manière, nous devons prendre conscience que lorsque nous percevons un objet, nous n'en avons qu'une perception partielle. Jamais nous ne voyons un objet simultanément sous toutes ses coutures et pourtant à chaque fois que nous

le percevons, à chaque fois d'une façon différente ; nous le reconnaissons. Cela est possible parce que "l'intuition sensible" que l'on a de l'objet vient "remplir" les manques de nos perceptions limitées, fragmentaires, afin que l'on puisse avoir la sensation de voir l'objet complet.

L'intuition catégoriale, elle, nous permet à la fois de reconnaître les objets dans toutes leurs variations et nuances. Et à la fois de comprendre des notions abstraites, non recouvrable d'objet. Ainsi que de comprendre une idée ou une phrase. Il est donc nécessaire de saisir l'importance du rôle joué par les intuitions. Nous ne sommes pas capables de percevoir le monde dans son entièreté, nous allons alors naturellement remplir nos manques de perceptions, de compréhension à l'aide des intuitions. Ce qui la plupart du temps est opérant, et nous permet de "fonctionner" dans le monde. Mais cela implique un biais pour la Phénoménologie ; car ce "remplissement", bien que tout à fait naturel et nécessaire dans le quotidien, fait que nous ne percevons pas réellement la réalité, mais déjà une représentation, une construction de celle-ci.

L'attitude phénoménologique exige donc de nous que nous saisissons l'importance des mots que nous employons. La phénoménologie, ou plutôt l'attitude phénoménologique par ce "retour aux choses même" exige une extrême rigueur de compréhension des mots, ainsi qu'une vigilance de chaque instant quant à leur utilisation. Tout en restant conscient de leurs limites. Car il est des choses indicibles. Ou plutôt il est des choses qui ne peuvent être dites parce que l'on n'a pas le langage suffisant pour les dire.

Ce "retour aux choses même" n'est enfin possible que par l'*epochè* ; également appelée "réduction". Cette "réduction" est essentielle à l'attitude phénoménologique car celle-ci va à l'encontre de « l'attitude naturelle » (E. Husserl, 1913). Qu'est-ce donc que la réduction ? Et qu'est-ce que l'attitude naturelle ?

1.4.1.2. l'attitude naturelle

L'attitude naturelle est simplement la position dans laquelle nous nous trouvons naturellement au quotidien. Elle repose notamment sur notre faculté de raisonnement et de jugement. Elle nous permet d'établir des évidences, ou de construire une théorie à partir d'aprioris que nous ne cherchons pas à remettre en question. En langage cognitiviste ; c'est une stratégie comportementale innée, que nous élaborons par économie cognitive. Elle repose sur un ensemble d'idées préconçues, de préjugés, ou de stéréotypies que nous utilisons tous

quotidiennement afin de nous éviter sans cesse de longues et coûteuses démarches de réflexion et surtout afin d'agir plus ou moins justement ou efficacement mais surtout rapidement et de façon adaptée face à notre environnement. L'attitude naturelle présuppose l'existence des choses, sans en questionner l'effectivité. Les choses nous sont alors données comme "allant de soi". L'attitude naturelle est « une relation à un monde toujours déjà là » (B. Bouckaert, 2003). Même s'il est possible de mettre en doute les données du monde, cela ne change rien à la "thèse" générale de l'attitude naturelle : « "Le monde" est toujours là comme réalité ; tout au plus, est-il, ici ou là, "autrement" que je ne le présumais » dans l'attitude naturelle. (E. Husserl, 1913) Pour autant avec l'attitude Phénoménologique Husserl ne nous dit pas que l'existence du monde est incertaine à l'image de Descartes qui la nie momentanément. Mais Husserl nous dit qu'elle serait plutôt incompréhensible car trop complexe. En tout cas vue par l'attitude naturelle. E. Husserl propose alors un suspend de notre jugement à son propos : cette attitude est nécessaire pour qu'à une croyance en le monde reposant sur des préjugés, succède un savoir. Nous comprenons mieux à présent ce à quoi s'oppose l'attitude phénoménologique, et ce sur quoi l'épochè va travailler.

1.4.1.3. L'épochè : "la réduction"

La "réduction" n'est pas à comprendre comme une diminution de notre capacité de raisonnement ou à vivre des expériences. Mais bien au contraire dans le sens d'une reconduction. La réduction, ramène la conscience à sa vérité qui est : « la conscience est conscience constituante, comme source de tout être » (E. Husserl, 1913). *L'épochè* est une ouverture, une libération, un retour aux expériences même. C'est un appel momentané au doute qui ne nie pas l'existence des choses, mais qui l'interroge. Dans sa première forme c'est une sorte de retour à l'étonnement perpétuel de l'enfance. C'est une libération pour la conscience de son assujettissement aux données préexistantes. C'est une « mise entre parenthèses... un suspend » (E. Husserl, 1913), de tout ce qui forme l'attitude naturelle. *L'épochè* est la « désaccoutumance de l'ordinaire du "On" » (M. Heidegger, 1927). La réduction implique par exemple la suspension de tous jugements, et entraîne une réflexion sur ceux-ci. « *L'épochè* n'est pas une opération logique... » mais une « ...démarche qui donne accès à un monde nouveau de l'existence ». (J-F. Lyotard, 1954). Elle permet de saisir l'essence des choses même. Et ainsi nous permet de dégager de nouvelles évidences mais que nous pouvons alors caractériser d'apodictiques. Par la réduction, l'attitude phénoménologique

va permettre l'émergence de connaissances. Elle doit être selon E. Husserl la base de toutes philosophies, de toutes sciences.

Il y a selon E. Husserl trois formes de réductions, comme trois étapes. La première est la réduction phénoménologique. Que l'on peut résumer pas l'étonnement. C'est une vigilance à toujours préserver en nous notre capacité d'étonnement, et surtout envers ce qui semble évident. La seconde étape est la réduction eidétique qui permet de passer d'une conscience des objets ou concepts à une conscience de leur pure essence et d'en saisir "*l'eidos*". C'est-à-dire de ce qu'ils sont dans leur structure essentielle et invariable, une fois éliminé tout ce qui en eux est contingent et accidentel. Pour un généticien, cette réduction eidétique correspondrait à trouver le génome humain par exemple.

La troisième étape est la réduction transcendantale. Cette étape consiste premièrement à considérer le monde non plus comme étant déjà là, mais comme nous apparaissant : comme phénomène. Le monde est un phénomène pur qui apparaît à notre conscience (ouverte, libérée par les deux premières étapes.) est constituée alors une unité de sens. De même, la conscience n'est plus limitée à elle-même, mais s'élargit en s'ouvrant au monde tel qu'il nous apparaît. En fait la réflexion sur soi-même nous fait apparaître la conscience elle-même comme un phénomène pur. L'épochè me conduit à ne plus avoir qu'une pure vision de moi-même et du monde, puisque mon jugement est suspendu, ma conscience et le monde deviennent pour moi des phénomènes purs et forment par la même une unité intentionnelle qui serait : "je me perçois comme percevant le monde". Ceci acquis, par la réduction transcendantale, je ne regarde plus seulement les objets, mais l'acte par lequel j'atteins ces objets : monde et conscience s'inscrivent dans le champ unique de ce que l'on appelle une "transcendance immanente" constituée et rendue possible par un retour réflexif sur soi-même.

Comme nous l'avons vu plus tôt, le suspend par définition ne dure qu'un temps ; après la réduction, la "constitution" peut s'opérer. Elle est ce retour au monde, mais avec un regard nouveau car riche des acquis de la réduction, et toujours libéré des préjugés ou présupposés. Nous retournons ainsi en partie dans l'attitude naturelle, mais avec les connaissances que l'épochè nous a apportées. Le phénoménologue passera ainsi d'une attitude à l'autre, car le maintien dans l'attitude phénoménologique est impossible.

1.4.2. La phénoménologie heideggerienne

M. Heidegger fut le maître-assistant de E. Husserl de 1916 à 1922 avant de prendre sa place en 1928 à l'université de Fribourg. Dans un premier temps, l'ambition de Heidegger fut de poursuivre le travail commencé par E. Husserl en étudiant les problématiques peu explorées par ce dernier. M. Heidegger pose alors la question de l'être, puis plutôt que de parler de "conscience" comme E. Husserl, il va parler de « l'être du Dasein. » (M. Heidegger, 1927). Il va alors prendre ses distances vis-à-vis de E. Husserl et de ses ambitions de former une science universelle, pour se concentrer sur l'analytique du Dasein en gardant comme méthode la phénoménologie. Nous avons déjà pu nous rendre compte que la phénoménologie comporte en elle une psychologie, puisqu'elle s'intéresse aux vécus de la perception. Nous le verrons plus clairement encore, la phénoménologie de M. Heidegger est hautement signifiante pour les cliniciens. Les quelques notions ici développées sont issues principalement de « Être & Temps » l'œuvre principale de M. Heidegger. Cette œuvre a pour objectif de reposer la question du sens de l'être. Non plus en tant que concept comme ça a pu être le cas maintes fois dans le passé, mais l'être en tant que phénomène qui se donne. Il questionne alors tout particulièrement le sens de l'être d'un étant particulier : Celui de l'homme, celui du Dasein.

1.4.2.1. Le Dasein

Le terme "Dasein" est souvent mal compris car mal traduit et parce qu'il désigne pour M. Heidegger quelque chose de très difficile à définir. Il le dit lui-même à la fin de sa lettre de 1945 adressée à Jean Beaufrey : « *Da-sein* est un mot clé de ma pensée, aussi donne-t-il lieu à de graves erreurs d'interprétations. *Da-sein* ne signifie pas tellement pour moi "me voilà !", mais, si je puis ainsi m'exprimer en un français sans doute impossible : "*être le-là*". Et "*le-là*" est précisément *alèthéia* : décèlement, révélation, ouverture. » (M. Heidegger, 1945) En même temps que nous comprenons la complexité de ce terme, un début de réponse nous est donné par Heidegger : Dasein est ouverture, révélation...

Si dans la philosophie en général "Dasein" désigne l'existence et signifie littéralement "être-là" (da-sein), il caractérise chez M. Heidegger un "étant" particulier pour qui « il y va de son être en tant qu'il a à être ». (M. Heidegger, 1927) Le Dasein n'est donc pas un "existant" mais il est le seul "étant" parmi tous à "exister" ou plutôt à pouvoir "exister" au sens propre du terme. Pourquoi "étant" et "exister" entre guillemets ? Parce que ces mots particulièrement

nécessitent qu'on les comprenne pleinement car ils sont importants dans la pensée heideggerienne et sont trop souvent galvaudés.

Le mot "étant" peut être décliné en participe du nom "l'étant" qui désigne "ce qui est" (comme "l'étudiant" désigne celui qui étudie) et comme participe du verbe "être" qui signifie : "en train d'être" (comme "étudiant" signifie : en train d'étudier). Le mot "étant" désigne donc tout ce qui est et tout ce qui participe à... Un caillou est, une table est, un chien est, un homme est, un ange est... Dieu est... Mais de tous ces "étants", un seul a la faculté "d'exister" : l'homme. Les autres n'existent pas, ils sont, ils subsistent.

Que veut donc dire exister ? Poser la question de l'existence ce n'est pas poser la question du réel et de l'irréel. (Irréel : imaginaire ou mythique) Mais c'est poser la question de savoir si le Dasein réalise son essence. S'il est ce qu'il a à être ? En reflet à cette célèbre maxime de Pindare reprise par F. Nietzsche : "deviens qui tu es" (F. Nietzsche, 1888) : Où la sentence de F. Nietzsche invoque, selon les interprétations, à tenter de devenir plus fidèle à soit même en obéissant, ou en cherchant à retrouver ses instincts, sa propre nature. À l'inverse M. Heidegger dit que : pour que le dasein se réalise il doit veiller à rester vigilant et à s'écarter de son état naturel, de son état "toujours déjà échu". (M. Heidegger 1927) Le dasein au contraire "a à être en existant" (M. Heidegger 1927) ; en s'extirpant de ses prédicats. Car rien n'est plus difficile pour le Dasein que de se réaliser. Le Dasein n'a que deux options : soit il se réalise, soit il se perd. (S'il ne se trouve jamais, ou s'il fait semblant de se trouver.) «L'existence est rare... » nous dit H. Maldiney « ...nous sommes constamment, mais nous n'existons que quelquefois, lorsqu'un véritable événement nous transforme » (H. Maldiney, 1987)

Ces deux modes, ces deux guises d'être du Dasein sont caractérisées "d'authentique" et "d'inauthentique". Nous allons voir dans les deux parties qui vont suivre quels sont les moteurs de ces deux modes d'être du Dasein.

1.4.2.2. Le soi-même quotidien, la déchéance.

De “l’attitude naturelle” de E. Husserl, M. Heidegger va définir “l’être soi-même quotidien”. (M. Heidegger, 1927) Nous avons bien saisi que l’attitude naturelle est ce que nous sommes tous primairement. C’est notre mode de fonctionnement inné qui nous permet dans la vie quotidienne de fonctionner de manière adéquate. “L’être soi-même quotidien” est cet être qui ne cherche pas à dépasser cette “attitude naturelle”. Aussi appelé dans *Être et Temps* (1927) : Le “Dasein quotidien”. Ce dernier se définit par son être-dans-le-monde sur le mode de la déchéance. C’est le Dasein en tant qu’il se rapporte au monde, c’est-à-dire en tant qu’il s’oublie soi-même pour se perdre dans l’intéressement aux choses du monde. Je le répète, bien qu’inauthentique, c’est sa première et principale manière d’être au monde. C’est ainsi qu’il est la plupart du temps voir constamment. La déchéance est le mode selon lequel le Dasein est quotidiennement au monde. Or, ce terme de déchéance, qui dans le langage courant a une forte valence négative, n’est pas à prendre ainsi pour M. Heidegger qui utilisant comme méthode la phénoménologie ne donne aucune valence que ce soit positive ou négative aux mots. Déchéance, caractérise la manière dont le Dasein est dans le monde dont il se préoccupe. La déchéance regroupe trois autres modalités que sont le bavardage, la curiosité et l’équivoque. Le Dasein est ainsi déchu quand il s’adonne à ces modes d’être. Ce qui motive le Dasein à rester dans cette inauthenticité, à s’oublier, à déchoir, à ne pas être ce qu’il a à être... est généralement appelé le “On”. C’est un “On” rassurant, apaisant, illusoirement confortable car il nous dédouane personnellement, partiellement ou totalement, de nos responsabilités. Cela correspond notamment à notre faculté de se ranger derrière la majorité ou d’adopter l’opinion générale. En tant que pronom personnel indéfini, il désigne un autrui non identifié. Ce peut être par exemple le “On” de “On ne prête qu’aux riches”. Où l’on (le “on” ici n’est pas anodin) reprocherait à certaines personnes, sans avoir à les nommer, de ne pas ceci ou cela... Mais si **on** ne les nomme pas, c’est justement, sans s’en exclure, ne pas s’y inclure véritablement. Dans le On, le Dasein tourne le dos à son “pouvoir être” propre, authentique, pour se perdre dans le monde des préoccupations quotidiennes, dans l’affairement. « Chacun est l’autre et nul n’est lui-même. Le *On* ... est le *personne* auquel tout Dasein, dans son *être-les-uns-parmi-les-autres*, s’est à chaque fois déjà livré. » (M. Heidegger, 1927) Il y a donc en plus de la composante impersonnelle une composante interpersonnelle dans le On. Être soi-même quotidien, c’est aussi “être-avec” les autres, et être-avec les autres, c’est être sous leur emprise. «L’être-avec-autrui implique que l’être-là se trouve dans son être-en-commun quotidien sous l’emprise d’autrui » (M. Heidegger, 1927) Le Dasein est alors comme pollué

par “les autres”. Mais qui sont ces autres ? “Les autres” ne veut pas dire : tout le monde, ou n’importe qui, sauf moi. “Les autres” sont ceux dont le plus souvent l’on ne se distingue pas soi-même. « "Les autres", que l'on nomme ainsi pour dissimuler le fait que l'on est essentiellement l'un d'eux, sont ceux qui, dans l'existence commune quotidienne, se trouvent "être là" de prime abord et le plus souvent. » (M. Heidegger, 1927) Le Dasein quotidien est donc la plupart du temps dispersé dans le On. Un On rassurant, confortable, dont il est difficile de s'extraire. Pourquoi rassurant ? Apaisant ? Parce que pris dans l’affairement du quotidien, pris dans le bavardage, le Dasein n’a plus à se poser la question de ce qui est essentiel. Il n’a plus à se poser de question sur son existence, et sur le “comment exister vraiment ?”.

1.4.2.3. L’être pour la mort, la résolution.

Et pourtant... pourtant M. Heidegger parle d’un “appel de la conscience” qui pousserait le Dasein à s’affranchir de la « dictature du On », (M. Heidegger, 1927) à se questionner, à chercher l’authenticité de son pouvoir-être. « Le pouvoir-être authentique du *Dasein* réside dans le *vouloir-avoir-conscience*. » (M. Heidegger, 1927) L’origine de ce vouloir-avoir-conscience se trouverait dans l’angoisse qui naîtrait de la fuite du Dasein dans le On, vers sa déchéance. Le “devant-quoi” le Dasein fuit est sa possibilité à être propre. « Dans le devant-quoi de la fuite, le Dasein se confronte justement à lui. » (M. Heidegger, 1927) Si le Dasein fuit, c’est parce qu’il a peur. Or, si en fait il se fuit lui-même, il n’est pas capable d’identifier clairement “l’objet” de sa peur. Cette peur qui n’est donc pas saisie se transforme en angoisse. En d’autres mots, l’angoisse a pour “objet” indéfinissable l’être-au-monde du Dasein, son pouvoir-être. En d’autres mots encore ; le Dasein s’angoisse devant sa faculté à être-au-monde (de façon authentique ou pas) et donc devant la possibilité de ne plus y être ; c’est-à-dire à être mort. Le Dasein peut alors se rendre compte de la finalité de son être. C’est ainsi que Heidegger dit « La mort est une guise d’être que le *Dasein* assume dès qu’il est. » et il cite un passage de *Der Ackermann aus Böhmen* (Le paysan de Bohème) « Dès qu’un homme vient à la vie, il est assez vieux pour mourir ». (M. Heidegger, 1927) Le Dasein est frappé de finitude, et c’est la prise de conscience de cela qu’on appelle la “résolution”. L’être-pour-la-mort signifie que le Dasein ne peut exister, être-soi-même authentiquement, que pour autant qu’il a compris qu’il va mourir un jour. Et plus encore ; qu’il est mourant à chaque instant de sa vie. Ce qui inscrit le Dasein dans une temporalité finie. « Or le fondement

ontologique originaire de l'existentialité du *Dasein* est la *temporalité*. C'est à partir d'elle seulement que la totalité structurale articulée de l'être du *Dasein* comme "souci" devient *existentialement* intelligible. » (M. Heidegger, 1927) Ici M. Heidegger reformule cette idée que l'Homme trouve l'essence de son existence dans sa compréhension de sa propre finitude. On peut alors mieux comprendre la citation précédente de Maldiney : «L'existence est rare. Nous sommes constamment, mais nous n'existons que quelquefois, **lorsqu'un véritable événement nous transforme** » (H. Maldiney, 1987) L'événement dont parle ici H. Maldiney peut être une maladie grave, ou une expérience où la mort est ressentie comme proche. Ces "expériences événements" peuvent alors, mais pas nécessairement, provoquer cette prise de conscience, cette résolution. Pour autant tout n'est pas terminé. Le *Dasein* ne peut rester résolu indéfiniment, il ne l'est en fait qu'un bref instant. Car le rester lui serait trop coûteux, trop douloureux. Le *Dasein* a donc besoin de retourner, ou plutôt de séjourner dans le *On*, et ne fait que quelques rares incursions dans l'authenticité.

1.4.3. De la phénoménologie à la Daseinsanalyse...

Comme nous l'avons vu plus tôt la phénoménologie, celle de E. Husserl et plus encore celle de M. Heidegger, porte en elle-même une dimension clinique. Cependant, la phénoménologie par ce qu'elle écrit, pensée par des philosophes, nécessite pour être comprise de se familiariser à ce langage, à cette grammaire propre à la philosophie. De ce fait elle paraît parfois laborieuse voire obscure. Mais il y a eu et il y a encore des cliniciens qui, ayant saisi la portée et la richesse de la phénoménologie, se sont efforcés de la retraduire, de la repenser, à travers un regard, un langage plus clinique. Parmi eux je citerai L. Binswanger et M. Boss qui, au départ, ont le plus contribué, chacun à leur façon, à l'émergence d'une phénoménologie clinique. Cette clinique naissante alors ne visait plus à découvrir un sens caché aux phénomènes de la psyché, mais d'y rester à l'écoute. Ne pas deviner, interpréter, construire, mais laisser venir à soi le flux continu d'esquisses qui se donnent. L. Binswanger et M. Boss sont tous deux à considérer comme étant les fondateurs de la Daseinsanalyse. Un temps nommé "analyse existentielle" elle prendra finalement le nom de Daseinsanalyse afin de ne pas être confondu avec l'existentialisme. Sur cette difficulté de compréhension du parler philosophique M. Boss nous rapporte cette question qui était parfois posée par les cliniciens qui assistaient aux séminaires de *Zollikon* : « Pourquoi donc Martin Heidegger ne s'efforce-t-il pas de dire ce qui lui importe dans une langue que tout le monde puisse comprendre ? » La

réponse de M. Heidegger était « Nous ne pouvons parler que comme nous pensons, et nous ne pensons que selon notre capacité de parler. » Aussi M. Heidegger nous exhorte-t-il à toujours repenser une pensée et ne pas la considérer comme définitivement acquise : « Chaque propos que l'on pense dans cette pensée, il faut qu'il soit chaque fois établi à neuf et repensé » (M. Boss, 1987) De même lorsqu'une question lui était posée, il invitait les participants à trouver, penser, eux même une réponse plutôt qu'à en donner une lui-même. Cela afin que chacun puisse parvenir à une vérité, et que celle-ci puisse être comprise car formulée par soi-même et dans son propre langage.

1.4.3.1. Ludwig Binswanger.

Ludwig Binswanger (1881-1966) est un psychiatre suisse allemand qui a hérité de la clinique familiale où il avait lui-même grandi au plus près des patients. Il est d'abord initié à la psychanalyse par E. Bleuler, puis formé par C-G. Jung, et S. Freud avec qui il entretiendra une amitié sans faille. Il s'est ensuite, après l'avoir "apprise", "expérimenté", puis "évalué" ; partiellement détourné de la psychanalyse, principalement par ce qu'il ne partageait pas sa vision naturaliste de l'homme. Lui ayant une vision de l'homme comme *Dasein*, inspiré par ses lectures de E. Husserl puis de M. Heidegger. L. Binswanger fait alors de la recherche en Phénoménologie psychiatrique et crée à partir de sa pratique clinique, (Même si L. Binswanger n'a jamais repris à son compte les concepts psychanalytiques, dans les faits il ne se séparera jamais complètement de la Psychanalyse.) de la phénoménologie (comme méthode) et de l'analytique du *Dasein* (la conception de l'homme en tant que *Dasein* notamment) une nouvelle méthode de recherche d'abord appelée "analyse existentielle", puis, à partir de 1950 "Daseinsanalyse". Théoricien, il travaille sur les concepts ; de "temps", "d'espace", du "corps et de la chair", et de "Nostrité". Ce dernier concept notamment étant un des points de divergence entre L. Binswanger et M. Heidegger, et nécessite que l'on s'y attarde.

Nous l'avons vu un peu plus tôt ; M. Heidegger pense que le *Dasein* ne peut accéder à son "être-au-monde-propre" que par l'angoisse. Qui elle-même naît d'une prise de conscience de sa propre finitude, et du fait qu'il est à chaque instant mourant. D'autre part, autrui est pensé comme source d'inauthenticité : «l'être-avec-autrui implique que "l'être-là" se trouve dans son être-en-commun quotidien sous l'emprise d'autrui » (M. Heidegger, 1927) [Ici "être-là" est une traduction de "Dasein"] Pour L. Binswanger, M. Heidegger oublie une possibilité

essentiel de “l’être-avec” qui est à distinguer du “On”. L. Binswanger pense qu’il y a un mode “d’être-avec” qui est aussi une possibilité “d’être-au-monde authentique” : « A l’inverse du souci qui oblige le Dasein à l’existence, la rencontre aimante constitue pour celui-ci une véritable licence d’être » (R. Celis et M. Gennart, 1992) L. Binswanger appelle cela la « Nostrité » ou le « nous de l’amour ». « Le sens existentiel de la *présence* n’est pas seulement régi par le souci, mais aussi par l’amour, comme être-en-rapport-de-réciprocité. » (L. Binswanger, 1947) Ici “présence” étant une traduction de “Dasein”. Ce concept de “Nostrité” est au cœur même de sa thérapeutique, puisqu’il définit le terme de “psychothérapie” comme un « rapport de l’être humain dans-une-réciprocité-avec-autrui » (L. Binswanger, 1947)

1.4.3.2. Médard Boss.

Medard Boss (1903-1990) est un psychiatre suisse allemand qui a également été formé à ses débuts à la psychanalyse. Il a été l’élève de Bleuler père et fils, puis a commencé une analyse avec S. Freud lui-même et l’a terminé avec Karen Horney. Il a également suivi pendant dix ans un séminaire avec C.G. Jung. Toutefois, il n’a pas adhéré complètement avec ce courant de pensée, si riche soit-il. Il est donc allé chercher des réponses dans la philosophie de M. Heidegger (*Sein und Zeit*) mais également dans la philosophie indienne. C’est durant la seconde guerre mondiale que Boss a lu pour la première fois “Être et Temps” de M. Heidegger. Même si la lecture de ce livre lui parut de prime abord laborieuse, – il n’était pas philosophe – il perçut la portée clinique de la pensée de M. Heidegger. Et malgré de vives recommandations de ne pas le faire il finit, en 1947, par entrer en contact avec lui. À l’inverse de L. Binswanger ; M. Boss a réellement côtoyé M. Heidegger. De plus le M. Heidegger d’après-guerre, rejeté, isolé... n’est pas le même que le M. Heidegger de 1927, des premières lectures de L. Binswanger. De ces contacts sont nés un intérêt réciproque puis une grande amitié. M. Boss hébergea même M. Heidegger dans sa propre maison et ils organisèrent ensemble les fameux “Séminaires de Zurich” de 1959 à 1969. Contrairement à L. Binswanger, M. Boss resta fidèle à la pensée heideggérienne. Et même s’il ne retire en rien son mérite quant à sa faculté insigne de décrire la vie des malades psychotiques, il dit de L. Binswanger qu’il a “instrumentalisé” la phénoménologie et l’analytique du Dasein pour élaborer une pratique clinique. En reprenant le concept de “Nostrité” par exemple, M. Boss dit que L. Binswanger n’a pas saisi « l’ontologie fondamentale du “souci” » (M. Boss, 2007) en ne

comprenant le “souci” que dans son versant sombre. Or nous dit M. Boss, « l’amour, l’amitié, et l’espoir tourné vers le future ne trouvent pas moins résolument leur fondement dans le “souci” » (M. Boss, 2007) en ceci que le “souci” lui permet d’entrer en “présence” d’un autre Dasein et potentiellement de faire “rencontre” avec celui-ci. La “rencontre” étant le mode “d’être-l’un-avec-l’autre” authentique du Dasein. Où deux Dasein, en communion serait en accueil mutuel. Oserai-je dire : à l’écoute l’un de l’autre...

1.4.4. De la psychopathologie phénoménologique...

Depuis les “fondateurs” d’autres phénoménologues, cliniciens ou non se sont efforcés de traduire la santé et la souffrance mentale, à partir de la méthode phénoménologique. De ce fait ces différentes traductions ont pour principaux soucis : premièrement d’être au plus proche des vécus, de ce que ressentent les patients. Deuxièmement, d’être “opérantes” c’est-à-dire qu’elles soient utilisables, communicables, dans un cadre clinique, psychothérapeutique. Car il nous est impossible de repenser chaque fois, chaque phénomène depuis son fondement. Car il nous est impossible de communiquer systématiquement dans le détail : nous avons recours à des paradigmes et des concepts. Un paradigme est un principe organisateur. Mais il est également plastique, adaptable, malléable. Le recours au paradigme permet la pensée, et la transmission de cette pensée, sans pour autant la rigidifier. Un paradigme n’est pas fini, rigide : il n’est pas une doctrine, mais au contraire, un paradigme tout organisateur et descriptif soit-il, appelle à être reprecisé, redéfini, modulé. Je vais donc tenter de synthétiser quelques-uns des principaux paradigmes de la psychopathologie phénoménologique. Dernière précision : parce qu’ils sont issus de la phénoménologie, ces paradigmes ne cherchent pas à expliquer les causes ou les conséquences des pathologies, mais plutôt à amener l’autre à une meilleure compréhension, selon différents angles de vue, de ce qui se passe pour le patient, en lui-même, lorsqu’il est affecté par une pathologie. C’est pourquoi certains se recourent, ou semblent décrire le même phénomène.

1.4.4.1. L'altération du temps vécu.

Ce premier paradigme nous aide à comprendre de quelle façon dans diverses pathologies la perception du temps est altérée. Peut-être serait-il plus juste de parler de la perception “des temps” ? E. Minkowski dans son œuvre « le temps vécu » fait une distinction entre le temps des horloges, des calendriers : “le temps éprouvé”, et “le temps constituant”, appelé également “le temps vécu” : celui qui nous permet de nous inscrire dans une temporalité, de prendre conscience que le présent dans lequel nous vivons porte en lui du passé et de l’avenir. C’est celui qui nous permet de nous projeter ou non, de nous inscrire dans une “historicité”. Si le temps est à considérer selon ses trois guises : passé, présent, et future ; chacune de ces guises porte en elle-même une part des deux autres. Il n’est ainsi possible de percevoir le présent qu’à condition qu’il porte en lui ses trois éléments structuraux que sont la “protention” (fait d’être tourné vers l’avenir), la “rétention” (fait d’être tourné vers le passé), et la “présentation” (fait d’être tourné vers le présent). – À ne pas confondre avec la “présentification” qui est le fait de ramener dans le présent quelque chose qui n’y est pas, par la remémoration ou par l’imagination. – Ce paradigme a vocation à décrire comment selon le trouble présent chez le patient ce sera “le temps éprouvé”, strictement objectif, ou “le temps vécu/constituant”, intime, qui sera altéré. De même que selon la pathologie par laquelle est touché le patient le temps éprouvé et le temps vécu seront affectés différemment. Dans la mélancolie notamment, l’individu ne se sent plus avoir d’avenir, ou de futur. Aucun projet n’est possible, ni même pensable : toute protention est fondamentalement bouché. Seule la rétention – de l’évènement traumatique notamment – occupe l’horizon. Le passé envahi tout le présent et obture tout futur possible. L’homme, ou la femme mélancolique n’est plus que faute, culpabilité ou dette insoluble. Ni les mots ni les actes ne pourront y changer quoi que ce soit, car dans la mélancolie tout sentiment du possible ou du pouvoir est anéanti. À l’inverse le maniaque vit dans un présent qui court incessamment après un ou des future(s) possible(s). Ainsi on ne peut dire qu’il vit réellement dans le présent, mais plutôt dans une suite de maintenant. « Il saute de maintenant en maintenant sans pouvoir habiter le présent » (G. Charbonneau, 2006) Il est “l’homme-à-la-fuite-des-idées”. (L. Binswanger, 1933) La protention occupe tout l’horizon, ne laissant plus de place ni à la rétention ni même à la présentation. Le maniaque se caractérise par « le saut, le tourbillon... avec des entrées en scène incessante, – qu’importe les sorties – déjà le maniaque est ailleurs. » (G. Charbonneau, 2006)

1.4.4.2. La perte de l'évidence naturelle.

Nous devons ce second paradigme à W. Blankenburg, psychiatre phénoménologue qui s'est spécialisé dans la description des psychoses. Son œuvre principale est une fine description d'une patiente atteinte d'une forme "réflexive de la schizophrénie" (W. Blankenburg, 1971) c'est-à-dire d'une forme suffisamment légère pour que les symptômes n'entravent pas ses facultés de raisonnement, et sa capacité à exprimer ce qu'elle ressent de son monde interne et de sa pathologie. Au fil des séances, elle nous dévoile avec finesse son monde et sa souffrance. Une souffrance liée au fait qu'elle a perdu, selon ses propres mots, "quelque chose de basal que les autres ont sans peine : un cadre dans la conduite des choses". W. Blankenburg nous dit qu'elle a perdu tout rapport à "l'évidence naturelle". L'évidence en tant que garantie de donation des choses. L'homme a nécessairement besoin d'évidences, d'aprioris, sans quoi le monde ne serait perçu que comme pur chaos. L'évidence et notre relation à l'évidence sont quasiment innées, ou si peu acquises qu'elles relèvent d'un apprentissage des premières années de vie. Pensez à l'enfant de quelques mois à peine, qui suit du regard la trajectoire d'une balle même quand elle passe derrière un obstacle qui l'empêche de la voir réellement l'espace d'un instant. Puis observez l'étonnement de l'enfant quand la balle ne réapparaît pas derrière l'obstacle suivant sa trajectoire. (P. Lemaire et Col, 2007) L'évidence se donne par nature, d'emblée, en bloc, et touche le monde et ce qui le compose d'un même degré de réalité. L'évidence se retire de la même façon qu'elle se donne. Sitôt qu'elle est mise à mal elle disparaît totalement. Si la phénoménologie nous invite à pratiquer l'époche, le suspend de nos évidences, dans certaines formes de psychose l'évidence s'écroule, et ne se retrouve pas. Ainsi nous dit W. Blankenburg, seuls les troubles sévères tels que les psychoses peuvent la néantiser. La perte de cette "évidence naturelle" s'exprime par une absence du sentiment de continuité de soi, par l'absence d'une vision globale d'une continuité d'expérience, par l'effondrement d'un sens commun.

1.4.4.3. La crise du maintien “du soi” et de “l’unité de l’expérience”

Ce troisième paradigme porte également son principal intérêt sur les états psychotiques, parce que ce sont ces affections qui vont être l’expression la plus claire d’une crise du “maintien du soi” et du “maintien de l’unité de l’expérience”. Ce paradigme porte donc en lui deux versants ontologiquement liés, qui tendent à nous signifier de quelle façon s’expriment certaines rigidités caractéristiques de la psychose.

Concernant “la crise du maintien du soi”, le point de départ serait que l’homme côtoie toujours autrui par la médiation de rôle. Mais la notion de rôle n’est pas à percevoir uniquement dans son versant négatif. Elle ne renvoie pas seulement, ou nécessairement, à l’idée de facticité. L’idée que nous jouons un rôle n’est pas un signe de pathologie. Il n’est pas une contrainte, mais participe à la vie, il nous permet même d’y entrer. Les rôles, que nous sommes amenés à incarner, nous permettent donc d’entrer en relation avec autrui. Ils nous situent vis-à-vis des autres, et ils conditionnent en partie le mode relationnel entre deux personnes. Il s’agit par exemple des rôles familiaux comme parents, enfants, amis... ou ce peut être des rôles sociaux comme : patrons, employés, soignants, patients... L’idée étant que dès que nous entrons en relation avec autrui, cette relation est conditionnée par le “jeu de rôle” qui va immédiatement s’établir. Pour autant tout n’est pas joué d’avance. Les rôles sont appelés à s’affiner, à se redéfinir. De même une personne porte en elle plusieurs rôles, et c’est justement la faculté qu’a une personne à endosser différents rôles, et à les moduler selon les circonstances, qui fait que cette personne est “saine”. L’homme sain ne se réduit pas à sa condition de salarié, de père, de capitaine d’une équipe de football, etc. Chacune de ces identités de rôle vont l’aider à se situer vis-à-vis des autres selon les situations. De même, l’homme est capable de se servir de ses précédentes expériences de rôle pour mieux faire évoluer ses rôles actuels. (Expérience de capitaine de football transposé au monde de l’entreprise) En d’autres mots il y a une certaine “métastabilité” de l’être au rôle. Cette métastabilité, nous pouvons la nommer “ipséité”. Cette notion est à différencier de l’identité. En effet à la différence de l’identité qui est fixe, l’ipséité est changeante. Lentement, progressivement, elle s’inscrit dans l’histoire de la personne et porte en elle une cohérence et une intelligibilité. Dans les formes manquées du “maintien du soi”, comme dans la psychose, soit l’individu colle de trop près à un rôle particulier qu’il se donne ou qu’on lui aurait prêté, soit il passe d’un rôle à un autre sans sentiment de cohérence interne. Dans la crise paranoïaque par exemple, l’identité de rôle est surinvestie. Lorsque cette identité de rôle va

être remise en cause, le paranoïaque ne va pas être capable de passer d'un rôle à l'autre ni même de moduler le rôle investi, il va donc se sentir menacé, acculé.

Le parallèle est le même s'agissant du "maintien de l'unité de l'expérience". L'homme vit une suite d'expériences, et il doit être capable de trouver dans cette suite une cohérence. Il doit se sentir capable : au mieux d'anticiper cette suite, au pire de ne pas se dire que ce qui se passe n'est pas du champ du possible. "L'outré est du rencontré qui n'a pas été préalablement possibilisé" (G. Charbonneau, 2006) Pour reprendre notre exemple du paranoïaque : "le champ de l'expérience acceptable est infiniment réduit".(G. Charbonneau, 2006) Selon la forme de paranoïa il criera alors au complot ou se barricadera.

1.4.4.4. Altération de la forme de la présence.

Dans ce quatrième paradigme le terme de "présence" signifie "état-de-conscience-de-réalité". (G. Charbonneau, 2006) Il s'agit ici de décrire le fait que d'entrer en contact avec le monde nous met dans une certaine disposition vis-à-vis de ce monde et de ce qui le constitue. Il s'agit d'une relation à la totalité de ce monde, relation inlassablement renouvelée. C'est un "sentiment général de situation" (E. Minkowski, 1933) qui nous permet de le comprendre, et d'agir en congruence avec le monde. Ce paradigme peut se comprendre à l'aide du concept heideggerien de "Befindlichkeit". (§ 29 de Être et Temps de Heidegger : traduit par "disposabilité" ou "disposition" dans la traduction de F.Vézin, ou par "affectivité" ou "affection" dans la traduction de E.Martineau.) La disposabilité est une tonalité affective, ou un "sentiment de situation" (R. Boehm et A. de Waelhens, 1964) qui va venir teinter notre façon d'entrer en relation avec le monde et ce qui le constitue. Ainsi l'homme est toujours intonné au monde, mais intonné d'une façon plus ou moins adéquate. Et cette intonation ne dépend ni seulement de la perception, ni de l'observation, mais comporte une dimension pathique.

Concernant l'altération de la forme de la présence : il s'agira alors d'une impression de dissonance vis-à-vis du monde, ou alors une altération du sentiment de possible, dans le plus comme dans le moins, avec respectivement l'optimisme exacerbé voire la jubilation, et le pessimisme voire la mélancolie comme nous l'avons déjà vu plus tôt. Enfin, cela peut s'exprimer à travers un sentiment de perte de confiance envers "les autres" en général, voire des impressions d'étrangetés, de déréalisation, de dépersonnalisation. Ces différentes altérations de la forme de la présence sont les signes d'un délire ou tout au moins annoncent

l'approche d'un basculement délirant. Il y a alors perte de contact avec la réalité ou vis-à-vis de soi-même. Cela peut se traduire dans les formes les plus légères par un manque de tact, ou quelques maladresses dans les situations relationnelles, vis-à-vis de ce qu'il est habituellement attendu de faire. Dans les formes plus graves, cela renverrait plus à quelque chose de l'ordre du fonctionnement psychotique avec un réel déraillement, une inadéquation entre une situation et le vécu du patient, et/ou son comportement.

2. Étude de cas, ou d'une mise en situation pratique.

2.1. Méthodologie

L'étude de cas que je présente ici s'appuie sur neuf entretiens individuels réalisés auprès d'une patiente rencontrée lors d'un stage de trois mois et demi dans un centre médico-psychologique (CMP). Lors de ce stage j'ai pu assister à près de cent quatre-vingts entretiens cliniques réalisés auprès d'une vingtaine de patients différents, par quatre psychologues cliniciennes différentes. Avant chaque entretien il était demandé au patient s'il acceptait ma présence. Deux des psychologues étaient d'orientation psychanalytique, les deux autres, dont mon Maître de stage, étaient d'orientation cognitivo-comportementale. Lors de ce stage j'ai également pu participer à des ateliers menés par des infirmiers psychiatriques. Enfin, après quatre semaines de stage je me suis vu proposer par l'un des trois psychiatres du CMP de prendre en charge deux patients qu'il suivait lui-même mensuellement, qu'aucune des cinq psychologues du CMP ne pouvaient s'occuper, par manque de temps :

- Un homme de 46 ans présenté par le psychiatre comme étant alcoolique. Je l'ai vu quatre fois avant qu'il soit pris en charge par une psychologue.
- Une femme de 55 ans, présentée comme étant harcelée au travail. Je l'ai vu neuf fois. (Il s'agit ici de la patiente choisie pour l'étude de cas)

Par ailleurs, la psychologue de la maison d'arrêt me proposa également de prendre en charge trois "prévenus" en demande de consultation :

- Une femme de 36 ans, présentant des difficultés d'acclimatation à la maison d'arrêt, mise en détention provisoire pour violence sur son mari et incendie volontaire. Je l'ai vu sept fois.
- Un homme de 52 ans sans problématique particulière mais qui trouvait une distraction en venant me voir et en essayant d'obtenir de moi des avantages, comme téléphoner à l'extérieur de la maison d'arrêt ou y introduire des objets non autorisés. Je l'ai vu cinq fois.
- Un jeune homme de 25 ans qui venait tout juste d'arriver dans la maison d'arrêt, mis en détention provisoire pour trafic de stupéfiants dont il était fortement dépendant. Il fut rapidement pris en charge par le psychiatre de la maison d'arrêt – afin d'accompagner son sevrage forcé – et suite à la fin de mon stage, la psychologue en place pris le relai. Je l'ai vu neuf fois.

La consigne donnée par le psychiatre lors de l'une de nos entrevues était de réaliser des « entretiens de soutien » afin de permettre aux patients d'attendre dans les meilleures

conditions possibles que l'une des psychologues soit disponible. Je devais donc donner mes disponibilités au secrétariat du CMP qui s'occupait de prendre le premier rendez-vous. Je devais, en plus de ces entretiens, participer aux réunions de synthèses hebdomadaires afin de transmettre à l'équipe complète du CMP ainsi que le faisaient les psychologues, mon état d'avancement avec les patients dont j'avais la charge. Enfin je convenu d'un rendez-vous hebdomadaire avec mon Maître de stage dans une optique de supervision. Durant ces séances je partageais mes notes et impressions sur les patients et sur moi-même, après quoi une discussion s'engageait pour définir la meilleure attitude à tenir pour la suite. À la fin de l'entrevue précédent ma première consultation individuelle le psychiatre me dit entre deux portes : « si tu ne sais pas quoi faire, contentes toi de les d'écouter... » S'il dit cela avec une certaine désinvolture, je le pris avec d'autant plus de gravité. Si l'injonction se voulait être modeste, je prenais peu à peu conscience de toute la responsabilité qui pesait sur mes épaules.

Les entretiens que je réalisais seul au CMP se faisaient systématiquement le matin dans le bureau du psychiatre qui m'avait « missionné », aux horaires où celui-ci travaillait dans une autre structure. Nous étions alors en face à face de part et d'autre d'un bureau. Lors du premier entretien je rappelais aux patients que je n'étais pas psychologue, mais en quatrième année de psychologie sur cinq, que j'étais dans le CMP en tant que stagiaire-psychologue pour une durée de trois mois et demi. Je leur dis également que puisque j'étais là en tant qu'étudiant je n'étais pas payé, mais que j'étais susceptible de me référer à eux, tout en préservant leur anonymat, dans mes travaux universitaires à venir. Je leur rappelais enfin qu'ils étaient libres de partir quand ils le souhaitaient, et que c'était à eux de décider si un autre rendez-vous devait être pris. Après ce préambule je leur posais à tous la même question : « souhaitez-vous que nous commencions, ou préférez-vous prendre un rendez-vous avec une de mes collègues psychologue ? »

J'ai donc reçu Madame U. à neuf reprises en dix semaines. Je lui dis au premier rendez-vous que c'était à elle de définir leur durée, que ce pouvait tout aussi bien être d'une demi-heure comme d'un peu plus d'une heure, que je m'adapterais à ses besoins. Je prévoyais toujours une heure et demie entre deux rendez-vous afin de permettre cela. Nos rendez-vous ont donc tacitement duré environ une heure, même si à deux reprises ils ont duré un peu plus de quatre-vingt minutes, et que le dernier n'a duré qu'une quarantaine de minutes. Bien que j'ai pris soin de lui demander au premier entretien si je pouvais prendre des notes, ce qu'elle accepta, je n'en pris réellement que lors du premier rendez-vous. Suite à une remarque de sa part au cours de ce même rendez-vous, sur le fait que je sois gaucher et sur la qualité de mon

écriture, je supposais que son attention portée sur ma prise de notes était de nature à polluer le fil de sa pensée. Cependant je laissais mes notes visibles sur le bureau, et ne notais en sa présence que des dates, des lieux ou des prénoms. Je consacrais alors la demi-heure suivant chaque rendez-vous à prendre en note ce qui me semblait être essentiel dans son discours, comme des morceaux de phrases dites, les idées directrices et les sentiments et émotions ressentis et/ou évoqués.

J'ai choisi de présenter ici le cas de Madame U. parce que des cinq patients que j'ai été amené à rencontrer deux qui pourtant avaient une symptomatologie intéressante étaient souvent sous l'emprise de substances psychoactives. (Alcool, cannabis voire cocaïne) Un autre ne présentait pas de trouble réel si ce n'est l'ennui, et la dernière ne me parlait que très peu d'elle et évitait soigneusement de me « révéler quoique ce soit qui puisse jouer contre elle durant son procès. De son côté Madame U. présentait une symptomatologie riche, à laquelle j'ai pu accéder avec une certaine facilité et aisance. J'ai aujourd'hui la sensation que Madame U. s'est réellement ouverte à moi et m'a accordé sa confiance en échange de mon écoute.

2.2. Présentation du cas

Madame U. est une femme de 55 ans que j'ai vu à neuf reprises en deux mois et demi. Elle a une très bonne présentation, est toujours maquillée et présente une allure soignée et recherchée. Elle arbore notamment de nombreuses coquetteries : elle a de longs ongles toujours vernis et parfois bicolores ou avec des strass et paillettes. Je l'ai vu avec au moins trois paires de lunettes différentes en deux mois de temps. De plus, elle porte de temps en temps des fleurs ou des plumes dans ses cheveux. Madame U. vit actuellement en concubinage avec « un amour de jeunesse retrouvé », bien qu'étant mariée par ailleurs. Elle n'a pas d'enfant. Enfin Madame U. est responsable vendeuse dans une boutique de prêt à porter féminin en centre-ville, dans laquelle elle travaille depuis plus de neuf ans.

Madame U. a été orientée vers le CMP par son médecin traitant pour cause d'arrêts de travail prolongés depuis plus de 4 mois au jour de la première consultation. Le psychiatre du CMP qui l'a reçu en premier m'a transmis qu'elle était arrêtée pour cause de harcèlement moral au travail. C'est ce même psychiatre qui a proposé à madame U de venir me voir

chaque semaine en plus d'un suivi mensuel par lui-même. Lors du premier entretien elle ne se présente pas comme ayant une demande propre, elle se dit « envoyée par les médecins ». Cependant au second rendez-vous elle énonce clairement qu'elle aimerait que je l'aide à gérer ses émotions, à devenir moins émotive. Elle est fatiguée de toujours devoir pleurer quand elle parle de ses soucis ou de son travail. Elle dit ne plus se supporter.

2.2.1. Histoire et Anamnèse

Madame U. expose une vie conjugale fragmentée : elle s'est mariée dès l'âge de vingt ans et a divorcé cinq ans plus tard sans heurt. Elle s'est remariée à trente-cinq ans. Elle est restée environs dix-huit ans avec son second mari et, sans pour autant avoir divorcés, ils se sont séparés il y a deux ans, lorsque Madame U. a repris contact avec ce qu'elle appelle son « amour de jeunesse ». Elle a ainsi repris une relation avec un homme qu'elle avait perdu de vue depuis trente ans. Elle parle de son divorce et de sa séparation avec son mari sereinement, elle me dit qu'ils se sont séparés « en bonne intelligence ». De plus elle garde une bonne relation avec sa belle-fille de 22 ans, la fille de son deuxième mari.

Comme dit plus tôt, madame U. n'a pas eu d'enfant, « par choix » dit-elle. Estimant que c'est une trop grande responsabilité et trop de contraintes. Elle n'a eu sa belle-fille à son domicile que certains week-ends, son mari n'ayant obtenu qu'une garde alternée lors de son divorce d'avec sa première femme.

Madame U. est l'aînée d'une fratrie de trois enfants. La puînée est actuellement mariée et mère de deux enfants âgés de 19 et 17 ans. Le cadet est un frère également marié et père d'un enfant de 18 ans. Les parents de madame U. sont « vieillissants » et « très malades ». Elle leur rend très souvent visite et s'occupe d'eux car, dit-elle, elle est la seule à vivre dans la région. Elle a reçu de leur part une éducation assez stricte mais ils lui ont « offert une enfance heureuse » précise-t-elle. Ses parents étaient aimants et lui prodiguaient beaucoup de tendresse. Cependant, sa mère était très autoritaire. Elle dira même de sa mère qu'elle a « bouffé » son père qui est alors présenté comme étant quelqu'un de réservé voire d'effacé.

Madame U. a eu une scolarité qui lui a paru assez difficile. Elle a longuement souffert des moqueries de ses camarades à propos d'un strabisme qu'elle avait à l'époque. Elle parle d'une grande « souffrance psychique » qui lui aurait forcé à se constituer une « carapace » afin de ne plus souffrir. Madame U. a quitté l'école à l'âge de 16 ans après avoir fait un CAP

vendeuse, après quoi elle a travaillé dans une usine où elle dit avoir gravi tous les échelons. Elle a quitté l'usine en 1999, à 47 ans, pour le magasin dans lequel elle travaille actuellement. Du côté de sa vie amoureuse, Madame U. se considère être « comme un homme » c'est-à-dire libérée, ayant eu des aventures multiples sans s'attacher notamment entre ses deux mariages. Elle dit avoir vraiment profité de la vie durant ces dix ans qui séparent ses deux mariages. Par ailleurs elle dit ne pas avoir de personne ressource, de personne qui puisse la comprendre et la soutenir. Pas même son compagnon qui ne comprend pas ses difficultés et sa souffrance. Elle a la sensation qu'il minimise les faits en lui disant « ce n'est pas si grave » ou « pas si terrible que ça » en parlant de sa situation professionnelle.

Dans la boutique de vêtement féminin, Madame U. a été dès le départ perçue comme étant une bonne employée. Elle se montrait perfectionniste et ayant le souci du détail, ainsi qu'un goût certain pour aménager le magasin. Elle remplissait alors largement les objectifs fixés par les patrons, et elle se montrait volontaire pour former les nouvelles vendeuses. Si bien qu'en peu de temps elle était devenue l'employée modèle. Elle dit avoir toujours cherché à coller aux exigences de ses patrons. Elle s'est très vite sentie une responsabilité vis-à-vis du magasin, elle faisait comme s'il était à elle. Elle se sentait alors valorisée par son travail.

Ce qui est décrit comme étant un « état de grâce » dura près de six ans, après quoi sans pouvoir trouver d'explication les choses se seraient progressivement, insidieusement dégradées. Madame U. ne situe pas exactement à partir de quand ni pour quelle raisons cela a commencé mais il y a deux ans environ elle a perçu ce changement de ton de la part de ses patrons. Ils se sont faits de plus en plus exigeants et elle a alors commencé à se sentir de plus en plus surveillée. Les objectifs de vente lui paraissaient de plus en plus difficiles à atteindre, voire impossible. Progressivement elle ne s'est plus sentie à l'aise au travail. D'autant plus qu'elle voyait ses collègues partir l'une après l'autre, si bien qu'elle s'est progressivement sentie débordée par les tâches à effectuer. Ses nouvelles collègues connaissaient mal le magasin, étaient débutantes, et Madame U. se voyait attribuée de plus en plus de responsabilités. Ses patrons ont alors décidé de proposer des formations aux vendeuses dont ils n'étaient pas satisfaits. Ces formations étaient perçues comme des punitions par Madame U. et ses collègues. Puis ses patrons se sont mis à envoyer des fax contenant ordres et contre-ordres au magasin. Ils « débarquaient à l'improviste » dans le magasin « pour nous fliquer », et se mettaient à critiquer ouvertement et devant les clientes le travail de Madame U. Alors que Madame U s'était toujours sentie appréciée, elle se sentait maintenant menacée. Jusqu'au jour où elle a été envoyée à son tour en « formation/punition ». À son retour elle s'est mise à appréhender le moment où elle devait aller chercher le fax contenant les ordres du jour. Elle

exprime également une peur à propos des éventuelles visites de ses patrons qu'elle évitait constamment quand ils étaient effectivement là. Elle s'est mise à avoir du mal à s'endormir, et elle se sentait épuisée, sans énergie le matin avant d'aller au travail. Elle décrit également un état de stress qui montait à chaque fin de week-end. Peu de temps avant son arrêt maladie elle « n'en pouvait plus », elle s'est mise à « fondre en larme » à la moindre occasion, elle ne se sentait plus bonne à rien. À chaque visite de ses patrons cette sensation se renforçait en elle. Peu à peu elle n'arrivait plus à se détendre, à profiter de ses activités qui avant lui procuraient du plaisir, de même qu'elle n'était plus capable de se concentrer sur la lecture d'un livre ou même de suivre une conversation soutenue. Elle dit avoir acquis les dépréciations de ses patrons. Juste avant de se faire arrêter, elle était obnubilée par les reproches qu'elle s'imaginait qui pourraient lui être fait. Elle faisait le maximum pour que ça n'arrive pas mais avait une sensation de fatalité : « ça arrivait toujours ». C'est ainsi que quatre mois avant notre premier rendez-vous elle s'est mise à ne plus aller travailler car ça lui était devenu « trop pénible ».

Au cours des premiers rendez-vous, Madame U. présente une certaine ambivalence vis-à-vis de son lieu de travail. Elle ne se sent plus capable d'y retravailler un jour, mais ne supporte pas cette idée. Elle n'arrive pas à s'imaginer ne plus y travailler. Le fait d'évoquer cela provoque en elle une grande tristesse et une forte colère envers elle-même. Elle ne parle pas de ses problèmes à sa famille, d'autant plus qu'elle estime que « le chômage est une maladie honteuse ». Elle dira aussi à la deuxième séance qu'elle n'aime pas venir « ici » – au CMP pour venir à notre entretien –. Elle ressent ces entretiens comme une punition qu'elle s'inflige à elle-même parce qu'elle n'a pas été capable de tenir tête à ses patrons.

2.2.2. Sémiologie

Madame U. se sent plus vite débordée par l'émotion, constamment à fleur de peau, ce qui renforce son mal être. Elle exprime une honte vis-à-vis de cela. Elle dit qu'elle ne se reconnaît plus, qu'auparavant elle était forte et faisait front face à ses problèmes. « J'ai l'impression de ne plus savoir qui je suis »

Depuis qu'elle a obtenu son arrêt maladie, elle évite catégoriquement d'aller dans le centre-ville afin de ne croiser personne qui serait susceptible de lui poser des questions. Elle ne se sentirait pas capable de lui répondre sans fondre en larme, ou, s'il s'agit d'une collègue, elle a peur que ce qu'elle pourrait lui dire soit répété à ses patrons et se retourne contre elle.

Quand elle en arrive à évoquer le magasin, elle essaie très vite de passer à autre chose, sans quoi elle fond en larme. Lorsqu'elle décrit la rue où se situe le magasin, sa description me semble exagérément négative. Elle la décrit comme étant morne, sans vie, moche et vieillotte. Je suppose alors sans le lui dire, qu'elle investit négativement tout ce qui touche de près ou de loin à son lieu de travail. Cette situation l'obnubile et, pour ne pas trop souffrir, elle évite massivement tout ce qui pourrait la lui rappeler.

Quand malgré tout elle est obligé d'aller en ville pour aller voir le médecin du travail par exemple, elle fait des détours pour ne pas passer à proximité du magasin. Celui-ci occupe toutes ses pensées. Elle appréhende également de croiser une collègue ou même un client car elle se sentirait trop honteuse de la situation. Madame U. rapporte qu'entre deux de nos rendez-vous sa belle-fille l'a « forcée » à aller faire du shopping. Elle décrit alors un mal être dû à une certaine anxiété accompagnée d'une forte transpiration et de palpitations. Elle n'arrivait pas à porter son attention sur les vêtements, elle restait tout le temps à côté de sa belle-fille pour ne pas la perdre de vue. Lorsque celle-ci s'approchait d'une vendeuse, elle l'entraînait dans une autre direction. Elle ne s'est sentie mieux que lorsque sa belle-fille l'a raccompagnée à son domicile. Ce n'est qu'après que sa belle-fille soit repartie qu'elle s'est mise à pleurer, submergée par un flux d'émotions qu'elle me décrit mêlé de tristesse, de honte et de culpabilité d'être aussi vulnérable et de gêner la vie de ses proches.

Par ailleurs madame U. a un fort sentiment d'injustice. Elle a l'impression que ses patrons sont intouchables et peuvent tout se permettre. L'action qu'elle avait réussi à porter aux prud'hommes avec l'aide d'une ancienne collègue a été renvoyée au civil, et son avocat ne lui laisserait pas beaucoup d'espoir.

2.3. Lecture diagnostique

2.3.1. Éléments médicaux

Avant qu'elle ne soit dirigée au CMP par son médecin traitant Madame U. prenait déjà un antidépresseur, mais elle ne se souvient pas de son nom. Dès sa première visite, le psychiatre du CMP qui l'a reçu lui a prescrit de l'Atarax (3/Jour) et du Stilnox à prendre juste avant le couché. Madame U. ne prend aucun autre traitement médicamenteux. Elle exprime une certaine confiance envers le corps médical, mais elle suit leur prescription avec une certaine passivité. Elle est venue au CMP sur prescription de son médecin traitant, et ce qu'elle me dit du psychiatre est positif dans l'ensemble, mais Madame U. ne se montre pas optimiste quant-au pronostique de sa guérison. Elle a cependant toujours été à l'heure à nos rendez-vous, et elle n'en a reporté qu'un seul. Enfin, c'était la première fois qu'elle consultait un psychiatre et un "stagiaire-psychologue". Elle n'a vu un psychologue pour la première fois qu'après mon départ à la fin de mon stage.

2.3.2. Récapitulatif et regroupement des signes

Madame U. présente une humeur dépressive : elle pleure souvent, a du mal à trouver le sommeil le soir, se sent également continuellement épuisée. « Quand je me lève le matin je suis désespérée par la journée à affronter. Je n'ai qu'une envie : me recoucher... » Elle ne prend plus aucun plaisir à effectuer les tâches qui auparavant lui procuraient du plaisir, comme se maquiller (même si elle continue de le faire) ou voir sa famille. Elle n'arrive même plus à se concentrer pour lire ou suivre une conversation. Madame U. exprime à plusieurs reprises un sentiment de honte (elle cache à sa famille son mal-être) ou de culpabilité. « Je n'aime pas venir vous voir, mais je me force... c'est une punition que je m'inflige »

De plus Madame U. présente une certaine anxiété et fait preuve de comportements d'évitement face aux situations se rapportant à son travail. Quelque temps avant son arrêt de travail elle s'est mise à craindre d'être évaluée. Elle appréhendait la réception du fax contenant les directives du jour. Elle craignait également les visites de ses patrons, et quand ils venaient elle tentait de les éviter et refusait de croiser leur regard. À présent Madame U. refuse de passer à proximité du magasin ou même du quartier où il se situe. Elle ressent une forte anxiété quand elle entre dans un magasin de vêtement, et ne se sent mieux que sitôt qu'elle l'a quitté.

2.3.3. Diagnostic différentiel et orientation diagnostique

Au vu des éléments ressortant des premiers entretiens et m'appuyant sur le Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux quatre révisé (DSM-4TR), il semblerait que Madame U. présente une comorbidité de deux types de symptômes différents : un premier ensemble renvoyant à un trouble anxieux, et un second ensemble renvoyant plutôt à trouble de l'humeur.

Avant tout, il convient de préciser qu'aucun de ces troubles n'est imputable à l'utilisation de substances psychoactives.

D'une part, bien que Madame U. ressente une forte anxiété dans des magasins de vêtements ou dans le centre-ville je ne peux conclure à une quelconque agoraphobie. En effet, elle ne montre par exemple aucun signe d'anxiété dans la salle d'attente du CMP pourtant souvent bondée à l'heure de nos rendez-vous. Elle ne présente pas non plus d'épisode d'attaque de panique, même en situation particulièrement redoutée et pénible comme lors de la séance shopping avec sa belle-fille. Bien que fort ressemblant, il ne s'agit pas non plus d'un trouble anxieux généralisé relevant d'une situation professionnelle, puisque les conditions requises par le DSM4-TR ne sont remplies que depuis quatre mois. – six mois minimum sont requis – Mais plus important encore : les signes phobiques notables de madame U. n'y trouveraient alors pas d'explication suffisante. C'est pourquoi je pencherais concernant le premier ensemble de symptômes pour une phobie sociale spécifique à son milieu professionnel : Les magasins de vêtements.

Concernant le deuxième ensemble de symptômes, dès l'instant où les symptômes les plus anciens – mais alors de faible intensité – remontent au maximum à huit mois avant notre premier rendez-vous, et que les suivants ne se sont installés que très progressivement jusqu'à atteindre leur apogée 4 mois avant sa première visite au CMP j'exclus un éventuel trouble dysthymique. De plus, n'ayant pas eu connaissance d'éléments me permettant de penser avec une certitude suffisante qu'il y aurait déjà eu par le passé d'épisode maniaque ou d'épisode dépressif majeur antérieur à l'actuel, j'exclus également les troubles bipolaires ainsi qu'un trouble dépressif majeur récurrent. C'est pourquoi, pour ce second ensemble de signes et en concordance avec les conditions requise par le DSM4-TR je pencherais pour un trouble dépressif majeur isolé, sévère sans caractéristiques psychotiques, avec caractéristiques mélancoliques.

2.3.4. Évolution au cours du suivi

Bien que je n'ai suivi Madame U. que durant un peu plus de deux mois j'ai pu constater, et cela m'a été confirmé par le psychiatre qui la suivait une fois par mois, une sensible évolution en elle vis-à-vis de ses troubles. J'ai progressivement observé cela à partir du cinquième rendez-vous. Nous ne nous étions pas vu la semaine précédente car elle était partie « sur un coup de tête » chez son frère en Vendée. À ce cinquième rendez-vous, elle a bonne mine, bien qu'elle soit moins maquillée qu'à son habitude. Elle fait alors une sorte de bilan de ce qui lui est arrivé au travail. Elle me dit que ce qu'elle a subi l'a faite changer, elle se décrit comme étant moins dure, moins égoïste avec ses proches. Elle se trouve moins coquette et dit que cela lui fait du bien de ne plus être prisonnière de ces rituels quotidiens. Elle a passée moins de temps à cela ce qui lui a permis de s'occuper de son jardin. (Je ne me souviens pas qu'elle m'est déjà décrit ses coquetteries comme étant un rituel... encore moins comme étant source de souffrance... je me questionne là-dessus quelque instants, mais suffisamment pour qu'elle s'en rende compte, ce qui a perturbé son flux de pensée.) Elle dit également qu'elle s'est laissée « bouffer, pomper par [son] travail ». Je remarque qu'elle n'a pas dit « ...par mes patrons ». Je comprends cela comme un début de changement de perception vis-à-vis de son travail. Elle l'idéalise moins et diabolise moins « ses patrons ». Dans les entretiens suivant le ton a résolument changé. Durant le sixième entretien elle ne me parlera pas une seule fois de son travail. Elle me remercie pour ce que je fais pour elle et elle me raconte ce qu'elle a entrepris de faire pour aller mieux. Quand elle commence à se sentir mal elle s'occupe de son jardin ou de sa maison. Le Septième rendez-vous commence de la même manière : « j'ai encore passé une bonne semaine... ». Elle est de nouveau plus maquillée et a des fleurs dans les cheveux. Je crains que ce qu'elle m'offre à voir et à entendre ne soit qu'une façade, et alors qu'elle évite soigneusement de me parler de son mal-être je prends le risque de mettre les pieds dans le plat en lui demandant où elle en est à présent vis-à-vis de son travail. Comment elle se situe par rapport à son arrêt maladie ? Plusieurs secondes s'écoulaient durant lesquelles elle ne me répondra pas. Ce n'est pas la première fois qu'un silence s'installe mais je suis cette fois plus vigilant, à l'affût du moindre indice, pour savoir si elle prend le temps d'y réfléchir ou si je viens de rompre la communication. Il y a bien eu stupeur, l'espace d'un instant, je le lis sur son visage. Elle contient des larmes, puis fini par dire « Je sais qu'il faut y penser... ». Elle prend un mouchoir sur le bureau, sèche ses larmes naissantes, me regarde droit dans les yeux et dit : « ...je suis capable d'envisager mon licenciement à présent ». Elle me dit que ça lui est pénible d'y penser, mais que c'est la seule

solution pour sortir de cette situation. Elle m'avoue qu'elle essayait de faire comme si tout allait bien et d'occulter la situation. De ne plus y penser. Mais que ce n'est qu'une illusion. La semaine suivante Madame U. dit qu'elle se sent mieux qu'avant, mais qu'elle souffre toujours. « L'humeur est changeante dans la semaine, mais c'est globalement mieux. » Elle a essayé de passer devant le magasin. Elle n'y est pas parvenue parce qu'elle a aperçu des clientes et croisé une collègue avec qui elle a parlé. Elle s'est sentie mal mais s'est surprise d'avoir été capable de lui parler du travail et de son arrêt maladie tout en contenant ses émotions. Dans son récit je lui fais constater que la description de la rue où se situe le magasin a changé par rapport aux premiers entretiens. Plus tard elle dit encore beaucoup souffrir, elle contient des larmes, que ses blessures ont du mal à cicatriser. Un silence s'installe... Je lui rappelle alors que lors de son premier entretien elle a fait allusion à une carapace qu'elle s'était constituée. Je lui rappelle également qu'il y a trois semaines elle m'a dit se sentir changée. Je lui parle alors des avantages et désavantages de l'exosquelette des insectes, comparé à l'endosquelette des vertébrés. Je constate que j'ai toute son attention. Pour résumer je lui dis que si une carapace protège des petits coups, si jamais un coup est suffisamment puissant, il est létale pour l'animal parce qu'alors sa protection est définitivement brisée. À l'inverse pour nous les Hommes, les ronces peuvent nous griffer, les petits coups peuvent nous faire des bleus, et les coups puissants peuvent même nous briser les os... Mais j'ai ajouté que l'avantage était que nous guérissions toujours, que nous cicatrisions toujours. Elle a alors eu du mal à contenir ses larmes mais elle me dit que cela lui fait du bien, que ce que je lui dis a du sens : « Avant les événements ricochaient sur moi, jusqu'au jour où je me suis prise une grosse claque. Maintenant je suis émotive mais je sais que je peux surmonter cette épreuve. » Elle se sent plus combative, elle parle à nouveau de son licenciement, elle peut l'envisager à présent. Elle en a parlé à son avocat, un rendez-vous est prévu avec l'un de ses patrons. Au neuvième et ultime rendez-vous elle me dit que de nouveau elle a du mal à trouver le sommeil et que plusieurs choses la préoccupent : elle aimerait ne pas avoir à tout raconter de nouveau, et son rendez-vous avec son patron est proche. Elle exprime encore beaucoup d'appréhension, mais dit n'attendre que le licenciement. Sur ce, elle me remercie et met fin à l'entretien au bout d'à peine quarante minutes. Je suis à mon tour licencié... Je partage avec elle cette sensation, cela l'a fait sourire.

2.4. Tentative de compréhension daseinsanalytique

Dans cette partie je ne vais pas tenter d'expliquer ou d'interpréter les différents symptômes et signes présent chez Madame U. Je vais plutôt tenter de mettre plus clairement en évidence ce qui est effectivement survenu dans son vécu. Je ne vais donc pas répondre au « pourquoi ? » de tel ou tel signe, mais au « comment cela se traduit dans sa façon d'être-au-monde ? »

La première dimension de la particularité de l'être-au-monde de Madame U. me semble être imputable à une altération du temps vécu. En effet, Madame U. exprime une légère fixation sur un passé relativement récent mais antérieur à la période où les difficultés à son travail ont commencées à se faire sentir. Je parle là de cette période qui est décrite comme les 6 ans « d'état de grâce » à son travail dans le magasin de vêtements. Elle évoque volontiers cette période de sa vie à plusieurs de nos entretiens. Lors de ces évocations elle est détendue et souriante, elle parle en continu sans se soucier de laisser une place à ma parole ou de savoir si je suis à l'écoute. Et même si je ne lui en fait pas part à ces moments-là, le contenu de son discours me semble quelque fois idéalisé. Madame U. s'accroche à ce passé perdu et idéalisé.

Si les remémorations récurrentes de cette période heureuse semble être volontaires est recherchées, d'autres remémorations négatives renvoyant à ces deux dernières années ont régulièrement lieu. Elles semblent être obsédantes, suivies de tentatives d'écartement sans réel succès. Ces "présentifications" sont source d'une réelle souffrance. À chaque fois qu'elle y fait référence où qu'un élément dans le discours le lui rappelle elle ne peut contenir ses émotions. Ce passé là tout au contraire envahit son présent.

Ce qui me semble le plus prégnant chez madame U. est sa relation au futur. Celui-ci apparaît être parfois bouché, sans espoir, mais le plus souvent n'offrant que des perspectives négatives et douloureuses. À aucun moment durant les quatre premiers rendez-vous elle ne m'a parlé d'un événement agréable à venir. Je me réfère là à tout ce qui est de l'ordre des appréhensions, des anticipations et d'évitements renvoyant à son travail ou à la suite supposée des événements. (Notamment au sujet des actions de justice en cours, ou à propos de son pronostique négatif de guérison.)

De par ses accrochages au passé et ses difficultés à s'inscrire dans un futur agréable, Madame U. a certaines difficultés à vivre pleinement le moment présent. Par exemple elle

n'arrive plus à profiter de ses loisirs ni même à prendre du plaisir à voir sa famille. Et lorsqu'elle vient en consultation, ce n'est pas pour aller mieux mais pour se punir.

Par ailleurs, durant les deux années précédant son arrêt de travail, madame U. présente des vécus de ce que je qualifierais de “vacillement” – et non pas de perte – de « l'évidence naturelle ». Elle me rapporte en effet de nombreuses situations sur son lieu de travail où elle était en effroi. Comme si le champ des possibles s'était fissuré et avait permis à l'improbable d'advenir. (La formation/punition, la perte de son statut d'employée modèle, les réprimandes en présence des clientes, etc.) Cependant, je ne note pas de tel vécu postérieur à son arrêt de travail.

Ces éléments sont également à rapprocher d'une éventuelle “altération de la forme de la présence” qui elle s'est maintenue après son arrêt de travail et qui s'illustre lors des épisodes où une forte anxiété était ressentie alors qu'elle n'était pas objectivement justifiée. Dans ces situations Madame U. ressentait une forme d'injustice, de danger ou plus souvent de honte qui l'empêchait d'agir en congruence avec le monde. C'est également cela qui était en jeu lors de ses visites dans sa famille, où elle n'a pas su s'accorder et profiter de l'atmosphère chaleureuse et festive de la situation.

Pour finir, Madame U. a longuement insisté sur son statut précédent les troubles, sur sa fierté vis-à-vis de ce qu'elle considérait être « son magasin ». Avec les remises en questions de la part de ses patrons, ajoutées à la formation/punition, Madame U. a eu la sensation de perdre le rôle qu'elle avait jusqu'alors massivement investi. Actuellement défaite de son rôle principal elle s'est sentie acculée, persécutée, se sentant incapable de s'approprier le nouveau rôle que l'on voulait lui attribuer. Durant son arrêt de travail, cette sensation s'est transformée en un sentiment d'inutilité qui l'a peu à peu envahie. Son identité brisée, elle n'arrive pas à se resituer dans une ipséité. Elle dit un jour, face à son émotivité et sa fragilité, ne plus savoir qui elle est.

3. Discussion

Le thème de cette recherche était de questionner l'écoute et plus particulièrement « l'écoute clinique » afin de définir qu'elles étaient ses particularités. La question de la place de l'écoute en psychothérapie était également posée, et au vu de la multiplicité des courants thérapeutiques j'ai entrepris de répondre à cette question à partir de quelques-uns des principaux courants que sont le courant humaniste, le courant cognitivo-comportemental et le courant psychanalytique. Nous l'avons lu, chacun de ces courants de par leur appartenance théorique ou idéologique divergentes, cadre l'écoute de différentes façons. La phénoménologie, comme méthode, a été choisie dans le but de mieux définir chacune de ces nuances et afin de se débarrasser de ce qui pourrait obscurcir toute compréhension. La phénoménologie, encore, mais cette fois-ci en tant qu'élément de réponse, apporte un éclairage encore trop peu connu à la psychopathologie.

3.1. L'écoute comme qualité humaine ?

Comme précisé plus tôt, la « qualité d'écoute » semble être valorisée dans de nombreux domaines. Beaucoup se prévalent de la posséder et pourtant n'avons-nous pas tous eu l'occasion de ne pas nous sentir écoutés ? Nous nous sommes alors sentis niés, abandonnés, rejetés ou trahis. Pour autant avons-nous appris de ces expériences ? N'avons-nous jamais entendu un de nos proches nous blâmer de ne pas l'avoir écouté ? Qu'est-ce qui fait alors que nous ne sommes pas capables, la plupart du temps, de nous écouter ? Dans de nombreuses situations sociales, chacun de nous parle, discute plutôt, en piochant dans le discours de l'autre ce qui va lui permettre d'étayer son propre propos. Bien souvent, l'écoute du récit de l'autre n'est que le prétexte pour pouvoir enfin délivrer le nôtre. Scènes navrantes et cependant au combien ordinaires de relations où chacun s'écoute davantage qu'il n'écoute autrui. Et pourtant que recherchons-nous lorsque nous parlons ? Je me référerai brièvement à R. Jakobson (1963) qui distingue six fonctions à la parole : fonction expressive (expression des sentiments du locuteur) ; fonction conative (fonction relative au récepteur, ayant pour but de le convaincre) ; fonction phatique (mise en place, maintien et arrêt de la communication) ; fonction référentielle (le message renvoie au monde extérieur, au contexte) ; fonction métalinguistique (le code lui-même devient objet du message) et fonction poétique (la forme, la musicalité, deviennent l'essentiel du message). Ces différentes fonctions ne se rejettent pas

les unes aux autres, mais se superposent. Ainsi la fonction phatique s'ajoute à la fonction métalinguistique dans la question : « As-tu entendu ce que je dis ? ». Mais cela nous renseigne seulement sur notre façon "d'utiliser" le langage. Or nous n'avons pas ou nous ne devons pas n'avoir qu'un rapport "d'utilité" vis-à-vis de la langue. Cela ne nous aide que peu pour saisir ce que l'autre souhaiterait que nous entendions de lui. Lorsque nous parlons, nous nous attendons à ce qu'un autre nous écoute. Quelle est donc cette attitude d'écoute attendue ? Nous attendons de l'autre qu'il soit attentif, intéressé par ce que l'on dit, qu'il nous comprenne même si nous ne parvenons pas à nous exprimer clairement. Parfois même nous voulons qu'il partage nos sentiments, nos idées... Pourquoi alors cela ne se passe-t-il pas toujours ainsi ? Premièrement parce que selon le type de relation dans laquelle ils se trouvent, les protagonistes ont des intentions divergentes. Le père ou le patron voudra se faire obéir, le commercial voudra vendre plus, le partenaire souhaitera que l'autre partage son vécu, etc. Parallèlement, nous n'écouterons pas de la même façon selon que nous soyons professeur ou policier, prêtre ou « psy », ami ou collègue... Dans certains cas, l'écoute relèvera d'exigences techniques ; dans d'autres cas, il s'agira plus de sensibilité, d'empathie, ou d'autres qualités humaines. Car même si l'intention y est, nous avons vu qu'il n'était pas inné de savoir écouter. Par exemple trop souvent, lorsque l'on voit une personne souffrir, on a envie d'aller la consoler. Or nous avons vu dans la partie théorique, comme avec l'étude de cas que ce type de phrase peu tout au contraire renforcer la sensation de ne pas être compris. Apparaîtrait alors une nécessité de se former à l'écoute ? Mais par quel type de formation ?

3.2. Théorie et technique...

Nous l'avons vu, l'une des réponses à cette question est d'abord apportée par le courant humaniste, pour qui le non savoir est une source de compétence. « L'ultime apprentissage dont nous avons besoin, c'est d'apprendre à ne pas savoir » car « toutes les théories, aussi bonnes soient-elles, risquent de nous égarer quand, érigées en dogme, elles remplacent la sensibilité » (T. Tournebise, 2001) Mais n'y a-t-il pas une nuance à faire entre théorie et dogme ? Quoiqu'il en soit, si les tenants du courant humaniste ne se réfèrent pas à une théorie, ils ont régulièrement recours, ainsi que le font les tenants des thérapies comportementales et cognitives, à des techniques et des nosographies. M. Bellet (1989) nous rappelle qu'« il ne suffit donc pas d'écarter tout savoir et faire l'éloge du non-savoir, si c'est pour se fier à une technique, à des règles, etc. Ce savoir-ci risque même d'être plus pervers

que l'autre, qui laissait à la relation un peu d'espace. » Élaborer des techniques qui vont encadrer l'écoute va nécessairement éloigner l'écouter de l'écouté, parce que tant qu'il sera dans la "maîtrise" des procédures et techniques, il ne sera pas ouvert à l'autre. De plus, y a-t-il une procédure qui puisse rendre compte d'une écoute authentique ? Ne serait-ce pas faire de l'homme l'égal d'une machine ? Nous convenons donc que la spontanéité n'est pas souhaitable. Cependant, si la technique permet d'éviter les travers de la spontanéité par l'adoption de comportements "standardisés", elle nous plonge directement dans un autre piège, celui de la déshumanisation des relations humaines. La théorie comme la technique, portent en elles le risque de nier la spécificité de l'homme, s'il est oublié en tant que visé.

3.3. Quel phénomène est-ce... L'écoute psychanalytique ?

De leur côté, les thérapies analytiques se proposent de réparer les blessures psychiques, qui trouveraient leur origine dans le passé, par l'intermédiaire d'une écoute particulière qui se donne comme objectif de révéler l'inconscient, ce qui le constitue et ses mécanismes. L'espace de l'intervention clinique en psychanalyse est, pour le patient, d'abord un espace de parole, puis un espace de modification de ses mécanismes de défenses sous l'impulsion directe de l'analyste. Pour l'analyste, il s'agira d'abord d'un espace d'écoute dans un mode « d'attention également flottante » puis d'un espace de parole où il va révéler l'inconscient de l'analysé par l'intermédiaire de ses « constructions », elles-mêmes élaborées à partir de ses interprétations – des rêves, des associations libres, et des processus de symbolisation de l'analysé – et de la théorie psychanalytique.

L'analyste écoute la parole de l'analysé. Mais ce qui intéresse l'analyste dans cette parole est en ce qu'elle permettrait d'accéder à l'inconscient de l'analysé. Or dans la théorie analytique, l'inconscient ne se dévoile pas ouvertement ; il ne se donne que par indices, par des voies détournées du fait des résistances mises en place par le "moi" et sous l'influence du "surmoi". Ainsi l'analyste, à l'écoute de l'inconscient de l'analysé, donne une finalité, un sens à la parole de ce dernier, en fonction de sa capacité à reconnaître, repérer, deviner les dimensions implicites, inexprimées, latentes, dans le discours de l'analysé. À travers ses interprétations, l'analyste met au service du patient son propre appareil psychique, sa capacité à comprendre, à élaborer, à symboliser.

3.3.1. Une écoute d'un inconscient à un autre

Si l'analyste encourage la parole, c'est également afin que l'analysé puisse élaborer, symboliser, son monde intérieur. Afin qu'il mette en mots ses sentiments, ses émotions, ses craintes et désirs. En psychanalyse ce phénomène est appelé « l'effet de symbolisation » : dire permet de penser.

Dans la plupart des thérapies analytiques la relation analyste/analysé tient une place majeure dans le cours du traitement. L'importance donnée aux phénomènes transférentiels et contre-transférentiels en est l'exemple. En psychanalyse, l'entretien n'est pas que duel ; si physiquement il n'y a que deux personnes en présence, psychiquement beaucoup d'autres y sont invitées, consciemment ou non, par l'intermédiaire du transfert. Le vécu du sujet en psychanalyse, n'est donc pas authentiquement lié à la situation clinique, mais renverrait à ce qui a déjà été vécu. Cet état de fait participe à la nécessité de suivre une analyse didactique pour l'analyste ; afin de ne pas confondre les "présentifications" des "présentations". Même "présentification" ne veut pas dire qu'il s'agit d'une simple répétition du passé, le sujet ne revit pas à l'identique l'événement, la sensation passé(e). Il y a donc une part d'originalité dans l'expérience du transfert.

Comme dit plus tôt à propos de la question, la psychanalyse préférera l'attention portée aux prémices de la parole plutôt que de poser des questions. Ainsi, l'analyste invite à dire, encourage à dépasser ses résistances quand il ressent que l'analysé a quelque chose à dire. Ne pas questionner, pour les psychanalystes, permet de ne pas orienter le discours de celui qui est perçu comme sujet. L'écoute psychanalytique se veut donc être l'écoute de la parole du sujet, car à travers elle l'analyste pourra accéder à son inconscient.

En psychanalyse, pour écouter « l'oreille doit être nue » (M. Bellet, 1989). Elle serait tout entière attentive à la parole qui se donne et au comment elle se donne. La position « d'attention également flottante » à laquelle Freud invite les analystes en est, selon lui, la posture idéale. L'attention également flottante permettrait à l'analyste, en ne cherchant rien de particulier, en n'ayant rien défini par avance, d'autoriser son propre inconscient à accéder à celui du patient. Celui qui écoute doit être là comme n'étant pas là. Assis dans le dos du patient afin de ne pas être vu ; silencieux afin de ne pas être entendu... L'analyste s'efface, ne laissant que l'analysé seul face à lui-même et à tous ceux qui sont invités par lui-même.

Par ailleurs, l'attention également flottante permettrait à l'analyste d'économiser un effort d'attention qu'il n'est pas possible de maintenir plusieurs heures durant (S. Freud, 1970). Elle permettrait d'éviter à l'analyste d'entendre ce qu'il s'attend à entendre. L'analyste

doit également accepter de se laisser surprendre. Il doit conserver une attitude détachée vis-à-vis du patient et de ce qu'il dit. Pour ne pas donner l'impression que ce qui est dit est plus important que ce qui l'a précédé ou que ce qui va suivre ; ce qui entraverait la libre association du patient.

3.3.2. "Construction dans l'analyse"

Après avoir donné tant d'importance à la parole du patient ; au silence et à la retenue de l'analysé, S. Freud accorde une importance capitale aux interprétations, qui ne doivent pas nécessairement être dites, et aux constructions qui ont vocation à être exposées au patient. S. Freud se défend d'un paradoxe en précisant que s'il y a aussi une parole de l'analyste, elle est seulement offerte, et n'est jamais imposée comme un savoir sur l'autre (S. Freud, 1937). S. Freud dément que s'agissant des interprétations, il y aurait toujours une sorte de « Face je gagne, pile tu perds ! » faisant référence au fait que même quand le patient refusait une interprétation ou une construction, cela pouvait être le signe, par dénégation ou refoulement, qu'elle était justement fondée. S. Freud passe alors en revue les trois comportements différents que peut exprimer un patient face à une construction :

- Soit il l'approuve : soit parce qu'il s'y reconnaît et qu'elle est effectivement juste, soit il ne s'y reconnaît pas, mais par désir de faire plaisir à l'analyste, ou parce qu'il la trouve moins embarrassante que la réalité, il fera « comme si » elle lui correspondait. Un oui n'est une preuve de véracité que s'il est accompagné de nouveaux souvenirs en congruence avec la construction (quid des faux souvenirs...)

- Soit il la désapprouve : en de très rares cas, le non est justifié, authentique. Mais dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'un signe de résistance.

- Soit il ne dit rien : S. Freud pense que si le "sujet" ne dit rien c'est parce que la construction elle-même ne lui dit rien. Elle est alors soit fausse soit incomplète.

La seule certitude que l'on peut tirer de ces trois attitudes se base sur un postulat qui va à l'encontre de la sagesse populaire qui dit : « Qui ne dit mot consent ». S. Freud se défend ainsi de la critique du « face je gagne, pile tu perds ! » en nous disant finalement que quel que soit le contenu de la construction de l'analyste sur l'analysé, l'important sera dans un premier temps la réaction de l'analysé face à cette construction, afin de l'affiner, de la rendre plus juste ; puis, dans un second temps, que cette construction soit considérée, adoptée, par

l'analysé même si elle n'est pas juste, car elle agira comme « substitut du souvenir » (S. Freud, 1937), et permettra la progression de l'analyse en autorisant le retour du refoulé. Or si cette “fausse” construction peut fonctionner comme « substitut du souvenir » pour S. Freud c'est parce qu'elle est également élaborée à partir des, et en congruence avec les, théories psychanalytiques. Notamment avec le complexe d'Œdipe, la doctrine des pulsions, ou les topiques, etc., mais également avec les théories issues de la préhistoire humaine imaginées par S. Freud et des mythes. Tout cela vient colorer, orienter la construction de l'analyste, et renvoie à des conceptions particulières de l'homme en tant qu'*homo natura*.

3.3.3. Écouter, c'est aussi voir

S. Freud postule que l'inconscient parle également à travers le corps. « Celui qui a des yeux pour voir et des oreilles pour entendre constate que les mortels ne peuvent cacher aucun secret. Celui dont les lèvres se taisent, bavarde avec le bout des doigts, il se trahit par tous les pores... » (S. Freud, 1905) L'inconscient parle à travers les mimiques, les gestes, les attitudes, le maintien du corps, l'habillement, mais également à travers les maladies somatiques. C'est à cela que S. Freud fait référence notamment quand il parle d'hystérie de conversion. Le refoulé cherche à tout prix un moyen de s'exprimer. Il choisit alors une zone ayant une certaine signification symbolique et l'investie pour faire passer tant bien que mal son message. Dans une moindre mesure, de nombreux gestes de la vie quotidienne, puisque commandés par l'inconscient, ne seraient pas contrôlables mais perceptible pour qui sait les voir et leur donner du sens.

3.4. Quel phénomène est-ce... l'écoute daseinsanalytique ?

Ce qui est premier en daseinsanalyse est qu'elle a pour seule méthode la phénoménologie. La daseinsanalyse a donc fait sienne l'ensemble de ses exigences et mises en garde. En cela elle convoque l'analyste à plus de vigilance, d'éveil et de réflexion. De l'apport de l'analytique du dasein de Heidegger elle garde une conception particulière et singulière de l'homme. Enfin, la daseinsanalyse ne renie pas sa filiation avec la psychanalyse, ses principaux auteurs ont été pour la plupart psychanalystes. Cependant, si de cette filiation il reste que leur *praxis* sont semblables, daseinsanalyse et psychanalyse diffèrent fondamentalement dans leur rapport à la théorie et dans leur conception de l'homme.

3.4.1. Daseinsanalyse et "praxis" psychanalytique

La vision de S. Freud de l'homme et de ses troubles psychiques fut en son temps révolutionnaire. Allant contre le mouvement dominant, S. Freud a été l'un des premiers à s'insurger contre les visions purement positivistes ou naturalistes de l'homme. Il fut le premier ou du moins le précurseur de ceux qui accordaient une explication psychique aux troubles psychiques et une influence sur les troubles somatiques. Il ne s'agissait alors plus d'un déséquilibre humoral ou d'une débilité physiologique, mais plutôt d'une inadéquation, d'un conflit entre la réalité du monde externe au patient et de sa propre réalité interne ; entre la morale du patient et ses sentiments, et ses désirs. S. Freud avait élevé la compréhension de l'homme et de ses troubles du niveau de l'objet à celui de sujet. Il a restitué de l'intersubjectivité dans la relation thérapeutique. M. Boss (1980) releva cette mise en garde de S. Freud contre toutes formes de thérapies dites de « sollicitude substitutive » (*Besorgen*), qui priveraient le patient de ses troubles en les camouflant plutôt que de les lui restituer afin qu'il apprenne à les connaître et mieux vivre avec. C'est contre cette « sollicitude substitutive » que S. Freud proposera une certaine forme de neutralité, en exhortant les analystes à « demeurer impénétrable pour l'analysé et, comme un miroir, de ne rien montrer d'autre que ce qui lui est montré » (S. Freud, 1912) Ce ne seront que les suivants de S. Freud qui ajouteront le qualificatif de « bienveillante » à cette neutralité afin de lui restituer une dimension plus humaine. Le concept de « sollicitude substitutive » est en fait emprunté par M. Boss à M. Heidegger (1927) qu'il a opposé à la « sollicitude devançante » (*Fürzorge*) pour qualifier

la position authentique de la sollicitude, la seule permettant réellement à une personne d'en aider une autre sans installer de relation de dépendance. « C'est ainsi que chacun, pour l'autre, pourrait aider "l'autre à se rendre transparent dans son souci et à devenir libre pour lui" (M. Heidegger, 1927) loin de chercher à se mettre "à la place" de l'autre, pour "se substituer à lui"... » (J.E. André, 2006)

M. Boss semble également reconnaître le bien-fondé de la libre association d'idée permettant de se tenir « constamment ouvert à l'entièreté de son être » (1980) de même qu'il reconnaît les bénéfices que peut apporter la position allongée du patient, lui permettant de se connecter plus véritablement à son être le plus propre par l'intermédiaire d'une confrontation à soi-même et d'une prise de conscience de son "être-malade".

Là où la daseinsanalyse ne se reconnaît pas dans la psychanalyse c'est dans sa vision, malgré tout encore trop naturaliste de l'homme. « *L'homo natura* » de S. Freud. Les daseinsanalystes ne nient pas pour autant les relations entre le corps et l'esprit, ils veulent au contraire en restituer toute l'intrication. « Il n'y a pas une histoire de vie sans organisme humain, et il n'y a pas d'organisme sans l'histoire de sa vie. » (L. Binswanger, 1947) Mais les daseinsanalystes ne reconnaissent pas l'homme dans la « doctrine des pulsions » de S. Freud, celle-ci ne correspond pas à la vision de l'homme en tant que Dasein. Elle n'est pas compatible avec le fait que l'homme a à-être, c'est-à-dire que l'homme a à dépasser ses prédicats. Il ne saurait s'y réduire. Si les daseinsanalystes ne nient pas les pulsions, ils ne reconnaissent pas l'importance, le déterminisme même que S. Freud leur donne sur l'homme. Bon nombre d'autres points sont discutés dans la littérature daseinsanalytique. Il n'est pas le but d'en faire le détail ici et l'essence même de ce propos n'est pas de critiquer les théories freudiennes en particulier, mais bien plutôt de toujours veiller à prendre ses distances vis-à-vis des théories en générales, afin de leur restituer leur place de « super structure spéculative » (S. Freud in M. Boss, 1980) et en tant que tel. Les théories ne peuvent être ce à partir de quoi une vision éthique de l'homme peut se construire. La daseinsanalyse n'apporte pas une nouvelle théorie de l'homme, elle apporte une méthode d'observation : la phénoménologie. La daseinsanalyse n'apporte pas d'explications, ne cherche pas à interpréter. Elle ne donne pas de sens, elle se donne pour objectif, à l'impossible, de décrire les phénomènes, au plus proche des vécus, afin de saisir comment l'homme est-au-monde. Elle est ouverture de sens.

3.4.2. L'écoute daseinsanalytique

Écouter la souffrance d'un patient, ce n'est pas seulement écouter le "comment" et le "pourquoi" d'un trouble, c'est également écouter le sens de cette souffrance. C'est se demander ce que cette souffrance vient nous apprendre du patient : dans son être au monde, dans sa perception de lui-même, dans sa relation aux autres, à l'espace et au temps. Mais il est périlleux de parler de l'homme et de ses souffrances tant il est facile de les rendre objet. Or les rendre objet d'étude, n'est-ce pas trahir leur essence ? Il s'agit en daseinsanalyse, conformément à la méthode phénoménologique, de ne plus escamoter le phénomène pour ce qui est supposé s'y cacher en arrière fond, mais de rester à l'écoute, dans la compréhension de ce qui se donne, par esquisses continues.

Écouter un patient c'est être capable de s'intoner à son monde, c'est se mettre sur "la même longueur d'onde", c'est être en "tonalité de présence" avec le patient. Cette intonation est le propre de l'homme : « le Dasein est à chaque fois toujours déjà intonné. » (M. Heidegger, 1927) Cette intonation dépend, pour être authentique dans le cadre thérapeutique, d'une exigence et d'une vigilance. Exigence et vigilance principalement à l'encontre de soi-même. Le daseinsanalyste doit faire sienne cette attitude phénoménologique décrite par E. Husserl. Il doit se désencombrer temporairement de son Soi et de ses croyances, le temps de l'épochè. Il doit être capable de laisser advenir l'impensable sans effroi.

Écouter ce n'est pas seulement entendre les mots mais c'est s'ouvrir à une parole, se rendre "passible" du monde qui s'ouvre non seulement par la parole du patient, mais aussi par la coprésence entre le patient et le thérapeute. La parole engage un processus de déconstruction de toutes les représentations mentales pour ouvrir au patient comme au thérapeute une voie à la pensée. Ainsi l'écoute daseinsanalytique implique un dialogue. Le thérapeute parle en écoutant et écoute tout en parlant. (J. Schotte, 2006) La parole du thérapeute est une parole qui écoute, elle lui fait écho et ouvre la parole du patient. « La parole invite le parlant et l'écoutant à se rencontrer. » (A. Huygens, 2008) Dialoguer c'est se mettre d'égal à égal avec le patient, c'est se mettre et le mettre dans un rapport d'humain à humain.

Écouter l'autre c'est aussi lui restituer toute sa place. Or n'y a-t-il pas mieux pour cela que de l'accueillir ? « La psychothérapie commence donc dès ce premier moment où, la porte poussée, un espace-accueil surprend le patient. En franchissant le seuil, une atmosphère insoupçonnable trouble déjà sa manière d'être dans le monde pour le convoquer à être au monde. » (A. Huygens, 2008) Faire entrer de la sorte un patient dans un espace, c'est le

reconnecter à la spatialité du monde, c'est également le reconnecter avec un espace de "nostrité" à "l'être-en-rapport-de-réciprocité", parce que l'accueil est toujours réciproque, sinon il n'est pas.

3.5. Transmission et critique d'une pratique

La fin de mon stage approchant je n'ai pu mener à terme la prise en charge de Madame U. L'une des psychologues du CMP a été désignée pour prendre ma suite, nous nous sommes donc rencontré afin que je lui transmette les informations que j'avais recueillies et le travail effectué. Je lui ai fait une brève présentation : anamnèse, histoire, symptômes... Et lui ai apporté les éléments qui me permettaient de penser qu'il y avait du mieux même s'il fallait rester extrêmement vigilant du fait des événements à venir : le rendez-vous avec le patron afin de négocier au mieux son licenciement. La psychologue avait également suivi mon avancement lors des réunions de synthèses du CMP. Et alors que je pensais qu'elle allait me poser des questions sur Madame U. elle me dit que j'avais fait du bon travail, même si j'avais fait l'impasse sur des éléments qu'elle jugeait importants. D'après elle, j'aurais dû orienter le discours de Madame U. sur son passé. Son enfance, sa relation à ses parents. Elle a relevé, à titre d'exemple, la similitude entre le père « bouffé » par la mère et le fait que plus tard Madame U. ait dit qu'elle s'était laissée « bouffer » par son travail. Je me suis défendu en précisant que la problématique de Madame U. ne semblait pas se trouver là, que cette dernière n'aimait pas s'appesantir sur son enfance, qu'elle n'y voyait aucun intérêt. La psychologue me dit que ça lui démontrait que c'était justement de là qu'il fallait partir, et qu'elle reprendrait tout depuis le départ. Je lui transmis les appréhensions de Madame U. sur le fait de devoir tout raconter à nouveau. Elle me répondit que ce n'était pas grave, que les résistances faisaient partie de la thérapie. Avec du recul je suppose que la psychologue a perçu mon travail comme étant d'orientation cognitivo-comportementale ainsi que l'était mon Maître de stage. Je dois avouer que j'avais bien parfois en tête des exercices, utilisés en thérapies comportementales et cognitives, lors des entretiens. Cependant je ne me reconnaissais pas dans cette pratique qui nécessite une technique particulièrement bien maîtrisée. Mon souci premier, et probablement le plus ambitieux, était celui pour lequel j'étais « missionné » par le psychiatre : « être à l'écoute » de Madame U.

3.6. Limites de la recherche

Dans ce travail je me suis vu confronté à la difficulté de décrire un phénomène qui n'est par nature pas quantifiable, et dont l'appréciation de la qualité dépendra du courant théorique dans lequel on se place. Or, souhaitant inscrire cette recherche en dehors de tout *a priori*, tout "scientifique" soit-il, je devais soit réduire à l'extrême le champ de cette recherche, soit au contraire l'étendre à ces courants théoriques. Pour réaliser cette recherche il m'a fallu faire des choix parmi ces théories, ceux-ci ont été guidés en partie par mes connaissances préalables, mais d'autre part par les lectures rencontrées tout au long de sa genèse. Ces choix étant faits, un autre obstacle se présentait à moi : mes connaissances limitées dans chacun de ces courants, et principalement sur les différentes richesses thérapeutiques. J'ai donc régulièrement eu recours à un style synthétique, à des simplifications qui j'espère n'auront pas trop trahis l'esprit de ces courants. L'exemple le plus flagrant est probablement celui de la psychanalyse : la littérature y est tellement riche concernant ce qui renvoie à l'écoute que j'ai dû dès le départ me centrer sur LE fondateur, et je n'ai que peu dévié de cette ligne de conduite. Ce choix est certainement discutable au vu des continues évolutions de ce courant et de l'écart qui se creuse peu à peu entre la pratique de l'époque et la pratique actuelle.

D'autre part, concernant mon recours au cas clinique, je me dois de préciser que lorsque j'ai rencontré Madame U. pour la première fois je débutais ma formation en phénoménologie clinique et daseinsanalyse. Ma pratique de l'époque, bien que marquée par son souci éthique d'authenticité et de rigueur ne pouvait être totalement authentique et rigoureuse. Je n'étais alors qu'aux prémices du cheminement nécessaire à toute pratique clinique. Je ne suis d'ailleurs aujourd'hui qu'à peine plus avancé, si ce n'est que j'ai pris conscience de l'ampleur du chemin à parcourir. Il aurait certainement été nécessaire d'avoir recours à plusieurs cas cliniques effectués par plusieurs praticiens d'obédiences différentes pour rendre réellement compte de leur apport clinique. Il serait également intéressant de pratiquer des observations phénoménologiques des pathographies classiques afin de mieux saisir l'essence de ces pratiques et de leur vision respective de l'homme.

3.7. Qu'en est-il de la morale ? de la déontologie ? de l'éthique ?

Il semble nécessaire à ce niveau de la discussion de questionner la clinique d'un point de vue morale, déontologique et éthique. Il est indispensable de pouvoir différencier les trois. La morale d'abord, renvoie aux notions de bien et de mal, est un ensemble de règles partagées tacitement par la majorité. Ces règles doivent être suivies si l'on ne veut pas risquer d'être accusé d'avoir fauté ou de subir le courroux des "biens pensants" garant de la norme. Le bien que cherche la morale n'est pas le bien absolu ou le bien ontologique. Le bien de la morale est un bien utilitariste, c'est le bien du plus grand nombre. Le clinicien qui a le désir de faire le bien doit donc s'interroger sur le fondement de ce bien et prendre garde à ne pas l'imposer à l'autre. C'est pourquoi il existe une déontologie. Elle est une sorte de morale préfabriquée pour parer aux éventuels manquements d'une morale personnelle. Le code de déontologie a pour visée de définir un cadre légal de la pratique et de faire naître chez le praticien un minimum de réflexion sur le bien-fondé de ses actes à partir du moment où il acquiert une plus grande responsabilité de par sa position "d'autorité", "d'expert". Le code de déontologie se veut être le seuil moral minimal. Toutefois, le code de déontologie est vain s'il ne fait pas naître chez les praticiens un réel engagement éthique. L'éthique est au-delà du bien et du mal, bien au-delà car elle est au-delà même du jugement. L'acte éthique peut induire une rupture avec le consensus, puisqu'il pousse celui qui agit dans une quête d'authenticité par rapport à ce qui fait la spécificité de l'étant homme. Cela pose alors à nouveau la question des techniques et théories, qui ne sont rien d'autre que des schémas, des simplifications, des abstractions qu'il ne faudrait en aucun cas confondre avec la réalité.

« C'est la raison pour laquelle la daseinsanalyse me semble être une ouverture clinique fondamentale. Un courant thérapeutique aussi rigoureux qu'humain qui n'a de cesse d'interroger sa méthode et d'affiner son objectif : écouter l'être le plus propre du patient, sans croyance, ni jugement. » (A. Huygens, 2008) La daseinsanalyse, plus que tout autre pratique thérapeutique exige du praticien une rigueur, une réflexion, et un travail de déconstruction. Si la phénoménologie exige un énorme travail de connaissance, ce n'est seulement pour que l'on soit capable de s'en affranchir avec plus d'aise. Je m'en référerai pour illustrer cela à F. Nietzsche (1883).

« Quand Zarathoustra eut prononcé ces paroles, il se tut, comme quelqu'un qui n'a pas dit son dernier mot. Longtemps il soupesa son bâton avec hésitation. Enfin il parla ainsi et sa voix était transformée :

Je m'en vais seul maintenant, mes disciples ! Vous aussi, vous partirez seuls ! Je le veux ainsi.

En vérité, je vous conseille : éloignez-vous de moi et défendez-vous de Zarathoustra ! Et mieux encore : ayez honte de lui ! Peut-être vous a-t-il trompés.

L'homme qui cherche la connaissance ne doit pas seulement savoir aimer ses ennemis, mais aussi haïr ses amis.

On n'a que peu de reconnaissance pour un maître, quand on reste toujours élève. Et pourquoi ne voulez-vous pas déchirer ma couronne ?

Vous me vénerez ; mais que serait-ce si votre vénération s'écroulait un jour ? Prenez garde à ne pas être tués par une statue !

Vous dites que vous croyez en Zarathoustra ? Mais qu'importe Zarathoustra ! Vous êtes mes croyants : mais qu'importent tous les croyants !

Vous ne vous étiez pas encore cherchés : alors vous m'avez trouvé. Ainsi font tous les croyants ; c'est pourquoi la foi est si peu de chose.

Maintenant je vous ordonne de me perdre et de vous trouver vous-mêmes ; et ce n'est que quand vous m'aurez tous renié que je reviendrai parmi vous.

En vérité, mes frères, je chercherai alors d'un autre œil mes brebis perdues ; je vous aimerai alors d'un autre amour.

Et un jour vous devrez être encore mes amis et les enfants d'une seule espérance : alors je veux être auprès de vous, une troisième fois, pour fêter, avec vous, le grand midi.

Et ce sera le grand midi, quand l'homme sera au milieu de sa route entre la bête et le Surhomme, quand il fêtera, comme sa plus haute espérance, son chemin qui mène à un nouveau matin.

Alors celui qui disparaît se bénira lui-même, afin de passer de l'autre côté ; et le soleil de sa connaissance sera dans son midi.

« Tous les dieux sont morts : nous voulons, maintenant, que le surhomme vive ! » Que ceci soit un jour, au grand midi, notre dernière volonté ! –

Ainsi parlait Zarathoustra. »

F. Nietzsche (1883)

Conclusion :

Ce travail avait pour objectif de questionner le phénomène de “l’écoute”, et en particulier “l’écoute clinique”. Comment écoute-t-on ? Comment n’écoute-t-on pas ou mal ? Qu’est-ce qui différencie un *quidam* d’un clinicien face à “l’écoute” ? Et enfin comment les théories auxquelles les cliniciens se réfèrent peuvent orienter leur “écoute” ? Ces questionnements sont nés de fréquentes observations de situations où ceux qui sont censés s’écouter ou “être à l’écoute” de l’autre n’y étaient pas. Plusieurs niveaux ou modes de compréhension de “l’écoute” ont donc été définis, notamment selon l’obédience théorique que l’on peut adopter, ou du souci éthique qui nous anime. Ce qui semble faire la spécificité de l’écoute clinique est qu’elle porte en elle une exigence d’authenticité et de rigueur. Que de ce fait elle passe nécessairement par une ou plusieurs étape(s) de formations, et probablement de formalisations.

Cependant, par le recours à la méthode phénoménologique, nous avons pu nous rendre compte que selon le courant théorique auquel on se réfère, l’authenticité recherchée, et la vision de l’homme y procédant n’étaient pas les mêmes. Par ailleurs nous avons également pu nous rendre compte que toute théorie, si riche soit-elle, ne doit pas être confondue avec la réalité du monde. Que si les théories permettent la recherche et l’accumulation de connaissances, elles ne sont jamais que des théories. Par la description de la méthode phénoménologique elle-même nous en sommes arrivés à décrire quels peuvent en être ses prolongements du point de vue d’une pratique clinique. Comme nous l’avons vu à travers l’étude de cas, il n’est pas aisé d’adopter cette attitude phénoménologique sur tous les fronts à la fois : celui de sa pensée et de ses croyances (théoriques) et celui de l’analyse clinique à proprement parlé du patient. S’il s’agit de se former alors, ce n’est qu’une première étape d’un long cheminement personnel, qui trouvera sa suite dans un questionnement éthique des pratiques cliniques, et de sa propre conception de l’homme.

Références bibliographiques

- André, J.E. (2006). *Heidegger et la liberté : le Dasein face à la Technique*. Paris : L'Harmattan.
- Bandura, A. (1977, éd. 1995). *Théorie de l'apprentissage social*. Paris : Pierre Mardaga éditeur.
- Bandura, A. (1995, éd 2007). *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck.
- Barthes, R. (1984). *Le Bruissement de la langue : Essais critiques IV*. Paris : Éditions du Seuil.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press.
- Bellenger, A. (2007). *L'Expérience psychanalytique*. Paris : Texte non publié.
- Bellenger, L. et Couchaere, J.M. (2007). *L'écoute : Osez l'empathie pour améliorer vos relations*. Paris : ESF Editeur.
- Bellet, M. (1989, éd. 2009). *L'écoute*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Binswanger, L. (1933, éd. 2000). *Sur la fuite des idées*. Millon.
- Binswanger, L. (1947, éd. 2005). *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : Éditions de Minuit.
- Blankenburg, W. (1971, éd. 1991) *La perte de l'évidence naturelle*. Paris : PUF.
- Boss, M. (1987, éd. 2010). *Les séminaires de Zurich, par Martin Heidegger*. Trad. Caroline Gros. Paris : nrf Gallimard.
- Boss, M. (1980 éd. 2007). *Psychanalyse et analytique du Dasein*. Paris : Librairie philosophique J.Vrin.
- Bouckaert, B. (2003). *L'idée de l'autre : la question de l'idéalité et de l'altérité chez Husserl*. Dordrecht :Kluwer Academic Publishers.
- Bridoux, A. et Granato, Ph. (2010). Reconnaissance visuelle des émotions faciales au cours d'un trouble dépressif majeur de type mélancolie délirante. *Annales medio-psychologiques*, 168, Pages 602-608.
- Celis, R. et Gennart, M. (1992). *Amour et Souci, les deux formes fondamentales de la nostrité humaine dans l'analytique existentielle de Ludwig Binswanger. Figures de la subjectivité. CNRS, 1992, 78-90.*

- Charbonneau, G. (2006). *Les paradigmes de la psychopathologie phénoménologique. La psychopathologie phénoménologique*, 7, 18-51. Argenteuil : Le cercle herméneutique.
- Chiland, C. (2007). *L'Entretien clinique. Coll. Quadrige, 2' édition*. Paris : PUF.
- Cottraux, J. (2011). *Les psychothérapies comportementales et cognitives. 5' édition*. Paris : Elsevier Masson
- Denis V. (2011). *Le psychologue clinicien sourd existe-t-il ?* *Empan*, 3 n° 83, 41-49. DOI : 10.3917/empa.083.0041
- Dupond, P. et Cournarie, L. (2001). *Phénoménologie : un siècle de philosophie*. Paris : Ellipses
- Duruz, N. (1994). *Psychothérapie ou psychothérapies? Prolégomènes à une analyse comparative*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Fedida, P. (2001). *Des bienfaits de la dépression : éloge de la psychothérapie*. Paris : Odile Jacob.
- Freud, S. (1895, éd. 2010). *Etude sur l'hystérie. Œuvres complètes t. II*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1900, éd. 2010). *L'interprétation du rêve. Œuvres complètes t. IV*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1905, éd. 2006). *Cinq Psychanalyses*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1912, éd. 2010). *Conseils aux médecins pour le traitement analytique. Œuvres complètes t XI*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1913, éd. 2010). *Totem et Tabou. Œuvres complètes t. XI*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1916-1917, éd. 2010). *Introduction à la psychanalyse. Œuvres complètes t. XIV*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1920, éd. 2010). *Au-delà du principe de plaisir. Œuvres complètes t. XV*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1923, éd. 2010). *Le moi et le ça. Œuvres complètes t. XVI*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1928, éd. 2010). *Psychanalyse et théorie de la libido. Œuvres complètes t. XVI*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1937, éd. 2010). *Construction dans l'analyse. Œuvres complètes t. XX*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1938, éd. 2010). *La doctrine des pulsions. Œuvres complètes t. XX*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1940, éd. 2010). *Abrégé de psychanalyse. Œuvres complètes t. XX*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1970, éd. 2007). *La Technique psychanalytique*. Paris : PUF.

- Heidegger, M. (1927, éd. 1964). *L'Être et le temps*. Trad. Boehm, R. et De Waelhens, A., Paris : Gallimard.
- Heidegger, M. (1927, éd. 1986). *Être et Temps*. Trad. François Vézin. Paris : Gallimard.
- Heidegger, M. (1927, éd. 1985). *Être et Temps*. Trad. Emmanuel Martineau. Edition numérique hors commerce.
- Heidegger, M. (1945). *Lettre à Jean Beaufret*. in (2008). *Question III et IV*, Paris : Gallimard
- Husserl, E. (1913, éd. 2006). *Idées directrices pour une phénoménologie*. Trad. Paul Ricoeur. Paris : tel Gallimard.
- Husserl, E. (1947, éd. 1992). *Méditations cartésiennes*. Trad. Emmanuel Levinas. Vrin.
- Huygens, A. (2008). *Penser l'existence, exister la pensée*. St Just la pendue : les belles lettres coll. « encre marine ».
- Jacobi, B. (2006). *Eloge de la clinique dans l'entretien*. in Douville, O. et al. *Les méthodes cliniques en psychologie*. Paris : Dunod.
- Jakobson, R. (1963, éd. 2003). *Les Fondations du langage. Essais de linguistique générale I*. Paris : Les éditions de Minuit.
- Janet, P. (1919, éd. 2007). *Les médications psychologiques*. Paris : L'Harmattan.
- Legrand du Saulle, H. (1878). *Etude clinique sur la peur des espaces*. Paris : V.-A. Delahaye.
- Lemaire, P. et Blaye, A. (2007). *Psychologie du développement cognitif de l'enfant*. De Boeck.
- Liotard J.- F. (1954, éd. 2011). *La phénoménologie*. Paris : PUF Que sais-je ?
- Maldiney, H. (1987). *Une phénoménologie à l'impossible : la poésie. Étude phénoménologique n° 5-6*. 5-52.
- Minkowski, E. (1933, éd. 1995). *Le Temps vécu. Étude phénoménologique et psychopathologique*. Delachaux : PUF-Quadrige.
- Mirabel-Sarron, C. (2004). *L'entretien en thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Dunod
- Mucchielli, R. (1996). *L'Observation psychologique et psycho-sociologique. Coll. Formation permanente en sciences humaines. 5^{ème} édition*. Paris : ESF éditeur.
- Nietzsche, F. (1883, éd 1992). *Ainsi parlait Zarathoustra*. Paris : Albin Michel.
- Nietzsche, F. (1888, éd. 1997). *Ecce Homo ; comment on devient ce que l'on est*. Mille et une nuits.

- Pacherie, E. (2004). *L'empathie et ses degrés*.in Berthoz, A. et Jorland, G. *L'Empathie*. Paris : Odile Jacob.
- Porter, E.-H. (1950). *Introduction to Therapeutic Counseling*. Boston, Houghton, Mifflin.
- Revault d'Allonnes, C. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*.
- Rogers, C. et Kinget, G.-M. (1963, éd. 2009). *Psychothérapie et relations humaines*. Paris : ESF éditeur.
- Rogers, C. (1961, éd. 2005) *Le Développement de la personne*. Paris : Dunod InterÉditions.
- Schotte, J. (2006). *Un parcours - Rencontrer, relier, dialoguer, partager*. Paris : Le Pli.
- Stampfl, T. et Lewis, D. (1967). Essentials of implosive therapy: A learning theory-based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 496-503.
- Stoloff, J.-C. (1993). *L'interprétation de la rationalité à l'éthique psychanalytique*. Paris : Bayard.
- Tournebise, T. (2001, éd. 2009). *L'écoute thérapeutique*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur.
- Winnicott, D.-W. (1971, éd. 2004) *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

Résumé

Ce mémoire de recherche propose d'explorer le monde de "l'écoute clinique", de quelques-uns des principaux courants thérapeutiques, en utilisant comme méthode la phénoménologie qui selon E. Husserl devrait être à la base de la formation de toutes les sciences. Ce travail commence par définir ce que peut être "l'écoute" pour tout un chacun, et quelles en sont alors les formes manquées. Puis s'appuyant sur une littérature variée il trace une sorte de diagnostic différentiel de "l'écoute clinique", en s'intéressant particulièrement au courant humaniste, aux thérapies cognitivo-comportementales et à la psychanalyse.

Le fil rouge de ce travail est la phénoménologie, comme méthode, c'est pourquoi ses fondements y sont également exposés, ainsi que ses prolongements appliqués à la clinique : La daseinsanalyse.

L'ouverture clinique de ce travail se fait à travers une étude de cas réalisée dans un premier temps d'une façon classique, puis s'enrichit peu à peu d'une compréhension daseinsanalytique, afin de dévoiler le monde du patient.

La discussion interroge "l'écoute" des pratiques exposées plus tôt et s'enrichit d'une réflexion éthique nécessaire à toute pratique clinique.

Mots clefs : écoute ; écoute clinique ; phénoménologie ; daseinsanalyse ; thérapies comportementales et cognitives ; psychanalyse ; éthique.

Abstract

This research paper aims to explore the world of "clinical listening", of some of the mainstream therapies, using phenomenology as a method according to E. Husserl which should be the basis for the formation of all sciences. This work begins by defining what can be "listening" for anyone, and which are the missed forms. Then basing on a varied literature it traces a kind of differential diagnosis of "clinical listening", with a focus on humanist, cognitive behavioral therapies and psychoanalysis.

The thread of this work is the phenomenology as a method, which is why its foundations are also exposed, as well as its extensions applied to the clinic: The Daseinsanalyse.

The opening of this clinical work is done through a case study as a first step in a conventional manner, then expanded gradually to a daseinsanalytic understanding to unveil the world of the patient.

The discussion questions "listening" practices outlined earlier and enriches for a necessary ethical thought for any clinical practice.

Keywords : listening ; clinical listening ; phenomenology ; daseinsanalyse ; behavioral and cognitive therapies ; psychoanalysis ; ethics.