

RENATO SAIU - 20201190

MASTER 2 DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET GERONTOLOGIQUE

SEPTEMBRE 2008

ROLE ET DEVENIR DE L'EMOTION  
DANS LA RELATION CLINIQUE AVEC L'ADULTE

**Sommaire**

L'émotion à la base du processus thérapeutique .....	0
De l'émotion à l'action thérapeutique .....	0
L'intersubjectivité : un espace éphémère .....	0
S'adapter aux capacités relationnelles du patient : l'exemple du sujet état-limite .....	0
Illustration d'un travail sur l'émotion : l'espace Snoezelen .....	0

Ce travail va consister à tenter de mettre en place des points de repères, autour de la notion d'émotion, du processus thérapeutique pour penser sa dynamique. Nous tenterons tout d'abord de retracer l'évolution de la relation entre un patient adulte névrosé (ou normalo-fonctionnel) et le thérapeute. Nous insisterons sur ce que cette relation - vue ici comme le vecteur du changement individuel - va induire chez ces derniers. Suite à cela nous essayerons de poser les limites et de tracer des perspectives thérapeutiques, dans le cas d'une impossibilité de la relation intersubjective. Nous terminerons par un exemple particulier de travail purement basé sur l'émotion avec des patients atteints de démence de type Alzheimer.

### 1- L'émotion à la base du processus thérapeutique

Par quoi commence une relation si ce n'est par l'émotion ? Pour Wallon, l'émotion est « *une façon globale de réagir qui est de type archaïque [dont le rôle est] d'unir les individus entre eux par leurs réactions les plus organiques et les plus intimes* » (Wallon, 1941, 2002, p. 123). Ce point précis que décrit Wallon nous l'appelons ici la phase de fusion. Cette dernière est très courte mais permet de mettre en place un vécu commun qui va servir de base à la relation future. C'est alors que l'on peut constater l'apparition de l'affect, c'est-à-dire que ce vécu physique qu'est l'émotion va faire résonance avec le vécu antérieur du sujet (et du clinicien) et ainsi lui attribuer une valence plus ou moins positive ou négative. Wallon ajoute d'ailleurs qu' « *une sorte de consonance, et d'accord ou d'opposition, s'institue très primitivement entre les attitudes émotionnelles des sujets, qui se rencontrent dans un même champ de perception et d'action* » (op. cit., p.124). Si cette consonance (ce qui implique patient et thérapeute) est globalement positive la thérapie peut démarrer. C'est à partir de cet affect de base vis-à-vis de l'autre, que l'émotion va être progressivement mise en forme dans une plus ou moins longue phase de différenciation, puisque c'est paradoxalement cette extrême proximité entre sujets, qui va permettre progressivement de relever des différences entre le Moi et l'Autre. Par sa mise en forme, l'émotion se réduit donc au profit de l'action. A noter qu'il faut prendre en considération deux types d'émotions qui vont se mêler et évoluer concomitamment dans la thérapie. Celle dont nous venons de parler, qui est liée à la rencontre avec l'autre et celle qui prend sa source dans la problématique pour laquelle le patient vient consulter.

### 2- De l'émotion à l'action thérapeutique

Cette seconde source d'émotion va prendre forme, pour commencer, par la décharge émotionnelle du patient. Cela peut s'engager par un discours confus. Mais l'effort que fournit

le patient pour se faire comprendre du thérapeute, le pousse à affiner son action langagière, qui du même coup fait diminuer l'émotion. D'abord dans une position plus *empathique/soutenante*, le psychologue se pose progressivement en une réelle *altérité étayante* – réelle dans le sens où elle est plus explicite.

A cet égard, nous voudrions introduire ici les travaux de systémiciens pour montrer comme la mise en confiance et la construction de la relation peuvent être subtil avant d'être explicites. En effet comme le souligne Jacques Charest<sup>1</sup>, trois indices non verbaux majeurs vont être observés par le patient dans le comportement du thérapeute, et vont influencer la construction relationnelle. Tout d'abord le regard du thérapeute qui « *en plus de définir sa position relationnelle, [...] remplit deux autres fonctions importantes : (i) stimuler et intensifier une émotion et (ii) exprimer intérêt, chaleur, acceptation et respect envers le client. Le client se sent mieux compris quand le thérapeute maintient un contact visuel élevé* » (Charest, 1996, p.45). Le second indice est l'expression faciale qui entre en jeu dans l'empathie du thérapeute par un processus en partie physiologique d'imitation involontaire des expressions faciales qui induisent un ressenti émotionnel approchant celui de patient. Nous constatons ici la description de ce que Wallon a nommé la contagion émotionnelle. De plus, « *le client se sent mieux compris quand le thérapeute lui sourit. Pour sa part, l'intervenant vérifie continuellement la compréhension de son client en observant ses réactions faciales* » (op. cit. p.45). Pour finir, les indices paralinguistiques sont d'une importance capitale. Un thérapeute parlant modérément et d'une voix calme et assurée sera perçu comme compétent et rassurera le patient par la même occasion.

La position d'*altérité étayante* pourra donc être amenée d'abord par l'attitude émotionnelle du psychologue qui, malgré la résonance que cela va impliquer par son propre vécu, ne sera pas envahi par l'émotion de l'autre. Son attitude signifie alors qu'il comprend mais qu'il ne ressent pas la même émotion que le patient. Ensuite, la mise en place d'écarts dans les convenances de la communication courante prendra le pas sur l'altérité émotionnelle. Pour donner un exemple concret (et donc réducteur) de ce dernier point, nous dirions que lorsque le psychologue entend, sur un ton d'évidence, des phrases du type : « vous voyez ce que je veux dire » à propos d'un vécu, il pourra suivant la situation substituer le traditionnel « oui » par un inattendu « non ». Ou plus finement un : « je ne suis pas sûr de bien comprendre ce que vous voulez dire, pouvez vous m'expliquer davantage ? ». Du coup le patient est engagé dans un

---

<sup>1</sup> Charest, J. (1996). Thérapie stratégique : Fondements, techniques et applications cliniques. *Revue québécoise de psychologie*, vol. 17, n°3, pp. 40-73.

au-delà des évidences et peut ainsi mettre en mots un vécu et des pensées restées sous la coupe de l'émotion brute, non élaborées ou inconscientes. Cette période peut être assez longue car elle est charnière dans la mise en place d'une relation positive relativement stable (même si elle n'est jamais définitive). En effet, si le psychologue introduit une altérité trop évidente de façon prématurée, il risque d'être évalué négativement durablement. C'est alors l'échec de la thérapie. Mais lorsque la relation atteint un niveau de stabilité suffisant, le thérapeute peut passer à des outils agissant plus directement sur le changement tels que la reformulation par renversement figure/ fond ou le recadrage thérapeutique. Au début, ces outils vont augmenter la différenciation entre patient et psychologue, ce dernier s'opposant en une *altérité globale* (et pas seulement sur un plan de communication émotionnelle).

Pour résumer nous pouvons dire que nous assistons à un double mouvement progressif de sécurisation du patient et de mise en échec adaptatif vis-à-vis de son mode de relation. Ceci va permettre une restructuration de la relation, s'inscrivant alors dans une reconnaissance mutuelle de l'autre resté positif. Nous acceptons alors la différence de l'autre sans pour autant nécessairement y adhérer. Le point de vue de l'autre est mieux compris, pas tant parce que nous nous rapprochons de l'autre, mais au contraire parce qu'on s'en différencie positivement et que par là même nous pouvons construire quelque chose d'unique en commun. « *Nous ne pouvons pas avoir une perception et une compréhension non biaisée de l'expérience d'un autre. Nous nous joignons plutôt à cet autre dans l'espace intersubjectif pour co-construire une compréhension unique aux deux personnes en présence* » (GEI, 2008)<sup>2</sup>. C'est un moment très structurant tant pour le patient que pour le clinicien. Le premier pouvant véritablement synthétiser et intégrer les acquis précédents en liant le vécu émotionnel au symbolique. Le second en restructurant son identité professionnelle.

### 3- L'intersubjectivité : un espace éphémère

L'espace intersubjectif créé par la diminution de l'émotion ne peut être qu'éphémère dans le sens où une nouvelle émotion va forcément émerger chez le sujet dans son discours de vie ou par la prise de conscience de certains éléments suite à l'élaboration. Et l'émotion est source d'indifférenciation. D'ailleurs, il est à noter que le processus thérapeutique n'est pas aussi lisse que nous l'avons décrit plus haut. En effet, sa (ou ses) phase(s) de différenciation est entrecoupé par l'éruption de résurgences émotionnelles freinant l'action thérapeutique.

---

<sup>2</sup> Groupe d'Etude sur l'Intersubjectivité. (2008). *Qu'est ce que l'intersubjectivité?* Consulté le 9 septembre, 2008, sur <http://intersubjectivite.com/drupal/node/64>

Il faut attendre de passer par une phase de restructuration, pour qu'un flux émotionnel ne provoque pas un recul, mais l'entrée dans une phase centrifuge d'application du nouveau rapport adaptatif. Cette dernière doit aboutir à une phase centripète. Cette alternance fonctionnelle de la thérapie peut théoriquement s'appliquer de nombreuses fois afin d'aboutir à une autonomisation suffisante du patient. La thérapie prend un terme lorsque le patient a intégré suffisamment d'éléments inconscients de son identité à l'unité fonctionnelle, et lorsqu'il intériorise dans le même temps le rapport d'altérité positif vécu avec le thérapeute à son Autre. Cette redéfinition intériorisée du Moi et de l'Autre est constitutif de l'autonomisation du patient.

Pour ce qui est du thérapeute, la reconnaissance de l'autre-patient comme unique, va enrichir son Altérité, qui en miroir va redéfinir partiellement son identité de psychologue. Ce processus est d'autant plus important pour le jeune professionnel qui va construire, en partie par ce processus, son autonomisation de clinicien.

#### 4- S'adapter aux capacités relationnelles du patient : l'exemple du sujet état-limite

Jusque là nous avons décrit ce qui se passe dans le meilleur des cas, c'est-à-dire lorsque le patient a la capacité psychologique d'accéder à toutes les phases décrites. Cependant il est évident que ce n'est pas toujours le cas, en particulier lorsque le patient a une capacité partielle ou inexistante à différencier l'Autre.

Prenons l'exemple d'un sujet souffrant d'une confusion de l'être et de l'avoir comme chez le sujet état-limite. Cela signifie que son Moi n'a pas de contenu stable. Dès qu'un autre est vécu comme positif, il est inclus dans la définition de son Moi. Cependant ce dernier a sa propre individualité et l'ensemble de ses comportements ne peuvent pas être totalement conformes aux attentes du sujet limite. Dès le moindre écart, cet autre va donc être rejeté violemment. C'est ce qu'on appelle le clivage. Le but ultime de la thérapie va être de réduire le besoin d'utiliser ce mécanisme. Pour cela il faut (comme dans toutes thérapies) que le clinicien reste positif envers le patient, quitte à se laisser volontairement manipuler à condition de garder le contrôle de la situation. Avec une utilisation massive d'étayages, nous pouvons stabiliser temporairement son Moi. La sécurité de base étant alors assurée, le thérapeute va alors tenter de trouver un étayage externe pouvant assurer cette stabilité de contenu. En d'autres termes, l'aider à trouver un objet anaclitique stable et non dangereux. Vraisemblablement il ne pourra pas s'agir d'un autre être vivant (homme ou animal) pour les raisons citées précédemment d'apparition de comportement non-conforme. Par contre, il peut s'agir d'une profession, d'une institution ou tout autre objet cadrant. L'armée est un bon

exemple. La rigidité de son organisation permet d'inclure des éléments stables au Moi du sujet état-limite. Cela fait, nous ne pouvons guère aller plus loin car l'individu limite ne peut accéder que de manière limitée à la phase de différenciation, et pas du tout à la relation intersubjective. Nous utilisons alors le processus d'intériorisation mais celui d'élaboration est compromis du fait même de la structure.

#### 5- Illustration d'un travail sur l'émotion : l'espace Snoezelen

Dans le cas de démence chez la personne âgée, le travail élaboratif devient rapidement impossible à réaliser, les capacités de langage sont de plus en plus limitées et les troubles du comportement (déambulation, agressivité...) peuvent devenir problématiques dans certains cas. Le travail psychique réalisé avec ces patients ne peut alors que passer par le vecteur de communication le plus archaïque, ontogénétiquement parlant, afin de faire diminuer leur détresse psychique. De ce point de vue, et au regard de notre développement précédent, l'utilisation d'un espace multisensoriel de type *Snoezelen* semble être intéressant. Des méta-analyses sur le sujet ont d'ailleurs montré l'effet de cette approche sur ce type de population faisant diminuer l'apathie (Dorenlot, 2006), mais d'autres études restent à faire.

Le principe est que le patient est immergé dans un bain sensoriel où tous ses sens fonctionnellement actifs, ainsi que ceux de l'accompagnant, sont excités. Dans un premier temps, l'intervenant laisse le patient explorer la salle (un sujet déambulera librement par exemple) en accompagnant son mouvement afin de lui apporter une présence sécurisante mais non directive tout en appuyant cela par une attitude calme, souriante et corporellement adaptée au patient (phase fusionnelle). Pour cela, le professionnel doit observer et s'adapter aux réactions corporelles du sujet. Nous pouvons ici faire le parallèle avec la position *empathique/soutenante* du psychologue. Petit à petit, l'attention du sujet va se focaliser sur un élément. Ceci couplé au fait que l'ambiance est de nature calme et apaisante va faire entrer le patient dans un état modifié de conscience (proche de l'hypnose douce) qui aura pour conséquence de faire accéder le sujet à un début de mise en forme de l'émotion qui va l'apaiser. C'est à ce moment là qu'il va s'asseoir ou arrêter de déambuler par exemple. C'est là que l'intervenant peut choisir d'avoir une approche plus corporelle (massage ou saisi de la main et du bras...), faisant prendre conscience plus explicitement de sa présence (phase de différenciation). Petit à petit, le patient prend conscience de vivre une expérience particulière avec cet autre positif, et c'est alors une co-construction de la relation dans un espace devenu intersubjectif.

**Tableau récapitulatif de l'évolution de la thérapie**

	<b>Phase 1</b> Emotion brute	<b>Phase 2</b> Assimilation/ centrifuge		<b>Phase 3</b> centripète	<b>Phase 4</b> Assimilation/ centrifuge	<b>Phase 5</b> centripète	<b>Phase 6</b> Centrifuge/ autonomie
Relation Patient/thérapeute	Fusion du premier ressenti de l'autre	Résonance dans la relation et attribution d'affects + ou -	Différenciation progressive	Intersubjectivité	Résonance/ Différenciation	Intersubjective	Séparation
L'émotion du patient provenant de sa problématique	Mal être avec possible confusion		Décharge émotionnelle provenant de la problématique du patient	Elaboration	Emergence de nouveaux affects	Réélaboration	Emergence de nouveaux affects modérés
L'émotion du thérapeute lors de la thérapie	Contagion émotionnelle avec résonance personnelle sur certains éléments filtrée par l'identité professionnelle. Maintient d'une position altérocentrée			Réélaboration partielle de l'identité professionnelle	Emergence d'affects filtrés par l'identité professionnelle maintenant une position altérocentrée	Réélaboration partielle de l'identité professionnelle	Emergence d'affects filtrés par l'identité professionnelle
Attitude du psychologue permettant le passage à la phase suivante	Etre soi même	Empathie professionnelle Demande de précisions et étayages	Recadrage, reformulation par renversement figure/fond, travail de synthèse...	Empathie professionnelle et étayage	Recadrage, reformulation par renversement figure/fond		Synthèse globale et mise en avant de l'évolution
Type d'altérité apportée par le psychologue	Physique	Emotionnelle - étayante	globale	émotionnelle	globale	intériorisée	
Type d'évolution du patient	---	Apaisement	Changement de perception – ouverture du champ des possibles	Changement de comportement	Intégration et autonomisation	Application de la nouvelle unité fonctionnelle	