

Le psychologue clinicien face au cadre thérapeutique

Illustrations cliniques

Abla ZIOUI*

Résumé :

Notre contribution se propose de traiter l'hypothèse du cadre thérapeutique en tant que métaphore du premier objet en soulignant sa place dans la pratique du psychologue clinicien et ce, à partir de deux illustrations cliniques d'adultes reçus dans le cadre de notre consultation psychologique.

En effet, le psychologue clinicien dans son implication est loin d'être passif, il est appelé sans cesse à découvrir et faire découvrir à l'individu son fonctionnement psychique. Mais comment?

La complexité des facteurs en cause de certaines souffrances psychologiques laisse souvent penser à la difficulté de l'intervention du psychologue clinicien dans leur prise en charge.

Dans cette perspective, quelle serait donc la nature de l'implication du psychologue dans ce type de rencontre?

Mots clés : Le cadre thérapeutique, le premier objet, le fonctionnement psychique.

Introduction

Issue de la pratique psychanalytique, appliquée ensuite aux différentes psychothérapies, le cadre est un élément essentiel dans la rencontre et la relation d'aide psychologique.

Lorsqu'on évoque le déroulement d'une thérapie, on parle souvent des compétences du psychologue. Pourtant, pour permettre aux processus psychiques de survenir, le cadre thérapeutique s'avère tout aussi essentiel offrant ainsi un espace bienveillant et rassurant qui permet, par sa stabilité dans l'espace et dans le temps, le déroulement du processus thérapeutique.

Notre présent article, se veut une contribution à la compréhension du rôle du cadre thérapeutique dans la prise en charge psychologique de deux patients adultes reçus dans notre consultation psychologique.

* Maître de conférences, psychologue clinicienne. Université d'Alger 2

1. Problématique

La complexité des facteurs responsables de certaines souffrances psychologiques, laisse souvent penser à la difficulté de l'intervention du psychologue clinicien dans leur prise en charge.

A cet effet, le fonctionnement psychique doit être envisagé dans sa dimension dynamique afin d'appréhender les phénomènes psychologiques normaux et pathologiques.

Dans ce sens-là, il devient incontournable de prêter attention au niveau latent autour duquel le niveau manifeste s'organise en symptômes observables par le clinicien qui s'engage dans la prise en compte de la réalité interne du sujet à travers une relation d'aide appuyée par le transfert et le contre transfert, qui deviennent au fur et à mesure des outils pertinents qui lui permettent de comprendre son fonctionnement psychique. (M. Michel, 2001)

La notion du cadre thérapeutique prend dans ce registre une importance méritée du point de vue thérapeutique, et demande à être adaptée à la lumière de la problématique du patient.

En effet, il existe de plus en plus de situations d'intervention dans des domaines de l'aide psychologique où les règles classiques sont mises à l'épreuve.

Dans cette perspective, qu'elle serait la nature de l'implication du psychologue clinicien face au cadre thérapeutique?

2. Illustrations cliniques

Dans ce qui suit, nous présenterons quelques réflexions autour de notre expérience clinique à travers deux illustrations cliniques, tout en soulignant l'importance du cadre thérapeutique comme garant de la relation d'aide psychologique.

2.1. Première illustration clinique

Mme F est une femme âgée de 47 ans, adressée à notre consultation, nous dit- elle avec un ton ironique, suite à une discussion qu'elle avait eu avec un médecin sur ses souffrances « Docteur, je souffre, aidez- moi ».

Mme F s'est présentée au premier rendez- vous comme il était convenu, adressée par une collègue médecin, elle arrive avant l'heure fixée.

Dans la salle d'attente, elle présentait déjà une tendance à vouloir manipuler la situation, puisqu'elle n'arrêtait pas de poser des questions aux sujets qui attendaient leur tour, elle essayait également d'écouter leur plainte se montrant supérieure par rapport à leur faiblesse, pressée de passer, elle affichait en contradiction une indifférence face au métier du psychologue en disant à haute voix que c'est la première fois qu'elle sollicitait quelqu'un pour parler de sa souffrance et que ça ne servait à rien de raconter ses problèmes aux autres.

Les entretiens thérapeutiques

C'est depuis quelques années nous dit Mme F, que sa souffrance psychologique a commencé, et ce, sans vouloir préciser la nature ni la période de cette dernière « je ne sais plus, vous voulez tout savoir ? », répétait- elle pendant la séance.

Madame F finit par préciser que c'est à cause de son mari ou plutôt son ex - terme qu'elle aimait répéter tout en l'articulant- que tout est devenu ingérable, elle est donc devenue phobique nous dit- elle « j'ai des phobies, j'ai des peurs, de tout », nous donnant comme exemple, sa peur que son fils unique ne rentre à la maison lorsqu'il sort « j'ai peur qu'il ne lui arrive malheur ou que mon ex le prenne avec lui, vous comprenez ? ».

Elle nous demande par la suite si elle est obligée de tout raconter car le psychologue « veut tout savoir », nous dit- elle, en continuant que son ex est un pervers, c'est quelqu'un qui aime les aventures, l'argent, et surtout les belles femmes, il aime le sexe, d'ailleurs, sur la cause du divorce, elle ajoute dans un discours confus « il me demandait de faire des choses sexuelles, au début j'ai accepté, puis c'est devenu trop exagéré, il voulait que je sois une pute », elle mettait en scène un récit dans lequel nous n'étions pas censées connaître les détails, en ajoutant « ne me demandez rien s'il vous plait ». Elle se sentait à la fois la cause et la victime de l'échec de son couple, situation qu'elle n'a encore pas appris à gérer et qu'elle a fini par vouloir apprendre.

Tout au long des séances suivantes, elle venait à l'heure pile en prononçant « vous aimez la précision Docteur » avec un sourire ironique, elle mâchait du chewing- gum, ayant entre ses mains son téléphone portable, elle enlevait dès son entrée son foulard, ce qui affichait une atmosphère de provocation sous forme de voyeurisme. Par moment, elle aimait suspendre une phrase afin de conclure « je ne veux pas parler, je veux une solution ».

Mme F aimait répéter nos phrases pour émettre une idée toute différente, puis elle se rétractait très rapidement, et poursuivait sur une autre idée donnant

lieu à un discours chaotique et sans construction. Elle pouvait par exemple dès que nous tentons de l'amener à faire un travail de pensée à partir de son récit, d'annuler l'idée précédente. Il s'agit d'un mouvement de lutte et de résistance contre la tentative d'instaurer une cohérence ou une perception de ce qui est existentiellement parlant clair.

Notre patiente avait une importante dépendance contre laquelle elle se défendait par une attitude de manipulation du cadre thérapeutique.

Par la suite, et malgré le désir préalable de demande d'aide, le mouvement de manipulation du cadre englobe des ruptures du suivi inattendues sous forme de rejet ayant pour but d'exercer une relation de pouvoir en affichant une attitude d'indifférence, cependant, la demande d'aide refait surface sous forme de plusieurs appels téléphoniques la nuit émanant de différentes cartes SIM, voire même celui de sa mère, lorsque nous ne répondions pas à ses appels porteurs d'une quête de notre complicité, Mme F comprenait que la cadre thérapeutique s'inscrivait dans une prise en charge éthique qui lui permettait de penser ses limites et de préserver une relation stable, elle rappelait le lendemain matin de sa propre puce pour nous dire qu'elle se rendait compte qu'elle avait exagéré et qu'elle voulait reprendre ses séances de consultation car, nous disait-elle « je pense que vous m'avez beaucoup aidé à retrouver mes limites, je veux me stabiliser ».

En effet, le cadre temporel prend une valeur d'épreuve de la réalité, ne pas entretenir les limites participerait à sauvegarder le fantasme de pouvoir pervertir le cadre en non- cadre.

Ainsi nous rappelle Roussillon (2006), « le cadre met en place les conditions d'une rencontre médiatisée par un contrat symbolique qui contraint aussi bien l'analysant que l'analyste et qui vaut comme « loi » instauratrice d'un processus d'élaboration. Il porte les limites nécessaires à tout travail de deuil et de symbolisation, limite dans les conditions de la rencontre (interdit du toucher, médiatisation par la seule parole...), limite dans la durée de la rencontre Il assure les conditions d'une rencontre discontinue qui alterne, de manière régulière, présence et absence, et il assure ainsi à la fois les conditions d'une présence attentive et réfléchissante, et celle d'une solitude en présence de l'autre, donc autant la possibilité d'un lien engagé affectivement que d'une potentialité de distance et de séparation, que d'une solitude nécessaire au développement des processus « auto » ... ». (R. Roussillon, 2006, p 4)

Lorsque Mme F reprenait ses séances, elle commençait par dire « vous m'avez manqué », puis, en voulant nous imposer une vive mémoire concernant

les détails de son histoire déjà évoquée, elle parlait d'échec et de déception « dites- moi quoi faire, il ne m'appelle plus et ne répond plus à mes appels » en parlant du jeune avec lequel elle entretenait une relation, pourtant poursuivait-elle, « j'avais un immense succès depuis mon jeune âge, j'étais charmante », puis toute agitée ajoutait « vous devez vous dire que je suis folle ».

Le cadre thérapeutique lui permettait de se poser des questions qui la conduisaient par association à sa propre enfance, elle s'interroger par exemple sur les causes qui pouvaient l'amener à vouloir avoir une relation à tout prix, elle évoque alors l'absence de son père et fait le lien avec ses difficultés à maintenir une relation stable avec un homme, elle remarque de passage que tous les hommes qu'elle fréquente sont instables et pas sérieux « ils aiment le sexe, que le sexe », elle nous raconte avoir perdu son père étant enfant, d'ailleurs, il lui semble ne l'avoir jamais connu, elle a donc grandi avec sa mère dans la demeure de ses grands-parents maternels, elle est la fille unique d'une mère qu'elle décrit étouffante, autoritaire et déçue pour ce que sa fille a fait de sa vie, « elle a raison nous dit- elle, car, je n'ai pas réussi ma vie, je ne fais qu'échouer dans mes relations et je vis toujours sous le toit de ma mère qui ne me laisse rien faire, parce qu'elle pense que je ne sais rien faire »,

Elle se dit être une manipulatrice dans la vie quotidienne et affective, « avec les hommes, je papillonne, je joue, mais maintenant, je cherche la stabilité, et je voudrais avoir une relation sincère ».

Mme F nous informe qu'avec son fils la relation est aussi complexe, il la traite à son tour d'étouffante voire même de folle, il lui arrive même ces derniers temps, nous dit- elle, de la frapper, situation qu'elle essaye d'expliquer en nous disant « il est nerveux ».

Chez notre patiente, l'absence du père ne l'a t- elle pas confronté à un double attachement ? Ce dernier, par l'absence du mari, n'a t- il pas été déplacé sur son propre fils ?

Les éléments du transfert montrent l'existence d'une dimension homosexuelle vivement contre- investie, cette dernière alimentée par l'absence du père confronte Mme F à une dépendance profonde et les multiples échecs affectifs témoignent de cela. En effet, notre patiente se défendait contre la peur d'être abandonnée en s'offrant l'illusion de manipuler la situation.

Notre patiente a actuellement trouvé un travail, elle se rend compte que l'indépendance psychologique est à gagner, le respect et la confiance en soi

également. Le besoin d'être en relation est permanent, mais désormais, Mme F cherche un partenaire stable pour une meilleure vie affective.

Cette illustration clinique permet de préciser les mouvements qui entrent en jeu lors d'une psychothérapie.

Les moments transitoires de perversion peuvent servir chez les fonctionnements névrotiques et à l'aide d'un cadre neutre de support qui permet de se rendre compte des identifications pathologiques source de son désordre affectif.

Au fur et à mesure que les séances de psychothérapie d'inspiration psychanalytique avancent, et grâce au travail du maintien du cadre, le psychologue clinicien aide son patient à prendre conscience des limites utiles dans la gestion de ses débordements affectifs sous le garant d'une permanence, celle du cadre dans ses dimensions: temporelle et spatiale.

Le psychologue clinicien dans son implication doit sans cesse découvrir et aider son patient à découvrir les aspects de son fonctionnement psychique utile pour sa prise en charge. Mais comment ?

En s'appuyant sur la clinique armée qui lui permet -à partir de données objectives- de souligner les modalités du fonctionnement psychique, ou sur la clinique à main nue ?

Quoi qu'il en soit, l'implication du psychologue clinicien doit être cadrée par des recommandations déontologiques mais aussi techniques à travers la clarification des conditions de l'intervention, sa nature et ses limites.

2.2. Deuxième illustration clinique

Monsieur F âgé de 31 ans, adressé à notre consultation, par sa psychothérapeute pour un examen psychologique, est un jeune homme qui paraissait dès le premier entretien instable, tantôt souriant tantôt fatigué et perdu, insoucieux de son aspect extérieur, il réduisait son discours aux expressions « normal », « intic », « ماعلا باليش », pour nous raconter que sa décompensation remonte à cinq mois, depuis, il est convaincu d'être atteint du sida, malgré avoir effectué à plusieurs reprises les analyses médicales qui révèlent à chaque fois l'absence de cette maladie. Il ignore beaucoup de choses concernant sa famille avec laquelle il entretient une relation froide et distante, d'ailleurs il raconte la mort de son père avec indifférence, ne sachant la cause de son décès, Monsieur F préférait parler de ses inquiétudes concernant sa santé, depuis la dernière relation sexuelle qu'il a eu avec une prostituée dit-il, malgré

le fait d'avoir porté le préservatif , aussi les résultats des maintes analyses médicales sont sûrement fausses, pourtant il a auparavant eu des rapports avec d'autres filles, mais avec celle- là tout a été bouleversé, il ignore la cause.

Ayant dernièrement arrêté le travail, il nous dit qu'il ne peut plus se concentrer sur quoi que ce soit et qu'il ne s'intéresse plus à rien, sa vie semble figée sur cette peur qui le persécute, ses tendances paranoïdes, bien que discrètes sont importantes à noter. En effet, l'inhibition massive qui s'affiche dès le premier entretien, semble véhiculer une forte méfiance face aux relations interpersonnelles, engendrant le repli sur Soi et la sidération de la pensée.

Monsieur F, qui n'arrêtait pas de nous parler de ses craintes, s'abandonnait dans un discours haché et inhibé pour nous demander des informations concernant la maladie du Sida, la possibilité ou pas de l'attraper même en portant un préservatif. Il nous montrait également les quelques symptômes qui lui faisaient croire qu'il en était atteint.

Nous l'écoutions tout en lui rappelant que notre tâche était de lui passer des tests psychologiques, ces derniers, nous permettront de comprendre son fonctionnement psychique et donc de mieux l'aider à dépasser sa souffrance psychologique.

Nous lui avons également rappelé que ces tests psychologiques n'avaient pas pour but de révéler l'existence ou pas du Sida, mais plutôt, qu'ils allaient mettre au clair ses fragilités et les ressources psychologiques sur lesquelles il pourra démarrer afin de poursuivre sa psychothérapie.

3. Les tests projectifs

Le protocole du Rorschach met en évidence une pauvreté associative liée à de multiples refus, ce qui souligne l'absence d'intérêt face au matériel et le défaut de résonnance aux sollicitations latentes, le privilège accordé à l'approche globale, démontre la tentative du Moi à conserver les frontières, mais cette dernière échoue. En effet, malgré l'association de l'approche globale à quelques perceptions banales, ces dernières ne parviennent pas à maintenir l'intégrité de la relation avec la réalité et cela se traduit par le faible pourcentage des réponses formelles ainsi que le pourcentage de réponses positives, malgré son élargissement.

En effet, la pauvreté des représentations (planche II : " هادي ما علاباليش ختي ", sinon soumises à la compulsion de répétition, sous forme de persévération, l'absence d'affects et de mouvements fantasmatiques viennent

souligner le désert psychique, les expressions "ما علابايش", "جابلي ربي", imprégnées de doute et d'incertitude se répètent tout au long du protocole. En terme de dynamique conflictuelle, l'absence du déterminant kinesthésique majeures liée à l'absence de la perception humaine renvoie à la fragilité de l'image de Soi (l'enquête de la Planche IX : " هانبا؟ هابي ما علابايش مع اللول بانتي (تع بنادم شغل الداخل لالا في جهة برك شغل السدر " corps), inscrivant la problématique dans un registre identitaire. Cependant, apparaissent dans le protocole quelques mouvements animaliers qui restent soumis au placage. En ce qui concerne les réactions sensorielles, l'absence des couleurs souligne la difficulté face aux stimuli externes en raison de la forte menace de ces derniers.

En général, il apparaît à travers le protocole une forte inhibition empêchant l'expression de tout mouvement fantasmatique et émotionnel, la problématique est liée à la fragilité de l'identité et à l'absence de l'objet contenant.

Au T. A. T, l'analyse des procédés défensifs démontre un recours excessif au contrôle et à l'inhibition entravant toute expression fantasmatique (ces modes de défense ne parviennent pas à empêcher l'émergence des processus primaires qui vont de pair avec l'impossibilité d'accès au registre relationnel (refus des planches : 7BM, 13MF, 19) et la difficulté face à la position dépressive.

En effet, le récit est dominé par la restriction sous forme d'associations courte, d'évitement de conflits ce qui renvoie à l'incapacité de Monsieur F à gérer toute excitation liée à la proximité d'où la fragilité des ressources internes.

Ces procédés défensifs ont donc comme objectif d'exclure voire même d'effacer tout lien avec l'objet (planche 4 : " ما فهمتهاش هابي مرا مع راجلها خاطيني هاد " : الصوالح), qui semble mettre en danger les limites du Moi, soulignant l'existence d'une problématique identitaire.

Avec Monsieur F, l'investigation psychologique a été un moment de clarification, soutenu par un matériel et un cadre précis, l'entretien de restitution lui a permis de se rendre compte du rôle de la part psychologique dans l'apparition de ses craintes, et de l'importance du suivi psychologique comme espace neutre, lui permettant de comprendre et de gérer ses souffrances.

Conclusion

Tel est notre travail thérapeutique qui vise l'amélioration de l'état psychologique des patients à travers une prise en charge éthique et cadrée.

Cependant, que dirons- nous lorsque les échanges sur la question du cadre sont rares voire défavorables ? Ou lorsque des rencontres de mise au point ou de

synthèse sont absentes ? Lorsque le souhait de maintenir un cadre spatial stable devient un idéal à atteindre ?

Il devient donc impératif de sensibiliser non seulement le psychologue clinicien sur l'importance du cadre mais aussi toute l'équipe avec laquelle il partage son espace et son temps. Voire même toute l'équipe.

Bibliographie

- Fréjaville Annette. (2005). Du destin de l'excitation, in *Revue Française de Psychanalyse*, vol 69, pp. 87- 101.
- Ksensée Alain. (2003). Hystérie et perversion : le pervers narcissique, in *Revue Française de Psychanalyse*, vol 67, pp. 943- 958.
- Martin Michel. (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité (du cadre analytique au pacte), in *Cahiers de Psychologie Clinique*, n° 17, pp. 103-120.
- Novick Jack, Kelly Kerry. (2002). Une théorie développementale du sadomasochisme, in *Revue Française de Psychanalyse*, vol 66, pp. 1113- 1155.
- Roussillon René. (2006). Le "langage" du cadre et le transfert sur le cadre. *Colloque SPP 80° anniversaire*, (mutualité Paris).

ملخص :

تطمح هذه المساهمة إلى فحص فرضية الإطار العلاجي كتشبيه للموضوع الأول و ذلك بالتأكيد على مكانته في ممارسة الأخصائي العيادي من خلال عرض حالتين عياديتين لراشدين. بالفعل، فالأخصائي العيادي ليس بالغامل في تدخله، حيث تتطلب منه المساعدة النفسية إستكشاف و توضيح التوظيف النفسي للفرد الذي يطلب المساعدة، و لكن كيف يقوم بذلك؟ يشير تعقيد العوامل التي تشرح بعض المعاناة النفسية إلى صعوبة مهام الأخصائي العيادي. لذا، كيف سيكون تدخله أمام هذه الحالات؟ هذا ما سنحاول الإجابة عنه في هذا المقال.

كلمات مفتاحية: الإطار العلاجي، الموضوع الأول، التوظيف النفسي.

Abstract

Our contribution intends to cover the hypothesis of the therapeutic setting, as a metaphor of the first object. We aim to highlight the place of this setting in the practice using two clinical illustrations of adult cases, treated during our psychological examination.

In fact, the clinical psychologist dedicated to his practice is actively and continuously discovering and helping the patient to discover his psychological functioning. But how does that exactly work?

The complexity of the origin factors of some psychological suffering leads to think about how hard it is for the clinical psychologist to take care of the patient.

From this perspective, what would be the nature of the therapist's implication in this kind of meetings?

Keywords: The therapeutic setting, the first object, the psychological functioning.

