

Avoir affaire l'un avec l'autre

Le point de départ du travail clinique reste une situation humaine assez banale qui place en co-présence deux individus qui vont avoir affaire l'un avec l'autre. Repères pour la pratique...

Le psychiatre suisse Ludwig Binswanger, en 1935, caractérise par l'expression avoir affaire « l'un-avec-l'autre » l'enjeu essentiel des soins en psychiatrie, de la psychothérapie et de l'homme dans la psychiatrie d'un point de vue anthropologique (1). Binswanger intercale parfois des traits d'union entre ces trois termes, car, à se placer du point de vue de l'expérience vécue, il s'agit d'un phénomène d'unité : deux être humains se trouvent unis ici sous l'angle de l'Avec. Ce détail a son importance. Ce que Binswanger entend ainsi souligner est que le contact interhumain (qui se situe en deçà de la relation interpersonnelle, marquée par l'histoire psychosociale de chaque sujet) est si recouvert par l'évidence du quotidien que nous n'y pensons pas, bien que ce registre soutienne par sa base toute pratique soignante. Si Binswanger insiste sur ce point, c'est que la compréhension de ce qui se joue ne nous est habituel, même pour celui qui a choisi d'en faire quotidiennement son affaire, par le choix de son métier : « *Il est possible que la psychothérapie [et le soin en général] n'agisse que parce qu'elle représente une certaine partie du champ des actions qu'exercent partout et toujours les hommes les uns sur les autres. (...) La possibilité de la psychothérapie ne repose donc pas sur un secret ou sur un mystère, comme on pouvait l'entendre, en somme sur rien de nouveau ou d'inhabituel, mais au contraire sur un trait fondamental de la structure de l'être-homme en tant qu'être-dans-le-monde : l'être avec et pour l'autre.* » (...)

L'auteur poursuit : « *Si vous vous posez des questions sur ces "possibilités d'action" à l'intérieur de cette sphère de l'être-dans-le-monde, ce n'est pas parce qu'elles seraient pour vous ce qui est le plus éloigné ou le plus inhabituel, mais parce qu'elles vous sont existentielles, c'est-à-dire qu'elles sont pour vous le trait fondamental de votre présence ou de votre existence, ce qui est le plus proche et le plus familier ; car ce qui est existentiellement*

pour nous le plus proche, c'est-à-dire nous-mêmes et notre relation avec nos prochains, nous apparaît théoriquement toujours en dernier lieu seulement. »

Binswanger propose ainsi de prêter attention aux enjeux existentiels impliqués dans la rencontre interhumaine. En psychiatrie, ce mouvement qui lie les deux partenaires en présence relève, dit-il, d'un « *s'expliquer-l'un-avec-l'autre* ». Que veut dire cette expression ? Que les deux sujets se trouvent ici non seulement simplement là, « *dans l'en face* » objectivant l'un de l'autre (comme le sont les objets), mais qu'ils sont invités à s'impliquer mutuellement dans une rencontre qui nécessite de se penser en ouverture sur son horizon interne. La rencontre se donne ainsi à voir comme une expérience vive, modulée par des dimensions pré-subjecto-objectales difficilement mesurables, mais qui nous sont révélées par les sens : le comment de la présence notamment, son style, la tonalité atmosphérique de la rencontre, son ambiance, le rythme des mouvements éprouvés par les partenaires en présence entre ce qui est proche/lointain, familier/étranger, bref, par la manière d'habiter l'espace thymique de cette agora humaine chaque fois inédite. Ces dimensions sont à considérer en particulier en psychiatrie où tout patient vient, il est vrai, témoigner d'une impossibilité momentanée d'habiter l'espace de l'être-avec au sein de la communauté des hommes.

DISSYMÉTRIE

Le caractère symétrique que nous avons souligné ici n'est toutefois pas le seul à caractériser le champ de la pratique clinique. En effet, elle nous confronte aussi parallèlement à l'expérience d'une dissymétrie qui se joue de manière plus différenciée dans le registre de la relation qui s'établit, non seulement entre deux humains ressemblants, mais également entre deux sujets dotés chacun d'une histoire singulière. À ce propos, deux questions au moins sont engagées :

– celle du rapport mutuel que chacun aura à l'altérité de l'autre ;

– celle du rapport de chacun au tiers, qui contextualise d'emblée la relation d'un point de vue social, culturel et symbolique (l'institution, le cadre, par exemple). Je proposerai ici de me concentrer sur la première question seulement.

La relation à autrui a été en particulier explorée de manière magistrale par le philosophe E. Lévinas (2) qui nous a rappelé qu'autrui, autre jusqu'au bout, est pour moi toujours ce qui tient lieu d'un dehors, et ce dans le visage même de la ressemblance humaine (il vaut mieux en effet partir de l'idée que nous connaissons très peu nos patients que de se convaincre du contraire). L'équation clinique se complique donc un peu, puisqu'elle implique une part d'énigme dans cette situation que nous décrivions tout à l'heure comme relativement évidente sous l'angle unitaire de l'Avec. Les deux protagonistes de la scène clinique semblent nous dire : « *Nous sommes semblables humainement et dès lors capables de nous identifier mutuellement l'un à l'autre, de partager une ambiance commune qui donnera le ton de notre rencontre, et en même temps, de nous envisager comme profondément dissemblables l'un de l'autre, dans le trajet que notre histoire unique et singulière aura pris, celle d'ailleurs qui nous rend seul capable d'une visée intime avec nous-mêmes.* » Précisons que cette intimité avec soi n'est jamais acquise. Nous pourrions dire que nous sommes bien plutôt au cours de la vie en instance d'être un « je » pour nous-mêmes, le jour où nous souffrons notamment, et de tenter (si cela nous est possible) de réduire quelque peu l'opacité première dont nous nous portons témoignage, par exemple lorsque nous disons : « *Je ne comprends pas ce qui m'arrive.* »

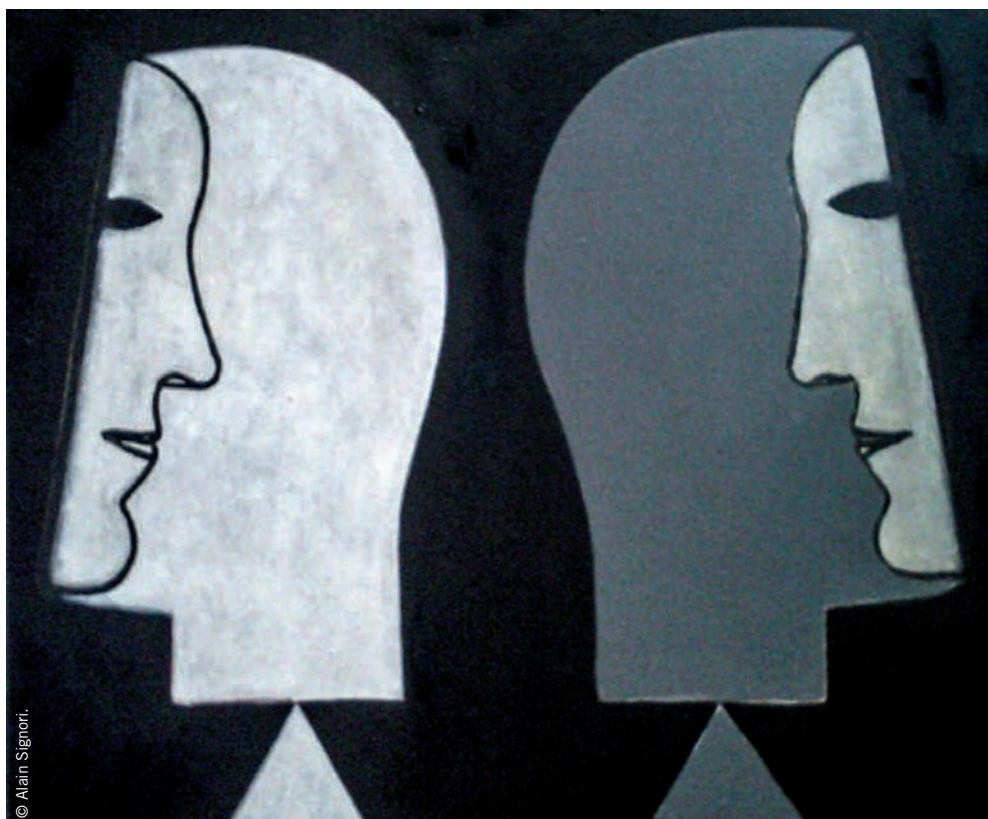
La demande de consultation clinique est une situation où l'on voit un être humain solliciter l'attention et l'action d'un autre que lui, qu'il va en général choisir pour

ses qualités personnelles d'écoute et d'attention. Selon Freud, cette situation n'est pas sans rappeler la situation de départ de tout homme dans la vie.

ÊTRE HUMAIN PROCHE

Dans son texte *l'Esquisse* (3), Freud parle de la situation originelle du petit enfant qui, stimulé par l'environnement, se trouve plongé dans un état d'excitation durable dû à son incapacité de gérer ses excitations endogènes. La fable théorique créative de Freud est alors la suivante : la situation du nourrisson serait celle d'un être autarcique en détresse, tout à la fois actif à se décharger de ses états de tension et fondamentalement dénué de capacité suffisante d'auto-gestion. Selon Freud, l'expérience universelle montre une chose : l'enfant en détresse (*hilfflos*) va pouvoir passer de cet état d'impuissance à une « *expérience vécue de satisfaction* » par le biais d'une « *action spécifique* » aidante réalisée par « *le monde extérieur* ». Dans le cas de l'environnement humain, cette action consiste en l'apport décisif d'un être humain proche que Freud décrit comme « *bien au courant* » de la situation et doué d'attention (*Aufmerksamkeit*) à l'égard de l'enfant. Cet être, qui dispense des soins que Freud décrit plus tard dans son œuvre comme « *maternels* », agit de manière spécifique, c'est-à-dire, adaptée aux besoins. Freud nomme « *Nebenmensch* » la présence humaine proche, qui peut être traduit par « *être humain proche* » (4). L'attention à autrui est sa qualité principale. L'intérêt de Freud est ici avant tout théorique et précède l'invention de la psychanalyse en tant que thérapeutique, mais la situation décrite contient déjà en germe la trame de la situation psychanalytique, et par extension celle de toute situation de soin dans le champ de notre culture. Notons, à ce propos, que Freud pose d'emblée l'asymétrie de la rencontre sous l'horizon d'un risque : « (...) *un tel objet (qui porte secours) est en même temps le premier objet de satisfaction et de surcroît le premier objet hostile, tout comme il est la seule puissance qui aide* (5) ».

Nous voilà avertis : potentiellement, le clinicien qui se place au chevet du malade est doublement investi de puissance. Il est attendu quant à un apaisement et craint pour ses possibilités d'action au sein du monde toujours naissant du sujet. La clinique le confirme. Les modalités positive et négative du transfert en sont des manifestations possibles.



© Alain Signorini.

ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

« *On désigne sous le nom d'« alliance thérapeutique » l'accord de confiance réciproque qui doit s'établir entre un psychanalyste et son patient pour vaincre les résistances névrotiques ou psychotiques qui s'opposent au changement et donc à la guérison.* » Cette phrase du psychanalyste Alain de Mijolla (6) est une définition récente qui désigne l'alliance thérapeutique comme une structure intrinsèque au processus psychanalytique et qui a trait à une atmosphère de sécurité propice au travail thérapeutique. Nous nous permettons de l'étendre à l'ensemble des soins psychiques. Nous avançons d'autre part l'idée que les soins dits « *somatiques* » font également partie d'un soin prodigué à l'individu dans son ensemble et qu'ils sont dès lors en conjonction interne immédiate avec les soins dits « *psychiques* ». L'alliance correspond, dit Mijolla, à un « *accord de confiance réciproque* » en vue d'une guérison. Or, l'accord de confiance, donc de fiabilité réciproque, est précisément un phénomène mutuel qui a trait à la dimension pathique du sentir et qui relève du comment de la co-présence, autrement dit de la climatique des rapports de travail sous l'horizon de l'Avec. Que veut dire le mot confiance ici ? Il signifie que

la rencontre se déploie dans une continuité de style propice à soutenir la base même de la cure, soit du soin. L'idée des « *résistances* », indiquées dans la définition, rappelle le contrepois des forces de maintien face à l'épreuve transformatrice du contact avec l'altérité, qui est toujours une invitation à l'altération, à la transformation, en tant que passage d'une forme à une autre pour l'homme, qui par définition se risque modérément à se lancer dans un possible, inconnu.

Christian BROKATZKY

Psychologue, psychothérapeute, enseignant,
Haute École Vaudoise de la Santé, Lausanne.

1- L. Binswanger, *De la Psychothérapie*, in *Introduction à l'Analyse Existentielle*, Minuit, Paris, 1971, p. 119-147.

2- E. Levinas, *De Dieu qui vient à l'idée*, Librairie Philosophique Vrin, 2000.

3- S. Freud, « *Projet d'une psychologie* », fréquemment appelé *l'Esquisse*, *Œuvres Complètes, Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904*, trad. Fr. Kahn et Fr. Robert, Paris, PUF, 2006.

4- Voir le travail de L. Balesrière, *Freud et la question des origines*, De Boeck, Bruxelles, 2008 ; ainsi que M. Schneider, *La détresse, aux sources de l'éthique*, Seuil, Paris, 2011.

5- S. Freud, *op. cit.*, p. 639.

6- A. de Mijolla (dir.), *Dictionnaire international de psychanalyse*, Calmann-Lévy, Paris, 2002, p. 53-54.