

AU DELA DES OUTILS... POUR UNE ANALYSE DES PROCESSUS PSYCHIQUES

Guillaume POUPARD¹

Face à la « psy attitude », qui envahit l'espace du quotidien (magazines, émissions télévisées et radiophoniques) en prônant le droit au soulagement rapide de la souffrance... Face aux multiples formations ultra-brèves aux programmes alléchants : « Déclic santé, le traitement bref des traumatismes, life coaching, counselling, réparation par le toucher... », proposées par de nombreux organismes dont beaucoup se targuent d'une certification nationale voire internationale... Face aux propositions d'accompagnement thérapeutique fondées sur la disparition immédiate de tout ersatz de singularité ou sur l'accès à la plénitude totale, illimitée et infinie : « les chemins vers l'unité, l'être à soi, la respiration consciente, le nettoyage des corps, accéder à son génie personnel, être auteur de sa vie, ... » ; Un questionnement doit être avancé afin d'interroger les positions théoriques et les pratiques thérapeutiques qui émergent aujourd'hui dans l'espace de la souffrance psychique, et préciser la spécificité des psychologues cliniciens face à l'émergence de nouveaux métiers « psy ». Je souhaite ici dégager mon argumentaire de toute position idéologique et insisterai sur les choix techniques, méthodologiques et les types de formations nécessaires eu égard aux caractéristiques psychopathologiques singulières nouvelles des personnes que nous rencontrons.

Situons le contexte de notre propos : depuis 2004, année de l'article 52 issu de l'amendement Accoyer, les oppositions s'expriment et s'affrontent, parfois avec violence, face au ministère de la santé et jusque dans les hémicycles parlementaires. Le point nodal de ces prises de position entre psychologues et psychothérapeutes, porte sur la formation initiale en psychopathologie, les pré-requis à la fonction diagnostique, les indications thérapeutiques, le pronostic ; bref, ce que nous nommons généralement : « compétence clinique », acquise progressivement tout au long des expériences de stage en institution et de supervisions, durant le cursus de formation des psychologues.

Ma pratique en libéral de psychologue clinicien, de psychothérapeute et de formateur de professionnels du soin, se trouve aujourd'hui traversée par les nouvelles situations sociales et

¹ Psychologue clinicien, docteur en psychopathologie, psychothérapeute, formateur. Les catalans 05700 la Bâtie Montsaléon. gp@poupard.fr

psychologiques qui ne manquent pas de nous interroger du point de vue des types d'accueil et d'accompagnement de ces nouveaux modes d'expression de la souffrance psychique (troubles identificatoires, addictions sans objet, polytoxicomanies, épuisement psychologique, situations incestuelles, suicides...). A quels paradigmes et à quelles méthodologies nous référons-nous pour dégager les hypothèses cliniques que nous soutenons dans notre pratique psychothérapique ? Quels concepts étaient nos diagnostics et quelles grilles de lecture, situées au plus près du patient ou du groupe, nous orientent dans nos propositions d'indication ?

Un haut niveau de formation

Tout d'abord, il me semble essentiel de souligner ici l'importance de **l'adéquation de nos pratiques professionnelles** (dispositifs groupaux, pratiques médiatisés, dispositifs emboîtés, régulation d'équipe, pratiques institutionnelle et sociale....) et de **l'ajustement de nos outils** (modifications spatio-temporelles du cadre, stabilisation et régulation des états émotionnels, co-thérapies, ajustement de l'alliance thérapeutique, nouvelles modalités du rapport...) aux singularités et aux spécificités des patients que nous rencontrons aujourd'hui (précarité sociale et économique, monoparentalité, télé réalité, monopole du principe de plaisir, violences groupales, quête de l'excès, modification des rapports au temps et à l'espace...). **Revendication du sur-mesure** qui s'inscrit pour nous en faux, face à l'attitude qui prône l'utilisation ultra-rapide et la supra-intégration de multiples techniques qui ont fleuri et fleurissent aujourd'hui encore dans les supermarchés du soin. Au contraire, et face à l'apparente simplicité d'usage de certains outils et de certaines techniques thérapeutiques, nous soutenons la nécessité d'un **haut niveau de formation** généraliste et spécialisé en psychologie clinique et sociale (éthique et déontologie, développement de l'enfant et de l'adolescent, neurobiologie, psychophysiologie, analyse des données qualitatives, communication, entretiens cliniques, psychologie sociale et de la santé, approche des groupes et des institutions, thérapie des psychoses et de l'autisme, relations parents-nourrissons, prise en charge des addictions...), et ce, afin de maintenir, sinon de garantir, les conditions minimales d'un **accompagnement thérapeutique éthique** ; c'est-à-dire en adéquation avec l'esprit des principes moraux auxquels nous nous référons et au regard du code de déontologie (texte du 22 mars 1996) qui garantit la pratique de notre profession. Enfin, haut niveau de formation qui rend possible le soutien d'un **questionnement constant et renouvelé** sur le pourquoi de nos choix et des modalités d'intervention proposées, ainsi que **l'argumentation théorique, technique et processuelle** de ceux-ci.

Une formation longue en psychopathologie

De plus, il nous semble important de soutenir qu'une **formation longue et pluri-orientée en psychopathologie** de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, rend possible un repérage précis des processus psychiques, affectifs et relationnels en souffrance chez nos interlocuteurs - qu'ils soient des personnes, des groupes ou des institutions -. Programme de formation alors exigeant, rigoureux et pluri-référencé (psychopathologie psychanalytique, psychopathologie athéorique, psychopathologie cognitiviste...), qui s'inscrit dans un dispositif universitaire de plusieurs années et qui convie celui qui s'y confronte à interroger ses choix idéologiques et les limites de ceux-ci, mais aussi à questionner sa praxis quotidienne inscrite au point de nouage entre des réalités individuelles, groupales, institutionnelles et sociétales complexes (Kaës, 1976, 1993).

La fonction diagnostique et l'examen psychologique

Alors, face à cette complexité des phénomènes psychiques - qui selon nous nécessite une lecture pluri-focale de la souffrance psychique - nous avançons que cette dernière ne peut être appréhendée qu'à l'issue d'un **diagnostic clinique rigoureux et approfondi**. Diagnostic spécifique qui met en exergue la dynamique psychique singulière des sujets rencontrés, leurs potentialités évolutives, leur problématique personnelle et qui débouche sur des propositions thérapeutiques créatives et à chaque fois réajustées. Diagnostic clinique qui s'appuie sur un **examen psychologique** initié par une plainte ou une symptomatologie d'appel et étayé par des outils psychométriques scientifiques qui évaluent le fonctionnement intellectuel, le fonctionnement neuropsychologique et la personnalité dans ses différentes composantes. Ce faisant, sont rendus possibles l'éclairage des singularités du sujet et l'objectivation des différences individuelles par le recours à différents tests comme, et pour ne citer qu'eux : la WAIS-III, les Progressives Matrices, le Benton, la Figure de Rey, le MEM-III, le BDI-II, le MMPI-2, le TAT, le Rorschach... dont l'utilisation requiert une compétence spécifique reconnue aux titulaires du titre de psychologue (loi du 25 juillet 1985), mais nécessite aussi des conditions particulières de passation, de dépouillement, d'analyse et de restitution auxquelles ils ont été formés durant plusieurs années universitaires (méthodologie, bilan cliniques, techniques projectives...) et lors des nombreux stages de professionnalisation qu'ils ont réalisés.

Alors, il ne s'agit pas pour le psychologue clinicien d'enregistrer uniquement un résultat, mais davantage de **repérer, spécifier et construire - d'un point de vue processuel -** les mécanismes de défense, les types d'angoisse, le rapport à la réalité externe, la qualité des

objets internes, l'intrication entre les processus primaires et secondaire, le rapport aux limites, la qualité de l'activité fantasmatique, le rapport aux imagos parentales, les capacités de désorganisation interne, la qualité des mouvements identificatoire, la tolérance d'une certaine fragilité psychique, la possibilité d'accueil de l'inconnu, etc., qu'il appréhende comme les marques singulières des sujets, des groupes et des institutions qu'il rencontre, mais aussi, et tout particulièrement, de saisir et prendre en compte les éléments environnementaux et contextuels dans l'analyse clinique qu'il s'engage à restituer. Par processus, nous entendons cet « ensemble de phénomènes conçu comme actif et organisé dans le temps (...) et ou actif peut se traduire par initiateur de changement » (Sinelnikoff, 1998, 184).

Tisser l'intime et l'extime

Par le **tissage de l'intime et de l'extime**, le psychologue clinicien se situerait dans ce lieu où réalité interne et réalité externe se rencontrent, se confrontent et s'affrontent parfois ; espace intermédiaire, voire transitionnel, ouvert sur des phénomènes psychiques singuliers et où la question : « est-ce la réalité intrapsychique ou la réalité physique ? » *se doit pour nous de rester posée*, et ce, afin de laisser toute leur vivance aux processus psychiques à l'œuvre. Par son inscription soutenue à une place **d'acteur sociétal**, le psychologue clinicien serait alors cet humain de corps et de cœur situé au point de rencontre entre les espaces intrapsychique, intersubjectif et externe, et dont la fonction pourrait bien être d'accompagner, autant que faire se peut, **le nouage plus fluide** de ceux-ci face aux mouvements de désorganisation, de déliaison, de rigidification, d'unipolarisation, de désingularisation et d'immobilisation qui caractérisent pour nous le pathologique (Kaës et coll., 1996). Position exigeante alors, à laquelle se contraint le psychologue clinicien dans ce **travail de pensée** orienté par la notion de processus qui rend alors possible la contention puis la transformation des mécanismes d'externalisation des conflits intrapsychiques sur les différentes scènes groupales et institutionnelles ; ce travail spécifique n'allant pas sans l'installation et la garantie d'un cadre contenant (accueil des parts archaïques de la personnalité) et conteneur (structure de transformation des processus psychiques) défini par un système de consignes (libre association / abstinence).

La clinique duelle et groupale mise en travail dans la relation

Travail clinique d'appréhension de la complexité, qui n'est pas sans requérir une formation complémentaire souvent longue à l'approche groupale et institutionnelle (formation aux phénomènes inconscients à l'œuvre dans les groupes et les institutions, formation au

psychodrame de groupe ou en groupe, formation aux pratiques de supervision et de régulation d'équipe, formation à la dynamique et à l'animation de groupes, débriefing psychologiques...) qui ouvre sur la prise en compte de l'inscription d'un sujet dans ses groupes sociaux, rend possible la saisie de phénomènes complexes et le maintien d'une position fondamentalement humaniste et non contradictoire - même si en tension parfois - avec les notions d'efficacité et de rentabilité.

Mais aussi, **travail clinique de la subjectivité** qui ne peut être conduit à bien qu'à s'appuyer sur un travail psychique personnel de plusieurs années, condition sine qua non d'une plus juste appréhension de la dynamique transféro-contre-transférentielle inscrite au cœur des rencontres cliniques et psychothérapeutiques. Travail analytique et didactique qui ne souffre d'être prescrit par aucun et qui ne peut naître que d'un désir personnel dont il appartient à chacun d'en suivre la trace afin d'en explorer la singularité avec surprise, douleur et parfois effroi.

Mais aussi, **position clinique d'accompagnement** d'individus, d'équipes ou d'institutions qui ne peut s'installer dans l'immobilisme de certitudes idéologiques et qui nécessite une mise en mouvement et un questionnement issu d'un engagement fréquemment renouvelé en formation professionnelle continue, en supervision de la pratique professionnelle, ou qui est initié par des lectures complémentaires et par le travail « confrontatif » avec ses pairs (groupes de recherche, intervisions, cartels...). Travail de questionnement incessant des motifs, des intentions et des demandes qui ont causées notre intervention : quelle cause servons nous, quelles en sont les limites, les enjeux et les risques ? Nous soutenons que c'est à ce prix, et à ce prix - psychique – seulement, qu'il est possible au psychologue clinicien de maintenir vivant, et toujours questionné, un modèle complexe d'appréhension des faits psychiques.

Mais encore, **travail psychique d'équipe** inscrit dans une institution ou au sein d'un réseau (CH, Unité de prise en charge des douleurs, CCAA, MECS, organisme de formation...) au cœur desquels l'activité de pensée peut être soutenue spécifiquement par le psychologue clinicien à partir de la position tierce qu'il occupe, maintient, renouvelle et interroge constamment face aux processus de déliaison, de contamination ou de destruction (Kaës et coll., 1996). Sa spécificité n'est-elle pas alors, de garantir et de rendre possible - à partir de l'analyse des multiples transferts clivés, fragmentés, altérés - la continuité face au délitement, le mouvement face à l'immobilité, l'activité de pensée face à la perte de sens, l'errance face au protocole, l'accueil face au rejet, l'écoute face à l'agir, la parole face au silence, l'invisible face à... Mais aussi de permettre à chacun des acteurs en présence de reprendre sinon de

soutenir sa place de sujet et sa parole professionnelle singulière au sein des différents espaces groupaux et institutionnels (pluridisciplinarité, incomplétude réciproque) ; travail psychique spécifique auprès des équipes qui ne peut se déployer qu'à partager les temps multiples de la vie quotidienne...

Enfin, **recherche clinique**, comme objet conteneur, narcissisant, mobilisateur dans le travail de la clinique quotidienne des institutions, la recherche ouvre sur la construction d'une problématique, sur la formulation d'hypothèses et sur l'élaboration d'une méthodologie de recueil et de traitement des données. Elle s'appuie sur un certain niveau de conceptualisation théorique et rend possible lorsque ce travail est mené en équipe, à « l'élaboration des pratiques de l'institution » (Caron, 1997).

Quête de « l'Universal Fast-Care »

Sans celles-ci et certaines autres spécificités encore, la pratique « psy » n'est que l'emploi d'un arsenal d'outils types, et les propositions thérapeutiques infligées aux clients plaintifs et pressés ne peuvent se résumer qu'à un regroupement de recettes, un listing d'étapes à franchir, une succession de rituels psychomagiques et de gesticulations comportementales, verbales, cathartiques qui vident alors la rencontre de ce qu'elle portait d'unique et ouvrent sur l'effacement du singulier au profit du normatif, du chiffré et du quantitatif. Et quand bien même les effets à court terme sembleraient bénéfiques, c'est à la perte de sens ou de repères que les sujets continuent d'être confrontés, et ce faisant, à l'installation d'une plus grande **déserrance psychique**... Ainsi, c'est une inscription en faux, qu'en tant que psychologue clinicien, psychothérapeute et formateur, je soutiens ici face à l'acquisition rapide - moyennant paiement et sans questionnement sur les processus mobilisés - d'un package de techniques ou d'outils en tout genres, universelle, codifiés à la lettre, désobjectivants voire déshumanisants quand ils ne sont pas inscrits dans une rencontre inédite, imprévisible et surprenante...

En guise de ponctuation

Face à l'**imposture interventionniste** qui a pour seul et unique cheval de bataille, la lutte sans compromis contre les symptômes gênants, les ratés de la vie quotidienne, les baisses de performance, les turbulences émotionnelles ou les errances de vie, en somme contre tout ce qui porte le signe de l'humanité - s'agirait-il alors de bannir définitivement toute exploration des champs du singulier et de faire taire les espaces en friche porteurs de parole potentielles ?

Nous soutenons ici, au-delà de l'usage d'un certain nombre d'outils, la nécessité d'une analyse et d'un accompagnement des processus psychiques en jeu dans la **rencontre inédite** entre un clinicien et un sujet, un groupe ou une institution en souffrance, afin que se maintienne le travail de remaniement des forces et des enjeux psychiques inscrits dans une histoire, des articulations inconscientes, des ressources disponibles et des modes de relation aux autres qui s'inscrivent dans un espace-temps marqué par l'actualité historique, économique et sociétale du moment ; cette approche exigeante se fonde « sur le renoncement, le dessaisissement par le thérapeute de l'usage de la suggestion » et envisage « le symptôme comme un point d'appui pour la parole » (Lemler, 2000).

Ce faisant, le psychologue clinicien, loin d'être cet « homme à la mallette », cet « homme à la boîte à outils bien pleine », cet « outil de production », serait ce professionnel qui - à partir du chevet du patient - se confronte au paradoxe aigu de permettre à un humain de s'inscrire en tant que **sujet de l'inconscient**, sujet d'une souffrance singulière, afin qu'il saisisse dans l'acte **les ressorts de sa subjectivation**. Ainsi donc, c'est une **éloge de la rencontre singulière et surtout de ses ratés** que nous affirmons ici, une position éminemment politique en faveur d'un choix de société humaniste, qui permettrait à un sujet fondamentalement singulier de se construire et de se reconstruire dans le temps et dans l'espace comme sujet de l'inconscient, mais aussi comme sujet du groupe.

Bibliographie

CARON, F., 1997. « Quelles places pour les psychologues aujourd'hui dans les institutions sanitaires et sociales. *Colloque de l'URIOPS, 25 mars 1997, Aix-en-provence.*

CODE DE DEONTOLOGIE DES PSYCHOLOGUES. Texte du 22 mars 1996, ratifié en assemblée plénière à Paris le 22 Juin 1996 (AEPU - ANOP – SFP).

LEMLER, D., 2000. « La dimension thérapeutique ». *La lettre de psychiatrie française, N° 100.*

KAES, R., 1976. *L'appareil psychique groupal*. Paris : Dunod.

KAES, R., 1993. *Le groupe et le sujet du groupe. Eléments pour une théorie psychanalytique du groupe*. Paris : Dunod.

KAES, R., et coll., 1996. *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris : Dunod.

SINELNIKOFF, N., 1998. *Les psychothérapies. Dictionnaire critique*. Paris : ESF.

TITRE DE PSYCHOLOGUE : Loi 85-772 25 Juillet 1985, article 44, en vigueur, modifié par ordonnance 2005-1040 2005-08-26 art. 7 1°. JORF 27 août 2005. Décret N° 90-255 du 22 mars 1990, version consolidée au 10 février 2005, fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue.