



BIRCHAM INTERNATIONAL UNIVERSITY

Student Name: GAGGINI JEAN-PIERRE
Degree Program: Doctor of Philosophy
Specialization: Clinical Psychology
Minor:
Region: EUROPE France

International Evaluation Form

April 17, 2023



INTERNATIONAL ASSESSMENT FORM - IA Form

EVALUATION COMMENTS

Comments are mandatory for any grade lower than 3.0

- * Be helpful and constructive.
- * Remark what needs to be improved.
- * Write comments in a separate paper, or here if there is space:

.....

Student Work for Evaluation - Course, Report, Project or Thesis:

LES METHODES CLINIQUES EN PSYCHOLOGIE.....
 OLIVIER DOUVILLE.....
 DUNOD / ISBN-13: 978-2100705320.....
 (UN RAPPORT DE 20 A 35 PAGES POUR CE LIVRE).....

Each 33%	EVALUATOR'S GRADE	SUPERVISOR'S GRADE	Minimum grade: E (2.0 - 50%)
Format	4.0- Excellent	4.0- Excellent	GRADING SYSTEM 4.0- Excellent 91-99% /A 3.5- Very Good 81-90% /B 3.0- Good 71-80% /C 2.5- Satisfactory 61-70% /D 2.0- Sufficient 51-60% /E 1.5- Fail <50% /F
Content	4.0- Excellent	4.0- Excellent	
PQT	4.0- Excellent	4.0- Excellent	

EVALUATOR NAME & SIGNATURE
April 17, 2023

ELENA LORENTE RODRÍGUE

I swear that this work has been duly reviewed and evaluated according to the BIU pedagogy and it deserves the grading specified.

SUPERVISOR NAME & SIGNATURE
April 17, 2023

LORENA CANO

EVALUATION CRITERIA & Grading Support Chart:

Assign 0 to 0.5 points for each criteria detailed:

33% Format: The organization and presentation of the information. Evaluation of the format accounts for data organization, hierarchy, interrelationships, and clarity of presentation.

33% FORMAT	<input type="checkbox"/>	Affidavit	■
	<input type="checkbox"/>	Index	
	<input type="checkbox"/>	Font size and spacing	
	<input type="checkbox"/>	Content breakdown (parts, chapters...)	
	<input type="checkbox"/>	Detailed index (Pages numbered...)	
	<input type="checkbox"/>	Data organization	
	<input type="checkbox"/>	Clarity (Orthography)	
<input type="checkbox"/>	Aesthetics		

33% Content: Reflects how much the report matches the bibliography. Evaluation of the content is based on the comprehension of the material as well as the student's synthesis skills and concept interaction. Report contents are valued only as 33% of the final grade because the textbook is available for the student throughout report elaboration.

33% CONTENT	<input type="checkbox"/>	Minimum length	■
	<input type="checkbox"/>	Subject key points	
	<input type="checkbox"/>	Concept interaction	
	<input type="checkbox"/>	Topic adequacy	
	<input type="checkbox"/>	Maximum length	
	<input type="checkbox"/>	Topic analysis	
	<input type="checkbox"/>	Synthesis skills	
<input type="checkbox"/>	Comprehension level		

33% PQT- Personal Quality Thinking: Shows how the subject is mastered through case studies, personal comments, and the ability to apply the information learned to problem-solving. Evaluation of the PQT shows the student's analysis criteria and critical thinking, as reflected in the writing and presentation style.

33% PQT	<input type="checkbox"/>	Fluent Writing	■
	<input type="checkbox"/>	Charts, illustrations...	
	<input type="checkbox"/>	Original work (no copy/paste)	
	<input type="checkbox"/>	Communication efficacy	
	<input type="checkbox"/>	Personal writing style	
	<input type="checkbox"/>	Case analysis (or arguments)	
	<input type="checkbox"/>	Case resolution (or topic conclusion)	
<input type="checkbox"/>	Critical thinking (Opinion)		

For more information read the BIU study guide.

FINAL GRADE WILL SHOW IN THE TRANSCRIPT

COMMENTAIRES SUR LE RAPPORT

Étudiant: Jean-Pierre Gaggini

Livre: "Les Méthodes Cliniques en Psychologie » – O. Douville

FORMAT DE TRAVAIL

Le rapport conserve les critères de présentation avec page de titre, serment et signature, y compris un index paginé et avec une structure bien définie, mettant en évidence les chapitres et leurs sous-sections en 34 pages. La hiérarchie des idées est présente et le texte est facile à suivre, avec une excellente écriture et un vocabulaire correct. Phrases ils sont bien formés et clairs, ce qui est positif pour l'explication des concepts et pour la traduction. Les sujets ont été correctement résumés, leur donnant un équilibre dans la longueur et l'importance, en particulier dans le bloc central. L'effort de résumer un texte aussi complexe est apprécié. Un glossaire est à nouveau inclus à la fin. de termes.

CONTENU DU RAPPORT

Le texte de l'ouvrage est très étendu, mais il est correctement structuré. Les sujets abordés sont excellents. Ils suivent ainsi l'ordre de l'ouvrage de référence et des cas pratiques sont repris dans plusieurs chapitres. Départs avec le début de l'investigation et se poursuit avec l'épistémologie et l'investigation dans la clinique, pour dériver dans le approche clinique. Il expose un bloc central sur la méthodologie, passant en revue les techniques les plus importantes, introduire des bilans personnels et des cas cliniques résolus, qui couvrent une grande partie au travail. un tiers Le bloc se concentre sur les questions éthiques, mentionnées dans l'introduction au sujet, y compris la déontologie. Il le contenu est bien organisé et présenté de manière cohérente sans omettre d'informations importantes.

OPINION PERSONNELLE

Il commence par quelques remarques préliminaires sur les approches cliniques, en mentionnant divers concepts. IL Ils incluent également dans le texte des cas pratiques résolus liés aux sujets, dans les chapitres 4 (enfant avec autisme). et 5 (autodiagnostic erronés), en 9 sur le cadrage et le contexte politique actuel, lié au transfert et contre-transfert. Les cas et leur description sont très bien choisis et présentés dans un contextualisé.

Mes félicitations à l'élève pour ce travail.



Elena Lorente Rodriguez
neuropsychologue
Mannheim (Allemagne)

Sixième rapport

Jean-Pierre P. Gaggini

Etudiant – Doctor Ph.D. in Clinical Psychology

Livre : « Les méthodes cliniques en psychologie »

(Sous la direction de Olivier Douville)

Date : 3 février 2023

« Je jure que je suis l’auteur unique de ce rapport et que son contenu est la conséquence de mon travail sur le livre assigné »

Signature :

jean-pierre gaggini

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Enfin..., j'allais dire..., des réflexions sur les démarches cliniques, leurs liens et leurs méthodes. Il aura fallu neuf collaborations pour la réalisation de ce projet sous la direction d'un psychologue clinicien (*Olivier Douville*). Une psychanalyse qui pourrait être reconnue comme théorie par les psychologues cliniciens et non comme méthode, voilà la clé, me semble-t-il, de toute l'histoire. Il était temps car dans cet aspect de prise en charge psychothérapeutique, les demandes sociales et de la médecine, restaient souvent « lettre morte ».

Quant à la reconnaissance par les instances universitaires et scientifiques concernant la rationalité de la démarche clinique, on n'en a pas terminé.

Ce grand espace dont il est fait mention « **l'intervention clinique** », les auteurs l'expriment par une reconnaissance des paroles dans « **l'éthique de la connaissance** ». Cette réflexion sur les principales méthodes de la psychologie clinique est séduisante car elle inclut l'entretien, la construction du document et du cas, l'observation, l'intervention en groupe, les épreuves projectives. Tous ces critères observables sont présentés autrement dans cet ouvrage.

Mettre à l'épreuve bon nombre de théories reste cependant très controversé. Quoi qu'il en soit, le contexte idéologique et politique du moment pose question : « *Recherche clinique et démarche clinique, quel sens leur attribuer ?* »

Quand je constate que le terme de « **psychologie clinique** » n'a vu le jour que dans les années 50-60 et qu'en fin de compte le « **paradigme expérimental** » et celui de la clinique dans un projet unitaire n'a pas encore vu le jour en psychologie, j'ai presque envie de crier : « *Mais qu'attend-on nous ?* ».

Dans son « **apologue** », la question est posée : « *La psychologie et la science appréhendent-elles le réel ? Comment saisir le sujet ?* »

Il en va de même du « **réel** », la question est alors ainsi posée : « *Existe-il un réel dans le modèle scientifique observable ?* »

Il est aussi agréable de savoir que d'autres s'exposent en voulant sortir du cadre d'une certaine pensée, d'une certaine logique attribuée.

Affirmer que la recherche clinique n'est pas une science humaine peut être entendu, toutefois, dans tous ces paradoxes, on peut en douter. Si la recherche clinique est ouverte sur un « **imprévisible** » quel serait donc la part du « **prévisible** » si on l'exclut du registre des sciences de l'homme ?

Dans le contexte du symbolique, l'universalité de la structure dans laquelle la vérité est une position et non un contenu, reste contestable. Entre les modèles théoriques d'il y a plus de 200 ans, de nos découvertes actuelles, la connaissance n'a pas beaucoup progressé en ce qui concerne l'humain. La nouvelle économie psychique de Lebrun et Melman est vraiment à nuancer (*surtout avec le sujet sur la **dysphorie de genre**, voir leur discussion de 2022*). L'appareil psychique a sa propre logique mais il ne fonctionne que sur des conditions prédéterminées et instruites.

*Pourquoi vouloir chaque fois exposer la recherche clinique à une orientation ? Et que dire du dispositif de recherche sur le thème de « **présentation clinique** » ? J'aime cette séquence où le dépassement de la controverse entre la « **méthode expérimentale** » et la « **méthode clinique** » amène cette réflexion que, finalement ce ne sont que des moments dans la construction de tout objet, par essence complexe.*

*Pour autant, faut-il recadrer la « **psychologie clinique** » comme le suggère l'auteur, sur le plan « **épistémologique** » ?*

Pour terminer ces remarques préliminaires, je me demande si l'on ne devrait pas repenser la psychologie dans son ensemble, mettre tout à plat et y inclure d'autres éléments, d'autres substances, en fonction des découvertes actuelles, en prenant en considération quelques éléments du passé qui sont vérifiables et éprouvés depuis des millénaires et abandonner certaines théories, positions ou supposées logiques qui ne sont le fruit que de l'imagination supposée de leur auteur. Cet ouvrage semble y aller avec un certain courage.

PREMIÈRE PARTIE

Questions, démarches et recherche

CHAPITRE 1

(Marie-Jean Sauret, Olivier Douville)

Les deux auteurs (*Marie-Jean Sauret et Olivier Douville*) ne s'attardent pas trop sur l'historique de la démarche clinique et de son rapport au singulier, et c'est tant mieux. Je retiens l'échec du projet de Lagache (1949). Et c'est bien là le nœud de toute l'histoire : « *Donner une autonomie à la psychologie clinique vis-à-vis de la médecine* ». Mais il n'est pas le seul, toutes les sciences, recherches etc.... ne peuvent pas fonctionner de cette manière et leurs résultats sont voués à l'échec. L'idée substantielle qui serait de prendre en considération tous les déterminants scientifiques (*expérimentations, recherches, dimensions spécifiques*) donnerait plus d'ouverture et une vision plus large de ce qu'est en réalité ce « **sujet** » qui parle, pense, interprète, réagit et bien d'autres milliers de paramètres. L'espèce humaine ou l'être humain est si complexe que le seul critère objectif trouvé est : « **une singularité** », pour le décrire. Aucune science ne peut expliquer ce qu'est la pensée ou l'intelligence et où se construit-elle, à quelle loi obéit-elle et comment peut-elle se créer ou s'organiser. On trouve cependant des éléments de réponses dans certaines « **théologies religieuses** » mais invérifiables par les sciences. La religion c'est le « **pourquoi** » et la science c'est le « **comment** ».

Que savons-nous du réel ? Et peut-on aborder certaines questions d'épistémologies dans une recherche ou démarche clinique ? Les auteurs de cette première partie semblent s'y aventurer allègrement, il semble aussi que leur porte de sortie soit « **le singulier** » ou « **la singularité** ». Depuis Foucault, 1990, les méthodes expérimentales pour expliquer les phénomènes mentaux ont amené les chercheurs à établir des lois, et les contraintes sont apparues. Les auteurs de ce chapitre démontrent bien que dès lors qu'un « **paradigme** » est situé hors du champ classique, il devient nécessaire de changer de cadre (*pensée, logique, interprétation*) et donc leur question est : « les paradigmes sont-ils en adéquation ? ».

Nous pourrions parler de « **ruptures épistémiques** » au pluriel. Il s'agit ici d'envisager plusieurs fonctionnements du réel. À contrario, la part attribuée à l'imaginaire semble être une caractéristique de nombreux scientifiques depuis notre cher ami Freud. *Comment savoir réellement ? Comment comprendre le sujet dans son réel ?* Car il est plus facile de l'appréhender dans son imaginaire que dans son réel et pour cause.

Et la clinique dans tout ça ? Les auteurs pose leur « **position paradoxale** ». La recherche clinique d'orientation psychanalytique dans le champ scientifique. Ils citent deux pôles qui se tendent et se termine par l'éternelle question de connaître la valeur clinique, de nos jours. Nous voyons la complexité de la recherche clinique d'orientation psychanalytique à ce jour. La confusion qui règne au niveau des concepts, des notions qui empêche un débat serein, les auteurs se bornent à vouloir mettre de « **l'ordre** ».

De nombreuses questions sont ici posées : « *Quels types de savoir à produire dans le domaine clinique (psychologie et psychanalyse), leur valeur, et comment s'effectue cette recherche dans ce domaine ?* » Ce qui est remarquable c'est la prise de conscience des auteurs ce qu'est la recherche clinique. « *La réalité c'est le connu* » disent-ils, et ils opposent le « **connu au réel** ». Ne pourrait-on pas parler de la « **réalité du connu** ? » Cependant, l'idée que la recherche clinique n'est pas une science humaine, en cela il semble insister sur le fait qu'une « **psychologie prédictive** » ne pourrait être admise. Nous pourrions aussi objecter que la part d'imprévisibilité chez l'humain serait une conséquence du manque de connaissance de la réalité puisque selon les auteurs la recherche clinique relèverait des « **sciences conjecturales** ».

Comment comprendre un sujet dans son « **discours** » ? (*Foucault, 1989*) semble poser la même question. Quant à la « **structure du sujet** » de (*Lacan*), les auteurs s'attachent à faire quelques remarques, qu'elle inclut la dimension d'un sujet contrairement à sa morphologie. Je doute que l'on puisse comprendre toute la logique d'un sujet.

Concernant « **l'expérience** » vs « **l'expérimentation** » il semble que ce soit presque une Lapalissade, en effet, la rencontre du réel avec le sujet et ce qui en découle est bien, selon les auteurs, une forme d'expérience. On peut contester sur ce point mais ce n'est pas le sujet.

Ensuite il y a le long narratif sur la confusion qui règne entre la recherche et la psychologie, cliniques, leur héritage exporté de la médecine clinique. Pour en venir au terme de « **contre transfert** » du chercheur. Ainsi que l'appropriation de la théorie de la parole du sujet. (*Il y a toujours cette difficulté à parler de l'être humain comme une personne. Le mot « **sujet** » devrait être depuis longtemps exclu de la sémantique universitaire*). Quelle logique peut bien animer l'expérience (*la parole*) et le recueil et sa transmission ? Le fameux « **singulier** » si cher aux auteurs. Ils posent le cheminement singulier qu'emprunte le chercheur pour arriver à une conclusion de la « **structure universelle** ». Les auteurs finissent en disant qu'il y a finalement de recherche clinique, je cite : « *...que digne du temps où elle se réalise.* »

Les auteurs terminent cette séquence avec le « **singulier** » en considérant l'ensemble des mammifères et en substituant l'ensemble des humains. *Quel risque prennent-ils dans cette simulation ? Le singulier s'opposant à l'universel ? Le singulier qui n'appartient pas à l'univers ? Le singulier vs particulier. L'humanité de l'humain ?* Je pense qu'il manque quelque chose de « **singulier** » dans cette séquence.

Il est remarquable d'en arriver à la conclusion que tout ce qui touche à l'humain ne saurait être traité comme n'importe quel objet. Les auteurs insistent sur le fait réel que l'homme n'est pas un animal, ni une machine, ni un objet ni une chose mais pose la question de savoir ce qui fait l'humain de l'humain. La particularité de la prise de conscience que finalement l'être humain n'est en aucun cas ce que suggère l'ensemble des situations dans la logique du « **singulier** ». Les auteurs en concluent que dans ce cadre très restreint des choses qui apparaissent singulières, l'être humain est responsable de sa position, engagements, expressions et surtout de ses actes. Toutefois, là aussi, il y a matière à débat, car la responsabilité de sa position, selon moi, est innée et il n'y peut strictement rien.

Pour continuer dans ce long chapitre qui ressemble plus à un exposé de philosophie que de la clinique proprement dite. Cependant, quitte à faire du « **parti pris** », les auteurs expriment des pertinences, comme en suggérant une « **théorie du singulier** » qui aurait pour conducteur une distinction entre le langage (*pouvoir de symbolisation*) et la langue (*l'institution sociale*). Toutefois il faudrait savoir ce les auteurs opposent. Il y aurait donc deux naissances chez l'humain : 1) comme vivant et 2) comme sujet. La biologie rentre en scène et elle a son mot à dire. Cette différenciation entre le monde du vivant et sa structure ne peut faire l'objet d'une aussi grande prétention. D'ailleurs, je ne comprends pas que l'on puisse les séparer dans leur particularité. Au contraire et justement, pour bien comprendre l'humain il devient plus que nécessaire de rapprocher la biologie, la psychologie (*quoi que ce terme n'est plus à sa place*), la psychanalyse et d'autres disciplines. C'est bien là toute la difficulté de ces recherches. La vérité devenant un problème singulier.

Cependant, les auteurs suggèrent que le « **cas** » présente un rapport avec la vérité je cite : « *parce qu'il est toujours dénonciation de la théorie* » (*fin de citation*). L'universalité de la structure dans laquelle la vérité est une position et non un contenu. Si la vérification clinique suppose de rassembler des faits cliniques observés en cherchant ensuite à les organiser, il y aura, par nécessité des contradictions. La question serait alors : « *Mais pourquoi ?* ». J'ose ajouter que dès que l'on parle de vérité je ne peux me soustraire à l'idée qu'elle se trouve partout et qu'elle peut s'intégrer dans un seul grand tout.

La mention « *toute psychologie est psychologie sociale* » (*Freud, 1921*) et reprise par les auteurs dans ce chapitre, semble convenir. En effet, comment faire abstraction du lien social dans la relation clinicien/sujet (*expression inadaptée*). Lebrun et Melman, partisans d'une nouvelle économie psychique. Il y a une difficulté de nos jours à s'approprier le « **commun** », le « **vivre ensemble** ». *Serait-il possible de s'introduire dans la communauté comme le suggère les deux auteurs, sans que le lien social ne vole en éclats ?* Je dirais ici que ces questions sont mal posées. À chacun sa vérité repose sur des questions existentielles. Tous les paradigmes sont à revoir.

Enfin, nous en terminerons avec cette longue séquence qui semble être de nature plus philosophique que « **mécanique psychologique** » avec cette intention inachevée reconnue par les auteurs que de nombreuses questions restent à ce jour sans réponses satisfaisantes, en tout cas, lorsqu'il s'agit de la recherche clinique

d'orientation psychanalytique. Il y a de plus en plus de voix qui s'expriment pour remettre en question la psychanalyse telle qu'elle est élaborée et utilisée. Comme exprimé, les auteurs reconnaissent qu'au final, il y a de nombreuses chambres dans la maison psychologie.

En conclusion, je dirais que le temps est venu de remettre en question cette psychologie vieillissante au profit d'une nouvelle psychologie, une nouvelle façon de penser la psychologie et surtout, selon moi, de rassembler en un seul corps toutes les psychologies, en partant de la genèse, et dans le but pour laquelle elle a été créée ou découverte. À l'origine telle n'était pas sa place qu'elle a de nos jours. Mais, à la décharge des auteurs, ils ont fait ce que peu tente de faire, une sorte de prise de conscience de faire des compromis où la psychanalyse pouvait être reconnue comme théorie par les psychologues cliniciens et non comme méthode. Je reconnais que ce n'est pas gagné.

CHAPITRE 2

Recherche thématique clinique et objet complexe

(Serge Blondeau)

L'auteur souhaite dépasser la controverse entre deux méthodes, expérimentale et clinique, comme si ces méthodes étaient enfermées dans un sas de compression. Il en ressort finalement que ces deux méthodes ne sont, comme le dit l'auteur, que des instants dans un moment « T ». Le recadrage de la psychologie sur le plan épistémologique sera tout l'objet de ce chapitre en quelque sorte. Deux questions vont être la trame de cette étude : « *Le rapport à la connaissance de cette psychologie clinique et sa validation* ».

EN CE QUI CONCERNE LA SITUATION ÉPISTÉMOLOGIQUE :

L'observation que fait l'auteur sur l'objet est pertinent mais incertain. L'objet à la fois partiel et complexe. Excepté, dans les deux cas présentés, (A et B) chaque objet est dissemblable et en même temps, ils ont tous les deux quelque chose en commun. Le cadre disciplinaire dans lequel évolue les sujets peuvent sembler différents. La question ici est de savoir si cela pourrait servir comme objet d'étude.

L'autre question posée et qui me semble plus pertinente encore c'est qu'il pourrait y avoir une théorie générale (comme le mentionne l'auteur) entre le comportement alimentaire et le vivant ?

Dans une étude faite il y a de nombreuses années en arrière, j'avais émis l'hypothèse que chez le vivant, le comportement alimentaire devait être l'objet d'une étude plus approfondie. J'avais observé que chez les personnes handicapées mentales, comme chez les sujets sains, la relation à la nourriture était quasi identique et la question était : « **Pourquoi ?** ».

L'auteur présente deux grands modèles épistémiques, le « **modèle réductionniste** » et le « **modèle holistique** ». L'un proposant des lois sur la base de la description des conditions et des faits (*biologie moléculaire*), l'autre une sorte de coordination des éléments de la connaissance sur le plan de la « **relativité** » où se trouve le physicien. La question est donc : « *Ce genre d'épistémologie est-elle vraiment celle du psychologue clinicien ?* »

L'auteur termine par un constat, je cite : « *Tout enseignement dans le domaine de la diététique peut s'appuyer pour le vivant, quelle que soit sa forme* ».

PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET CONNAISSANCE

Autre question : « **la coupure épistémologique** » dont l'auteur fait référence. *Existe-t-elle vraiment cette coupure entre le scientifique et le non scientifique ?* L'auteur parle de « **renouvellement continu** ». *La connaissance de l'homme est-elle scientifique ou pas ?* Et l'auteur nous renvoie aux ouvrages de Bachelard (*Bartholy, Despin et Grandpierre, 1978, p.59*) sur les « **dialectiques** ».

Qu'il me soit permis ici de dire que parfois nous perdons notre temps sur des questions qui n'ont pas lieu d'être posées.

L'AUTEUR ABORDE MAINTENANT LES STATUTS DE LA CONNAISSANCE DANS L'INTERVENTION CLINIQUE

Le mode de pensée du clinicien dans sa forme théorique. L'exemple du cas de « **l'anorexie** » et « **boulimie** », en utilisant ce que le clinicien a comme savoir et acquit, en ajoutant son expérience et sa pratique. Sauf que, cette pensée théorique qui l'oblige à « *installer un dispositif* », ce sera tout ce qu'il pourra espérer. *Pourquoi ?* Tout simplement parce que, quel que soit sa démarche clinique, l'objet utilisé accompagné de sa pensée théorique n'est que partiel. Il en va de même pour chaque dispositif. C'est donc, comme le mentionne l'auteur, une « *connaissance à priori* ».

EN CE QUI CONCERNE LA CONNAISSANCE CONJONCTURELLE

L'auteur indique que le praticien apprend à connaître le sujet (*la personne*) puisque ce dernier est l'objet de l'intervention. La faille relevée dans ce dispositif ce sont justement les « **imprévus** ». Je m'explique. L'auteur insiste sur l'hypothèse qu'il pourrait y avoir des « **insuffisances** » dans la connaissance du sujet (*elle est donc à priori que partielle*), il y a aussi, selon l'auteur, le manque de connaissance du clinicien, sa propre insuffisance. Pour moi, cette connaissance dite « **conjoncturelle** » pourrait être interprétée par « **connaissance conjecturelle** », le mot est fort je l'admets.

EN CE QUI CONCERNE LA CONNAISSANCE DE « SURCROÎT »

En référence aux deux exemples cités dans le chapitre de l'auteur la question posée est : « *Y aurait-il une structure de la conduite alimentaire de la PMD ?* » (**Psychose maniaco-dépressive**). Ici il est question du savoir concernant l'humain, cette opposition et cette incapacité de comprendre l'humain. Pour faire bref, certes, il y a des obstacles à la connaissance en psychologie clinique mais regardons où nous en sommes aujourd'hui ! Nous nous posons les mêmes questions qu'il y a presque un siècle et toujours la même rengaine qui demeure : « *Praticiens des choses de la nature et praticiens des choses humaines sont condamnés à tout jamais à reconstruire ce réel* » (*citation de l'auteur*). Et pour une raison qui me semble évidente : « *Comprendre l'humain sans comprendre son origine et la façon dont il est vraiment, en fait qui est-il véritablement, il sera impossible d'arriver à une convergence des pensées théoriques* ».

LA SINGULARITÉ DE L'INTERVENTION CLINIQUE

Elle va de soi oserais-je dire. L'auteur à raison, la rencontre clinique est unique, elle ne se reproduit qu'une seule fois avec le sujet. Chaque rencontre suggère de « **nouveaux paramètres** ».

LE TRAVAIL D'INTERPRÉTATION

En tant que « **parole active** » le clinicien interprète aussi, c'est ce que l'auteur nous enseigne. La difficulté est que cette interprétation, quel qu'en soit son domaine, dépend en particulier et plus encore sur sa conduite professionnelle et les dispositifs d'analyses. Mais il reste l'artisan de sa propre construction psychique et donc, son propre outil.

LE DÉSIR DE CONNAÎTRE

Étique de la connaissance, code de déontologie, connaissance de soi. L'auteur touche le sujet, à combien délicat et réfractaire de la formation professionnelle comme élément accompagnateur de la connaissance de soi.

L'ACQUISITION DU SAVOIR OU LE SAVOIR ACQUIS

Tous les modèles utilisés se heurtent à cette incohérence, pour chaque théorie, sur lesquels ils se construisent. Selon l'école de pensée, « *mon interprétation de mes représentations est issue de mon patrimoine préscientifique* ».

LA DÉMARCHE CLINIQUE : CHAMP ET VALIDATION

Ici, l'auteur (*Serge Blondeau*), nous montre toute l'importance de reconnaître le rapport qui existe entre le clinicien et l'usager. Reconnaître ce rapport dans la compréhension et la transformation de la situation de l'usager. Cette part selon l'auteur qui qualifie « *d'énigmatique* » de la rencontre humaine. Pour cela il faudra que cette dimension ne devienne une démarche que s'il existe des procédures de validations.

VALIDATION DE LA DÉMARCHE CLINIQUE

Il est très difficile d'adhérer à cette idée que l'homme est défini comme liberté selon (*Stoloff, 1993*). La critique s'en empare et en particulier celle des « **épistémologues** » (*de la nature et de la physique*). Toutes démarches cliniques fait l'objet d'une validation. S'il y a trois validations de la démarche clinique, l'auteur en conclue qu'il y a aussi une activité de la démarche clinique et il présente donc les trois figures de cette démarche.

TROIS FIGURES DE LA DÉMARCHE CLINIQUE

La recherche sur soi

La question est donc : « *qu'avons-nous l'intention de communiquer aux autres ?* ». Il y a toujours cette nuance, assez floue malgré tout, entre ce qui relève de la « **dimension clinique** » et de la « **démarche clinique** ». L'auteur essaie de démontrer que cette dimension clinique, comme méthode d'intervention n'est pas suffisante. Et pour preuve, l'auteur veut réserver le terme de « **clinicien** » à celles et ceux dont la seule préoccupation serait de prendre en considération le facteur humain en se considérant lui-même comme un outil. Donc finalement, le clinicien serait celui qui applique deux « **critères d'exercices** » 1) méthode d'observation utilisée et 2) devenir lui-même un « **objet clinique** ».

Puis-je apporter un élément d'observation personnel : « *Il faut bien admettre que le clinicien en tant qu'objet de recherche a souvent du mal à se comprendre lui-même. Procéder par essai/erreur dans sa démarche reste le seul outil dont il dispose.* »

L'auteur observe l'inutilité des « **méthodes hypothético-déductives** ». Il en cite les dangers et reste sur l'idée que finalement les vrais acteurs sur ce grand théâtre scientifique sont bel et bien les professionnels et les usagers. Il termine, avec cette constatation rigoureuse, que finalement est clinicien, celle ou celui qui sait qu'il implique les « **particularités de son être** » dans une pratique professionnelle solide et rigoureuse.

Même si d'autres lui renvoient quelque chose dans ses « **prédicats épistémologiques, valeurs, constructions identitaires et désir professionnel** », il se peut que ce, quelque chose, ne soit pas aussi concluant. Pour faire entendre sa propre parole, le professionnel devrait être certain que « *ces autres* » soient en mesure de lui renvoyer leur message correct. Cependant, il n'est pas certain que ce soit toujours le cas si « *ces autres* » ne sont pas au diapason.

LA RECHERCHE CLINIQUE PRATIQUE ET DISCIPLINE

Ce sont les termes qu'utilise l'auteur qui attire mon attention, les termes « **décentration/excentration** ». Tous ces « **dispositifs de formalisation** » dans une conception pluridisciplinaire pour passer d'une activité de « **soliloque** » à une activité de « **colloque** », après tout : « *Si vous n'avez rien à dire...hé bien...parlons-en..., je ne suis pas un ennemi du Colloque... !* » (Petite blague de Raymond Devos)

J'observe, tout comme l'auteur de ce chapitre que plus « **l'espace d'interlocution** » s'agrandit, plus la question de l'énonciation est difficile à élaborer. C'est toujours la question de la complexité de l'objet.

Puis-je apporter une remarque sur cette question de la contribution à l'avancée de la psychologie par le clinicien-chercheur que fut Freud : « *Il s'appuie sur le déterminisme psychique, sur l'association libre des idées, sexualité infantile, processus de transfert. Mais il s'agit en réalité de cinq histoires, pourquoi pas dix ou plus ? Si*

la faiblesse de la validation de la démarche clinique n'est pas là où elle est située ordinairement comment l'étudiant va-t-il pouvoir se référer à construire son activité scientifique à partir d'un cas ou de plusieurs ? »

LA RECHERCHE THÉMATIQUE CLINIQUE

L'auteur pose la vraie question : « *Est-on certain que la montagne des mémoires, thèses et rapports d'étude, a produit autant de connaissance significative que la transcription sous forme d'écrits des interventions et réflexions de ces trois praticiens-chercheurs (Freud-Moreno-Ferenzi), (fin de citation) ».*

C'est bien le travail d'intervention qui va amorcer certaines recherches thématiques cliniques. Il ne faut jamais oublier que plus nous avançons en connaissance, plus les questions se posent et moins de réponses nous sont données.

Nous voyons bien ici les problèmes que génèrent les appartenances à des organisations de recherches. Même dans le travail d'intervention, les recherches thématiques sur les pratiques cliniques ou leurs disciplines la question se pose quant à savoir véritablement ce qui peut bien différencier la connaissance scientifique de ce qui est motivé par la reconnaissance organisationnelle. *Si la recherche thématique est différente de la démarche d'intervention, comment va se dérouler cette prise de conscience pour le clinicien sur sa propre connaissance, sa pratique et sa discipline ?* La connaissance, si elle joue un rôle prépondérant dans ces recherches ou démarches n'est pas toujours fiables.

La subjectivité du chercheur pour une démarche expérimentale n'aboutit pas toujours à une dimension clinique. Il ne faut jamais oublier ce que signifie le terme « **clinique** » utilisé, où se place-t-il dans ce contexte. Mais j'observe que l'auteur admet aussi qu'il doit se « *plier* » à certaines habitudes dans le cadre d'une rencontre interhumaine qu'il développe en trois points, ce qui laisse supposer qu'en dehors de ces trois points la « **recherche psychodynamique** », c'est l'observé et non l'observateur qui est le centre de l'intérêt de la recherche.

Nous ne pouvons qu'adhérer à l'idée que dans une démarche clinique celle-ci est bien relationnelle, il ne saurait en être autrement, *sinon à quoi servirait-elle ?* Il est naturellement admis que l'être humain reporte bien sur ce qu'il rencontre des éléments de ce qu'il fut autrefois (*ibid.,1989*) C'est pour cela qu'il devient compliqué pour le clinicien d'utiliser une démarche clinique qui convienne. Dans cette démarche relationnelle et transférentielle on peut sans crainte objectiver que chaque chose à son opposé.

Il en va de même pour l'écoute du clinicien. L'auteur mentionne les différents niveaux de compréhension dans le discours de son interlocuteur, ce qui est implicite de ce qui ne l'est pas. Grande difficulté car, comme expliqué dans la synthèse de Roussillon, comment expliquer consciemment un mécanisme inconscient et être conscient de son inconscience. L'écoute de la recherche suggère un tri pour l'obtention des informations et l'auteur expose que « **l'écoute thérapeutique** » elle, suggère l'utilisation du savoir et des compétences cliniques du praticien pour aider le patient à résoudre ses symptômes. Encore faut-il savoir que le patient n'est pas toujours et souvent apte à pouvoir comprendre qu'il a une part non négligeable dans ce processus de guérison.

Mal appliqué, la rencontre aura des effets pervers. L'auteur fait remarquer toute la difficulté qu'il y a, dans le cadre d'une restitution et au moment de l'écoute, la possibilité qu'il apparaisse des réactions comportementales non désirées. Un exemple serait de dire à un adolescent : « *Tu vois, là-haut sur l'étagère, il y a un pot de confiture..., mais surtout ne le touche jamais...* ».

L'acte clinique proposé repose en effet sur une garanti, ici il est question du dispositif mis en place. Mais une fois le dispositif mis en place, dans le cadre d'un collectif de chercheurs, comment être certain que dans ces processus groupaux celui qui est désigné comme étant non engagé dans la recherche en question (*étranger au collectif*), pourra assumer la régulation d'un collectif puisque lui-même, et malgré ses connaissances ou compétences, rencontre aussi cette singularité que ces collègues observent. Être confronté à ses propres « **subjectivités** » et à son « **être professionnel** » dans une pratique de recherche, que vous soyez dans un collectif ou étranger au collectif, cette confrontation existe et demeure pour tous.

CONCLUSION ET OBSERVATION

Toutes les aberrations de certaines « **méthodes dites réductrices** » et « **réductionnistes** » dans le cadre scientifique. Que ce soit par des actes irrésolus (*l'exemple du médecin américain concernant le règlement du problème d'agitation en milieu scolaire par la prescription de « ritaline »*), ou la « **perversion épistémique** » et « **idéologique** ». Il est intéressant de savoir que toute méthode dite « **réductrice** » n'est pas forcément « **réductionniste** ». Sauf si cette recherche se substitue au savoir. L'exemple cité par l'auteur est intéressant puisqu'il confirme que le « **principe explicatif** » de l'agitation des enfants n'est pas conforme. L'agitation d'un enfant n'est pas dû à un déficit « **d'amphétamines** ». C'est un peu comme le rapport Kinsey sur une population homosexuelle des années 1960. Son contenu étonna le grand public et prêta immédiatement à la controverse ainsi qu'au sensationnalisme. À l'époque, il provoqua une polémique, certaines observations défiaient les croyances à propos de la sexualité humaine et discutaient de sujets tabous.

L'auteur conclue en posant la question : « *Pourquoi tant de réductionnisme dans la sphère scientifique ?* ». Les nombreuses communautés de pensées, de pratiques, d'intérêts, défenseurs d'une vérité unique et sans partage pour une cause épistémique. Nous voyons donc ici toute la complexité de la science. Une méthode ou une discipline participe aux activités scientifiques de reconstruction permanente de l'objet complexe. Finalement le clinicien devient chercheur malgré lui et l'oblige à devenir ou rester modeste dans ses prétentions à formuler ce qu'est réellement l'objet dans sa totalité.

Que ce soit dans des congrès comme le suggère l'auteur ou dans le cadre d'un contrôle analytique, le chercheur clinicien, avec toutes ses formalisations de ses hypothèses, fait l'objet d'un apprentissage perpétuel. Nous ne devons jamais oublier que l'être humain est loin d'avoir été compris dans sa totalité et sa complexité.

CHAPITRE 3

Psychologie clinique et démarche clinique

(Claude Revault d'Allones)

Une sorte de réflexion et même de questionnement sur l'attitude de la démarche clinique et de la psychologie. L'autrice commence par suggérer deux positions qu'il qualifie, pour l'une, de privilégiée et pour la seconde, de fragile. Qu'elle soit proche de la « **phénoménologie** », en ce qui concerne la première position dite privilégiée, serait l'objectif premier de connaissance et de compréhension selon l'autrice. Toutefois, cette phénoménologie reste un courant de pensée qui, dans les années 1720 se caractérise par « **la doctrine de l'apparence** » selon Jean-Henry Lambert (1728-1777). Je ne suis pas certain qu'il faille la conserver. N'oublions pas que ce terme « **phénoménologie** » aurait l'ambition de se constituer en science. Mais, faute de mieux, elle s'y trouve bien.

Ensuite l'autrice fait surgir les problèmes que posent certaines activités de diagnostic, surtout celles qui se rapportent aux interprétations des tests, de leurs résultats, de leurs situations (*je mets tout au pluriel*), des relations « **testeur/testé** » et la théorisation de cette notion controversée de « **projection** ».

En ce qui concerne les « **pratiques d'intervention en situation** », l'autrice expose également ce qui semble être le meilleur et aussi le pire. Elle passe un bref regard sur la formation avec quelques alternatives sur toutes les disciplines qui restent nombreuses, pour terminer ce bref exposé par la recherche qui s'appuie en effet sur les « **capacités de réflexivité** » et « **d'auto-théorisation** » des êtres humains. Avec toujours cette notion de fragilité à cause du caractère fondamentalement problématique de la position clinique. Dès lors, son débordement est patent parce que soumise à des contraintes pour les « **sociologues** », « **ethnologues** », spécialistes des « **sciences de l'éducation** », « **travailleurs sociaux** », « **médecins** », tous seraient concernés par la « **subjectivité** » et sa place dans le champ social. Il ne serait plus surprenant que toutes les disciplines « **scientifico-socialo-politico** » puissent se donner la main dans un grand élan de générosité pour diminuer leur position fragile.

En ce qui concerne les « **enjeux méthodologiques** » et « **épistémologiques** » l'autrice suggère que les germes de cet élargissement proposé en reviendraient à la « **psychologie clinique** ». Un droit légitimé par la nature de la « **démarche clinique** », sa « **définition** » et ses « **conditions** » mais également ses « **limites** ». L'autrice termine en proposant une remise à niveau, comme dans une redéfinition de « **l'objectivité** », « **subjectivité** » et leurs relations. Nous sommes bien dans cette séquence de remise en question sur le parcours qu'a emprunté la psychologie pour en arriver à une démarche qui ne semble plus correspondre à notre temps.

LA DÉMARCHE CLINIQUE

Il faut du temps, d'ailleurs, l'autrice insiste sur cette notion de temps en y ajoutant d'autres « **critères objectifs** » comme le prix à payer pour y parvenir, ainsi que l'investissement de soi. Dans ce lien pratique, la connaissance, par ce que l'on peut apprendre dans les livres, semble ne pas être seulement ce que l'autrice appelle « **la bonne distance** ».

Son rôle véritable, la « **démarche clinique** », et le point focale, puisqu'elle a à faire avec une demande, émanant de plusieurs horizons. Sans les citer tous, le postulat posé par l'autrice est la position que cette demande qu'elle occupe dans la démarche clinique. Elle postule qu'il existe une sorte de « **décalage** » bienveillant entre plusieurs opérateurs mais qui est aussi productif dans ses « **dispositifs** », ses « **méthodes** ».

La plus grande qualité de la démarche clinique est, à mon sens, et depuis de longues années, l'importance de la relation entre le « **clinicien** » et le « **patient** ». Ce qui, je dois l'avouer, semble avoir disparu dans certaines classes scientifiques. Cette démarche clinique est purement relationnelle. Mais de l'autre « *côté du mur* », il y a toute la complexité de cette relation. La « **psychologie dynamique** » est soumise à des lois et des règles mais faut-il bien les connaître et bien les utiliser pour que l'ordonnement de la relation soit plus efficace.

Ceci suggère donc une implication du clinicien aussi bien de sa théorisation que de son maniement. Nous voyons donc ici toute la difficulté pour le clinicien d'élaborer sa théorie et une pratique qui lui serait propre car son dilemme va être d'alimenter son dispositif et sa méthode, il est en possession que d'un « **fait observable** » qui affirme une situation bien précaire. Il y aura donc cette prise de conscience intellectuelle, une prise de distance et le maniement et la maîtrise de la relation qu'il aura avec le sujet, puisque, les méthodes qu'il va utiliser devront être rassurantes et créatives. Cependant, la notion de « **défense** » (*dans le maniement et la maîtrise*) de la relation suggérée par l'autrice, cela en rapport avec les « **phénomènes transférentiels** », la question est posée. Cette prudence existe lorsqu'on utilise une approche dont la « **conceptualisation** » est de « **nature psychanalytique** » puisque cette approche, par sa nature même, incite son utilisateur à la prudence.

CONCERNANT LES RAPPORTS AVEC LA PSYCHANALYSE

Quels sont les « **référents théoriques du clinicien** » ? Question posée par l'autrice qui semble y voir une sorte de pierre d'achoppement. Se référer à l'analyse ne signifie pas se référer à la psychanalyse dans une « **démarche clinique** ». De plus, l'autrice insiste sur le fait que certaines pratiques ne peuvent plus être utilisées par le clinicien comme ce fut le cas dans le siècle passé (*il fait allusion à l'expérience du divan*). Comme je ne suis pas partisan de l'existence d'un « **inconscient** » je ne partage pas ce concept de « **théories sexuelles** ». Il y a de nombreuses « **logiques** » qui s'affrontent dans leur attitude et « **méthode analytique** ».

La « **position asymptotique** » du « **contre-transfert** » qui n'est pas suffisamment analysé amène ou oblige la démarche clinique à un éclaircissement bienveillant. Pour autant, la « **psychologie clinique** » interpelle-t-elle vraiment la psychanalyse ? La question est souvent posée au clinicien : « *La psychologie clinique est-elle de la psychanalyse ?* ». Si la psychologie se démarque un tant soit peut de la psychanalyse, elle y fait référence.

S'il faut réévaluer le social, même Freud (1921) suggère que la « **psychanalyse** » est une « **psychologie sociale** ». Pour une fois c'est du bon sens, tout comme l'action d'aide qui sera de toute façon une action de nature « **thérapeutique** ». De toute façon l'autrice reconnaît elle-même toute la difficulté à répondre à la question du lien entre la « **démarche clinique** » et la « **subjectivité** ». Pour terminer cette séquence, l'autrice reconnaît également que plus nous nous orientons vers le « **subjectif** » plus on risque de retrouver du « **social** ». Après tout, Freud avait peut-être raison. Tout semble se rattacher au « **social** ».

LA RIGUEUR DANS LA DÉMARCHE CLINIQUE

Cette rigueur existe dans tous les processus utilisés et pas seulement en clinique. Toute activité humaine demande une exigence de « **rigueur** ». Aussi bien dans la « **pensée** » que dans « **l'analyse** ». Il pourrait être objectivé que la démarche clinique ne soit pas la seule à exiger cette rigueur. Toute discipline exige de la rigueur. J'allais dire que cela va de soi. Les exigences de la « **démarche clinique** » font partie d'un ensemble, ce que j'appelle « *le grand tout* ».

L'autrice rappelle l'importance de la rigueur dans les entretiens mais nous voyons rapidement toutes les ambiguïtés dans certains « **dispositifs d'analyses** ». Leur importance, leur intérêt, leur reconnaissance. L'espace est dès lors restreint. Une chose est certaine, le « **chercheur** », le « **clinicien** » devra rendre l'ensemble plus mobile pour utiliser le terme de l'autrice.

J'utilise comme conclusion la citation qu'utilise l'autrice pour cette séquence : « *Il n'y a de démarche clinique qu'à ce prix et dans cette contradiction assumée ; cet ouvrage en est le vivant témoignage* » (*fin de citation*). Je crois qu'il n'y a rien à ajouter. Il faudrait plus de Revault d'Allonnes dans nos universités.

DEUXIÈME PARTIE

Les méthodes et dispositifs

CHAPITRE 4

Éloge de la clinique dans l'entretien

(Benjamin Jacobi)

Ici l'auteur conceptualise la pratique de « **l'entretien clinique** », il va se servir du « **corpus théorique** » de la psychanalyse pour construire, comme il nomme : « **une clinique de l'entretien clinique** » (*fin de citation*). Il paraît évident que l'entretien clinique est central dans la pratique et nous pouvons nous étonner que cette question soit même posée en l'état ! L'auteur va donner une piste en quatre points alors qu'il est presque certain que cette exploration pourrait en contenir beaucoup plus.

IL PART AVEC QUELQUES PROPOSITIONS POUR CONCEPTUALISER

Il signale que la « **parole** » et le « **langage** » sont les deux mamelles et qu'ils ouvrent en quelque sorte la porte à un espace lors de l'entretien. S'il est vrai que la parole dépasse la pensée, elle précède également et souvent les actes. Il n'en reste pas moins que dans ce processus, il est difficile d'imaginer, à un moment, que « **l'inconscient** » puisse s'interposer. (*J'ai un peu de mal avec cette idée que l'inconscient soit mentionné*). Dans « **l'entretien clinique** », ce n'est pas, à mon avis « **l'inconscient** » qui constitue le point d'appui de la « **clinique de l'entretien** ». Mais, supposons que ce soit le cas... !

Cependant l'auteur a raison quand il mentionne, à juste titre, que et souvent, le « **récepteur** » ne traduit pas toujours la pensée que « **l'émetteur** » envoie. Le monde est rempli de « **malentendus** ». Des trois conditions que suggèrent l'auteur, une retient mon attention car il me semble qu'elle soit la plus importante : « *Cette capacité de reconnaître, de repérer, des dimensions implicites, oubliées ou tout simplement l'aptitude à pouvoir reconnaître, à se souvenir des composants du discours* ». Les sens des signifiants qui la composent, la « **plurivocité** ».

Il va de soi que la « **parole** », mais pas seulement en psychanalyse, joue un rôle prépondérant. La citation de Scholem (1985) prend toute sa place ici. *Le clinicien dispose-t-il de la possibilité de juger avec une certaine perspicacité et lucidité ?* C'est ce que le « **sujet** » semble attendre du « **clinicien** ».

L'auteur indique qu'il y a plusieurs modalités pour symboliser une expérience personnelle mais la « **verbalisation** » est le moyen le plus privilégié pour s'approprier une « **expérience** ». En fait, on ne peut pas l'exclure du « **patrimoine des symbolisations** ». Je propose ici une idée : « *Si l'adulte peut accomplir avec des*

mots l'évocation de ses propres expériences, l'enfant lui, peut l'exprimer autrement aussi, que par des jeux ». Le déficit des mots et du vocabulaire, nous les trouvons chez des personnes de tous âges. Souvent, et c'est ce que j'ai pu observer, l'enfant et l'adulte peuvent s'exprimer par des comportements, par seulement par des jeux ou autres expressions. Mais dans le cas présenté ici nous verrons comment les mots et les jeux peuvent résoudre une situation conflictuelle. Il s'agit d'une expérience de quelques années en arrière.

Pour en terminer avec l'effet de la symbolisation, la problématique reste toujours d'entendre ce que l'autre a à dire et surtout comprendre ce qu'il veut transmettre. Ce qui amène l'auteur à s'arrêter sur la relation intersubjective.

L'auteur ouvre la porte à la « relation aux autres » et explique que le psychisme existe à travers des émergences qui seraient constituées par des liens à l'environnement. Il ne faudrait pas oublier que le psychisme est traduit différemment selon l'appartenance ou la discipline à laquelle le praticien appartient. Il faut le distinguer de la métaphysique et de la biologie et considérer que la difficulté demeure en fonction des limites et des principes de la psychologie qui, selon certains chercheurs, sont eux-mêmes problématiques. Toutes les représentations subjectives sont présentes lors de l'entretien. En fait la question est : « *Qu'est-ce qu'une relation intersubjective ?* ». L'auteur présente un cas, j'en présente un autre.

ÉTUDE D'UN CAS (Lysandre, c'est un petit garçon)

LA SITUATION

Lysandre est un garçon de six ans, le prénom a été choisi par sa mère. Depuis quelques mois et régulièrement, Lysandre a de fortes crises lorsqu'il se rend le matin à l'école. Il a des camarades qui l'attendent mais lorsque la mère ou le père l'accompagne, il s'accroche, pleure, et un des parents est obligé de l'accompagner jusque dans sa classe. Les camarades de classe se moquent de lui à chaque crise. Lysandre est au CP (*cours préparatoire*). Lorsqu'il était en grande section à l'âge de trois ans, il avait du mal à se défaire de son père ou sa mère mais il pouvait faire face et intégrer finalement sa classe. Ses crises ont augmenté lorsqu'il est passé en CP. La maitresse ne sait pas trop quoi faire et laisse un des parents l'accompagner dans la classe devant tous ses « copains » qui s'étonnent de plus en plus du comportement de Lysandre. Malgré les réunions avec les parents pour savoir ce qu'il a lieu de faire, le corps enseignant propose des consultations chez un psychologue accrédité. Dès la première consultation et accompagné de sa mère, l'enfant se ferme, ne répond à aucune question, baisse sa casquette sur ses yeux. Il en va de même pour la deuxième consultation. Le psychologue en termine avec cette prise en charge ne pouvant rien obtenir de Lysandre. Certains jours, Lysandre va à l'école sans faire d'histoire, il est même heureux de s'y rendre. Pour la piscine du jeudi il adopte le même comportement que lors des crises et refuse d'aller à la piscine. Il ne peut rien expliquer à ses parents.

C'est dans ce contexte que le père me demande de l'aide.

J'ai une première rencontre avec les parents qui m'expliquent qu'ils ne savent plus quoi faire et se demande si leur enfant n'est pas atteint par un « **spectre autistique** ». La maitresse et certaines autres personnes de l'entourage de la famille posent chacun un diagnostic. Je me rends compte en observant l'enfant et sa mère que quelque chose ne va pas dans leur relation. Le père est assez stressé lorsqu'il part au travail le matin et ne peut s'occuper des enfants (*Il y a cinq enfants dans cette famille*). La mère qui doit habiller et préparer les petits, le petit-déjeuner, les habiller etc.... est en stress aussi et Lysandre au milieu de tout ça commence à s'opposer et prend son temps, ce qui a pour effet de stresser toute la famille qui désire arriver en classe à l'heure. Une fois à la porte de l'école, le problème arrive et Lysandre commence à « s'accrocher ». Il refuse d'entrer dans la cour et crie tout en pleurant.

Je propose de venir chercher Lysandre à l'école, de le raccompagner et je profite du temps qu'il est dans ma voiture pour lui poser quelques questions sur ce qui provoque ses inquiétudes (*avec un langage approprié pour que l'enfant comprenne et ne sente pas « obligé »*).

LE DISPOSITIF MIS EN PLACE (c'est l'hiver)

Je propose aux parents de venir chercher et accompagner pendant une semaine leur fils Lysandre. Je prends l'enfant à part et j'organise avec lui un plan pour chaque matin de classe. Ensemble, nous nous mettons

d'accord pour nous rendre à l'école à pied (*l'école du village ne se trouve pas trop loin*). Puis, nous organisons un jeu de piste jusqu'à l'école. Il s'agissait de montrer à Lysandre tout ce que l'on peut voir et trouver durant ce parcours (*de petites pierres, des blocs de glaces, les stalactites qui pendent au bord du ruisseau qui coule*). Il était convenu qu'à chaque découverte, nous en discutons tout en marchant en direction de l'école. Une fois arrivé devant l'école, il s'agissait de trouver une « porte secrète » pour entrer. J'ai informé les maitresses que nous allions passer par un autre endroit pendant une semaine.

Il fallait également résoudre le problème de la piscine du jeudi matin. Nous avons convenu que nous continuerions nos aventures comme le reste du temps et qu'une fois arrivé devant le car scolaire, nous nous dirions aurevoir en nous saluant.

Il restait à rassurer Lysandre lorsqu'il se rendrait dans sa classe le matin. Nous avons convenu, sur sa demande, que j'irais lui faire signe depuis la cantine qui se trouvait au-dessus de sa classe, si bine que nous pouvions nous voir.

MÉTHODE UTILISÉE

L'ensemble des processus ordonnés pour parvenir à un résultat aura été d'inclure dans le dispositif un dialogue rassurant et la construction d'une « aventure » à vivre durant tout le parcours jusqu'à l'école. Les questions étaient de nature à le rassurer et susciter son intérêt. Exemple d'un échange verbal :

Lysandre : JP est-ce que tu peux courir plus vite que moi ?

Moi : je vais essayer et peut être que j'irais plus vite !

Lysandre : OK, alors allons-y ?

Comme la route est en pente, je n'ai pas trop de mal mais comme Lysandre cours très vite, c'est lui qui est arrivé au bord de la nationale en premier. La consigne était qu'il s'arrête aux boites à lettres, avant la grande route.

Arrivé en bas le premier et fier de m'avoir battu, il m'a demandé si j'étais fatigué. J'ai répondu que si nous referions ça, je perdrais du poids. Il a commencé à rire et nous avons continué en direction de l'école. Cela a duré toute la semaine, parfois il descendait la route avant moi en courant et m'attendait comme convenu à côté des boites aux lettres. Parfois il restait à côté de moi et nous étions devenu des amis. Une confiance s'était installée et une certaine complicité aussi car j'avais toujours dans mes poches quelques friandises à lui donner. Mais comme il n'avait pas le droit de manger pendant la récré (*ce que je n'ai jamais très bien compris*), je lui demandais d'attendre la sortie des classes en fin d'après-midi.

Lysandre a observé toutes les consignes et participé activement à toutes nos discussions. Il semblait heureux d'aller à l'école et les parents ont été soulagés.

CONCLUSION

Qu'est-ce que Lysandre avait à dire ? Que voulait-il transmettre comme message ? Il ne suffit pas de penser en termes de catégories intersubjectives, dans le sens d'une psychologie à deux personnes, pour décrire l'influence réciproque de deux acteurs, c'est l'interaction elle-même, qui ne peut être découpée en deux éléments individuels distincts, qui doit être conceptualisée. Les mots utilisés sont : « rencontre », « moments de rencontre », « reconnaissance mutuelle », « le tiers », « l'entre-deux », le « champ bi-personnel ». De pareils concepts peuvent provoquer une grande fascination, mais ils ne sont ni utilisés de manière adéquate ni ne sont conceptuellement bien pensés et ancrés dans la théorie. La rencontre est par elle-même quelque chose de nouveau, par exemple elle apporte un élément nouveau, un tiers. Il s'agit d'appréhender théoriquement ces deux aspects, sinon on ne pourrait parler à proprement parler de théorie intersubjective.

D'autre part, nous deux, qui sommes les sujets concernés (*Lysandre et moi*) qui interagissons, nous ne sommes pas complètement absorbés par l'immédiateté de notre relation présente. Dans certaines théories intersubjectives modernes le self est constamment impliqué dans la rencontre ou alors, le champ intersubjectif est compris comme une entité irréductible. En conséquence la séparation, l'autonomie du self/sujet disparaît de la théorie et est remplacée par une conception de self-multiples. Nos proportions sont intégrées en fonction

des différentes situations de notre interaction. Il n'est pas difficile d'y retrouver la pensée post-moderne de la déconstruction du sujet.

Il peut être déconcertant de penser qu'en son noyau l'intersubjectivité a le caractère d'un événement qui donne naissance à quelque chose de nouveau dépassant la contribution de chacun des acteurs. Jessica Benjamin (1998 ; 2004) définit l'intersubjectivité en référence à Hegel et Habermas comme une relation déterminée par une reconnaissance mutuelle. Elle se pose la question de savoir comment nous pouvons penser en concepts intersubjectifs la médiation du « Je » et du « Tu ». Sa solution est nommée « Tiers », un espace mental intersubjectif que les deux sujets créent ensemble.

Dans le développement humain, l'espace du tiers doit d'abord être créé par la mère du fait qu'elle s'occupe de son enfant affectivement ; elle reflète ses sentiments et ses réactions et donne à son enfant la possibilité de s'identifier à ce tiers et d'occuper lui-même cet espace psychique. Hors, jusqu'à sa prochaine grossesse, la mère de Lysandre était dans ce schéma-là. Tout se modifie lorsque la mère tombe enceinte. Lysandre est désemparé, la mère reste plusieurs mois absente du foyer, la grossesse nécessite une hospitalisation prolongée.

Ma pratique thérapeutique repose sur des valeurs spécifiques, sur la tolérance à ma propre incertitude, humilité et compassion. Cette position me permet de tolérer la relation symétrique dans laquelle je peux me retrouver avec Lysandre.

Pour conclure cette expérience, je dirais comme (Berenstein, 2001, p. 147 ; Puget), je cite : « *Les théories qui comprennent l'intersubjectivité comme la rencontre de deux sujets conceptualise le nouveau avant tout comme l'immédiateté de la rencontre personnelle, dans laquelle l'individuation dialogique du sujet s'accomplit. La rencontre de soi et de l'autre comme expérience présente possède un caractère innovant et « engendre un sujet qui complète le sujet construit durant la petite enfance ».* (Fin de citation)

À ce jour, les crises de Lysandre se sont estompées, il y a parfois des rechutes mais sans conséquences.

CONCLUSION SUR CETTE SÉQUENCE DE L'ÉLOGE DE LA CLINIQUE DANS L'ENTRETIEN

Voilà ce que nous rencontrons tous probablement au cours d'une carrière, la difficulté à mettre en œuvre notre désir de faire et de travailler à la conduite de l'entretien. L'auteur ne fait que survoler l'entretien clinique et termine son discours par trois propositions qui peuvent donner un bref aperçu de ce que le clinicien tente de maîtriser ou expérimenter : 1) *la rencontre pour soi*, 2) *une certaine humilité face à cet autre*, 3) *le placement de la pratique clinique dans une éthique*. En définitif, ne pas se borner à faire du « nettoyage » dans cette approche ou démarche clinique. L'importance de ne pas se cantonner à vouloir résoudre ou conduire des entretiens sous une influence qui serait la problématique de l'instant.

CHAPITRE 5

L'observation et l'approche clinique

(Sylvain Bouyer)

« **L'étymologie** » du mot observer, sa définition, son parcours dans l'histoire moderne et sa signification actuelle dans l'intégration d'une approche clinique n'est pas simple. L'auteur pose la question de sa pertinence et lui redonne une place qu'elle devrait avoir. Mais, dans l'observation, celui qui observe semble utiliser des techniques intermédiaires et même expérimentales. La question semble être ici, et pour cause, l'aspect moral ayant disparu, comment ne pas expérimenter tout en observant. Deux pôles de l'observation, l'approche clinique qui va objectiver une réalité et en même temps la subjectivité de celui qui observe. La mise à l'épreuve que va devoir affronter le clinicien serait qu'il soit à son tour observé par celui qu'il est censé observer.

OBSERVER OU APPRÉHENDER UN OBJET DANS SA RÉALITÉ « OBJECTIVE »

Dans le domaine de l'objectivité, l'auteur souligne toutes les instances probables ou supposées de l'observation objective. Cette dernière est quasiment impossible. La perception que l'on peut avoir sur l'objet de notre étude et toutes les incertitudes qui pourraient en découler. Nous pouvons prendre l'exemple similaire à ce que démontre l'auteur : « *Dans l'espace, la notion de haut, de bas, de droite et de gauche semble avoir une autre dimension. Ou l'appréhension de ce que je peux observer dans le ciel nocturne. Ce que je vois n'est pas la « réalité » de ce qui existe maintenant. Je vois le ciel tel qu'il était il y a des millions d'années* ». Du côté de l'observé, ce que je vois en lui est réel ou supposé ? L'auteur démontre bien la difficulté de « l'objectivité » de celui qui observe. *De plus, ce que j'observe et ce que mon collègue observe conduit-il à une convergence de vue ?*

LA RÉALITÉ, QU'EST-CE VRAIMENT ?

Là, se pose un problème, l'auteur cite « Kant et Sartre » ce dernier reprend l'idée de Kant. « *La caractéristique d'un objet ne se trouve pas dans la chose en soi* ». (Fin de citation) Dans le domaine perceptif chacun structure sa perception de ce que peut représenter le monde dans le quel il vit. Il y a donc cette « réalité » qui demeure, à savoir, que : « *La réalité est bien le produit de notre perception* ». L'auteur cite encore (Favez-Boutonier, 1966, p. 194). Donc si je comprends bien ce que veut dire Sylvain Bouyer, le psychologue clinicien devrait comprendre que la « réalité » ne peut exister que dans sa relation au sujet. La question que je pose ici est la suivante : « *Ma relation avec le sujet m'oriente-t-elle vers une réalité objective après mon observation ?* ».

L'OBSERVATION ARMÉE

J'adhère à cette pensée que l'objectivité de l'observation reste une utopie. Les grilles d'observations utilisées dans la plupart des cabinets de consultations sont justement ces « **armes de l'observation** ». L'auteur appelle ces grilles, « **les outils-bouclier** ». Nombre de chercheurs remettent en question la nomenclature du DSM-V et pour cause. Il n'est pas surprenant de voir comment le clinicien catégorise une « **maladie** ». Le clinicien prend en compte la souffrance du sujet en priorité.

ÉTUDE DE CAS (praticien et DSM)

Je commencerais en disant quelques mots sur cette mode de plus en plus rependue qu'est l'**auto-diagnostic**. En psychologie et probablement ailleurs dans d'autres disciplines est que l'on ne peut pas remarquer une maladie physique qui se présente comme syndrome psychiatrique. L'**auto-diagnostic** perturbe le rôle du médecin. La possibilité de nous connaître et de nous voir est possible, mais parfois, nous avons besoin d'un miroir pour mieux nous voir. Le danger qui guette une personne qui s'auto-diagnostique est de croire qu'il est plus malade qu'il ne l'est en réalité et qu'il peut s'installer une espèce de déni de ses propres symptômes.

L'HISTOIRE (Tirée d'un échange lors d'un colloque pluridisciplinaire auquel j'ai assisté dans un groupe de travail durant l'année 1992)

Le praticien, jeune psychologue tout juste arrivé du Canada, est engagé dans un cabinet de consultation qui regroupe plusieurs professionnels de la santé mentale. Je l'appellerai « Georges » (nom changé). Il raconte que dès son installation en cabinet une personne, de sexe féminin, est venue pour se plaindre de douleurs musculaires, ce qui provoquait chez elle une certaine angoisse. Un long discours s'installe entre lui et la patiente. Mais au fur et à mesure, un élément du discours de la patiente attire son attention, je cite Georges : « Elle n'arrêtait pas de parler et je ne pouvais même pas trouver la place pour poser ne serait-ce qu'une question » (fin de citation).

Georges fait appel à un de ses collègues après lui avoir rédigé un bref rapport de ce premier entretien. Ce collègue, plus ancien dans la profession que Georges, note les éléments de l'histoire, pose des questions à Georges qui lui raconte les nombreuses « logorrhées » survenues durant le discours de ce premier entretien avec la patiente. Son collègue rencontre ensuite la patiente de nombreuses fois, l'écoute à nouveau et utilise le Rorschach comme premier test projectif.

Ce test révèle une représentation des angoisses de la patiente et ses mécanismes de défense. Ce test donne une première synthèse des informations qui vont constituer l'étude du cas de la patiente. Le psychologue est en mesure dès ce moment de construire une documentation où il aura repéré, la demande, l'histoire les hypothèses multiples de la patiente.

Entre temps, les consultations se font en présence de Georges, après acceptation de la patiente. Il est retenu que des éléments cachés surgissent comme son mode de pensée et de réflexion, d'analyse de sa situation, comment elle se perçoit, son histoire familiale. Une psychothérapie est envisagée qui a duré quelques mois. L'évolution des douleurs musculaires, attribuées à tort, à ses angoisses, diminuent fortement, aucune médication n'est proposée. Ses symptômes disparaissent au fur et à mesure des consultations.

Dans le groupe la question est posée : « Que s'est-il passé du côté de la patiente comme du côté du psychologue ? ». Chacun présente son argumentaire. Tous les éléments d'une étude de cas sont exposés par chaque participant.

Un argument semble émerger pour toute l'équipe dans ce groupe : « l'arme de l'observation bien faite ». La patiente avait décidé avant de venir consulter de se soigner elle-même pour les douleurs musculaires, elle était convaincue que c'étaient ses douleurs physiques le point focal. Donc elle prenait des « calmants » sans ordonnance.

L'étude de la connaissance scientifique, « **l'épistémologie** », est en perpétuelle « **reconditionnement** ». La grande question serait : « *Dans la démarche clinique quelle serait l'attitude du clinicien devant une neutralité objective et comment l'appréhender ?* ». Tous les protocoles mis en place ne sont pas « **contradictoires** » mais présentent des lacunes par rapport à une « **idéologie du savoir** ». Le DSM ou une implication personnelle dans une recherche du sens et de la pratique sociale du questionnement ? Un va-et-vient quasi permanent dans la pratique clinique concernant ces « **outils-bouclier** ».

Quant à l'interprétation, la nécessité d'un « **savoir constitué** » n'est que relatif. L'auteur en donnant l'exemple de l'observation d'un coucher de soleil démontre bien que dans l'observation il y a le sens que nous donnons à nos perceptions pour « **catégoriser** » et « **interpréter** ». Dans le cas de la reconnaissance des différents « **symptômes observables** », le praticien pose un « **diagnostic** ». Mais nous avons vu comment le praticien se retrouve désemparé lorsqu'il ne peut trouver ou donner un nom à la souffrance d'un patient. Pour rendre valide une observation qui est « **subjective** » et la rendre « **objective** », pour faire cours, d'autres « **outils** » « **non-boucliers** » peuvent être utilisés. Pour lever les contraintes de ce qui pourrait s'amoinrir progressivement (*l'évanescence*), il faut que le psychologue praticien augmente ses « **capacités sensorielles** » propres.

L'OBSERVATION PARTICIPANTE OU LA CONNAISSANCE DE L'HISTOIRE DU SUJET OBSERVÉ

Atteindre une certaine objectivité en observant le comportement humain est presque une « **gageure** ». « *Devereux, 1980* » observe que l'objectivité dans les sciences humaines sociales n'est pas une référence solide. « **Voir sans être vu** » et les questions éthiques. Cette démarche utilisée est controversée mais parfois utile. Cependant, être profondément en symbiose avec le patient ne signifie rien et ne prouve pas qu'une diagnose soit juste.

CONCLUSION :

Toute cette démonstration faite par l'auteur est une pédagogie sur la réalité ou non de « **l'observation objective/subjective** ». Mais l'auteur en vient finalement à poser l'idée qu'il existe une « **réalité matérielle** » observable et fiable et une « **réalité individuelle** » propre à chaque individu. Alors je pose donc la question suivante : « *Si l'essence de chaque individu, le moteur de son existence, la spécificité de sa personnalité, tout cela et bien d'autres encore, ne peut être appréhendé que par le sujet lui-même, comment le clinicien, le chercheur, le praticien peut-il arriver à comprendre ce qui se passe vraiment à l'intérieur de la réalité psychique d'une personne ? Comment être objectif dans ce cas ? Comment apporter des réponses satisfaisantes ? Comment être certain de son diagnostic ? Quel raisonnement vais-je utiliser pour arriver à une conclusion fiable ?* »

Finalement l'exposé de ce chapitre ramène à la réponse suivante : « *L'observation ramène bien à un savoir universel (j'ai un doute sur ce savoir), et l'homme en tant qu'objet* ». (J'exprime une réserve sur point aussi). Mais là où l'auteur est soutenu c'est que notre observation porte bien sur l'homme, un sujet unique et parfois singulier

dont la connaissance n'est pas prête d'être aussi rigoureuse. « *Si chaque être humain est unique qu'est-ce qui peut bien les réunir ?* ».

CHAPITRE 6

L'étude de cas : de l'illustration à la conviction

(Claude Revault d'Allonnes)

L'autrice explique la différence entre « **l'observation** » et « **l'étude de cas** », entre le regard et ce que l'on a sur la réalité et aussi sur le matériel recueilli, l'intérêt que l'on porte sur le travail d'analyse. Il y a souvent une mauvaise compréhension entre les deux termes. En citant (*W. Huber 1987, p. 177*), nous voyons que cette méthode ne date pas d'hier. Ce qui étonne c'est l'interprétation que l'on peut en faire en « **psychologie** », une « **science empirique** », par rapport à la médecine et à l'histoire.

Cette modification peu accentuée dite : « **infléchissement** », se retrouve dans des domaines tels que la « **psychiatrie** » avec ses limites, en « **psychopathologie** » et toutes ces palettes de variations, en « **psychanalyse** » avec son cortège de modalités et de questionnement, en « **sociologie** » et son étude de situation, et enfin, en « **psychologie clinique** » qui, elle, veut rester « *clinique et psychopathologique* ». Tous ces « **infléchissements** » sont en fait des « **constructions** » de chaque partie qui deviendraient une « **force de persuasion** ».

SES FONCTIONS (DE L'ÉTUDE DE CAS)

L'autrice précise que sa fonction première serait « **informer/former** » avec cependant, la grande difficulté dans la rencontre, de la « **description** » et de la « **transcription** ». Puis elle poursuit avec « **l'illustration** », de ce que l'étude de cas est censée faire en fonction des vécus. Ensuite vient la question de la théorie que l'autrice se plaît à nommer « **problématisation** ». Le fonctionnement d'une théorie, son mécanisme de fonctionnement (*par la pratique et le matériel utilisé*) en mentionnant les « **référénts théoriques implicites** » et « **idéologiques** ». (*Foucault 1963*) est cité avec « **le silence des théories** », organisation par le clinicien d'une « **cohérence** » et d'une « **intelligibilité** » qui peuvent devenir suffisamment « **partageables** » pour être pris en compte. Le « **référént théorique** » prend toute sa place dans l'étude de cas. L'importance de la « **fonction heuristique** », de la « **relation d'échange** » selon (*W. Huber 1987, p. 52*) : « *La problématique du clinicien qui devra se référer à un moment donné à d'autres disciplines, dans l'espoir de trouver des réponses aux questions en suspens. Selon Huber, il y aurait des insuffisances dans cette théorie qui oblige à revoir la théorie...* ». (fin de citation)

ÉTAYER, PROUVER ? CONVAINCRE

Dans cette démarche clinique, l'étude de cas semble plus créative lorsque la théorie est utilisée de façon « **heuristique** ». Toujours en mouvement entre la réflexion et le matériel. (*B. Bettelheim 1971, p. 218*) parle de la « **valeur probatoire** » et du doute que cette dernière peut engendrer par rapport à la « **valeur illustrative** ». (*Winnicott 1982, p. 14*) dit lui-même qu'il « *n'a jamais rien essayé de prouver* » (fin de citation). En fait pour résumer, convaincre, reste plus efficace que de vouloir à tout prix prouver par des démonstrations qui, de toute façon seront tôt ou tard remises en question.

ÉNONCIATION, IMPLICATION

Le matériel utilisé dans l'énonciation : « *il parle..., ça parle...* » en connaît tous les aboutissants dans ce cas. « *Hélas, j'ose dire, pour aboutir à quoi ?* ».

Énoncer, situer, élaborer les processus complexes, en faire la lecture, comment être certain, quel éclairage utiliser pour comprendre et que signifie vraiment la « **rencontre clinique ?** ». Pour finir, « *l'étude de cas est-il objectif ?* ».

Ce qui en ressort de cette séquence c'est toujours le même dilemme de la différence entre le « **subjectif** » et « **l'objectif** », est la distance reste assez grande. Nous savons que l'interprétation est fonction des bases qui l'occasionnent. Par exemple, les paroles soutenues par des faits sont, de par nature, « **objectives** », à contrario, loin des faits, loin de « **l'objectivité** », donc « **subjectives** ». D'ailleurs, ces dernières sont uniquement des interprétations biaisées sans logique rationnelle pour les soutenir.

Pour conclure cette séquence, le clinicien collecte des données qui sont « **subjectives** » et « **objectives** » à la fois et ces données proviennent de la personne (*sujet ou patient*). Reste la question de l'interprétation de ces résultats. Le clinicien devra tenir compte de deux paramètres de données, ils sont « **subjectifs** » et « **objectifs** ». La seule façon d'obtenir des « **données subjectives** » c'est en communiquant de la bonne façon avec le sujet sur ses « **symptômes** », données qui devraient comporter, sa douleur, son inconfort, ses sensations anormales, ses gênes physiques. Mais même à ce stade tout est sous influence (*croyance perso, antécédents, maladies, ses recherches persos, etc.*).

Pour ce qui est des « **données objectives** » cela se fait ou devrait se faire par un examen rigoureux (*observation, les dires du sujet, et toutes sortes d'autres critères*) déjà mentionnés dans les chapitres qui précèdent.

PROCESSUS DE CONSTRUCTION

Il y en a beaucoup et probablement l'autrice ne peut les mentionner tous, car depuis la rédaction de cet ouvrage, d'autres travaux théoriques ont été découverts. Il y a forcément des limites dans ce processus de construction accompagnées de « **sélection** », de la « **déontologie** » dans l'étude de cas. La « **naturalisation du spectre** », là, j'ai toujours un doute, « *lui, sans être lui qu'il sait qu'il n'est pas lui... !* » On parle de « **trous dans la raquette** » en vulgate. Quant aux résultats dans le « **processus de réduction** » je n'ose même pas imaginer les conséquences. L'autrice en parle de cette façon, je cite : « *Le processus de réduction à l'œuvre dans l'étude de cas n'est pourtant pas simple ni sans risque* ». (Fin de citation)

VÉRITÉ ET LEURRE DU « VÉCU »

Cette force persuasive de l'étude de cas avec cette maxime tirée de (*J-P Leyens 1983, p. 194-202*) « *Un exemple vaut mieux que dix preuves statistiques* ». (Fin de citation) Force et stabilité d'une « **structure perceptive** » pour autant que l'exemple soit persuasif. La question se pose donc : « *Quel est le statut d'une théorie scientifique ?* » L'autrice mentionne qu'aucune étude de cas ne peut prétendre à faire une histoire sur la nature humaine. Cette nature est si complexe, que ce soit un intérêt sur la « **singularité d'une personne** » ou d'une « **démarche** » ou « **l'étude d'un processus** ». « **L'étude de cas** », à partir de l'expérience personnelle, du vécu peut être vue comme une « **généralisation** ».

Le vécu, lui, permet de se mettre en position, non pas de voyeur comme le suggère l'autrice, mais dans une position « **d'observateur** » car, que voit-il exactement ? ou que peut-il voir ? il ne peut qu'observer. Comment prétendre connaître l'autre ? Il est déjà difficile de se connaître soi-même, en fait je crois que nous ne nous connaissons pas vraiment. Donc cela nous mène tout naturellement au sentiment de doute en ce qui concerne « **la réalité** », « **la vérité** » et « **la conviction** ».

Dans l'étude de cas, l'autrice insiste sur la question que l'on doit se poser : « *L'hétérogénéité de l'examen ?* ». Elle expose et oppose Perron, Freud, avec les « **contre-épreuves** ». L'autrice fait la « **synthèse de la synthèse des synthèses** » de Perron et Freud dans cette séquence. En fait, nous avons vu la complexité dans les chapitres précédents, de ce que peut être la « **réalité** ». Quant à la conviction, cela n'engage que son auteur et en ce qui concerne la « **vérité** », c'est encore pire, parce que la question que je me pose souvent c'est « *qu'est-ce que la vérité ?* ».

Pour conclure cette séquence et ce chapitre, je dirais comme l'avocat : « *Le doute méthodique subsiste, surtout dans le jeu des phénomènes transférentiels* » comme le mentionne l'autrice. En tout cas cela laisse la place à « *un doute raisonnable* » pour aussi douter de ses propres doutes, ce qui, en l'état, pourrait faciliter certains « **processus de constructions** » et « **d'études de cas** ».

REMARQUES PERSONNELLES DE FIN DE CHAPITRE

Il semble que tous, ou en tout cas, un grand nombre d'entre nous, avons pour habitude d'éviter, avec une certaine adresse, de nous attarder sur certains sujets dont nous ne savons rien. Notre habitude est d'organiser notre système de pensée sur la « **théorie de la pyramide inversée** ». Il nous suffirait de reconnaître que « *nous ne savons pas* » tout simplement. Mais c'est comme si nous devions, quoi qu'il en coûte, émettre une idée, construire une théorie. Bon..., au moins je reconnais qu'en astronomie, il y a cette honnêteté intellectuelle de répondre à la question : « *Qu'est-ce qu'il avait avant le Big Bang ?... Nous ne savons pas... !* » Je pense que dans notre discipline nous devrions l'entendre plus souvent. (*C'était une remarque personnelle et bien téméraire de ma part*).

CHAPITRE 7

Médiation projective : Usages actuels du Rorschach et du TAT

(Olivier Douville)

L'auteur de cette séquence revient sur ses études et recherches passées pour en quelque sorte actualiser son chapitre écrit il y a plusieurs années. Un manifeste sur l'intérêt présent de certaines « **techniques projectives** ». On peut être surpris par le choix que fait l'auteur du « **Rorschach** » et du « **TAT** » (*Thematic Apperception Test*). Mais comme le « **TAT** » est le test le plus utilisé dans le monde en « **psychologie clinique** » et reconnu comme « **test projectif** », il a toute sa place ici dans ce contexte. L'auteur en reconnaît l'usage (*techniques projectives*) puisque selon lui, ces techniques s'accroissent considérablement.

Ce retour en force de nos jours permet au moins une meilleure prévention et intervention, un diagnostic et/ou une meilleure étude des processus de pensée à travers ces tests. Puis l'auteur se lance dans une longue explication en débutant avec la « **situation projective** », la « **passation** », le « **couplage du Rorschach** et du **TAT** », le chemin du (*mène*) des « **paradigmes au Rorschach** » avec toute la « **phénoménologie** » qui s'ensuit et aussi la « **psychanalyse** », en passant par le système « **Exner** », du « **TAT** » et ses refontes, pour terminer par un long exposé sur cette question : « *La psychologie apportera-t-elle de nouveaux paradigmes ?* ».

SITUATION PROJECTIVE

Pour le clinicien, comme pour tous spécialistes et dans le cadre d'une « **situation projective** », la construction d'un « **bilan projectif** » requiert trois paramètres que sont le « **matériel** », la « **consigne** » et la personne qui, en fait est le « **clinicien** » lui-même. Les nombreux problèmes existants concernant les « **techniques projectives** » demeurent actuellement et font l'objet de débats presque infinis. L'aspect du « **stimulus** » proposé, la dimension dite « **neutre** » du psychologue. Dans les domaines « **cliniques** » et « **épistémologiques** » les débats vont bon train. Puisqu'il s'agit dans cette séquence de parler du « **matériel visuel** » : « *Quelle serait la valeur du Rorschach ?* »

Dans une étude faite en 2020, quatre spécialistes chercheurs (*Chabert, Louët, Azoulay, Verdon*) dans : « **La situation projective : « Une rencontre clinique** », font cette observation, je cite : « *Le mot « **test** » fait souvent frémir : on imagine un piège, une tâche systématisée, ordonnée, voire hiérarchisée, à laquelle un individu est soumis pour être apprécié, jugé, jaugé, détecté... Le terme de « **batterie** » qui est souvent associé à ce mot (on administre une batterie de tests !) vient renforcer, avec sa consonance militaire, cette représentation rigide, peut-être coercitive, d'obstacle à franchir. Avec une telle image de l'instrument, le détenteur de l'outil, en l'occurrence le psychologue, n'apparaît pas moins doté de pouvoirs secrets, d'un regard pénétrant qui viendrait fouiller l'intérieur de l'être. Autre représentation, non moins chargée de puissance, celle du sorcier à boule de cristal, du « **voyant** » qui à partir de son marc à lui – les taches d'encre ou des images énigmatiques – va découvrir l'intimité du sujet, chercher aux tréfonds de sa personne les failles, les vices et peut-être même y découvrir son avenir ! Voilà un point de vue quelque peu projectif qui pouvait être avancé de manière radicale à la fin du xxe siècle, du temps où l'approche qualitative constituait une composante majeure de toute entreprise clinique. Depuis, les développements d'échelles, de questionnaires, de tests uniquement traités statistiquement*

mettent en évidence au contraire l'importance, voire la prédominance, accordées au quantitatif qui devient un critère de scientificité parfois exclusif, et l'aggravation des critiques allant parfois jusqu'à l'exclusion de l'approche qualitative.

À cet égard, nous pouvons remarquer que le mot « **test projectif** » a été progressivement abandonné pour des motifs opposés, dans les années 1980-1990, a été préféré le terme d' « **épreuves projectives** » puis, progressivement, celui – qui nous paraît plus pertinent aujourd'hui – de « **méthode(s) projective(s)** »...(fin de citation)

L'auteur explique que la parole du Rorschach crée une « **virtualisation** » de l'image en rapport avec ce qu'exprime (Wittgenstein 1977, p. 16) qui, lui, constate, au sujet des couleurs, que cela reste une « **analyse conceptuelle** » puisque le matériel Rorschach met en jeu les contrastes et les graduations du plein et du vide. Finalement, pour interpréter une planche de Rorschach ou du TAT, on s'aperçoit que le « **sens** » laisse la place à des significations potentielles et confuses.

En ce qui concerne la « **consigne** », c'est-à-dire l'entreprendre comme une invitation au travail psychique, il s'agira, d'après l'auteur de convier le patient à un projet par une espèce de « **kinésie** » qui suit une narrativité. Encore fait-il avoir bien formulée cette consigne. Qu'il me soit permis de rendre hommage à (Chabert 1997, p. 8) lorsqu'il explique que trop souvent, les psychologues qui usent du Rorschach comme de nombreux autres tests, l'utilisent comme un « **bouclier** » et j'en ai vu pas mal tout au long de ma carrière.

BILAN ET SA PASSATION

Il faut admettre ce qu'on appelle « **l'empirisme clinique** », il sert de boussole selon l'auteur dans un « **processus de subjectivation** ». Il y a donc des modes d'usage différents des techniques, les interventions sont nombreuses et de fait, les modalités pratiques sont diverses. Bien comprendre ce que l'on en fait de ces usages dans les « **épreuves projectives** ».

QUELQUES MOTS SUR LA « PROJECTION ».

Lors de la pratique d'une activité, des « **expériences projectives** » vont pouvoir être vécues par les patients. La « **projection** » est un mouvement du dedans de soi vers le dehors. C'est un processus de défense décrit par Freud. Ces expériences ne sont pas à confondre avec les « **techniques dites projectives** », proposées le plus souvent par les « **psychologues** », dans l'intention de permettre à « **l'inconscient de la personne** » de s'exprimer. Cette dimension de la projection intéresse les « **personnes névrosées** », « **dépressives** », « **hystériques** », « **anorexiques** », « **alcooliques** » et même « **psychotiques** », mais de différentes façons. La « **projection** » peut se réaliser dans toute situation. Toutefois, plus les activités sont créatives, libres d'apprentissage et de modèles, plus l'inconscient de la personne pourra se projeter dans la « **matière** » ou « **l'objet** », voir même dans les gestes et les façons de faire. Plus il y a de modèles ou d'apprentissages techniques, longs, complexes, contraignants, moins il y aura de projection de la dimension inconsciente de la personne.

La culture « **sémiologique** » et la « **rigueur épistémologique** » des cliniciens nécessitent une étude longitudinale des traitements psychiques pour les patients en « **état limite** ».

Pour conclure ici cette longue présentation de l'auteur sur certains doutes de ces tests au moyen du « **Rorschach** » ou du « **TAT** » je dirais que rien n'est figé. L'auteur rend témoignage de certains de ses résultats, sans les montrer, qui se sont passés en Chine auprès de jeunes étudiants. Effectivement, que ce soit le Rorschach ou d'autres tests de cette nature, selon la culture, la croyance etc., la représentation de ce que le sujet voit, comprend, entend, perçoit, est influencée par une pensée issue de sa sphère dans laquelle il vit.

CONCLUSION ET RÉSUMÉ

Le « **test de Rorschach** » est censé faire appel à la fois à la « **sensorialité du sujet** » et à son « **inconscient** » mais surtout à sa « **capacité projective** » à partir de son interprétation libre des taches.

Le discours du sujet, ses interprétations, sont ainsi analysées par le clinicien afin de dégager des éléments pertinents quant à « l'évaluation du psychisme » du sujet, « structure psychopathologique » (*névrose, psychose, état limite*), « mécanismes de défense » privilégiés, type de relation d'objet, thèmes récurrents...

Le « Rorschach » est ainsi le plus souvent utilisé comme outil de diagnostic avec le « TAT » (*Thematic Apperception Test*) dans la démarche de « l'examen psychologique » qui se conclut par un « rapport d'analyse » avec conclusion. L'examen psychologique sert au « diagnostic », à l'indication d'un « traitement » : (*psychothérapie psychanalytique*) en particulier, ou encore à étayer le travail d'expertise (*justice, assurances, etc*). L'examiné doit être dûment informé du contexte et de ce à quoi l'examen servira. Utiliser les méthodes projectives dans des contextes imprécis ou pour satisfaire la curiosité des uns ou des autres n'est pas « déontologique ».

En dépit de son utilisation très répandue, aussi bien en psychologie clinique que dans le cadre de « l'expertise psychologique médico-légale », le test de Rorschach (*tout comme la plupart des autres tests projectifs*) fait l'objet de nombreuses critiques et controverses. Ces critiques portent notamment sur le fait que les recherches psychométriques échouent à démontrer la validité du test pour ce pourquoi il est utilisé, les « mesures psychométriques ».

CHAPITRE 8

Médiation projective : des techniques projectives à la guidance projective

(Loïck M. Villerbu et Pascal Pignol)

Les auteurs commencent par une longue explication sur l'histoire de la « pensée projective ». L'origine des « épreuves projectives » en définissant quatre sources. En remontant jusqu'à Léonard de Vinci en passant par (*Lagache 1957*), recoupant avec Rorschach. Ils mentionnent même l'époque de « l'encromancie » que Luce Vidi exposait dans ses œuvres reprise par Etienne Erus qui, à son tour, la rééditait en 1963. L'aboutissant étant que « l'interprète » soit dans un « rapport transférentiel » à la situation.

Dans la troisième source exposée, les auteurs indiquent que, dans les constructions scientifiques de la fin du 19^e siècle, est le moment où s'invente « l'inconscient » comme système, pour mentionner le chef d'œuvre de Freud dans ce domaine. (*Je lis bien « ou s'invente l'inconscient », ce qui renforce ma conviction que cet « inconscient » est bel et bien une « fabrication ». Je soulève quelques inquiétudes au sujet de cette ambiguïté et j'envisage avec sympathie les perspectives d'élimination du terme « épistémique » de notre lexique philosophique*). C'est dans cette troisième source que le point focal semble atteint en ce qui concerne la « découverte projective ». Pour trouver un autre nom qui lui sera attribué avec les travaux de Frank parus en 1939, la découverte utilisera le nom de « méthodes projectives » avec toutes leurs classifications.

Puis les auteurs continuent leur parcours pour arriver à (*Binet 1898*) avec sa future « psychologie projective » et sa « suggestibilité » et les lois de l'esprit. (*Je doute qu'il sache de quoi il parle à ce stade*). L'exemple choisi par les auteurs est assez déconcertant, les lignes tracées en forme de croix par les étudiants. Ce qui est déconcertant, c'est que cette expérience amène Binet à introduire une « construction projective » pour faire part de ses remarques qui, en plus, avec les éléments essentiels des futures « constructions interprétatives » devraient aboutir à cette « Gestaltisation » de la « symétrie normative ». (*Enfin, c'est un point de vue qui n'engage que leurs auteurs. Nous aurions pu trouver quelque chose de plus consistant*).

QUANT AU DISPOSITIF PROJECTIF

Il semble que les auteurs de cette séquence aient mis le doigt sur ce qui fait un peu mal. Le rapport du clinicien à tous ses dispositifs instrumentaux (*épreuve, technique, méthode, test*). Toutefois, ils relèvent bien trois contextes qui semblent trouver leurs origines dans la « recherche psychologique » et « psychopathologique ». La nuance entre ces deux critères : « fonction psychologique » pour la première et comme « discipline » pour la seconde. Ce qui aboutira à des recherches « sémiologiques », « nosologiques ». À partir de ce point focal vient

« **ILFF** » (*interprétation libre des formes fortuites*). Puis vient ensuite les « **théories de l'apprentissage** » qui précèdent en quelque sorte la venue des « **sciences dites comportementales** », « **neurocognitives** » et « **biopsychologiques** ». Je ne m'étends pas sur la suite de cet historique.

À noter cependant que les « **psychologues projectifs** » font référence à ce « **matériel projectif** » même si celui-ci présente une certaine ambiguïté. Comment, en « **psychologie projective** » peut-on poser ce genre de question : « *D'où est-ce que je viens ?* ». Nous pourrions tout aussi poser les deux questions qui devraient naturellement suivre, pour rester dans une « **logique projective** » : « *Pourquoi suis-je ici ?* » et « *Où irais-je après ?* ».

Le « **projectif** » vs « **projection** » se définit selon les auteurs dans un autre contexte. Mais Freud donne le « **la** ». Le « **concept de projection** » revêt parfois être un « **mécanisme de défense** » attribuable au champ pathologique, et parfois aux « **processus psychopathologiques** ». Il y a toujours cette notion de compréhension qui ressort de toutes cette « **argumentations explicatives** ». Il semble que malgré toutes les « **formules projectives** » ou supposées, la question centrale de : « *Qui suis-je vraiment ?* » ne soit pas résolue ou ne donne pas assez satisfaction. Qui dit « **formule projective** » dit également émergence de « **mécanismes de défense** », « **aménagement défensifs** » ainsi que leurs effets dans « **l'organisation psychique globale** » qui semble toujours être posée par hypothèse.

De nombreuses questions se posent alors sur le sujet. Les auteurs terminent cette séquence en relevant que l'interlocuteur du sujet est, je cite, : « *Celui-là même que la consigne projective définit par une obligation de ne rien dire sur ce qu'il sait* » (fin de citation). Ce qui m'amène à faire la synthèse de cette « **guidance projective** » comme médiation finalisée.

LE PRINCIPE D'INTERVENTION

Au travers de quatre « **formes injonctives** » propres. Les auteurs les définissent comme suit :

- 1 Consigne globale
- 2 Consigne analytique
- 3 Consigne de choix
- 4 Consigne d'impasse

Sans recopier ce qui est écrit, Je conclus par ce qu'est vraiment le but de ce principe : « *Observer ce qui se produit quand le sujet est plus ou moins contraint de faire avec certains types de contenus qu'il avait évité* » (fin de citation).

LA MÉTHODOLOGIE DE LA GUIDANCE PROJECTIVE : DE L'IMPASSE AUX LIMITES

Les auteurs observent deux temps, celui des scènes et des histoires et celui de la mise en scène de l'impasse. Pour la première scène, dans cette méthodologie particulière, il semble que « **l'analyse structurale** » de la construction projective passe par une description de séquences ou unités de sens. Il faut bien comprendre ce que le terme « *séquences* » veut dire. Les auteurs utilisent le terme « **séquentialisation** » de la production. Dans une stratégie de « **pré-séquentialisation** », le locuteur laisse entendre qu'une action sera ultérieurement réalisée, si les contributions de l'interlocuteur en ouvrent la possibilité. L'interlocuteur peut aussi reconnaître qu'une routine séquentielle a été utilisée et intervenir en fonction de ses propres objectifs interactionnels. Il en résulte divers phénomènes de « **bouclage interactionnel** » puisque l'interlocuteur peut anticiper cette action et s'engager dans une réplique qui modifie à son tour la « **trajectoire séquentielle** » prévue par l'initiateur de la séquence.

LES DEUX RÈGLES DANS LA PROCÉDURE DE PRODUCTION

- A. Le choix
- B. La temporalité spécifique

Quelques mots sur le « **MAPS** ». J'aime bien (*Jordan Peterson 1962*), psychologue clinicien, auteur de « **Maps of Meaning: The Architecture of Belief** » qu'il publie en 1999. Il décrit une théorie complète de la façon dont les gens construisent signification et croyances ou créent des récits (*narratives* », en anglais), en utilisant des idées de domaines divers incluant la « **mythologie** », la « **religion** », la « **littérature** », la « **philosophie** » et la « **psychologie** » conformément à la compréhension scientifique moderne du fonctionnement du cerveau. Il n'est pas cité dans cette séquence par les auteurs mais je le mentionne car selon Peterson, son objectif principal était d'examiner les raisons pour lesquelles des individus et des groupes participent aux conflits sociaux, d'explorer le raisonnement et la motivation utilisés pour soutenir leurs systèmes de croyance (*c'est-à-dire l'identification idéologique*), qui se transforment parfois en tueries et en atrocités pathologiques comme les « **Goulags** », « **l'Holocauste** » ou le « **génocide au Rwanda** ». Il considère que « *l'analyse des idées religieuses du monde peut nous permettre de décrire notre moralité essentielle et finalement de développer un système universel de moralité* ». On peut ne pas être d'accord avec cette pensée.

Pour en revenir au choix qui doit être libre sur un matériel fixé au préalable, la variété de planches par exemple, il est question ici de plus de qualité du matériel qui est prépondérant.

La temporalité joue aussi un rôle important mais me semble secondaire. Le retour au réel social et conventionnel qui serait causé par le temps de production d'un patient incapable de poursuivre « *par manque de nouvelles idées* » reste discutable en l'état.

Pour conclure sur cette séquence, bien que les « **techniques projectives** » continuent d'être largement utilisées dans les milieux cliniques et médico-légaux, leur statut scientifique reste très controversé. Dans différentes « **monographies** », il est passé en revue l'état actuel de la littérature concernant les « **propriétés psychométriques** » (*normes, fiabilité, validité, validité incrémentale, utilité du traitement*) de trois instruments projectifs majeurs : le test de tache d'encre de Rorschach, le test « **d'apperception thématique** » (*TAT*) et les dessins de figures humaines. On pourrait en conclure qu'il existe un soutien empirique à la validité d'un petit nombre d'indices dérivés du Rorschach et du TAT. Cependant, la grande majorité des indices Rorschach et TAT ne sont pas étayés empiriquement.

Les preuves de validité des dessins de figures humaines sont encore plus limitées. À quelques exceptions près, les « **indices projectifs** » n'ont pas systématiquement démontré une validité différentielle supérieure aux autres données psychométriques. De plus, on pourrait admettre les résultats d'une nouvelle « **méta-analyse** » visant à examiner la capacité de ces trois instruments à détecter les « **abus pédosexuels** » par exemple. Bien que certains instruments projectifs aient été meilleurs que le hasard pour détecter les abus sexuels sur les enfants (*dans cet exemple précis*), il n'y a pratiquement pas eu de résultats reproduits au sein des équipes d'enquête indépendantes.

Cette « **méta-analyse** » fournit également la première preuve claire d'effets substantiels de tiroirs de fichiers dans la littérature projective, car les tailles d'effet des études publiées dépassent nettement celles des études non publiées. Je pourrais conclure ici par une appréciation concernant (a) la construction de techniques projectives avec une validité adéquate, et (b) l'éducation et la formation des futurs psychologues concernant les techniques projectives. (*C'est une appréciation personnelle et cela n'engage que moi*).

La « **guidance projective** » a été un succès dans le protocole utilisé et mis en place dans la séquence *exemples* pour cette patiente.

CONCLUSION

LE MOT "PROJECTIF" DANS LE CONTEXTE DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE.

Il est utilisé de longue date pour décrire la parenté de trois tests : le « **test d'association de mots** » de (*Jung 1904*) ; le « **test de Rorschach** » (*1920*), ou test des taches d'encre ; le « **T.A.T** », (*Thematic Aperception Test : Murray, 1935*). Ces tests se différencient des autres par le côté ambigu du matériel et par la liberté totale des réponses accordée au sujet. Ils sollicitent donc le « **mécanisme de projection** ». Qu'est-ce que la projection ? Ce mot a plusieurs sens :

1) Le sens premier, renvoie à une action physique : on projette de l'eau, de la peinture ; projeter signifie donc : lancer, éclabousser. Par analogie, Freud s'est servi de ce terme pour désigner une action psychique particulière, celle d'expulser de la conscience ou de soi des sentiments qu'on ne peut supporter reconnaître comme siens et de les attribuer à autrui.

2) Le deuxième sens est emprunté aux mathématiques : la projection consiste à faire correspondre à un point ou à un ensemble de points, appartenant à l'espace, un point ou un ensemble de points d'une droite ou d'une surface.

3) Le troisième sens est dérivé de l'optique. Il s'agit d'envoyer à partir d'un point, appelé le foyer, des rayons sur une surface. C'est le cas de la projection cinématographique.

En « **psychologie générale** » : Les méthodes projectives sont des tests qui visent à évaluer les conduites et les processus psychiques d'un sujet.

Ce sont des tests de personnalité. Le but est de comprendre le fonctionnement psychique du sujet, les conflits, les modes défensifs, les potentialités de changement, les ressources et les défaillances. C'est pour cette raison que les techniques projectives apportent leur concours à l'étude psychopathologique du sujet.

Parmi les différents tests projectifs, on distingue : les « **méthodes dites constitutives** » : il s'agit de structurer un matériel non figuratif (*c'est le cas du Rorschach considéré comme un test structurel*); les « **méthodes interprétatives** » : on interprète un stimulus (*c'est le cas du TAT considéré comme un test thématique*); les « **méthodes créatives** » : par exemple on dessine selon une consigne particulière (*une famille, un arbre etc.*); les « **méthodes constructives** » : on élabore une construction structurée (*test du Monde*).

Je peux dire alors et selon ma compréhension de cette séquence que le matériel utilisé dans tous ces protocoles semble cohérent avec, toujours à l'esprit, les limites qu'il impose.

CHAPITRE 9

Cadre de travail : Processus groupal et ses artisans

(André Sirota)

Étonné et presque irrité de voir une séquence de cette nature dans cet ouvrage. Qu'est-ce à voir avec la « **psychologie clinique** » et ses « **méthodes cliniques ?** » Bien à l'évidence, je reconnais volontiers que les pratiques actuelles sont individuelles et aussi « **groupales** » dans d'autres secteurs que seulement clinique. Le développement et l'étendue de la « **psychologie narcissique** » et l'élargissement des frontières du « **Moi** », mais surtout les « **barrières des interdits** » qui semblent être fracturées et ouvrent la porte à des nouvelles formes « **d'expressions perverses** » en déplaçant le curseur de ce qui était autrefois « *inacceptable* » pour devenir « *acceptable* ». L'auteur s'appuie donc sur la démonstration de la « **conduite de groupes** », que ce soit dans l'élaboration des événements ou situations en institution.

Cependant, le mot « *hasard* » dans la « **coaction** » ne devrait pas être utilisé. Je pense que le hasard n'existe tout simplement pas. Pour moi, le « *hasard* » n'est que l'ignorance des choses. Que ce soit dans les découvertes comme les « *pop-corn* » ou une « **validation clinique** », il n'y a pas de place pour le « *hasard* ». (*Même si le paysan qui a laissé tomber un grain de maïs sur son poêle, et qui est devenu le futur « pop-corn » pense que c'est le fruit du hasard*).

BATAILLE DU CADRE ET ATTAQUES PERVERSES

Si le travail du professeur est bien de « *livrer bataille* » pour le pouvoir s'il veut prendre sa place dans son cadre social institué que représente sa classe, comment peut-il rester maître en tout temps de sa tâche de base en garantissant la pérennité de son cadre social (*sa classe*) ?

L'exemple du groupe d'analyse proposé dans cette séquence par l'auteur est intéressant. Cette façon de détourner l'attention des participants de leur tâche de base en utilisant une sorte de « **plaisir pervers** » (Sirota, 2003), c'est « **l'attaquant pervers** ». Au lieu de créer une situation créative et partagée, « **l'objet** » utilise le

« **sujet** » par le système appelé « **attaque-défense** ». Quant à « **l'idéologie sociale estimable** », le « **pervers psychosocial** » semble toujours avoir le dernier mot.

Au lieu d'utiliser comme répétition le cas présenté par l'auteur ou en faire une analyse, je prendrais l'évènement actuel dont nous avons été témoins et qui semble être de même nature.

ÉTUDE DE CAS

Lors du conseil de sécurité retransmis à la télévision un lundi, (*il y a quelques semaines*), le président russe Vladimir Poutine n'a pas ménagé son chef des renseignements extérieurs, en lui demandant son avis sur l'indépendance des territoires séparatistes du Donbass.

La séquence semble tout droit sortie d'un film. Avant son allocution télévisée, pendant laquelle il a annoncé reconnaître officiellement l'indépendance des territoires séparatistes en Ukraine, le président russe Vladimir Poutine avait convoqué son conseil de sécurité.

Une réunion retransmise à la télévision, au cours de laquelle on peut voir le président russe mettre en difficulté son directeur du Service des renseignements extérieurs, Serguei Narychkine. Il lui est demandé s'il faut selon lui déclarer l'indépendance des territoires prorusses dans le Donbass.

"**Parlez sans détour !**" demande Poutine à son directeur.

À la question "qu'est-ce que vous proposez de faire ?", le chef des renseignements semble hésitant, et explique qu'il "**soutiendra la proposition de reconnaître**". Une réponse qui ne semble pas suffire à Vladimir Poutine. La discussion continue devant tous.

"**Vous allez soutenir, ou vous soutenez ? Parlez sans détour !**" assène-t-il.

Déstabilisé par le dirigeant qui lui demande d'être plus clair dans le choix de ses mots, le directeur du Service des renseignements extérieurs donne alors une réponse pour le moins étonnante :

"**Oui, je soutiens la proposition sur l'adhésion des deux républiques de Donetsk et de Lougansk au sein de la Fédération de Russie**", déclare Serguei Narychkine.

"**Ce n'est pas de ça que nous parlons**", répond Poutine.

Problème, il n'est pas question ici d'intégrer les deux Républiques à la Russie, mais de reconnaître leur indépendance. Ce que ne manque pas de lui rappeler Vladimir Poutine en souriant.

"**Oui, mais ce n'est pas de ça que nous parlons**", s'amuse le président russe.

Le chef du renseignement finira par donner la réponse qui est attendue : « **Oui, je suis favorable à la déclaration d'indépendance des territoires séparatistes du Donbass** ».

ANALYSE

Ici c'est le « **maître** » qui est l'auteur de « **l'attaque perverse** » et qui installe un « **doute** » dans l'esprit de la victime. Il ne s'agit pas seulement d'un évènement humiliant. Cette « **décharge** » accompagnée d'une « **substance paralysante** » provoque chez la victime une instabilité et une vulnérabilité patente. À propos de l'arène participante à ce « **duel** », à défaut d'être muette, elle peut devenir complice surtout si, dans cette assistance, certaines personnes aimeraient bien voir la victime disparaître pour toujours. L'auteur parle « **d'estocade** », et il en est bien ainsi.

Ce qui est vrai ici dans cet exemple qui fera date dans l'histoire des « **attaques perverses** » (*il faudrait également analyser les rapports entre le « **maître et le sujet** »*), est aussi vrai dans toutes sortes d'institutions qu'elles soient sociales, publiques, politiques, scientifiques, où le groupe est généralement présent. Il y a bien « **une souffrance** » comme le mentionne l'auteur, à l'école de « **disqualifications nihilistes** » ou « **perverses** ». (*Fin de citation*)

SITUATION CLINIQUE : LE CAS DU PROFESSEUR, SON PROTAGONISTE ET LE GROUPE-CLASSE (LE BON, LA BRUTE ET LE TRUAND)

Sans vouloir ajouter à l'analyse qu'en fait l'auteur, entrevoir le processus « **transféro-contre-transférentiel** » entrevu par Claire (*la maîtresse*) dans le cas cité par l'auteur, la question posée est : « **la formulation un peu hâtive de la maîtresse** » laisse supposer, en effet, dans l'esprit de certains élèves que quelqu'un l'aurait volée (*l'équerre*). Ce n'est pas aussi simple en réalité car l'auteur ajoute des antécédents et des précédents avec cet élève (*Jules*) et même les parents de Jules. Mais connaissant Jules et ses réactions au sein du groupe, Claire aurait dû se méfier.

Je comprends bien l'auteur qui se focalise ici dans ce long exemple d'un cas, son souci de nous expliquer ce qu'il appelle : « **l'instance d'analyse et d'élaboration collectives de situations éducatives** ». Ce travail d'analyse permet donc, je cite : « *De comprendre pourquoi on s'est laissé prendre dans le scénario imposé par un autre, sans qu'on soit parvenu à le penser pour le déjouer et s'en maintenir à distance* » (*fin de citation*). De plus, que ce soit la maîtresse ou le maître du Kremlin, il faut tenir compte des « **paradigmes** » imposés par chaque institution et leurs formes.

Il ne faut pas oublier que dans les sciences sociales, le terme est employé pour décrire l'ensemble d'expériences, de croyances et de valeurs qui influencent la façon dont un individu perçoit la réalité et réagit à cette perception. Ce système de représentation lui permet de définir l'environnement, de communiquer à propos de cet environnement, voire d'essayer de le comprendre ou de le prévoir.

Je conclurai cette séquence particulière en disant que le phénomène de compréhension du fonctionnement d'autrui, le sien, celui du groupe, de l'organisation en ayant connaissance des « **interdits sociaux, culturels, politiques et autres...** ». Une dernière remarque sur ce sujet. Je ne peux me soustraire à partager un sentiment personnel sur cette façon « **d'agir ou réagir** », une sorte de complément qui devrait être pris en compte, c'est celui du « **cercle des poètes disparus** ».

HISTORIQUE

En 1959 aux États-Unis, Todd Anderson, un garçon timide, est envoyé dans la prestigieuse académie de Welton (lieu fictif¹) dans l'État du Vermont, réputée pour être l'une des plus fermées et austères du pays et où son frère aîné a suivi de brillantes études. Il y rencontre M. Keating, un professeur de littérature anglaise aux pratiques pédagogiques plutôt originales, qui notamment encourage le refus du conformisme, mais aussi l'épanouissement de la personnalité par la vie en poésie, l'art de profiter de l'instant présent (« **Carpe Diem** ») et le goût de la liberté.

Voulant au maximum suivre la voie nouvelle qui leur est présentée, certains élèves de Keating vont redonner vie au « **cercle des poètes disparus** », un groupe d'esprits libres et oniriques dont M. Keating fut, en son temps, l'un des membres influents.

La découverte d'une autre vie va à jamais bouleverser l'avenir de ces étudiants. En effet, les situations des divers personnages ne se prêtent guère à l'exercice de ces libertés, récemment découvertes, car les mentalités des parents et des professeurs n'admettent pas que leur autorité et leurs ambitions soient remises en question par ces jeunes personnalités tentant de s'affranchir de règles trop rigides. Ce cercle permettant à leurs participants de s'affirmer, il les aide à découvrir leur vraie nature et à vivre comme ils le désirent.

Il y a, à mon avis, quelque chose à prendre dans cette histoire.

TROISIÈME PARTIE

Clinique et éthique

CHAPITRE 10

Clinique psychologique et éthique

(Robert Samacher)

LA DÉONTOLOGIE ET LE PSYCHOLOGUE

Ici, dans cette séquence, pour bien comprendre ce qui a eu lieu, il faut une courte explication de ce qui existait avant 1985 et la loi qui va protéger le titre de « **psychologue** ». Dans les années 1870, la psychologie était essentiellement considérée comme une branche de la philosophie et son histoire s'inscrit donc dans l'histoire de cette dernière. Après la Révolution de 1789, dans le sillage des pensées de Locke et de Condillac, l'idéologie et le spiritualisme contribueront grandement à l'émergence de la psychologie comme discipline autonome en France. Serge Nicolas insiste en particulier sur le rôle du spiritualisme. Je cite : « *L'émergence du concept de psychologie est liée en France au développement politique de la « philosophie spiritualiste rationnelle » (éclectisme) ; celle-ci ayant mis la psychologie à la base de toute philosophie en l'imposant même sur le plan académique* ». Jusqu'alors considérée comme une branche de la philosophie, la psychologie gagne son autonomie avec la création de chaires universitaires et de laboratoires à part entière. La séparation est attestée dès 1732 par Wolff, qui distingue la « **psychologie empirique** » de la psychologie rationnelle. Jusque-là confinée à la description anatomique des principales « **structures du système nerveux** », la « **neurologie** » du XIXe siècle fait d'importants progrès grâce à la mise au point de techniques nouvelles (électricité, microscopie, chimie) qui permettent d'explorer le système nerveux à l'échelle de l'infiniment petit mais aussi, pour la première fois d'un point de vue fonctionnel, c'est-à-dire en s'intéressant à ses « **mécanismes physiologiques** ».

La fin du XIXe siècle marque véritablement l'apparition de la « **psychologie** » comme une discipline à part entière entre la « **neurologie** », la « **physiologie** » mais aussi la « **psychiatrie** ».

Cela fait trente-huit ans (à l'heure où j'écris) que le titre de « **psychologue** » est reconnu et protégé par l'Etat (depuis le 25 juillet 1985 précisément). En réaction à la « **psychologie philosophique** », la Société Française de Psychologie (SFP) est créée en 1901 par Pierre Janet pour promouvoir une « **psychologie scientifique** ». Elle est la deuxième société savante de psychologie constituée à travers le monde, après « l'American Psychological Association » (APA), dont je suis membre, créée en 1892. Puis en 1950, des professionnels diplômés fondent le « **Syndicat National des Psychologues Praticiens** ». Le (SNP) est un syndicat professionnel qui se donne pour mission la reconnaissance de la profession et la défense des professionnels. Je cite : « *Notre profession, née après la dernière guerre mondiale, inscrite dans le champ nouveau des sciences humaines, a connu un développement démographique important ; la discipline a rapidement progressé dans les formations universitaires en Lettres et Sciences humaines, comme dans le champ professionnel, pour devenir la plus importante des professions des sciences humaines : on considère qu'il y a actuellement environ 45 000 psychologues en exercice en France* » (source SNP, 2009)(Fin de citation)

En 1961, la « **SFP** » élabore le premier code de déontologie des psychologues. Depuis, le code a été plusieurs fois remanié (sa dernière mise à jour date de 2002). Même s'il existe un code de « **déontologie des psychologues** », il n'y a pas encore de levier juridique pour faire appliquer les principes du code (contrairement au conseil de l'Ordre des médecins par exemple). A ce propos, en 2003 a été créée la « **Fédération Française des Psychologues et de Psychologie** » (FFPP) dont l'un des objectifs est de défendre et de promouvoir cette déontologie de la profession. Les différents représentants de la profession réussissent à obtenir en 1985 une loi réglementant l'usage du « **titre de psychologue** ». Depuis le 25 juillet 1985, l'usurpation du titre de psychologue constitue donc un délit (tout comme le titre de psychiatre, et celui de psychothérapeute depuis 2012).

Je ne rentre pas dans la longue explication des principes généraux définis par le nouveau code voté en juin 1996, il est fort probable que d'autres modifications soient nécessaires au fur et à mesure de l'évolution des découvertes dans le domaine de la psychologie et autres sciences.

Concernant le respect des « **droits de la personne** », le « **secret professionnel** » et la situation réelle du psychologue par rapport à ces deux objets, l'auteur indique qu'il s'agit presque d'une fiction car en réalité ce n'est pas toujours le cas, ces droits sont souvent bafoués selon l'espèce. Nombre de psychologues se retrouvent devant les tribunaux pour avoir failli dans leur comportement qui aurait dû être exemplaire.

Les responsabilités et les compétences (au pluriel, et pour cause), du psychologue, si le code de déontologie fixe bien les limites, faudrait-il encore que le professionnel puisse avoir la capacité de se fixer lui-même ces

« **limites** ». La question est : « *Jusqu'ou le psychologue peut-il aller et est-il permis de dépasser certaines limites ?* ».

Les listes officielles des psychologues publiées par les services sont supposées mettre à disposition du public qu'il aura bien à faire à un vrai psychologue et reconnu comme tel. Mais cela n'enlève pas le doute qu'il puisse être un « *bon psychologue* ». Un président de la république, même s'il est élu ne peut garantir qu'il sera un « *bon président* ».

QUELQUES MOTS SUR LA DÉONTOLOGIE ET L'ÉTHIQUE

S'il y a une distinction entre les deux, il devrait y avoir, selon moi, une convergence de l'un et de l'autre sur cette question. En effet, comment dissocier la « **déontologie** » de « **l'éthique ?** » La « **science du savoir** » doit embrasser les « **phénomènes moraux concrets** ». Sinon, nous allons, et c'est ce qui se passe de nos jours, en excluant la « **morale** », le praticien se borne à n'être qu'un « **objet de science** ». Dans ce cas pourquoi ne pas laisser alors (l'I.A.) « **intelligence artificielle** » faire le travail.

LA MORALE

L'auteur en parle et cela peut sembler étonnant dans le contexte des sciences humaines. Chacun peut en effet dicter sa propre morale et l'auteur mentionne la morale des « *nazis* ». Freud, je n'en parle pas, il semble à côté d'une certaine réalité et « *complexifie* » ce principe qui semble plus simple qu'on pourrait le croire. La notion du « **bien et du mal** » ne devrait pas être l'objet principal car leur définition est tellement mal comprise. D'ailleurs, l'auteur ici soulève une question fondamentale, je cite : « *Le défilé des experts et leurs interprétations hâtives écartent toute expression d'une subjectivité* ». Il faudra bien résoudre un jour la question de « **l'inconscient** ».

Le bien, le mal, de l'un et de l'autre, nous savons tout au long de l'histoire ce qu'il en a été lorsqu'il aura fallu décider pour le bien de l'autre. La règle de déontologie en psychologie et dans d'autres sciences, est nécessaire pour fixer certaines limites à ne pas franchir, cette règle est imparfaite et le restera pour longtemps. La loi morale fait écho à la loi de ce qui est bien et dans une société il doit y avoir un « **ordre** » sinon c'est le chaos. Même dans le monde dit « **laïque** », ces deux notions existent. Tout en étant conscient que dans chaque société, la morale et le bien sont de nature interprétative selon d'autres critères. Le psychologue d'obédience musulmane aura une compréhension différente probablement du psychologue d'obédience juive.

L'ÉTHIQUE EN PSYCHOLOGIE

C'est un acte selon l'auteur qui fait référence à Freud. Que cette éthique « *transcende* » la morale, l'auteur à sa propre définition puisqu'il dit, je cite : « *Elle se situe* » (*l'éthique*), *au-delà de tout bien et tout mal...*, elle confronte l'homme seul à sa vérité de sujet, il assume la division qui le fonde ». (*Fin de citation*) Là se pose le problème, dans l'exemple que donne l'auteur en citant le film (*La colline aux mille fleurs*), l'histoire du pasteur Trocmé, celui-ci refuse de signer un document d'allégeance au maréchal Pétain. Est-ce à dire qu'il avait raison ? oui...pour lui-même, pour sa conviction (*il était pasteur et détenteur d'une morale*). Est-ce à-dire que c'était un acte d'éthique, la réponse est oui mais dans une éthique qui lui est propre. Le maréchal Pétain en avait aussi une qui lui était propre sans forcément croire qu'il se trahissait. Tout est relatif dans ces compréhensions. L'acte éthique en psychologie semble avoir les mêmes questions mais il est « *cadré* ».

LA CLAUSE DE CONSCIENCE

On la retrouve dans tous les domaines (*scientifiques, militaire, sociaux etc.*). Le psychologue peut, en effet, faire jouer sa « **clause de conscience** » lorsqu'il estime, selon l'auteur, ne pas pouvoir respecter les principes édictés, dans le cas précis d'une mission imposée qui ne répondrait pas aux principes déontologiques ou qui irait à l'encontre d'une « **conviction intime** », (*probablement la sienne*), qui remettrait en question son rapport

à sa vérité de sujet. Pour moi reste la question de « **l'indépendance professionnelle** ». Comment la mesurée et la « **bornée** » ?

L'ÉTHIQUE DE LA RESPONSABILITÉ

Pour répondre à cette question que pose l'auteur quand il dit, je cite : « *De quelle parole le psychologue peut-il être porteur ? Comment peut s'effectuer le passage de la reconnaissance de la subjectivité du sujet psychique à la prise en compte d'une responsabilité collectives professionnelle devant la forme actuelle du « malaise dans la culture ?* ». (Fin de citation)

Ma réponse est : (*et elle n'engage que moi ici*), « *En incluant ses croyances, ses convictions, ses compréhensions, ses pratiques, ses méthodes objectives, ses compétences, son savoir et tout le cortège d'outils mis à sa disposition. Ainsi il sera porteur, au moins dans ses convictions, que ce qu'il fait lui semble juste sans se trahir* ».

CHAPITRE 11

Responsabilité de la démarche clinique dans nos mondes contemporains

(Olivier Douville)

Je note tout de suite que cette coupure des liens entre les sciences sociales et la psychologie d'avec la philosophie, semble avoir posé plus de problèmes que de solutions. Il y a toujours cette mauvaise compréhension entre « **l'objectivité** » et « **l'objectivation** ».

LA MORALE

« **La morale** », « **la déontologie** », « **l'éthique** », des définitions souvent confuses ne devraient plus être l'objet de discussions. Ces trois définitions (*que j'appelle principes*), existent, donc il suffit de bien les comprendre et surtout les mettre à leur bonne place dans les « **démarches cliniques** ». Mais ce n'est pas aussi simple que l'on veuille bien le dire. La « **morale** » par exemple ne se définit pas uniformément pour tous de la même façon, il suffit d'aller dans certains pays et côtoyer certaines cultures pour vite nous rendre compte que ce qui est acceptable pour l'un ne l'est pas pour l'autre. La fiction « **anthropologique** » dont parle l'auteur ici reste une « **fiction** » même si elle reste une discipline, située à l'articulation entre les différentes sciences humaines et naturelles. Comme elle étudie l'être humain, les groupes humains sous tous leurs aspects et même si elle reste une « **puissance conceptuelle** », il semble que nous rencontrions des difficultés à mettre véritablement la « **vérité** » au service de la « **liberté** ». L'affranchissement d'un concept peut-il rendre libre ?

LA DÉONTOLOGIE

Par nécessité l'auteur observe qu'il faille instituer, dans nos professions, et pour garantir notre légitimité, des normes sous forme de « **principes moraux** ». La « **déontologie** » fait suite à « **l'éthique** » selon l'auteur. Une interposition entre le « *faire et la morale* », ce qui est « *licite* » de ce qui ne peut l'être. La question qui inévitablement se pose c'est qu'avec la même « **identité professionnelle** », ce qui est admissible est canalisé pour que les lignes de partages soient admises. Cela supposerait donc que selon cette « **identité professionnelle** », ces lignes de partages dont parle l'auteur seraient susceptibles de se modifier.

L'ÉTHIQUE

L'auteur a raison de commencer son exposé en mentionnant que c'est une notion qui n'est pas facile à délimiter. Il y a tellement de champs de l'éthique qui peuvent se caractériser par de nombreuses questions comme : « **L'éthique dite normative** », (*prescriptive*), c'est-à-dire, comment les personnes pourraient ou devraient-elles agir ? « **L'éthique appliquée** » (*déontologie*) que j'ai mentionnée plus haut et qui pose la question du « *comment* ». Comment utiliser les connaissances morales et les mettre en pratique ? L'éthique descriptive et comparative ou entre autres termes ce que pourraient penser les personnes de ce qui est juste ?

et enfin, cette fameuse « **Méta-éthique** » qui renvoie à la signification de certains concepts comme le « *bien* », le « *bon* », le « *juste* » et tous leurs cortèges d'analyses des concepts de cette nature.

Pour en terminer avec cette séquence, la « **méta-éthique** » selon Paul Ricoeur, qui a rédigé un petit article sur cette question en 1985 et que l'on trouve dans « *l'Encyclopædia Universalis* », concernant son « *présupposé épistémologique* » et de sa signification, sans oublier qu'il l'observe sous l'angle de la philosophie, dit, je cite : « *Elle est au-dessus de l'éthique car elle a pour objet non pas de poser des normes éthiques mais de les analyser* ». (Fin de citation)

La méta-éthique est en réalité aussi ancienne que l'éthique, même s'il est vrai que ce n'est que depuis le XXe siècle qu'elle est devenue une discipline indépendante qui se consacre de façon toute particulière à l'aspect linguistique de l'éthique.

LE CLINICIEN CONFRONTÉ AU SOCIAL, AU POLITIQUE ET À L'HISTOIRE

Je terminerai cette analyse en concluant brièvement par une observation personnelle, car, les derniers propos de l'auteur dans cette dernière séquence sur cette confrontation au social, au politique et à l'histoire restent quand même une vision propre à son auteur.

Je pense, et peut-être dans un avenir plus proche qu'il ne paraisse, que la science s'oriente et revienne vers sa compagne d'origine qu'est la religion. Cette dernière fait de plus en plus l'objet de recherches universitaires en sciences humaines. Des disciplines telles que l'histoire, la sociologie, l'anthropologie ou même la psychologie, qui toutes, étudient ce que l'on nomme « *le fait religieux* », sans pour autant s'appuyer sur une définition qui pourrait correspondre de manière homogène à tout ce qui est ainsi étudié.

Sans la mentionner, parfois effleurée, souvent exprimée en d'autres termes, la science, semble, doucement et à pas feutrés, faire des clignements de l'œil à sa sœur la religion. Après tout, il y a bien eu un « *commencement à tout ça non ?* »

ANNEXE

A

Abus pédosexuels 23
Aménagements défensifs 22
Amphétamines 9
Analyse 11
Analyse conceptuelle 20
Analyse structurale 22
Anorexie 6
Anthropologie 29
A.P.A. 27
Aperception thématique 23
Apologue 2
Argumentations explicatives 22
Armes de l'observation 15
Attaquant pervers 24
Attaque/défense 25
Auto-diagnostic 15
Auto-théorisation 9

B

Batterie 19
Barrière des interdits 24
Bien/mal 28
Bilan projectif 19

Bonne distance 10
Bornage 29
Boulimie 6

C

Capacité de réflexivité 9
Capacité projective 20
Capacités sensorielles 16
Cas 4
Catégoriser 16
Chercheur 11
Clause de conscience 28
Clinicien 7,10,11,19
Clinique 8,19
Clinique de l'entretien clinique 11
Coaction 24
Cohérence 17
Colloque 7
Comment 3
Commun 4
Concept de projection 22
Conceptualisation 10
Conditions 10
Conduite de groupes 24
Conjoncturelle 6

Connaissance conjoncturelle 6
Connu réel 3
Consigne 20
Construction identitaire 7
Construction interprétative 21
Construction projective 21
Constructions 17
Contre-épreuves 18
Contre transfert 4,10
Conviction 18
Conviction intime 28
Corpus théorique 11
Couplage du Rorschach 19
Coupure épistémologique 5
Critères d'exercices 7
Critères objectifs 10

D

Décalage 10
Décentration 7
Découverte projective 21
Défense 10
Définition 10
Démarche clinique 7,10,11,18,29
Déontologie 18,28,29
Déontologique 21,27
Description 17
Désir professionnel 7
Diagnostic 16,21
Dialectiques 5
Dimension clinique 7
Discours 3
Discipline 21
Dispositifs 10
Dispositifs d'analyses 11
Dispositifs de formalisation 7
Doctrines de l'apparence 9
Données objectives 18
Données subjectives 18
Droits de la personne 27
Dysphorie de genre 2

E

Écoute thérapeutique 8
Émetteur 11
Empirisme clinique 20
Encromancie 21
Enjeux méthodologiques 10
Entretien clinique 11
Épistémique 21
Épistémologie 16
Épistémologique 2,10,19
Épistémologues 7
Épreuves projectives 20,21
Espace d'interlocution 7
État limite 20
Ethnologues 9
Éthique 28,29
Éthique normative et appliquée 29

Être professionnel 8
Étude de cas 17,18
Étude d'un processus 18
Étymologie 14,15
Évaluation du psychisme 21
Examen psychologique 21
Excentration 7
Exner 19
Expérience 4,11
Expériences projectives 20
Expérimentation 4
Expertises psychologiques médico-légale 21
Expressions perverses 24

F

Fabrication 21
Fait observable 10
Fiction 29
Fonction heuristique 17
Fonction psychologique 21
Force de persuasion 17
Former 17
Formes injonctives 22
Formule projective 22

G

Gageure 16
Généralisation 18
Génocide 23
Gestaltisation 21
Goulags 23
Guidance projective 22,23

H

Holocauste 23

I

I.A. 28
Identité professionnelle 29
Idéologique 9
Idéologie du savoir 16
Idéologie sociale estimable 25
I.L.F.F. 22
Illustration 17
Imprévisible 2
Imprévus 6
Inconscient 10,11,20,21,28
Indépendance professionnelle 29
Indices projectifs 23
Infléchissement 17
Informer 17
Insuffisances 6
Intelligibilité 17
Interprète 21
Interpréter 16

K

Kinésie 20

L

Laïque 28

Langage 11

L'éthique de la connaissance 2

Liberté 29

Limites 10,27

L'intervention clinique 2

Littérature 23

Logique projective 22

Logiques 10

M

Maladie 15

Malentendus 11

MAPS 23

Matériel projectif 22

Matériel visuel 19

Matière 20

Mécanique psychologique 4

Mécanisme de projection 23

Mécanismes de défense 21,22

Mécanismes physiologiques 27

Médecin 9

Mesures psychométriques 21

Méta-analyse 23

Méta-éthique 29,30

Méthode analytique 10

Méthode clinique 2,24

Méthode expérimentale 2

Méthodes 10

Méthode hypothético-déductives 7

Méthodes constructives 24

Méthodes créatives 24

Méthodes groupales 24

Méthodes interprétatives 24

Méthodes projectives 20,21

Méthodes réductrices 9

Modèle holistique 5

Modèle réductionniste 5

MOI 24

Monographies 23

Morale 28,29

Mythologie 23

N

Naturalisation du spectre 18

Nature psychanalytique 10

Neurologie 27

Nosologiques 21

Nouveaux paramètres 6

O

Objectif 18

Objectivation 29

Objectivité 15,16,18,29

Objet 20,24

Objet clinique 7

Objet de science 28

Observateur 18

Observation 17

Observation objective 16

Observation subjective 16

Ordre 3,28

Organisation psychique globale 22

Outils boucliers 15,16

Outils non-boucliers 16

P

Paradigme 3

Paradigme expérimentale 2

Paradigmes au Rorschach 19

Parole 11

Parole active 6

Parti pris 4

Particularités de son être 7

Passation 19

Patient 10

Patrimoine de symbolisation 11

Pensée 11

Pensée projective 21

Personnes

névrosées/dépressives/hystériques/anorexiques/alcooliques/psychotiques 20

Pervers psychosocial 25

Perversion épistémique 9

Phénomènes moraux concrets 28

Phénomènes transférentiels 10

Phénoménologie 9,19

Philosophie 23

Philosophie spiritualiste rationnelle 27

Physiologie 27

Plaisir pervers 24

Plurivocité 11

Position asymptotique 10

Position paradoxale 3

Pourquoi 3,5

Pratiques d'interventions 9

Prédicats épistémologiques 7

Présentation clinique 2

Prévisible 2

Principe explicatif 9

Principes moraux 29

Processus de construction 18

Processus de réduction 18

Processus de subjectivation 20

Processus psychopathologiques 22

Problématisation 17

Projectifs 22

Projection 9,20,22

Propriétés psychométriques 23

Psychanalyse 10,17,19

Psychiatrie 17,27

Psychologie 17,23

Psychologie clinique 2,10,17,19,24

Psychologie dynamique 10

Psychologie empirique 27

Psychologie générale 24

Psychologie narcissique 24
Psychologie philosophique 27
Psychologie prédictive 3
Psychologie projective 21,22
Psychologie scientifique 27
Psychologie sociale 10
Psychologues 20,27
Psychologues projectifs 22
Psychopathologie 17
Psychose maniaco-dépressive 6
Puissance conceptuelle 29

R

Rapport d'analyse 21
Rapport transférentiel 21
Réalité 15,18
Réalité du connu 3
Réalité individuelle 16
Réalité matérielle 16
Récepteur 11
Recherche psychodynamique 8
Recherche psychologique/psychopathologique 21
Reconditionnement 16
Réductionnistes 9
Réductrice 9
Réal 2
Référents théoriques 10,17
Relativité 5
Relation d'échange 17
Religion 23
Rencontre clinique 17,19
Rencontre pour soi 14
Renouvellement continu 5
Rigueur 11
Rigueur épistémologique 20
Rorschach 19,20,21
Ruptures épistémiques 3

S

Savoir constitué 16
Science empirique 17
Sciences
comportementales/neurocognitives/biopsychologiques
22
Sciences conjecturales 3
Sciences de l'éducation 9
Sciences du savoir 28
Scientifico-socialo-politico 9
Secret professionnel 27
Sélection 18
Sémiologique 20,21
Sensorialité du sujet 20

Sequentialisation/pré-séquentialisation 22
S.F.P. 27
Silence des théories 17
Singularité 3,18
Singulier 3,4
S.N.P 27
Situation projective 19
Soliloque 7
Social 10
Sociologie 17
Sociologues 9
Spectre autistique 12
Stimulus 19
Structure du sujet 3
Structure du système nerveux 27
Structure perceptive 18
Structure psychopathologique 21
Structure universelle 4
Subjectif 10,16,18
Subjectivité 8,9,10
Suggestibilité 21
Sujet 3,4,11,25
Symétrie normative 21
Symptômes observables 16,18
Synthèse 18

T

T.A.T. 19,20,21,23
Techniques projectives 19,20,23
Test association de mots 23
Test projectif 19,20
Test Rorschach 20,23
Testeur/testé 9
Théologies religieuses 3
Théorie de la pyramide inversée 19
Théorie du singulier 4
Théories de l'apprentissage 22
Théories sexuelles 10
Thérapeutique 10
Traitement 21
Transcription 17
Travailleurs sociaux 9

V

Valeurs 7,17
Validation clinique 24
Verbalisation 11
Vérité 18,29
Virtualisation 20
Voir sans être vu 16
Voyant 19

