

# Introduction aux guides

Rédigé par Léo Gayrard, psychologue diplômé d'État

**Avant-propos ... p.3**

**Introduction ... p.4**

**La pratique de la thérapie  
... p.6**

**Quel est le sujet ... p.10**

**Thérapie dont vous êtes le  
héros ... p.13**

**La limite fondamentale ...  
p.33**

## Avant-propos

Avant de commencer cet ouvrage je vais vous proposer quelques considérations.

Nous allons emprunter le champ de la psychologie. C'est-à-dire un certain paradigme, qui ne prétend pas asseoir une *vérité* mais plutôt donner une interprétation conceptuelle concernant notre expérience de la vie et du monde.

Nous allons l'aborder sous trois angles : les concepts (tels qu'ils ont été formulés par les auteurs de la psychologie), la vie quotidienne et l'expérience de la thérapie.

Ce dernier point est extrêmement important, car il renferme l'intérêt de la psychologie. Je vous propose une définition de la thérapie : c'est une formation pour devenir soi-même thérapeute.

Là vous pouvez répondre : « je n'ai pas signé pour ça je ne veux pas spécialement devenir thérapeute, ce n'est pas mon métier », et vous soulignez un point très important. Nous parlons ici de la *position* que prend le thérapeute, pas du métier.

Avec l'histoire de la pilule rouge et de la pilule bleue dans Matrix, la psychologie vient donner la possibilité d'une troisième pilule.

Cette troisième pilule est celle que le thérapeute propose à travers les interprétations qu'il donne de ce que dit le patient pendant les séances. Il s'agit d'en utiliser les principes pour « exister pleinement », pour aborder l'expérience de votre vie dans toute sa richesse et y exprimer pleinement votre désir. Dans l'application que cela a dans vos rapports aux autres, à vous-même, à vos sensations, vos sentiments et à ce qui vous intéresse dans votre vie.

L'intérêt majeur de la psychologie réside dans sa pratique.

S'il fallait résumer la pratique de la psychologie je dirais que c'est l'exercice de ce qui fait de nous pleinement des humains.

## Introduction

Notre vie psychique est régie par une dichotomie. Celle de la pulsion de vie et de la pulsion de mort.

Dans votre vie de tous les jours, dans toutes les expériences que l'humain peut faire, la façon dont vous percevez la *réalité* est toujours liée à votre investissement psychique.

Depuis vos sensations, vos sentiments, vos pensées, vos relations, le langage, absolument tout passe par le système psychique. C'est dans cette perspective que nous allons nous intéresser aux lois qui le régissent.

La psychologie nous permet non pas de nous « libérer », mais de donner un sens plus riche à nos expériences. De trouver de l'intérêt dans le monde qui nous entoure, d'encourager la pulsion de vie.

Certaines notions, certains concepts, peuvent nous aider à lire et à interpréter la vie psychique :

Il faut s'imaginer une ligne qui commence par 0 et finit par 1.

Cela représente la vie psychique. Entre le 0 et le 1 se trouve un état de tension, cela représente le fait d'avoir *envie* de *quelque chose*.

La *jouissance*, elle, constitue le fait de se débarrasser de cette tension. Que cela soit par le 0 ou par le 1 d'ailleurs (gardez le en tête pour la suite).

La psyché fonctionne ici de la même façon que le corps, c'est-à-dire par le principe du *moindre effort*. Votre système psychique veut se débarrasser de cet état de tension, qui est coûteux. Le désir *divise* notre être car il souligne notre manque (vous désirez parce que quelque chose manque). Que cela soit par le 0 ou par le 1, nous sommes poussés à nous soulager de cet état de tension.

Cette tension s'appelle la pulsion de vie, elle nous lie au monde, aux autres, au langage... La jouissance, elle, se trouve du côté de la

dé-liaison, c'est-à-dire de la pulsion de mort.

Les termes clés à retenir ici sont : désir et jouissance, pulsion de vie et pulsion de mort, liaison et dé-liaison.

Cependant nous n'allons pas toujours pouvoir ramener toute l'expérience de la vie psychique à ce concept. S'il n'existe pas en physique de théorie unifiée (quantique et relativité), il n'y a pas de raison qu'en psychologie cela soit le cas. Souvenez vous-en pour votre pratique (personnelle ainsi qu'auprès des autres) : une interprétation ou un appui conceptuel peut faire sens et être intéressant dans une situation, et ne plus l'être dans une autre.

Vous n'allez pas pouvoir *unifier* un sujet par une seule interprétation ou par un concept (l'unification est d'ailleurs ce qui s'opère lors du 0 ou du 1 dans le schéma précédent, car le sujet n'est alors plus *divisé* par son désir).

Ce point est extrêmement important. Le fait de ne pas atteindre l'unification porte un nom, c'est celui de la limite fondamentale qui s'oppose à la toute puissance.

C'est le champ *symbolique*. Car étant donné que nous ne sommes pas unifiés, tout puissants, etc, nous avons donc recours au langage et aux symboles.

Mais le langage est imparfait, défectueux. Il ne traduit pas exactement ce que nous pensons et sentons. Et c'est **tant mieux**.

C'est bien parce qu'il y a des malentendus que nous continuons d'échanger les uns avec les autres. Si l'on s'entendait, il n'y aurait plus rien à dire. C'est parce que l'on n'a pas tout à fait réussi qu'on recommencera. Cet *encore*, c'est la pulsion de vie.

C'est notamment pour cela que la psychologie ne se base pas sur les résultats. Cela affecte entièrement sa pratique même.

En quelque sorte, ce qui nous intéresse n'est pas du côté de l'**objectivité** qui viserait à généraliser, mais bien plutôt le **subjectif** qui vient exprimer le sens personnel de votre existence.

## La pratique de la thérapie

Je vais vous donner pour exemple la thérapie de couple.

La thérapie est une pratique importante pour comprendre la vie psychique dans la vie de tous les jours. C'est pour cela que nous allons aborder à la fois la vie quotidienne mais aussi des situations de thérapie.

La plupart des couples viennent en thérapie parce qu'ils pensent vouloir *s'entendre, se comprendre*. Cependant, ils ne veulent l'un l'autre fondamentalement pas la même chose. Les désirs ne se rejoignent jamais.

Donc s'ils venaient tout de même à se comprendre, c'est à dire à faire face à cela (le fait qu'ils ne veulent strictement pas la même chose du tout) sans aucun artifice, sans transformation, sans désir, il ne resterait donc plus qu'à se séparer.

Attention, il ne s'agit pas cependant de leur faire comprendre cela. Comprendre n'apporte rien ici non plus, car c'est ce malentendu qui les amène à faire leur thérapie de couple. Ce malentendu, c'est l'amour, c'est le *transfert*.

Le transfert, dans son acception théorique, est l'investissement d'un patient vers le thérapeute. C'est-à-dire un malentendu (quelque chose de l'ordre du «le thérapeute sait quel est mon problème et il va me soigner»). Ainsi que toutes ses variations possibles : mon thérapeute m'aime, il me déteste, il croit tout savoir, etc.

Dans les premiers temps de la psychologie, l'idée était que le transfert était un frein à la thérapie. Il fallait faire comprendre au patient qu'il se trompait, que le thérapeute n'était pas celui que le patient pensait. Cela ne réglait cependant rien à l'affaire. Le patient disait « autant pour moi » et désinvestissait le thérapeute. Erreur sur

la personne, si le thérapeute ne sait pas quel est mon problème et ne peut pas le régler, il allait répéter ses symptômes ailleurs.

Oui, vos symptômes se répètent même si que vous pensiez les avoir réglés. Pour la bonne raison que, rappelez vous, le langage est imparfait, vous vous *trompez*. Ce qui fait problème va donc simplement s'exprimer ailleurs, sous une forme différente. Parce que le problème c'est que vous êtes animé par le désir.

Nous considérons donc que le transfert n'est pas un frein pour la thérapie mais un levier. Si la raison qui fait que le patient entreprend sa thérapie est un savoir qu'il nous prête ou qu'il pense que nous sommes un extra-terrestre, 1 : cela le regarde, 2 : il se peut qu'il ait raison.

« Mais je ne suis pourtant pas un extra-terrestre » répondez-vous : nous ne sommes pas des scientifiques, notre intérêt ne se porte pas sur la réalité de ce qu'est objectivement un extra-terrestre (réalité à laquelle il s'agirait que tout le monde accède de la même façon ? La psychologie n'est pas du côté de la normalisation). Notre travail n'est pas celui d'abaisser les tensions, il n'est pas celui de faire jouir les patients ou de leur apprendre à jouir, car il n'est pas du côté de la pulsion de mort. Notre travail se situe sur l'axe symbolique, c'est à dire que ce que le patient appelle un extra-terrestre saisit peut-être quelque chose que vous même n'entrevoiez pas. Donc n'allez pas trop vite en besogne.

Je prends là un exemple parlant pour vous faire comprendre le principe, qui est aussi applicable à des situations moins impressionnantes et plus quotidiennes (il se peut par exemple que le patient pense que vous ne vous intéressez qu'à son argent, le travail ici, tant qu'il est possible, est une réflexion autour de la fonction qu'a cette perspective, ce n'est pas de convaincre le patient qu'il se tromperait sur ce sujet). Je vous renvoie ici au chapitre suivant : « Quel est le sujet ».

Le transfert n'est pas uniquement l'investissement que le patient

fait de l'analyste. Il s'agit de l'investissement que vous faites d'une personne, qu'une personne fait de vous. Étant des êtres de langage et le langage étant imparfait, il y a erreur sur la personne. Encore une fois : **tant mieux**.

Vous saisissez : il ne s'agit pas de comprendre ou faire comprendre. Lorsque c'est le cas, dans le « développement personnel » par exemple, nous parlons alors d'*ego therapy*. C'est à dire que ce qui est travaillé est la partie *consciente* de l'être (la majeure partie étant inconsciente).

Sauf que malgré toutes les tentatives du monde, ce discours est en quelque sorte influencé. En tant que langage, ces mots vous ont été transmis et contiennent l'histoire pulsionnelle des générations précédentes. Vous vous en êtes saisi, il s'est saisi de vous. En tant que langage il est *biaisé* par le fait qu'il a toujours une adresse, il est adressé à quelqu'un. Il est toujours une tentative.

Par exemple dire à quelqu'un « je t'aime » ne revient pas directement au fait de lui dire, c'est en fait une demande. C'est le même principe lorsque les gens disent ou se disent qu'ils souffrent, qu'ils vont bien, qu'ils aiment telle chose ou désirent telle autre. Ils sont pris dans une *tentative*.

Face à cette tentative, au fait que cela ne soit dans le fond qu'une tentative, les symptômes ont différentes façons d'y réagir. Certains préfèrent alors se débrouiller pour ne même pas avoir à essayer, d'autres préfèrent laisser les autres essayer à leur place. Chacun son mode de fonctionnement.

L'immense majorité des patients venant en thérapie ont pour souhait de se débarrasser de leurs symptômes. Le symptôme est le signe de votre investissement, de votre intérêt, de votre désir (et de sa tension). Le symptôme n'est jamais le problème en soi, mais une tentative de solution au problème du désir. Il vient faire un compromis entre la pulsion de vie et la pulsion de mort. Il n'est pas bon ou mauvais en soi, c'est à chacun de choisir si le symptôme tel



qu'il est lui convient ou non (rappelons-nous, la psychologie n'est pas intéressée par les résultats mais par des processus).

Un patient asymptomatique n'est libéré que de l'intérêt qu'il trouvait lui-même au monde. Au problème que ce monde, ces autres, lui posaient. A la pulsion de vie.

La psychologie n'est ni du côté du coaching ni de celui du transcendantalisme, mon propos n'est pas de dire « cessez d'essayer et faites » comme Morpheus à Neo dans Matrix.

## Quel est le sujet

La question qui se pose est donc : quel est le sujet (de la thérapie).

Cette question est extrêmement importante car elle renferme, l'air de rien, l'apport fondamental de la psychologie. Elle montre ce qu'est la nature humaine. Plus précisément elle montre aux humains ce qu'ils tentent d'effacer d'eux-mêmes, et qui revient, les faisant souffrir.

Nous avons vu plus tôt que le patient vient en thérapie en ayant une *demande* plus ou moins arrêtée qui, en quelque sorte, est la raison qui l'amène à consulter.

La position de la psychologie réside dans le fait de ne pas être **dupe** du symbolique, nous savons donc que cette demande n'est qu'un prétexte. C'est ce qui différencie la psychologie du coaching. Là où le coaching se focalisera sur la demande en effaçant le reste (le reste alors est vu comme parasite) pour essayer de satisfaire la demande, la psychologie ne s'y empêche pas et reste à l'écoute de tout ce qu'il peut se passer.

Le prétexte peut être plus ou moins conscient. Il arrive que certains patients, une fois qu'ils ont fini de parler de leur demande initiale, continuent en disant « je voulais aussi vous parler d'autre chose ... » et commencent à exprimer des enjeux qui comptent, dans le fond, bien plus pour eux.

Quoi qu'il en soit nous savons que le langage se trompe, que le symptôme s'exprime de telle ou telle façon est secondaire, ce dont il est question dans le fond sera toujours le processus du désir, peu importe la forme qu'il prend. C'est pour cela que la forme, c'est à dire la *demande* nous n'y prêtons pas une attention fixée.

Pour vous donner un exemple, le patient peut venir vous voir en disant qu'il a des problèmes de couple, des problèmes à son travail, des problèmes d'angoisse, etc, mais il arrive que la séance prenne une autre tournure... D'un seul coup le sujet se transporte ailleurs. Ce dont il est question devient le prix de la séance (ça ou autre chose, le principe reste le même). Il y a une effraction, on pourrait croire (si l'on ne connaît pas les principes de la psychologie) que la séance devient hors sujet.

Mais comme nous connaissons la psychologie, nous savons que le désir se déplace (et ... **tant mieux**) et qui serions-nous pour dire au patient d'arrêter de parler parce que ce n'est pas le sujet (qu'il avait lui-même établi d'ailleurs mais qu'il n'aurait plus le droit de toucher après?).

Si le sujet devient le prix de la séance il faut le traiter comme n'importe quel autre élément que le patient apporterait. Ce qui est important c'est le travail que cela entraîne, car un patient peut « tout dire » en thérapie, il peut parler de tout. S'il trouve ça trop cher : que se joue-t-il ici pour lui. Car dans le fond : c'est symbolique. Notre attention se situe toujours sur le : que cela vient-il symboliser.

Il arrive même que le patient se mette à résister lorsque vous l'écoutez : « non mais ce n'est pas le sujet je vous parlais de ma femme ». Son idée c'est qu'il ne faut pas *gaspiller* le temps de la séance. C'est-à-dire que dans sa résistance il est tout à fait dupe de la nature humaine. Le travail est ici fondamental, il faut ici lui *proposer* (la proposition n'étant pas du côté de l'explication) au long des séances la position du symbolique.

Que cela soit cet exemple ou n'importe quel autre nous voyons que le principe reste le même. C'est-à-dire que dans un fragment de discours, un simple « retournons sur le sujet je ne veux pas gaspiller la séance » nous exprimons et pouvons mettre au travail l'entièreté d'une existence, rien que ça !

Car, rendez-vous compte, s'il s'agit donc de proposer que le

sujet en soi importe peu, c'est à dire qu'il s'agit dans le fond de la même chose (du désir et de ses formes), qu'une séance ne se *gaspille* pas tant que ce qui y est exprimé est authentique (quand bien même cela soit un silence), qu'il faut porter son intérêt sur ce qui peut survenir d'une situation, se laisser surprendre, s'ouvrir à la surprise, savoir changer, s'adapter, mais surtout **ne pas subir** car même si l'on ne peut pas contrôler ce qu'il se passe si on y trouve de l'intérêt on ne subit plus...

Bref dans tout le travail que cela peut apporter, même à partir d'un simple « je ne veux pas gaspiller » nous voyons que les possibilités dépassent la simple question de sujet, et que ces possibilités sont aussi transposables à n'importe quelle autre situation de vie (et donc aussi à la situation avec la femme du patient ... rappelez-vous c'était la demande initiale de cet exemple).

Pour conclure nous avons ici l'étendue du : l'intérêt de la psychologie n'est pas dans sa théorie mais dans sa pratique.

Sa pratique se trouve là. Si l'adage nous dit qu'il vaut mieux apprendre à un homme à pêcher plutôt que de lui donner un poisson, la psychologie ouvre le champ des possibles : il est parfois souhaitable de donner ou recevoir un poisson, apprendre peut aussi l'être, et que dans d'autres situations encore le désir peut se porter sur autre chose qu'un poisson.

## Thérapie dont vous êtes le héros

Faisons une tentative de « thérapie dont vous êtes le héros » (sur le style de *Un livre dont vous êtes le héros*) sur le déroulé des phénomènes que les patients rencontrent en thérapie.

Les concepts principalement en jeu sont donc : le *transfert* et les *résistances* (le patient résiste à la mise au travail psychique, c'est-à-dire l'accent mis sur le symbolique, nous verrons plus tard ce que le symbolique représente comme possibilité dans la vie de tous les jours).

D'entrée de jeu les « meilleurs » patients (dans le sens où ils sont au travail) sont ceux qui disent être contre la psychologie. Parce que eux sont extrêmement clairs sur leur transfert, leurs attentes, leur déception. Hélas étant donné qu'ils sont *contre*, ils ne viennent pas en thérapie ou n'y restent pas longtemps. Ils tiennent à leur révolte plus qu'à son expression.

Là où celles et ceux qui se disent être entièrement d'accord et si intéressés par ce travail n'ont du coup (en général) plus grand chose à dire, étant donné qu'ils sont d'accords et n'ont pas de mise en tension de ce côté.

Beaucoup de gens disent ne pas voir l'intérêt d'une thérapie, voire qu'ils n'ont pas besoin d'aide. Utilisons ici le principe même de la psychologie, c'est à dire sa posture. Cette posture est celle d'une écoute, d'une attention : « qu'est-il dit » dans le sens où répondre « c'est faux » de but en blanc n'apporte rien, la psychologie n'est pas dupe des malentendus. Cela nous éclaire donc sur le fait que ces gens là ont quelque part raison ! Écoutons ce qu'ils disent : ils considèrent que la thérapie est une théorie, qu'elle cherche à aller aux racines du problèmes pour le régler etc. Et en effet, si l'on considère que la thérapie n'est qu'une théorie, elle n'a pas grand intérêt. C'est là qu'il s'agit de *dialectiser* (c'est l'action que mène la psychologie sur le

discours), c'est à dire proposer une autre possibilité, une autre voie. La thérapie n'est peut être pas de ce côté là...

Nous allons donc voir dans l'expérience de la thérapie quelle est la pratique, quelle est la posture que propose le psychologue qui permet au patient de lui-même changer son positionnement et de ne plus répéter sans cesse les mêmes symptômes, de ne plus subir son existence. Être psychologue n'est en soi pas un métier mais une posture qui permet de considérer la vie avec toute sa richesse.

Le patient commence par prendre rendez-vous, en général hélas via une plate-forme. « Pourquoi *hélas* ? Cela facilite pourtant la vie du patient ». Eh bien justement, la *facilité* n'est pas du côté du travail psychique. Dans l'idéal le fait que le patient commence par *demande* d'être pris en thérapie a son importance dans le processus.

C'est à dire sans instance qui vient se mettre entre le patient et le thérapeute. Certains patients pourraient répondre « mais heureusement que ces interfaces sont là sinon je n'aurais pas pris mon rendez-vous ». On peut aussi s'imaginer que le patient n'estime pas pouvoir prendre rendez-vous sans, étant donné qu'il vit dans un monde où il est possible de se passer d'une *demande* plus directe.

La science vient promettre une jouissance au consommateur, qui s'en saisit avec un grand soulagement. Ce n'est de toute manière pas gravissime, étant donné que « la thérapie advient de surcroît », c'est-à-dire qu'elle est accidentelle et n'est pas toujours possible.

Il y a des tas de séances où il peut ne « rien se passer ». Se demander si c'est grave ou préjudiciable n'a que peu de sens étant donné que l'on fait (toujours) avec ce qu'on a. C'est un des principes du processus de la psychologie.

De toute façon, le patient vient, c'est déjà ça. Ce qui serait dommage ça serait qu'il ne vienne pas.

Certains thérapeutes ont des principes, comme par exemple « une séance ne se prend pas dans l'urgence », étant donné que la thérapie n'est pas

du côté de l'urgence. Et donc, lorsqu'un patient vient demander une séance le plus rapidement possible, même s'ils ont une disponibilité, par principe ils vont répondre « je peux vous recevoir dans une semaine ». Il y a ici (il me semble), deux écoles. Ceux qui fonctionnent ainsi se positionnent comme *éducateurs*, dans le sens où par leur action ils éduquent le patient à la thérapie. Une autre école serait que le thérapeute *accueille* le patient et ses symptômes. L'urgence de la demande en fait partie. Car si le patient, face au délai donné, ne vient pas : le principe tient mais il n'y a pas de thérapie. Puis si le patient vient en urgence, il viendra aussi la semaine prochaine. A partir de là il y a énormément de possibilités et de variations : il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse il s'agit d'improviser avec ce qui fait sens dans le contexte donné.

Le patient vient à sa séance. Il est censé pouvoir *tout dire* en séance. Hélas pour lui. « Pourquoi hélas ? C'est une bonne chose qu'il puisse tout dire ». C'est une bonne chose pour la thérapie, le patient, rappelons nous, y résiste.

Pour vous donner un exemple *hélas*, si le patient vous dit « je veux arrêter la thérapie » que faisons nous ? Arrêtons la thérapie ? « Si le patient souhaite arrêter il faut respecter son souhait ». Sauf que si l'on prend au pied de la lettre ce qu'il dit : cela signifie donc qu'il n'a pas le droit de *tout dire*.

Ce « tout dire » signifie que peu importe ce que le patient va dire le thérapeute écoutera tout de la même façon. C'est en tout cas ce qu'il faut tenter de maintenir tant que c'est possible, si le patient veut partir nous n'allons pas le retenir de force. Il s'agit là de l'encourager à pouvoir en parler.

Vous saisissez là l'application du *symbolique*, c'est à dire que nous ne sommes pas dans le passage à l'acte. Lorsque le patient parle, même de vouloir partir, nous l'écoutons. Et nous écoutons tout ce qu'il peut dire de la même façon.

La possibilité du symbolique c'est se demander « qu'est-ce que cette personne exprime lorsqu'elle dit cela », car un symbole n'est pas la Chose, un symbole ne sert qu'à renvoyer à un autre symbole.

Dans le symbolique il est question de *limite*, de renoncer à la toute puissance (qui serait ici : je dis que je veux partir donc je pars).

Notre travail est de proposer et d'encourager le symbolique, et le désir. Malgré la frustration, malgré l'angoisse.

Si le patient « a du mal à se rendre au rendez-vous », s'il ne trouve pas l'endroit du cabinet, c'est à interpréter comme une résistance. Dans la limite du raisonnable, si trouver l'adresse du cabinet est une véritable carte au trésor ce n'est pas pareil que si elle est facilement localisable avec le GPS.

Cela ne signifie pas pour autant que les résistances ne peuvent pas s'appuyer sur le réel, au contraire. Le patient peut se servir du fait que cela soit difficile de trouver le cabinet pour se soulager de l'épreuve psychique de s'y rendre.

Cependant ici l'on pourrait se demander comment cela se fait qu'il est difficile de se rendre au cabinet, si c'est vous qui mettez vos patients à l'épreuve vous n'êtes pas dans une posture d'accueil. Si le patient pense que vous le mettez à l'épreuve, si vous tentez de l'apaiser vous n'êtes pas alors dans une posture d'accueil et de réflexion de ses symptômes.

Mais si le fait de ne pas être apaisé de cela angoisse le patient au point d'arrêter sa thérapie, il va bien falloir en faire quelque chose si vous souhaitez lui permettre de pouvoir se mettre au travail, une autre fois.

Lorsque les patients prennent uniquement rendez-vous sur une plate-forme et qu'ils ne vous connaissent pas, si vous ne leur envoyez pas un message pour faire le pas sur l'interface, certains se suffiront d'avoir pris le rendez-vous et n'y viendront pas.

Leur envoyer ce message est une entorse au cadre de la thérapie : les échanges ne sont censés se passer que lors de la séance. Tout échange est concerné par le *tout dire* de plus tôt. Vous rendre disponible par téléphone l'est aussi.



Dans l'idéal même s'ils sont en retard, qu'ils ne peuvent pas venir cette semaine etc, nous sommes censés considérer que cela fait partie de la thérapie et donc en parler *dans* une séance. Dans l'idéal.

Vous leur avez précisé l'heure et le fait que vous les accueillerez alors, et pourtant, la première résistance se manifeste : ils sont en avance et vous envoient un message pour vous dire qu'ils sont déjà là. Certains partiront avant l'heure si vous ne répondez pas à cette première demande.

Toutes les possibilités de positionnement tiennent au style du thérapeute, il serait important cependant qu'elles ne tiennent pas de ses propres résistances. Si le thérapeute répond à la demande en se rendant alors immédiatement disponible par crainte que le patient ne soit emporté par son angoisse, il faudrait qu'il aille lui-même mettre cela au travail en allant lui-même voir un thérapeute (et donc, vous l'imaginez bien, envoyer son propre message lorsqu'il arrive en avance à son rendez-vous).

Dans l'idée il n'y a pas véritablement de *règles* ; tant que vous avez une raison intéressante de faire ce que vous faites, allez-y.

Mettons que le patient est toujours là, vous lui avez fait traverser l'enfer de devoir se référer à vos indications pour savoir quoi faire des 10 minutes d'avance qu'il avait prévues pour vous séduire.

Un autre principe (et de taille) : *le patient est celui qui parle*. Et nombre de patients, dans leur résistance à se mettre au travail, vont tenter de renverser cela. Ils vont vouloir que ce soit le thérapeute qui parle.

Après tout, c'est lui qui est censé savoir quel est le problème et comment le régler. Le thérapeute n'est *censé* qu'accueillir, écouter, et faire des interprétations.

Nouvelle entorse, vous allez devoir énoncer des règles. A mon

sens ici : le moins est le mieux. Vous pouvez tout à fait vous en sortir en ne disant que « je vous écoute » ou « dites moi ce qui vous amène ». Ce « je vous écoute » n'est ici pas qu'une formule de politesse, c'est le principe même du déroulement de la séance.

Vous pouvez aussi vous taire et voir comment le patient se saisit lui-même de la séance. Il y a parfois des paris à faire. Là, c'est à vous de voir étant donné que ce choix est déjà une interprétation.

Je vous déconseille de laisser au hasard cependant le choix de dire quelque chose ici ou non, c'est votre première interprétation.

A partir de là la thérapie consiste à observer ce qu'il va se passer et faire des interprétations quand c'est opportun. Des interprétations dans le sens d'un *troisième choix*.

La plupart des patients (malgré ce qu'ils prétendent) savent déjà quel est le problème, y rester serait un premier choix qu'ils trouvent insupportable au point de venir vous voir ; ils savent déjà ce qu'ils auraient à faire pour le résoudre mais ce deuxième choix est encore pire. Ils viennent pour que vous les *aidiez* ou forcez à prendre ce deuxième choix qu'ils n'arrivent à prendre seuls.

Ici, le point est très important : l'idée commune serait que l'inconscient est une *profondeur*, qu'il faudrait aller *creuser* pour le trouver etc. En réalité, l'inconscient est *à côté*.

L'inconscient est constitué de l'ensemble de ce qu'on appelle les *signifiants*, nous sommes donc dans le registre symbolique qui a pour nature d'être une chaîne de signifiants. La posture de la psychologie est similaire : il s'agit de faire ce qu'on appelle un *pas de côté*.

Plutôt que ces deux choix dont aucun ne convient à moins d'être forcé, vous pouvez proposer un troisième choix.

Par exemple sur le thème du *dois-je accepter ou refuser* : « dois-je pardonner ou tuer ma mère ». Un pas de côté serait de proposer qu'arrivé à un certain âge : s'intéresser à autre chose qu'à maman.

Le fait que le patient puisse *tout dire* signifie que le thérapeute prête à ce qu'il dit une *attention flottante*, dans le sens où il ne juge pas de la nature de son propos.

Que le patient parle du fait qu'il se soit fait agresser sexuellement ou ce qu'il a mangé la veille, l'écoute est la même. Il ne s'agit pas ici de présumer de l'importance selon votre propre code moral.

Certains patients ont vécu des choses que la plupart estimerait horribles, et pourtant ils ne l'ont pas particulièrement mal vécu. Vous pourrez me répondre « dans ce cas c'est sûrement qu'ils refoulent leurs sentiments ». Mais pas nécessairement.

Ne pouvez-vous pas concevoir que l'on peut réagir différemment à ce qui semble à première vue être une même scène ? L'accent est mis sur *ce qui semble à première vue*.

A ce sujet, faisons un sort au fameux « il ne faut pas juger ». En tant que thérapeute, vous allez juger le patient. Bien sûr qu'un thérapeute juge ses patients.

Cependant il ne le fait pas d'un point de vue *moral*. La morale est un des objets dont la psychologie traite. Vous ne pouvez pas l'observer si vous y êtes vous-même.

Par exemple si un patient vous dit qu'il s'est fait agresser sexuellement pour reprendre cette trame : si vous vous exclamez « oh c'est mal / triste / etc », dans ce cas vous ne pouvez pas accueillir le fait que le patient peut avoir un positionnement différent sur cet élément. Vous n'êtes alors plus dans l'accueil.

Et s'il trouve cela mal, comment cela se fait ? Là vous pourrez répondre « mais tout le monde sait que c'est horrible ». Sauf qu'en psychologie si vous avez une approche dogmatique de l'opinion publique normative, vous n'irez pas bien loin dans vos interprétations.

Bien sûr que vous n'allez sûrement pas demander de but en blanc « et vous ne trouvez pas ça bien ? Pourquoi en fait ? », mais si vous laissez le patient parler peut être que vous comprendrez que ce qui rend cet élément insupportable est, par exemple, le fait que la mère l'ait nié.

Donc le jugement moral, à moins que cela ne soit que l'occasion d'une interprétation, ce n'est pas notre créneau. Nous jugeons le patient du point de vue de l'éthique. L'éthique de son désir pour être précis. C'est à dire est-ce que le patient agit en accord avec son désir.

Tout ce que le patient a à dire fait partie de la séance. Que cela soit « ce que vous me répondez est si intéressant », « je ne me sens pas à l'aise » ou « je ne sais pas quoi dire ». Si le patient vous lance des fleurs, rappelez vous que l'amour de transfert est une résistance.

La grande idée reçue (qui est d'ailleurs véhiculée par nombre de mes confrères et consœurs) serait « il faut trouver le thérapeute qui vous convient, celui avec lequel vous vous sentez bien ». C'est faux.

Et tant mieux d'ailleurs. Rendez-vous compte : un patient qui est paranoïaque et qui a l'impression que celui à qui il s'adresse lui veut du mal ; si l'on suit le principe du « avec lequel vous vous sentez bien », cela signifierait donc qu'un paranoïaque ne peut pas faire de thérapie.

Vous pourrez me dire « vous exagérez, ce n'est pas la même chose, le paranoïaque est fou » dans le sens où son malaise est directement lié à ses symptômes. Alors que vous... non ?

Si l'on part du principe que les sensations et sentiments d'un patient sont *réels* et n'ont aucun lien avec leurs symptômes, cela signifie que nous ne sommes plus sur l'axe du symbolique. C'est à dire que nous retombons dans la résistance à se mettre au travail de la thérapie, ce qui est pourtant et ironiquement, ce que le patient vient demander en premier lieu.

1 : le travail du thérapeute n'est pas du côté du *bien être*. Si la séance sert au patient à se sentir bien, c'est à dire à mettre de côté ce qui le faisait souffrir, à l'aider à le supporter, nous ne pouvons pas alors travailler.

2 : Si le patient se sent mal c'est que *quelque chose* se passe, il faut pouvoir l'accueillir. Le travail de la thérapie est ici particulièrement important : qu'est-ce qui fait que le patient se sent mal.

Rappelez-vous, le patient peut tout dire parce que ce qui importe c'est son implication. S'il y a un malaise ou autre, le patient est donc particulièrement impliqué et particulièrement au travail. C'est d'ailleurs pour cela qu'il est tenté de partir, le patient résiste.

3 : Au bout du compte, il faut garder en tête que ce qui prime, c'est le travail que fait le patient. Ce que le patient dit. Donc le choix du thérapeute importe peu ! ...du moment qu'il laisse le patient parler. Même les interprétations n'ont de valeur que ce que le patient en fait.

Même si le patient ment cela ne change rien au travail. Au contraire.

Dans l'inconscient le mensonge n'existe pas. Ce que le patient pense mentir, il ne le tire pas d'un endroit extérieur à lui-même non plus. Il faut cependant distinguer mensonge et mauvaise foi. Dans la mauvaise foi, le patient tente de ne rien savoir de quelque chose.

Bien des fois, lors de la première séance est repérable la structure psychique du patient et donc vers où vont s'orienter ses problématiques voire quel déroulé son travail en thérapie va et / ou peut aller.

Cependant, lui dire à ce moment ne sert au mieux à rien.

Déjà parce que le patient le sait déjà, il vient de vous le dire. « Oui mais il ne s'en rend pas compte » me diriez-vous, cependant

nous ne faisons pas de l'ego-therapy, notre sujet est le patient dans son entièreté, pas uniquement son égo.

Même le fait de tenter de lui faire s'en rendre compte est contre-productif. Notre but n'est pas de poser nos mots sur ceux du patient. Il faut tenter d'être plus fin, la meilleure interprétation est celle qui reprend les mots du patient. Le but n'est pas de dire au patient « là je vous ai bien eu », mais de permettre au patient de dérouler son discours.

Dans l'idéal, l'écoute du thérapeute et ses interprétations amènent le patient à explorer les paradoxes de son discours et à se positionner dans son désir.

Le silence : pour laisser le patient parler, il va falloir vous taire. Cela ne posera aucun problème à certains patients. Pour d'autres en revanche cela sera une véritable épreuve.

Il se peut qu'il n'en dise rien mais que vous vous en rendiez compte. S'il n'en dit rien, ne vous précipitez pas. Car vous n'avez pas entendu comment le patient le formule et ce qu'il se joue pour lui.

C'est un principe qu'il va falloir souvent proposer aux patients : nombre d'entre eux vont interpréter leurs proches ou différents personnages qui vont intervenir dans leur récit en n'ayant que des éléments issus de leur propre imagination.

Ils vont tenter de répondre à des questions qui n'ont pas été posées. Il vous reste ici de démêler pourquoi ils agissent ainsi, en général il s'agit de s'épargner de *l'autre* dans le sens où si l'on prévoit d'avance alors il n'y a plus de surprise, plus de rencontre.

Si les prévisions sont d'ailleurs orientées vers des scénarios sadiques et / ou masochistes, c'est parce qu'ils sont encore plus chargés pulsionnellement.

Encore une fois, l'idée est que vous laissiez parler le patient

autant qu'il vous semble opportun de le faire. Il ne s'agit pas non plus de s'adapter aveuglément, il faut questionner les éléments que le patient vient mettre au travail.

Ce dont il est question fondamentalement c'est du patient. C'est à dire de son silence à lui. Si le patient dit que c'est le votre de silence qui le dérange, c'est à entendre comme une résistance de sa part.

Si vous laissez le silence et montrez au patient que cela ne vous dérange pas, il se peut qu'il vous dise « mais je ne viens pas pour que rien ne se passe » et ce point est très important.

Je tiens à souligner ici que si vous estimez que le patient aborde ou a la possibilité d'aborder un point qui vous semble important, vous allez d'une façon ou d'autre lui proposer sous forme d'interprétation, s'il ne s'en saisit pas il est inutile de vous obstiner. Encore une fois : une interprétation n'a de valeur que ce que le patient en fait. Certains patients ne réagissent pas sur le coup lorsque vous soulignez tel ou tel point, puis la séance d'après voire même plusieurs séances après, vous disent « ce que vous m'avez dit m'a fait réfléchir ... ».

Premièrement : lorsque le patient estime qu'il ne se passe rien c'est que ses défenses se manifestent. Si ses défenses se manifestent, c'est qu'en toute logique il ne se passe pas rien.

Déjà : pourquoi est-ce que son silence le dérange. C'est en général « je ne viens pas pour qu'il ne se passe rien », il se peut cependant aussi qu'il s'agisse de sa peur de ne pas être intéressant à vos yeux, ou encore qu'il estime que la séance est un exercice où il *faut* parler et qu'il est donc en train d'échouer.

A cet endroit, le rassurer revient à aller dans le sens du symptôme. Votre travail est en partie lui proposer d'aller au delà de l'immobilité répétitive du symptôme.

C'est à dire que si l'enjeu est « je suis inintéressant », il faut déjà accueillir cela pleinement, plutôt que de le maintenir dans un entre deux. Ne faites pas taire votre patient : dans sa perception réside son désir (même s'il peut être paradoxal).

Ce patient veut, quelque part, ne pas être pris par votre désir : s'il n'est pas intéressant alors il échappe à votre désir. « Mais si c'est ce qu'il veut, pourquoi en ressent-il de l'angoisse » me diriez-vous.

C'est là le principe même du symptôme, c'est un compromis entre la jouissance et sa réalisation.

Il est tout à fait concevable que vous disiez à un patient qu'en effet, il n'est pas intéressant. C'est une interprétation. L'idée tient à un « et alors? ».

La plupart des patients restent au pas de la porte, dans cet entre-deux d'une simple peur (que cela soit ne pas plaire ou autre) et tentent de s'épargner de ce qui en serait la confrontation.

La pulsion de vie que vous soutenez se situe du côté du mouvement. Faire le deuil de la toute puissance, accepter la limite fondamentale. C'est en passant par le fait de ne rien pouvoir y faire que s'ouvre les possibilités.

Que se passe-t-il une fois que le constat est fait. Le patient peut tenter à ce moment de sortir de la thérapie, vous allez devoir vous débrouiller de lui permettre de persister.

Si le patient estime que la séance est un exercice, ce n'est pas à vous de lui dire qu'à votre sens cela n'en est pas un. Ce que vous pensez vous regarde. Accueillez : que se joue-t-il pour le patient si la séance est un exercice noté.

Il se peut que lors de ces moments le patient résiste par « ce n'est pas pour cela que je suis venu vous voir ». Car nous nous éloignons de la demande de base du patient. Cependant la thérapie consiste à *l'association libre*. A vous de voir si la thérapie est possible à ce moment ou si le patient refuse encore une fois la possibilité du symbolique.

Pour ce qui est du « je ne veux pas qu'il ne se passe rien » cela peut se manifester de différentes façons. Nous en avons vu une : le



silence. Il se peut aussi que votre patient ne se rende pas à une séance, et qu'il ne prévienne pas ou pas à temps (à vous de voir comment vous établissez votre cadre, certains thérapeutes permettent au patient d'annuler une séance s'il le fait au moins 24 heures à l'avance, d'autres non).

Le fait est que le patient vous doit donc le prix d'une séance à laquelle il n'a pas assisté. Le patient peut alors résister en disant « je ne vais pas payer une séance qui n'a pas eu lieu », c'est à dire ici proche du « il ne s'est rien passé ».

En toute logique, si le patient n'est pas venu c'est que d'une façon ou d'une autre il a rencontré des difficultés (que cela soit son angoisse ou bien un accident extérieur, cela ne fait théoriquement aucune différence étant donné qu'il va devoir en faire quelque chose dans tous les cas).

Le patient vient vous voir justement parce qu'il rencontre des difficultés, vous ne pouvez donc pas considérer que des difficultés annulent le travail qu'il vient faire auprès de vous, c'est la raison même qui l'amène.

Il peut vous répondre alors « oui, mais pas celle-là », sauf que la règle est *le patient peut tout dire* c'est à dire que tout ce qu'il se passe à partir du moment où il vous demande une thérapie fait partie de la thérapie.

En plus de la séance elle-même, cela amène un élément intéressant car le patient réagit. Même s'il ne s'est rien passé, il semblerait que quelque chose en résulte. Le patient vous parle de son rapport à la dette. Il peut vous dire « vous ne m'avez pas prévenu ».

Il faut considérer que la séance a bel et bien eu lieu. *Le patient peut tout dire* signifie aussi que si le patient ne parle pas, ou qu'il passe la séance ailleurs, c'est tout de même une séance, le créneau prévu demeure et ce qu'il se passe fait quoi qu'il en soit partie de la thérapie.

Conceptuellement, le thérapeute ne prévient pas son patient pour lui permettre de s'exprimer librement.

Bien des fois, lorsque le patient se plaint qu'il ne se passe rien cela donne lieu aux séances les plus importantes.

Une autre résistance à cela peut se manifester par « peut-on déplacer la séance d'aujourd'hui à la semaine prochaine ». Il faut considérer que la séance de la semaine prochaine est *une autre séance*, ce n'est pas la même.

Elle est prévue pour la semaine prochaine. Déplacer une séance à la semaine d'après serait donc plutôt avoir deux séances dans cette semaine.

Toutes ces tentatives tendent à se protéger contre la jouissance perverse du thérapeute qui prend ce qui l'intéresse, c'est à dire de l'argent, lorsque c'est injuste et que le patient est à sa merci étant donné qu'il a été impossible pour lui de se rendre à la séance (ou de parler, nous sommes toujours dans le thème du *il ne s'est rien passé*).

Vous voyez là que nous sommes particulièrement dans le travail, le patient projette.

C'est notamment à ce moment que la question du coût apparaît pleinement. Jusque là le prix que le patient paie est pour lui évident, c'est de votre travail qu'il s'agit, tout professionnel se fait payer donc cela n'a pas d'effet sur lui.

En revanche dans la situation où il estime qu'il peut ne pas payer, le fait que cela lui *coûte* rentre en jeu. Et c'est tant mieux, le prix de la séance est censé lui *coûter*. C'est à dire que le prix ne soit pas pour lui dérisoire, cela doit l'engager.

Le patient répond « c'est le prix de votre travail », et en l'occurrence, vous n'avez pas travaillé. Sauf que ce dont il est question c'est le prix du sien, de travail. Le prix de sa parole à lui.

Nous pouvons donc considérer dans toutes ces situations, qu'il

ne se passe donc pas *rien*.

Quand bien même ! Il se peut qu'il ne se passe rien en séance. Rappelez-vous, le principe de la thérapie est du côté du *et alors*.

Renoncer à l'acte pour pouvoir considérer l'aspect symbolique. Rendez-vous compte du paradoxe, le patient vient voir un *psychologue* mais refuse de considérer que le travail soit psychologique.

Un exemple explicite est le patient qui vient se plaindre de ne pas arriver à avoir des érections auprès d'un psychologue, tout en disant que le problème est mécanique.

Qu'il puisse ne rien se passer fait partie du travail psychique en soi. Le principe entier de la thérapie réside dans le fait qu'il ne va *rien se passer*.

Le fait que la thérapie *change* le patient est du côté du fantasme, sur lequel nombre de thérapeutes cèdent, je vous l'accorde. Nous voyons tous les jours des thérapeutes qui vendent leur thérapie comme un *changement*.

Il peut s'agir à la fois d'un marketing, mais aussi d'un fantasme qu'ils se vendent à eux-mêmes. Il semblerait qu'ils ne supportent pas de ne pas pouvoir satisfaire la demande de l'Autre.

Paradoxalement, *que fait-on de la demande de l'Autre* (c'est-à-dire du désir en soi, car le désir est d'abord celui de l'Autre), est une question centrale de la thérapie.

Qu'il ne va rien se passer n'est pas tout à fait juste. Il va se passer quelque chose, mais pas sur le même plan que ce qui est attendu. Quelque part n'est-ce tant mieux, car si ce qu'il se passe est attendu, s'agit-il d'un véritable changement ... ?

La rencontre avec l'Autre en tant qu'il est fondamentalement différent ne peut se passer d'une *surprise*.

Il se peut qu'il ne se passe pas quelque chose à chacune des séances.

Si le thérapeute passe son temps (pour une raison ou une autre) à tenter de remplir la séance, il ne fait que divertir son patient. Il tente de l'éduquer, de le coacher, en oubliant qu'il a à faire à un être humain.

Bien des fois en séances, le patient arrive à *épuis*er le sujet qu'il abordait jusque là, s'en suit un silence, et si vous le laissez dans ce silence, le patient dit « ...et sinon » puis se met à parler.

Le sujet abordé au début de séance ne menait pas à grand chose d'autre que de tourner autour, et il se met à parler d'autre chose qui donne lieu à un déroulé tout autre.

Soit le patient n'osait pas parler de cela jusque là, soit après avoir épuisé la demande initiale nous passons à autre chose qu'il considérait anodine jusqu'ici (et qui s'avère donc tout sauf anodin).

C'est notamment pour ce genre de raisons qu'il ne faut pas se borner à la demande initiale du patient.

La façon dont le thérapeute considère la demande initiale est fondamentale. Elle est une introduction à la thérapie.

Dans le sens où son unique but est de permettre au patient de se mettre à parler. Ce qu'il y dit est secondaire. Nous voyons encore une fois là un exemple de la façon dont fonctionne le *symbolique*.

Si le thérapeute (et un grand nombre d'entre eux, et de plus en plus) considère que son travail réside dans cette demande et que la satisfaire est la réussite de la thérapie, alors il se positionne plus en tant que coach ou éducateur que thérapeute.

Je vous propose de considérer que cette demande n'est que l'expression de ce qui pose problème à la structure psychique. Qui

s'exprime à cet endroit de cette façon, qui pourrait s'exprimer ailleurs autrement, cela ne changerait pas grand-chose (et c'est pour cela que nous encourageons le patient à parler *librement*) parce que ce qui compte c'est qu'il s'exprime. La thérapie consiste au mouvement.

Le thérapeute n'est pas censé être dupe de cela. Le patient va venir exprimer « cela ne marche pas », vous proposerez d'une façon ou d'une autre « allez-y quand même ». Ce *y* est ouvert, il ne regarde que le patient.

Encore une fois, il arrive que le patient ne *veuille pas y aller*. C'est à dire qu'il souhaite uniquement regarder son symptôme dans le blanc des yeux et ne rien en faire. Selon le déroulé du suivi certains vont rester en séance et tourner autour, d'autres vont arrêter leur thérapie.

Les scénarios sont multiples, tentons d'en voir quelques-uns.

Dans le principe, ces patients abandonnent leur démarche grâce au fait que désormais c'est vous que leur problème dérange, ils sont soulagés de ne plus avoir à le faire eux-mêmes et peuvent considérer que s'il y a un problème : il est en face (vous).

C'est un principe qui existe sans cesse dans la vie psychique quotidienne, à savoir que *le problème, le désir*, etc, peut ne pas se trouver chez le sujet mais en face de lui.

Il y a aussi ceux qui vont vous annoncer par message qu'ils ne reviendront plus. Rappelez-vous cependant, cela est une entorse aux engagements de la thérapie : tout ce que le patient a à dire doit se passer pendant la séance. Tout. Vous pouvez tenter de l'encourager à considérer cette perspective.

Il arrive que ces patients vous en fassent part à la dernière minute, et qu'ils vous doivent donc le prix d'une séance. Dans

l'immense majorité des cas ils ne la paieront jamais, comme ils considèrent qu'ils y ont échappé.

S'ils viennent en parler en séance, dans ce cas c'est une séance comme une autre.

Le patient peut demander à son thérapeute quand le suivi prendra fin. Le principe est que la thérapie est le travail de l'inconscient, tant qu'il y a de l'inconscient il y a donc du travail.

C'est à dire tant que le patient a quelque chose à dire il n'y a pas de raison que le thérapeute le mette dehors. C'est à vous de voir comment vous l'énoncez au patient. Encore une fois le mieux est d'utiliser ses propres termes et problématiques pour en faire une interprétation.

Il est toujours intéressant de situer où se trouve la demande du patient. Ce qui l'amène à prendre cette première séance.

Bien des fois le patient dira que cela fait longtemps qu'il voulait le faire, ou longtemps qu'il souffre de sa situation ; il s'agit alors, si possible, de discerner ce qui a changé.

En général les patients considèrent que c'est l'accumulation le trop plein. Cependant en tant que thérapeute vous n'êtes pas dupe de cela, si rien ne change il n'y a aucune raison que cela produise quelque chose de différent.

C'est un principe qu'il faut garder en tête car il peut se présenter sous différentes formes. Les patients aimeraient reposer leur action sur une limite. C'est à dire « lorsque j'aurai touché le fond » ou qu'en quelque sorte arrivé à un certain niveau il *faut* que les choses changent.

Hélas (ou pas) l'humain ne fonctionne pas comme ça, il n'y a pas de « fond ». L'humain est capable d'endurer encore et encore. Si rien n'a changé il n'y a pas de raison logique que cela se passe ce jour.

Pourquoi pas la veille ou le lendemain ? Tout changement est une violence que le système psychique comme biologique essaie de s'épargner.

Si le patient n'arrive pas à vous le dire, ou n'est pas intéressé par la question, cela reviendra (ou pas). Vous pouvez aussi vous-même le situer dans son discours et potentiellement lui proposer.

Pour beaucoup de patients la demande ne vient pas d'eux. Que cela soit un enfant qui est emmené parce que quelque chose pose problème aux parents, ou un mari qui pose problème à sa femme.

Théoriquement le patient est censé être celui pour qui le problème se pose. Vous pouvez tenter d'encourager cela en proposant aux parents de venir en parler.

Ce n'est pas pour autant qu'il faut mettre l'enfant à la porte. Il se trouve que lui est là aussi, s'il se saisit de la demande c'est qu'il a quelque chose à dire.

Il est important de faire cependant une distinction, c'est-à-dire de ne pas prendre pour argent comptant ce que dit le parent car il est possible que ce que l'enfant vient mettre au travail auprès de vous n'ait rien à voir avec la demande initiale du parent.

Il est possible que le parent, dans cette suite, vous demande des comptes rendus des séances ou des progrès de l'enfant. A vous de voir ce que vous en faites, cependant ni le thérapeute ni le patient n'est censé parler en dehors de la séance de ce qu'il s'y passe. Oui, le secret de la séance est *censé* s'appliquer aussi au patient.

Il arrive que le patient emmène son compagnon ou sa compagne en séance en vous disant en quelque sorte « voici la source de mes problèmes ». Et au compagnon d'y répondre vaguement « oh tu exagères ».

Comme le fait de vouloir montrer quelque chose sur leur téléphone, d'avoir noté leur rêve ou autre, c'est une intrusion qu'il

s'agit de remettre en question, c'est-à-dire de mettre au travail. Plutôt que de regarder le téléphone, qui serait du côté du passage à l'acte, demandez pourquoi est-ce que le patient souhaite passer par le téléphone plutôt que de pouvoir en parler.

Ce qui compte dans la thérapie n'est pas le rêve en soi, mais ce que le patient en fait. Cependant il s'agit d'encourager, si le compagnon est déjà là vous n'allez pas par principe le refuser, parfois il faut aussi accueillir. La mise au travail n'est pas toujours possible comme nous l'avons vu plus tôt.



## La limite fondamentale

La limite est un concept important en psychologie pour comprendre les structures psychiques, le désir, les relations... C'est une pierre angulaire de la relation à l'autre ainsi que du langage, en quelque sorte de ce qui fait que l'humain est humain.

La limite est le fait que le sujet n'est pas tout-puissant. Comme il n'est pas tout puissant, il est nécessaire de passer par la parole. C'est ce qui l'initie au champ symbolique.

Il est souvent dit que la limite concerne les névrosés et que les psychotiques n'y sont pas sujets. Ce n'est pas tout à fait le cas, il y a bel et bien une limite dans la psychose, cependant elle concerne l'Autre. Pour en comprendre le principe prenons l'exemple de la paranoïa où le sujet pense que Dieu a besoin de lui pour repeupler la Terre. Dieu est donc limité car il a besoin du paranoïaque.

Pour saisir ce qu'est la limite, passons par le complexe d'Oedipe. Ceux qui n'en ont pas compris les enjeux vous diront que le complexe d'Oedipe c'est le petit garçon qui veut coucher avec sa mère.

Revenons au mythe d'Oedipe, le principe étant qu'il ne savait pas que Jocaste était sa mère. Elle, en revanche, le savait.

Lorsque Oedipe veut aller voir l'oracle pour lui demander quelle est la vérité, elle tente d'abord de l'en dissuader car elle sait déjà que rien de bon n'en ressortira, au point qu'elle est déjà pendue avant même que Oedipe ne soit de retour pour lui dire.

Que cela nous apporte-t-il sur le concept du complexe d'Oedipe ? Que le désir est d'abord celui de l'Autre.

Cela signifie donc que l'Oedipe, c'est comment est-ce qu'un

sujet se débrouille avec le désir de l'Autre (de l'altérité).

Que le sujet soit féminin, masculin, que l'Autre soit une mère ou pas, tout cela est secondaire et fait les variations possibles qui donnent lieu aux différentes structures psychiques.

La limite représente le lien du sujet au langage, car le désir est inscrit dans le champ du symbolique (c'est à dire du langage).

Décortiquons tout cela. A la naissance, le sujet ne fait qu'un avec l'Autre. C'est une illusion nécessaire pour soutenir le sujet naissant. Cette *plénitude* n'a qu'un temps (à part dans l'autisme), à partir du moment où le sujet découvre qu'il existe un Autre, il devient divisé.

Des tas de tentatives de « thérapie » (développement personnel et autre) tentent le fantasme d'être *unifié* à nouveau, c'est ce que l'on appelle le *sentiment océanique*.

Nous retrouvons cette tentative dans toutes les cultures et les peuples, parce que la division crée un manque, et ce manque crée un désir.

Le désir est une source de tension, donc coûteux en énergie. Il est logique d'essayer de réduire cette tension par la jouissance que serait d'être unifié à nouveau.

Vous l'avez déjà entendu sous forme de « il faut s'aimer soi-même » (voire « il faut s'aimer soi-même pour pouvoir aimer l'autre »), « il ne faut pas avoir besoin de l'autre » ou toute sorte d'*empowering* post-moderne. C'est à dire un déni de la limite.

Reprenons sur notre histoire du sujet naissant. Précisons qu'il ne s'agit pas d'un moment *historique* mais *mythique* (c'est à dire conceptuel). Pour vous expliquer cela, les stades (oral, anal, phallique) ne sont pas situés dans le temps. On ne peut pas dire « de tel âge à tel âge ce stade puis celui-ci ».

Il faut comprendre que l'être ne s'arrête pas à l'ego, il ne commence pas à l'accouchement. Le sujet hérite de son inconscient qui est une histoire familiale (Lacan dit qu'un psychotique se fait en trois générations), le sujet naît d'un désir qui précède sa naissance.

Le bébé est porté par le désir bien avant sa création.

*Mythique* signifie aussi qu'il ne s'agit pas de la *réalité* des générations. Mais d'un tissage langagier dont le sujet va venir se saisir et y donner sens d'une façon ou d'une autre.

Donc les stades ainsi que la structure psychique et le reste, sont déjà présents dès le début. Ce que le sujet va en faire et comment il se positionnera vis à vis de tout cela est en revanche son entière responsabilité.

La toute première fois où le sujet est nourri il s'agit de besoin, cela sera la dernière fois. Car l'Autre y versera son désir. Ce que l'on appelle la *sexualité* comprend toute satisfaction d'un organe (donc manger mais aussi voir ou attraper avec la main).

Dans son acception populaire la sexualité représente l'acte sexuel, c'est dû à ce que l'on appelle le *primat du phallus* qui s'effectue dans le stade phallique. En psychologie le sens est plus large.

Le parent va interpréter l'enfant. « Il pleure parce qu'il veut manger » ou « parce qu'il veut que je le prenne dans mes bras », à ce moment l'enfant voit que lorsqu'il pleure il se passe quelque chose.

Ce qui n'est au début qu'un réflexe, comme attraper quelque chose dans sa main, sourire quand on lui sourit... est interprété : « il me sourit parce qu'il est heureux de me voir », « il m'attrape parce qu'il ne veut pas que je parte »... est alors interprété, un sens est prêté pour cet enfant qui va alors s'en saisir.

Cela est entendu dans la formulation que je vous ai proposée plus tôt *l'enfant est d'abord porté par le désir*.

Le plaisir ressenti par le parent et par l'enfant va couvrir tout besoin et tout instinct. A partir de là même la nourriture rentre dans le registre du désir, se nourrir est une *représentation*.

Pour entrer pleinement dans le champ du désir, l'enfant doit expérimenter le manque. Il va pleurer, et cette fois il ne recevra pas à manger, ou pas instantanément.

La Mère (en tant que métaphore) est du côté de la satisfaction immédiate et de la fusion: « avec mon bébé nous n'avons même pas besoin de nous parler pour nous comprendre ».

Le père (sa métaphore) est une instance qui vient se placer entre la mère et l'enfant, son rôle est celui d'introduire au langage et donc à la limite fondamentale. Il interdit à la mère de ne jouir que de son enfant .

Il n'est pas de la mère de souhaiter l'autonomie de son enfant, la mère doit pouvoir s'en occuper cela signifie donc que le bébé doit avoir besoin d'aide.

Précisons que personne n'est la Mère ou le Père, ce sont des métaphores, des signifiants, et donc que nous pouvons tous l'incarner à différents moments.

Par moments un père devra être *maternant*, et lorsqu'une mère est du côté de l'interdiction, alors il y a de la métaphore du Père. Si le père se prend pour Le Père, nous sommes alors du côté de la psychose paranoïaque.

Cependant uniquement la mère peut introduire au père. Si la mère refuse d'être privée de la jouissance de son enfant, alors la métaphore paternelle ne peut pas prendre.

Il n'y a pas d'accès au symbolique, la limite n'est pas opérée et le sujet pour ne pas être néantisé par la jouissance maternelle aura recours à la psychose. Ce qui tient lieu du symbolique y est alors

l'hallucination et le délire.

Comme le symbole est manquant, le Père n'opère pas cette tentative imparfaite de répondre au désir de l'Autre, alors le sujet a recours à cette structure que l'on appelle schizo-paranoïde.

La psychose est un spectre avec d'un côté la schizophrénie, éparpillée, qui ne parvient pas à donner de sens (même délirant) aux perceptions qui ne sont pas perçus comme des signifiants mais comme du réel (la pensée n'est pas une pensée mais une voix extérieure par exemple) ; de l'autre côté il y a la paranoïa qui tente de donner sens au monde sans pouvoir utiliser la métaphore du père, cela donne lieu à des délires tels que « mes voisins lisent dans mes pensées pour les donner aux extra-terrestres » ou encore « Dieu veut faire de moi une femme pour repeupler la Terre » (cet exemple est particulièrement intéressant car il montre qu'il n'y a rien qui interdit la jouissance de l'Autre et que la castration n'a pas pris non plus étant donné que le sujet pourrait être transformé en femme, c'est à dire que toute sa théorie délirante tente de répondre à l'énigme du désir).

Le rôle du père est de dire « cet enfant doit parler pour demander ce qu'il veut » avec donc la possibilité de lui refuser.

Encore une fois nous voyons que l'Oedipe ne concerne pas d'abord le désir de l'enfant (qui serait de coucher avec la mère) mais bel et bien d'interdire à la mère de jouir de l'enfant.

Le père vient rappeler à la mère qu'elle est *aussi* une femme, et notamment *sa* femme. La mère qui jusque là était unifiée retourne à sa propre castration et au manque. Nous pouvons comprendre par là qu'il puisse y avoir des refus ou du moins certains problèmes.

L'immense majorité du temps, les problématiques que les gens rencontrent dans leur vie et dans leurs relations, sont en réalité très logiques.

Les patients ont tendance à dire « j'ai ce problème mais ce n'est pas normal / logique », et lorsque nous y jetons un œil, c'est tout du

moins compréhensible. Le père exige de la mère qu'elle renonce à son objet de désir et qu'elle redevienne divisée !

Cette plainte est encore une fois logique, car avoir à considérer que l'on a *raison* d'avoir les symptômes qu'on aimerait mettre de côté nous pousserait à des conséquences éthiques bien plus compliquées que leur souffrance initiale.

Mettons que la mère (pour une raison ou une autre) accepte qu'il y ait du père entre elle et son enfant.

Pour expliquer un peu plus la différence entre historique et mythique dont nous parlions plus tôt, le fait que la mère *accepte* est ici mythique. Il ne s'agit pas *d'un événement* en soi où elle signifierait qu'elle est d'accord. Encore une fois, il s'agit du symbolique.

C'est à dire que c'est une position, la mère peut dans les faits être d'accord puis ne plus l'être. Ce dont il s'agit est de comment le positionnement est perçu ; et cela peut tout à fait résider dans un événement, un souvenir.

Vous me direz « mais s'agit-il d'un événement ou pas ? », et c'est pour cela que je disais : pas un événement *en soi*. Mais bien pour ce qu'il représente. Il se peut qu'il n'y ait pas d'événement relié non plus. C'est une *représentation*.

Pour finir je dirais que la thérapie ne se base donc pas sur des résultats. Le sujet même étant l'humain, il nous est nécessaire pour nous détacher d'une simple approche *scientifique* d'orienter notre jugement différemment, et de faire l'hypothèse de l'inconscient et du registre symbolique. L'humain est constitué de processus et de mouvement.

Pour conclure : les symptômes psychiques, tels qu'ils soient, viennent toujours s'inscrire dans la même problématique dans le fond. Le fait qu'il est fondamentalement impossible de faire des profits au niveau de l'existence. On va toujours perdre plus que ce qu'on ne gagne.

Mais l'humain ne fait pas ce qu'il fait pour gagner, il fait ce qu'il

fait parce qu'il en a le désir. Et ce désir est intransigeant et se fiche du reste. C'est ce qui donne du sens au monde, et sans ce sens rien ne marche.

La psychologie se trouve précisément dans ce sens là. Ce n'est pas celui de la réalité ou de l'imaginaire, c'est un autre sens qui n'est qu'à vous.

Si mon approche dans cet ouvrage vous a intéressé je vous donne rendez-vous pour pouvoir continuer et approfondir d'autres sujets et d'autres horizons dans mes autres œuvres. A bientôt.