

L'observation en psychosomatique

Le regard en psychanalyse

Comme chacun le sait, Sigmund Freud, en créant la méthodologie psychanalytique, a choisi un dispositif spatial qui ne permet pas au patient d'apercevoir son analyste. Freud s'est expliqué assez peu sur ce choix sinon dans deux seuls textes. Un premier est consacré à des conseils qu'il propose aux jeunes psychothérapeutes. Freud y indique que s'il a choisi ce dispositif spatial particulier, « c'est, dit-il, qu'il n'aurait pu supporter d'être soumis au regard des patients durant toute la durée de sa pratique médicale ». D'un certain point de vue, on pourrait dire que le dispositif spatial choisi par Freud correspond à une certaine disposition caractéristique chez lui. Dans un autre texte intitulé « Ma vie et la psychanalyse », Freud dit qu'il a tout simplement gardé le dispositif spatial de la cure hypnotique. Il est assez particulier de devoir constater que, au moment même où Freud essaie de déterminer un dispositif thérapeutique particulier et qui vise à prendre une distance maximale par rapport à tout ce qui touche à la suggestion, il ait choisi de ne pas modifier le dispositif spatial, comme si ce dispositif était en quelque sorte neutre. Nous avons montré dans un de nos ouvrages précédents comment en fait toute l'épistémologie freudienne était construite autour d'une conception naïve et réaliste et du temps et de l'espace. On pourrait dire, en le paraphrasant, qu'il n'y a pas que l'Inconscient qui ne connaît pas le temps, mais le créateur de la psychanalyse, lui aussi, est porteur d'une conception naïve de l'espace et du temps : ils se réduiraient à ce qu'on en perçoit alors qu'il s'agit bel et bien de représentations dont la construction est l'objet d'un développement progressif. Or le dispositif spatial de la cure analytique entraîne non seulement une disparition de la communication visuelle mais aussi une disparition du corps. Bien sûr, ce dispositif spatial a été considéré comme une façon de permettre au patient de pouvoir parler sans tenir compte des réactions émotionnelles qu'il pourrait provoquer chez son thérapeute. Ce dispositif serait donc le garant d'une certaine objectivité pour le thérapeute mais aussi d'une grande liberté pour le patient. Il n'est pas inutile de critiquer ce point de vue pour déceler les représentations implicites du fonctionnement psychique qu'il peut recouvrir. Il y aurait en effet intérêt à se demander, lorsqu'on autorise un patient à s'exprimer en toute liberté, comment celui-ci pourra ou non utiliser cette liberté. Il n'est pas évident a priori que tout un chacun puisse bénéficier de cette liberté supposée. Cela suppose une grande autonomie psychologique qui n'est peut-être pas accessible à tous les patients. Le patient en l'absence visuelle de son analyste est appelé à en recréer un qui, cette fois, est créé par son propre imaginaire. Cela suppose que ce patient soit capable d'être seul et qu'il dispose d'un imaginaire suffisamment riche que pour avoir accès à ce type de construction. En tant que thérapeutes d'enfants, nous connaissons bien cette difficulté que peut rencontrer un individu de ne pas être communication corporelle directe avec son thérapeute. Aucun psychanalyste, jusqu'à présent, n'a jamais imaginé que l'on pourrait allonger un enfant sur un divan. Le proposer est impensable puisque tout un chacun conviendrait assez rapidement qu'il serait impossible de maintenir un enfant sur un divan sinon en usant de la contrainte, ce qui est contraire à toute liberté thérapeutique. Il est intéressant cependant de se demander pourquoi il est impossible à un enfant de rester dans ce dispositif spatial propre à la psychanalyse. C'est à notre avis qu'il est très difficile pour l'enfant d'avoir une pensée qui soit autonome de la pensée de son interlocuteur. On pourrait même dire que le fait pour l'enfant de grandir signifie, au niveau psychologique en tout cas, la capacité

progressive de développer un espace mental psychique indépendant de celui de ses parents. Pour l'enfant très jeune, la question de disposer d'un espace psychique propre ne se pose pas et ce n'est que progressivement qu'il va s'approprier cet espace à distance de ses parents. On pourrait donc dire que le modèle freudien est un modèle idéal dans la mesure où il suppose que l'on s'adresse à un patient qui est suffisamment développé psychologiquement pour pouvoir être autonome de l'espace psychique de son interlocuteur. Mais, à l'instar de ce qui se passe chez l'enfant, il est possible que le psychanalyste doive aussi se confronter à des patients qui n'ont pas acquis suffisamment d'autonomie pour pouvoir se soumettre à une cure psychanalytique typique. Nous pensons bien entendu à tous ces patients que la psychanalyse actuelle a choisis de qualifier d'états-limites, c'est-à-dire ces patients qui ne sont ni névrotiques ni psychotiques mais qui sont dans un espace intermédiaire mal défini et qui sans doute ne pouvaient pas bénéficier la plupart du temps du cadre d'une cure-type. Il conviendrait sans doute de se demander si, à l'instar de ce qui se passe pour les enfants, ces patients ne souffrent pas d'une difficulté majeure à assumer un cadre psychanalytique qui suppose une autonomie psychique qu'ils n'ont pas. On pourrait dire, pour aller au fond de notre pensée, que la meilleure définition de la névrose dans la théorie freudienne est cette capacité qu'ont certains patients à développer une autonomie personnelle suffisante pour pouvoir supporter le modèle d'intervention thérapeutique tel qu'il a été défini par Freud.

Le retour du corps

On peut dire que le dispositif spatial choisi par Freud a évacué la question du regard en même temps que la question du corps. Il est bien évident en effet, comme le montrent les thérapies d'enfants, que le thérapeute d'enfants est soumis inévitablement non seulement au regard de son jeune patient mais aussi qu'il ne peut échapper à des interactions de nature corporelle. Il est très difficile de jouer en restant figé sur une chaise et il est difficile d'entrer en communication avec un enfant sans jouer. L'espace comme le corps en thérapie d'enfants est un espace partagé entre l'enfant et l'analyste. C'est sans doute ce qui a valu aux analystes d'enfants le fait d'être souvent considérés par des analystes d'adultes comme de simples thérapeutes analytiques ; ces mêmes analystes refusant aux cures d'enfants le droit d'être appelées des cures psychanalytiques. Il était quasi inévitable cependant que cette dimension corporelle oubliée fasse sa réapparition dans le cadre de la psychanalyse. Nous pensons que le concept introduit par les thérapeutes kleinien « d'identification projective » est une manière de réintroduire la dimension du corporel dans le champ de la psychanalyse. Il est évident, en tout cas, que ce phénomène décrit sous ce vocable par les analystes kleinien, ne peut être repéré que lorsque soit le patient soit l'analyste présente des affects intenses et inattendus qui modifient, à chaque fois, d'une manière ou d'une autre son vécu corporel.

L'observation directe

Une autre approche du corporel a été introduite en psychanalyse par Madame Esther Bick qui a fondé la méthode d'observation directe. Il ne m'est pas possible, dans l'espace disponible à cet article, de décrire de manière précise cette méthodologie. Rappelons simplement qu'elle utilise l'observation du bébé pour permettre à l'analyste ou futur analyste en formation de vivre des phénomènes contre-transférentiels intenses. L'analyste va à la rencontre du bébé et de sa mère en dehors de toute grille d'observation et de toute prise de notes en direct. Il lui faut observer et se laisser aller à ressentir des affects au travers de ce qu'il perçoit des interactions particulières qu'il a sous les yeux. L'ensemble de la méthode implique que l'analyste en

formation se rende au domicile de l'enfant une heure par semaine, qu'il prenne des notes de son observation dans un deuxième temps et puis, enfin, qu'il participe à une supervision de groupe une fois par semaine. Ces groupes de supervision réunissent, le plus souvent, trois observateurs et un animateur. Le bébé et la relation qu'il entretient avec sa mère sont ainsi des éléments essentiels de ce dispositif. Le bébé dans ses premiers mois a le pouvoir de susciter des affects intenses chez toutes les personnes qui sont amenées à observer les interactions entre celui-ci et sa mère. Très rapidement aussi, cette méthodologie a été étendue à des situations de troubles du développement chez l'enfant. On pourrait dire que cette méthode d'observation directe a été utilisée de plus en plus par des équipes pédopsychiatriques pour observer toute une série de pathologies dominées par des troubles du développement et de la communication : là où semble-t-il la communication verbale serait remplacée par des troubles du comportement où la pathologie se manifesterait plus dans des gestes et des attitudes que par la parole.

Le retour du visuel

L'observation directe a eu le grand mérite de remettre à l'avant-plan de nos réflexions la dimension essentielle du regard à l'intérieur des relations humaines. Il est évident en effet que, intuitivement, dans notre vie quotidienne et dans les relations que nous entretenons avec nos semblables, nous sommes continuellement occupés à évaluer l'état affectif de nos interlocuteurs grâce au regard. Un seul regard suffit pour que, de manière intuitive, nous fassions le point sur les intentions explicites et implicites de nos interlocuteurs. Leurs gestes autant que leurs attitudes ou, encore, les traits de leurs visages sont autant d'indicateurs qui nous permettent de nous situer très rapidement et, de manière intuitive, au sein de toutes nos relations sociales qu'elles soient familiales ou professionnelles. Le regard est une dimension essentielle de notre vie relationnelle. Sur un plan développemental et anthropologique, on pourrait dire, en quelque sorte, que l'homme a gagné en visuel ce qu'il a perdu en odorat. La station debout, le fait pour l'être humain de vivre dressé sur ses jambes lui a fait perdre le contact avec les odeurs, ce qui l'a contraint à développer une communication visuelle par le geste et la mimique qui est devenue une dimension essentielle de la relation humaine. Le visage de l'homme est à l'image des émotions qu'il vit dans son monde intérieur ; monde psychique interne qu'il communique ainsi inévitablement au monde extérieur. L'observation permet de remettre en valeur tout ce que le dispositif psychanalytique avait évacué : le corps et ses manifestations. Pour nous, une approche psychosomatique est une approche qui permet de tenir compte de toutes les dimensions de la vie relationnelle de l'homme au premier rang desquels figure le corps lui-même.

Le regard et la réflexion

Il est intéressant de constater aussi que, lorsque ces dispositifs d'observation sont mis en place, toute personne qui se sait observée, va dans un grand nombre de cas commencer à s'observer elle-même. Tout se passe comme si l'observé s'identifiait à l'observateur. Il est en effet bien entendu que toute personne observée est au courant de la mise en place de ce dispositif et de sa raison d'être. Il est parfois surprenant dans un premier temps, mais fort cohérent avec le pouvoir même de l'observation et du regard, de voir les personnes observées se prendre d'intérêt pour leurs propres comportements et attitudes. L'observation réintroduit ainsi cette dimension réflexive qui appartient au regard : le regard partagé donne accès à la prise de conscience. Le visuel donne accès à cette autre dimension oubliée par la

psychanalyse, celle de la prise de conscience : celle-ci ne peut en effet se réduire à un simple passage de l'inconscient au conscient mais est bien le résultat progressif et construit d'un processus réflexif au sein duquel l'Autre occupe une place essentielle. Des philosophes tels que Ricœur ou Sartre l'ont abondamment démontré. Bien entendu, ce qui est observé ne peut être assimilé à l'espace psychique interne d'un sujet. Ce que l'on observe n'est qu'un ensemble de gestes et de comportements qui sont en lien indirect avec cet espace intime du sujet qui ne peut, lui, être atteint que grâce à un certain nombre d'inférences. C'est sans aucun doute ce qui a conduit beaucoup de psychanalystes à développer une attitude extrêmement critique vis-à-vis de ces méthodologies d'observation. Ils prétendent, à juste titre d'ailleurs, qu'on ne peut atteindre l'espace interne en partant de l'observation qu'en utilisant des inférences qui comportent le risque certain d'interprétation. Nous sommes d'accord avec ce type de mise en garde mais nous pensons que, là encore, les conditions du travail analytique ne sont pas nettement différentes de celles qui prévalent dans la cure analytique. Dans ce cas, en effet, ce ne sont pas des comportements qui sont observés mais des associations « libres », un discours qui ne peut être référé à l'inconscient du sujet que par le détour de toute une série d'inférences à propos de l'espace interne de son patient. L'observation directe pour établir ces inférences peut utiliser d'autres repères qui sont par exemple la cohérence des comportements dans le temps, leur répétition, les effets du contexte, les réactions des interlocuteurs, les conséquences positives ou négatives que peuvent avoir un certain nombre d'interactions, etc. Les inférences dont on fera l'hypothèse peuvent alors être comparées aussi à celle qui peuvent être établies par d'autres observateurs et des comparaisons peuvent être faites entre différents observateurs et différentes méthodes d'observation, ou encore de mesurer la distance qui sépare ce qui a été observé au sein d'une séance de thérapie de ce qui se manifeste aux yeux de l'observateur. La méthodologie de l'observation clinique vient compléter l'arsenal méthodologique des psychologues et les effets de réflexion qu'elle peut engendrer ne se limitent pas aux seuls observés. En diversifiant nos modes d'approche, nous nous approchons plus de la méthodologie scientifique d'autant que cela a nécessité des accords inter-juges.

Soulignons encore l'intérêt de cette méthodologie sur un plan thérapeutique. L'observation directe permet aussi parfois à des patients de s'engager dans un processus de transformation d'eux-mêmes après avoir pris le temps de s'observer et d'entamer une démarche thérapeutique qui leur serait restée inaccessible en utilisant uniquement la communication verbale.