

Secret psychothérapeutique et institution : effet de réel et/ou de symbolisation

Alain RAKONIEWSKI

Alain Rakoniewski, musicothérapeute et psychologue, est formateur à l'Institut de musicothérapie de Nantes. En 2000, il a conduit un séminaire théorico-clinique sur le thème : musicothérapie, psychothérapie et sciences cognitives.

Résumé : la question du secret psychothérapeutique (notée QSP) est tout à la fois un paramètre du système psychothérapeutique et un processus. La musicothérapie, du fait de l'existence d'*acting out* sonores envahissant parfois l'espace institutionnel, se situe souvent au cœur de la QSP. L'enjeu psychothérapeutique institutionnel est de maintenir le désir de connaissance, (connaître le contenu de la psychothérapie), au service des processus de séparation-individuation du patient, de construire une théorie de l'esprit (*theory of mind*) attribuant à ce dernier une intentionnalité de complexification de son appareil psychique. La QSP se développe alors comme symbolisation, dans des processus d'empathie généralisée et de théorie de l'esprit généralisée.

A l'opposé, l'institution ne peut penser le secret psychothérapeutique, manque de capacités de fantasmatisation et d'imagination, demande une information exhaustive (tout connaître du contenu de la psychothérapie). La QSP fonctionne alors comme un réel psychotique attaquant les processus de séparation-individuation ou comme dénégation perverse invalidant la psychothérapie.

1 - Le secret : enjeu institutionnel

Parmi l'ensemble des approches thérapeutiques, la psychothérapie poursuit la

finalité de permettre à un sujet d'advenir à une nouvelle complexité de son psychisme, potentiellement plus riche de créativité. La psychothérapie en institution poursuit la même finalité, mais deux paramètres différents peuvent être organisés : 1) l'institution comme instance psychothérapeutique dans sa globalité, 2) existence de séances de psychothérapie *stricto sensu*, individuelles ou de groupe. Certaines institutions considèrent que la mise en acte du premier paramètre est un objectif suffisant : manque de moyens, volonté d'organiser la psychothérapie *stricto sensu* à l'extérieur du cadre institutionnel, conception restrictive de la psychothérapie institutionnelle... Ce texte ne prend en considération que les institutions où il existe des paramètres de psychothérapie *stricto sensu*.

Dans une institution, la QSP modifie en permanence la structure des connaissances et des savoirs, créant des conflits légitimes. Leur résolution au bénéfice des sujets demande le développement d'une empathie généralisée que ce paragraphe conceptualise.

Les processus de savoir dans l'institution

Le fonctionnement normal d'une institution se construit en partie sur des processus de connaissance et de savoir. Il convient de distinguer ces deux catégories :

1 - les processus de la connaissance scientifico-technique sont ceux que chaque professionnel, et la communauté de ses pairs, développent pour construire une pratique, qui soit délimitée, et repose sur des significations liées à la recherche scientifique. L'institution est un lieu d'interactions de différents champs professionnels, et de ce fait un certain niveau de recherche interdisciplinaire est nécessaire.

La psychothérapie nécessite le recours à des modèles scientifiques non-linéaires du développement psychologique, et à une clinique psychopathologique dynamique, permettant, de poser avec rigueur les indications et contre-indications, et, de développer un espace de réflexion clinique qui puisse être transmis et conflictualisé dans un processus de recherche.

2 - les savoirs : la pratique professionnelle se soutient aussi de connaissances implicites et procédurales ; les savoir-être et les savoir-faire ne reposent pas exclusivement sur les connaissances transmises scientifiquement, mais aussi sur des capacités

humaines. Ainsi, en psychothérapie, l'existence du transfert développé par le patient se soutient du processus psychique, par lequel ce dernier pense que le psychothérapeute a un savoir lui permettant d'apporter une aide à toute personne ayant des difficultés. Le psychothérapeute est alors dans un rôle de **supposé-savoir**, car sa compétence va reposer à la fois sur ses connaissances scientifico-techniques, et donc sur les limites intrinsèques de ce type de connaissance, mais aussi sur des éléments personnels, des savoir-être, et des savoir-faire, qui ne relèvent pas de la recherche scientifique.

Lorsqu'une indication de psychothérapie est posée, les professionnels et le psychothérapeute ont préalablement développé savoirs et connaissances concernant ce patient. La question du secret psychothérapeutique (notée QSP) va limiter ce processus, et cette limitation est nécessaire à ce qu'un sujet advienne dans sa singularité. L'aventure de la psychothérapie introduit une incertitude relativisant les estimations et risques probabilisés des professionnels ; le secret psychothérapeutique fait que ces derniers vont devoir accepter un voile d'ignorance, portant sur les contenus des séances et la majeure partie des processus psychothérapeutiques. Cette attitude doit permettre de rompre avec les projections des professionnels, et avec l'entropie institutionnelle, pour développer les enjeux générateurs de symbolisation de la QSP, afin que le sujet advienne dans sa singularité.

L'empathie

Dans une institution, savoirs et connaissances scientifico-techniques créent et soutiennent les processus d'empathie qui jouent un rôle structurant. Lorsque le patient parle et agit, l'empathie du psychothérapeute lui fait d'entendre deux types interactifs de communication, qui sont nécessaires et complémentaires :

1) Une **communication informative**, cognitive, événementielle, informationnelle : le patient dit, fait quelque chose, sa parole développe des dimensions narratives et introspectives, dont la signification est à construire par le psychothérapeute, dans un processus de contextualisation ; par ce processus, au-delà de la dimension de traitement de l'information, de multiples inférences sont extrapolables de ce matériel

par le psychothérapeute, en fonction de ses capacités de pensée empathiques : " ... plus le clinicien est en mesure de produire des associations de pensée à partir d'un énoncé du patient, plus riche apparaît sa connaissance empathique de la pensée du patient", Widlöcher, 1996, pp. 142.

2) Une **communication interactive**, dimension imaginaire, impliquant les processus intersubjectifs d'identification. Le patient parle à quelqu'un, joue avec quelqu'un. Ainsi il cherche à transformer son interlocuteur, à le faire répondre, et montre ainsi son intrasubjectivité et son intersubjectivité. Le psychothérapeute doit recourir à sa capacité de se mettre à la place du patient, de se projeter imaginairement dans son monde. Le silence en présence du patient peut aussi être une attitude d'empathie.

L'aire transitionnelle va permettre des interactions entre ces deux types de communication : le psychothérapeute peut mettre en scène une communication interactive si le patient ne développe qu'une communication informationnelle, ou introduire des éléments informationnels, de nouvelles représentations mentales, (jouer, dessiner, *squiggle*) pour amplifier son empathie et développer une communication interactive ... La musicothérapie, dite active, se prête particulièrement à ce genre de construction.

En réaction à l'égo-psychologie, Lacan ne prend en considération que la communication interactive, plus précisément la dimension illocutoire de la parole. Il refuse de considérer que la communication informative engage le transfert. Ainsi, Vladimir Granoff rapporte ce mot de Lacan : "Tant qu'un sujet parle de lui en analyse, il ne parle pas ; lorsqu'il parle de vous, il ne parle pas ; c'est lorsqu'il vous parle que quelque chose se passe" Propos sur Jacques Lacan ; le fil russe, L'infini n°58, Gallimard, 1997. Pour Lacan, l'interlocution, la communication interactive, est auto-référentielle, car elle fait être ce dont elle parle : " ... par exemple quand d'un dit "Tu es ma femme", un sujet se scelle d'être l'homme du conjungo", Écrits, pp. 298. Pour Lacan, le transfert commence quand quelqu'un parle à quelqu'un, mais alors ne se passe-t-il rien de transférentiel en musicothérapie lorsque nous écoutons jouer le patient ou lorsque nous regardons un dessin ou écoutons une narration ? Tous ces éléments informationnels sont bien souvent

essentiels au développement psychologique du sujet, et nécessitent notre empathie.

Mélanie Klein et les post-kleinien insistent sur l'intrasubjectivité, ce qui se déroule dans l'individu, et le transfert commence avec l'*acting out*, mettre sur la scène extérieure ce qui se déroule sur la scène intérieure. Contrairement au passage à l'acte, l'*acting out* a lieu dans un cadre impliquant l'autre, s'adresse en partie à l'autre, réalise un mouvement transférentiel.

Pour la psychologie cognitive, traitement de l'information, apprentissage, intralocution et interlocution sont constitutifs du développement cognitif; le sujet existe, manifeste pleinement ses potentialités, lorsqu'il construit des processus mentaux s'appuyant sur ces différentes composantes, en étant capable d'activer ou d'inhiber tel ou tel processus.

Savoir, connaître : connaître les secrets psychothérapeutiques est un cas singulier d'une finalité d'empathie généralisée qui doit être celle de l'institution toute entière. Que tous les professionnels manifestent leur intérêt pour un patient, par un désir de connaissance et des processus identificatoires toujours ouverts, participe d'une éthique de la psychothérapie, et constitue l'**empathie généralisée**.

Deux pôles attirent les psychothérapeutes, et menacent cette entreprise, tout en structurant une partie des processus psychothérapeutiques :

→ un pôle médicalisant, scientifique, sous forme d'un effet de causalité qui conduit à rechercher des liens explicatifs linéaires entre passé, symptôme et avenir. L'utilisation d'heuristiques professionnelles, inhérente à ce type de raisonnement, ne conduisant pas toujours à des conclusions rationnelles et scientifiques (cf A. Rakoniewski, 2001, "Psychothérapie et rationalité", La revue de musicothérapie). Une application stricte de ce modèle médical à la psychothérapie entrave la recherche des modèles non-linéaires de développement psychique.

→ un pôle sentimental, compassionnel, sous la forme d'une intention de s'occuper purement de la souffrance de l'autre : "Tout se passe comme si l'on croyait possible une connaissance immédiate de l'autre, nécessairement entravée par tout intermédiaire, qu'il faudrait rejeter du côté de la mondanité, de l'utilitarisme, de l'opérateur. Mais c'est là oublier la complexité du

psychisme humain, sa stratification en de nombreuses couches qui peuvent fonctionner d'une manière désynchronisée, voire opposée l'une à l'autre. ... C'est aussi oublier la complexité de notre propre psychisme et sa fragilité, qui nous interdit de le manier avec une confiance aveugle, comme une référence absolue.", D. Houzel, 2000, pp. 953.

La QSP participe à la finalité psychothérapeutique si elle devient un enjeu pour l'institution : celui de construire un processus permanent d'empathie généralisée, résultat de l'activité psychique d'empathie de chaque professionnel. Pour ce faire, l'institution doit aussi développer les outils d'analyse et les pratiques lui permettant de se construire comme processus de projet institutionnel.

2- Processus de symbolisation psychique et QSP

L'empathie généralisée est une construction psychique, un processus de symbolisation : quels sont les liens dynamiques complexes entre, processus de représentation mentale (RM), de symbolisation, et QSP ?

La représentation mentale (RM)

Le secret est une réalité psychique, de l'ordre de la représentation mentale, et ce paragraphe est destiné à rappeler les conséquences découlant de cette hypothèse.

La cognition repose sur un ordre symbolique, une distance représentative, là, où intervient une coupure sémiotique qui sépare, la représentation du représenté, le signe de ce qu'il désigne, l'entité représentée (E) –un objet, une pensée, ou une action–, de sa représentation (R). En conséquence, il existe un processus d'interaction entre R et E (R↔E).

La représentation nous donne une autonomie psychique, car elle nous permet de ne pas éprouver la nécessité de vivre en contact sensoriel direct avec le monde représenté, en permettant l'acte de pensée(er). Elle nous permet aussi une expérience psychique de notre psychisme et de celui de l'autre, indépendamment du caractère partiellement inobjectivable de ces derniers (*theory of mind* et métacognition).

De la coupure sémiotique découle une conséquence : la réalité est en partie inconnaissable, puisque représentation et objet représenté ne coïncident pas ; notre

autonomie psychique a pour corollaire une illusion nécessaire. Ainsi le langage est marqué d'une incomplétude, d'un manque.

Rappelons que la représentation mentale a une face individuelle, motivationnelle, expression de soi-même, et une face sociale, globale, holistique, puisqu'elle est aussi relation à l'Autre (les représentations sociales, la culture ...).

J'opterai, dans une perspective cognitiviste, pour trois catégories de RM :

→ émotionnelle-sensorimotrice-procédurale ; cette large catégorie participe à la constitution d'un inconscient cognitif, allant de l'émotion face à certains stress à des savoir-faire élaborés. Par exemple, pour calculer le périmètre d'un carré on multiplie la mesure d'un côté par quatre ; pour beaucoup de sujets adultes et instruits, ce savoir-faire est automatisé, l'action se réalise sans que le sujet ait besoin de dire comment il opère.

→ iconique-analogique (les images mentales)

→ déclarative-propositionnelle-digitale (les mots, les scripts, le langage)

Le fantasme psychanalytique utilise ces différentes catégories de RM dans un processus de désir. Ainsi, le concept freudien de représentant-représentation (*Vorstellungrepräsentant*) désigne ce qui représente la pulsion (le représentant, *repräsentant*) au sens d'un diplomate, mais dans le domaine de la représentation (*Vorstellung*), porteuse et organisatrice d'une signification désirante mise en scène, suivant la conception rappelée ci-dessus (figurer une autre réalité : une action, une pensée ou un objet).

Dans le cadre d'une théorie du fantasme inconscient, la représentation porte sur la trace mnésique d'une action pulsionnelle : "Nous voyons comment opère la représentation inconsciente. À la manière du diplomate, elle se tient pour ce qu'elle représente. À la manière du représentant de commerce, elle fait voir les images, elle présente l'analogie de ce qu'elle présente avec l'objet visé. Ces deux fonctions de la représentation inconsciente, d'être à la fois le représentant de la pulsion (sa "représentance") et la figuration de la scène qui la traduit psychiquement (sa fonction sémantique) marque donc bien le souci de conférer à l'acte psychique inconscient un double statut, celui d'être une activité mentale et d'être lié au désir." Widlöcher, pp. 121.

Mais si $R=E$, l'idée de représentation disparaît, puisque R n'a d'intérêt que si E n'est pas disponible, ou inadéquat à la tâche envisagée ; il est donc nécessaire que R soit différent de E. Si $R=E$, le sujet est dans une jouissance primaire, au sens lacanien, dans la fusion avec l'objet, dans l'immédiateté évitant la structuration du manque et de la castration symbolique.

Le secret comme processus intra et intersubjectif

Dans le développement de l'enfant avoir des secrets, une pensée à soi, et consciemment pouvoir mentir et cacher des choses, sont des réalités psychiques structurantes. Le secret est une des conditions du développement du psychisme dans des limites lui assurant sécurité et unité. Il est aussi une des conditions de la vie intrapsychique : le sujet peut alors exercer une activité de RM portant sur ses propres pensées, un processus métareprésentationnel (une RM représente une autre RM, toute RM peut avoir le statut d'Entité pour une autre RM ou catégorie de RM) ; des capacités d'intralocation (se parler à soi-même) deviennent possibles. L'apprentissage du secret est aussi l'abandon d'une position paranoïde postulant une vérité absolue ; il est une ouverture intersubjective, une communication interactive. Le secret est donc à la fois une réalité psychique intra et intersubjective, en prise directe avec les processus de construction du sujet (liés au symbolique, à l'imaginaire et au réel).

Toute stimulation environnementale, interne ou externe, produit chez l'humain un effet psychique, un type de représentation mentale. En lien avec la question du secret, Tisseron dénomme trois formes de symbolisation, proches des trois catégories de RM *supra* : sensori-affectivo-motrice, représentative imagée, représentative verbale (Tisseron, 1996, pp. 37). Le secret devient psychopathologique si les processus de liaison psychique (Bion) entre les différentes catégories de représentation mentale sont attaqués ou fortement entravés. "Lorsqu'un événement est symbolisé sous l'une de ces modalités et interdit de symbolisation sous une autre, il peut en résulter des perturbations de la vie psychique." ... "Il en résulte pour l'enfant la création d'objets psychiques partiellement symbolisés, c'est à dire selon un

ou deux seulement des trois modes de symbolisation.", Tisseron, *ibidem*, pp. 39.

Le processus de **symbolisation** désigne la capacité pour le sujet de lier aisément communication informationnelle et interactive, de disposer de la capacité psychique de mobiliser les différents types de représentation mentale (dans le fantasme par exemple) ; il intègre nécessairement la dimension métareprésentationnelle de la symbolisation : une image peut être mise en mots, un mouvement ou une émotion décrits, une phrase retranscrite ou imagée ... Le processus de symbolisation est donc intrinsèquement polymodal, et assure au sujet la conscience de sa continuité psychique. Mais, paradoxalement il est aussi producteur de discontinuités et néo-constructions, en créant un système psychique en expansion. En conséquence, pour être un élément dynamique du développement psychique, le secret doit pouvoir se représenter mentalement sous différentes formes, sans entrave majeure.

Les deux courts exemples qui suivent illustrent l'importance des processus de construction du secret dans le développement psychique :

Ex : Sylvie

Sylvie, en psychothérapie individuelle, refuse de me parler de quelque chose qui la préoccupe, tout en me disant que ... Elle exerce ainsi son droit au secret, et m'en fait témoin en tant que son psychothérapeute. C'est sa mère qui ne veut pas qu'elle en parle, mais elle en a quand même parlé à une éducatrice, mais n'en parlera pas à moi. Elle me le dira dans une séance ultérieure, quand ce ne sera plus un secret, que tous les éducateurs seront au courant. Elle avait pu ainsi me communiquer son expérience d'autonomie et de délimitation psychique, mettant en scène aussi bien une communication informative qu'interactive.

Ex : Serge

Serge est un adolescent qui est en psychothérapie individuelle, après deux ans en musicothérapie de groupe. Alors que je lui pose une question sur les relations avec son frère, il me répond : "Pourquoi tu es si curieux de savoir ce qui se passe chez moi" ; je lui demande alors : "pourquoi es-tu si curieux de savoir ce qui se passe dans ma tête ?" ; et il me répond : "Il est des choses que tu

comprends pas". Une autre fois "Tu cherches la merde des fois, tu poses trop de questions ; je t'aime bien quand même." Par cette marque transférentielle, Serge montre son ambivalence psychique, entre, efforts d'autonomisation et de délimitation par l'affirmation du droit au secret, et peur de perdre l'amour du psychothérapeute.

Secret et enjeu développemental en psychothérapie : la théorie de l'esprit

Le secret psychique satisfait aux quatre processus expérientiels requis pour la psychothérapie : 1) expérience de délimitation psychique, de construction des enveloppes et contenants psychiques ; 2) expérience narcissique d'unité et de continuité ; 3) expérience d'exploration, d'apprentissage, de construction de la représentation mentale, et des liens de pensée ; 4) expérience d'investissement, de motivation, d'effort, et de plaisir.

La théorie de l'esprit (*theory of mind*) est un processus métareprésentationnel qui désigne l'aptitude à prédire et expliquer ses propres comportements et ceux d'autres sujets. Le sujet attribue à l'autre des pensées, des rêves, et tout état mental dont il fait l'auto-expérience. Le sujet a la capacité de se représenter l'espace psychique représentationnel de l'autre. C'est ce processus qui justifie de parler de théorie de l'esprit, théorie apparentée à une psychologie naïve (*folk psychology*), mais permettant la production d'inférences acceptables portant sur l'environnement humain (les états mentaux). La conceptualisation de la théorie de l'esprit est cognitiviste, et insiste sur les dimensions de communication informative intrapsychique. Mais lorsque le sujet donne à entendre ses RM à l'autre, une communication interactive peut se créer ; dans un cadre de psychothérapie, encourager le sujet à verbaliser sa théorie de l'esprit, constitue donc un enjeu développemental et psychique. Ce jeu symbolique est encouragé à l'intérieur du cadre de la psychothérapie : patient vers patient, patient vers psychothérapeute ; sous la forme de, "que crois-tu que j'en pense ?", "qu'est-ce-qu'il en pense ?" ... afin de développer les processus de théorie de l'esprit, de communication, et d'empathie.

Considérons la dimension de réalité intersubjective du secret psychique : je pense que l'autre sait quelque chose que je ne sais pas ; je développe des RM portant sur les RM

d'autrui, cherchant à comprendre, à penser autrui. Cette intersubjectivité du secret est donc un processus de théorie de l'esprit, dont la construction par le sujet, est un enjeu développemental et psychique en psychothérapie, puisque directement en lien avec une organisation de la communication.

Les professionnels sont reliés entre eux, et avec les patients, par une intersubjectivité, une **théorie de l'esprit généralisée**. Il existe dans l'institution des savoirs, des connaissances, des secrets professionnels, des secrets psychothérapeutiques que chacun cherche à penser, participant ainsi aux processus d'empathie et de théorie de l'esprit généralisées.

Poser l'existence de la QSP comme une nécessité dans l'institution, doit avoir pour corollaire, la possibilité pour les professionnels extérieurs à la psychothérapie *stricto sensu*, de développer une théorie de l'esprit portant sur les processus psychiques intrinsèques à la psychothérapie, renforçant ainsi l'intersubjectivité, le symbolique, et amplifiant les processus de séparation-individuation.

Ex : Serge et la théorie de l'esprit

Lors d'une séance, Serge, me dit : "Je m'en fou de toi" "et de X", une éducatrice avec laquelle il a des difficultés relationnelles. Une verbalisation sur la signification de se prendre la tête avec quelqu'un le conduit à me dire : "Tu t'es pris la tête avec Y" (son institutrice). Je lui demande à quel sujet, et il me répond : "...sur les psychothérapies". Cet exemple est doublement intéressant ; il montre que Serge me prête un état mental pour expliquer ma prise de tête, manifestant ainsi qu'il dispose d'une théorie de l'esprit ; mais il montre aussi la délimitation théorie de l'esprit/identification projective, car cette dernière se serait manifestée sous une forme identique à son premier énoncé (un dépit affectif), sans l'ajout de communication informative concernant les psychothérapies. Dans un processus de théorie de l'esprit, il y a délimitation entre vie intrapsychique et interpsychique, contrairement au processus d'identification projective où il y a confusion. Dans cet exemple, où les processus identificatoires opèrent, on constate que la théorie de l'esprit peut contribuer au développement de la communication interactive.

Ex : Max et la question de mes enfants.

Max me demande si j'ai des enfants, comment vont mes enfants. Je lui demande ce qu'il en pense. Comme ma réponse ne le satisfait pas, il me dit que lorsque sa mère demande à son psychologue la même chose, ce dernier lui répond. Max manifeste un processus illocutoire en me posant une question qui me force à répondre, et je l'oblige à demeurer dans cette intersubjectivité en l'incitant à user de sa théorie de l'esprit.

3 - Les résistances : les processus d'attaque du savoir

"... il n'y a dans l'analyse d'autre résistance que celle de l'analyste.", Lacan J, 1954, "Introduction au commentaire de Jean Hippolyte", *Ecrits*, pp. 377.

Lacan visait les psychothérapies psychanalytiques, où la représentation d'une alliance thérapeutique avec les parties saines du patient constitue le modèle théorique de l'action psychothérapeutique. Ce modèle est souvent le notre, et suggérer au patient, par divers processus (injonction, *acting out*, jeux ...), que le secret est un enjeu pour lui, expose psychothérapeutes et institution à des projections défensives, qui constituent des résistances inconscientes à la construction du sujet. Ces résistances sont inéluctables, et doivent être accompagnées dans un travail de supervision.

Ignorer cette incertitude de l'alliance psychothérapeutique ou vouloir en assurer un contrôle omniscient, conduisent, sous forme d'effet de réel, à des violences à l'encontre du système psychothérapeutique et du sujet.

Les résistances de type névrotique

Les perturbations institutionnelles d'ordre névrotique liées à la QSP sont inhérentes à la dynamique inconscient-institution. Pour la théorie freudienne, l'inconscient fonctionne selon le processus primaire. L'inconscient réalise ce qu'il pense, l'intention se réalise dans l'acte ; dans le processus primaire, penser c'est faire, désirer c'est accomplir ; les actes psychiques se succèdent sans contradiction, supplantés les uns par les autres (déplacement-métonymie), et il existe une polysémie de l'action, le même acte pouvant réaliser plusieurs intentions (condensation-métaphore).

L'inconscient cognitif : beaucoup d'opérations cognitives et d'actions sont exécutées sans contrôle de la conscience ; la tendance inconsciente du système cognitif est la rigidification et l'automatisme des processus de traitement de l'information, la projection sur l'environnement des connaissances déjà établies (rôle des heuristiques, cf. Rakoniewski A., "Psychothérapie et rationalité"). L'apprentissage et la découverte de nouveaux environnements (physique et psychique), nécessiteront la construction de procédure utilisant planification, métacognition, activation/inhibition ...

Le développement normal de l'institution repose en partie sur la conflictualisation, au sens freudien, de processus de singularisation, d'individuation, produisant une dynamique centrifuge écartant les individus d'une illusion de pensée institutionnelle commune, et d'une dynamique centripète poussant à une fusion institutionnelle. La QSP est utilisée comme élément du processus d'individuation : les patients sont des sujets, irréductibles à la somme des RM les concernant construites par les professionnels. Pour les psychothérapeutes, elle constitue la marque, d'un espace psychique transitionnel lié à la dynamique transfert contre-transfert. Si ces processus sont perçus comme trop menaçants pour la continuité psychique institutionnelle, les savoirs des patients et psychothérapeutes seront attaqués.

Pour que la QSP demeure une aire transitionnelle, les psychothérapeutes et patients doivent assurer un processus de développement de la communication interactive, permettant au patient d'être sujet, insérant l'ensemble des protagonistes dans le registre du symbolique. L'alliance thérapeutique et l'empathie généralisée aident cette aire transitionnelle à se construire.

Un effet négatif de la QSP est de produire une non-communication : les professionnels non-psychothérapeutes n'osent plus poser de questions, n'osent plus penser la psychothérapie ; l'appareil à penser les pensées (Bion) des professionnels est entravé. Mais que transmettre et comment ? Dans la plupart des situations, ce qu'il faut transmettre est du registre de la communication interactive et non de celui de la communication informationnelle qui concerne plus la description du contenu des séances. Ainsi, Max me rappelle au début de

sa psychothérapie : "Tu dois garder le secret même si j'arrive en retard", parce que j'avais informé son éducateur qu'il n'avait pas pris le bon bus.

Dans un contexte de communication interactive, les conditions d'une empathie généralisée se construisent, psychothérapeutes et institution étant les gardiens du secret psychothérapeutique, et non ses prisonniers. (Tisseron S, *op. cit.*, pp. 9)

Lorsque je participe à une réunion de synthèse comme psychologue, il est important que les professionnels pensent que ce que je leur communique concernant un usager est influencé par mon vécu de psychothérapeute ; ainsi en partageant mon empathie, et si je réussis à communiquer des RM développant leur théorie de l'esprit concernant cet usager, les processus d'empathie et de théorie de l'esprit généralisées se développeront.

Ex : Yvonnick et ses ambivalences pour être en psychothérapie

Yvonnick X nous a fait part à la rentrée de son désir d'arrêter la musicothérapie. Cette demande s'accompagne de larmes et de souffrance, dans l'institution et chez lui. Mme X. s'est entretenue par téléphone avec moi, et je l'ai rencontrée. Je lui ai proposé un dispositif établi sur trois séances : Yvonnick X. viendrait au début de chacune des trois séances et dirait s'il reste à la séance ou retourne en classe ; s'il déclarait lors de la troisième séance ne pas vouloir venir, ce choix signifierait l'arrêt de la musicothérapie. Le travail de réflexion sur la pratique des musicothérapeutes (supervision) avait permis de comprendre que Yvonnick X. manifestait un transfert important, négatif et positif, à l'égard du travail psychothérapeutique et de moi-même. Le dispositif des trois séances fut admis par Yvonnick, et son institutrice l'aida à le respecter.

Lors des deux premières séances Yvonnick n'est pas resté en séance et est retourné en classe. Le matin de la troisième séance, dès 9h, Mme X m'a téléphoné pour s'assurer que la réponse que Yvonnick donnerait à la séance du jour déterminerait son arrêt définitif de la musicothérapie ; Mme X et nous-mêmes pensions alors, que Yvonnick mettrait un terme à ce travail.

Lors de cette séance, Yvonnick est entré dans la salle, a longuement parlé en s'adressant à moi, et a fait le choix de

continuer sa psychothérapie en musicothérapie.

La communication entre les musicothérapeutes, l'institutrice et la mère de Yvonnick, a permis à ce dernier de garder le secret de ses motivations transférentielles, d'être reconnu dans sa subjectivité, et de surprendre l'ensemble des adultes par "sa vérité de sujet".

Les effets d'image de la QSP

Ces effets d'image créent une représentation mentale tronquée du travail psychothérapeutique, et donne parfois aux professionnels n'intervenant pas en psychothérapie, l'illusion de connaître le contenu de la psychothérapie. Ces RM partielles entravent la capacité pour l'institution de lier aisément communication informationnelle et interactive, de disposer des capacités psychiques de mobiliser les différents types de représentation mentale (de symbolisation). Les quelques cas de figure suivants font partie intégrante du savoir de tous les professionnels.

- Les *acting out* sonores : la musicothérapie fait parfois du bruit, trop de bruit, créant alors des représentations partielles, des images de ce qui se passerait en séance. Le secret psychothérapeutique n'est plus respecté, puisque un contenu informationnel échappe au cadre des séances. Si aucune parole ne vient soutenir les processus de communication, le risque est alors de voir l'empathie généralisée menacée par des défenses inconscientes diverses.

- L'excitabilité : il en est de même lorsque les enfants ou adolescents sortent excités de séance, ou en pleurant, ou trop joyeux (en chantant par exemple) ... Dans tous ces cas de figure l'institution peut activer des projections et défenses, liées à la crainte de l'irruption d'une violence ou d'une sexualité incontrôlées, qui viendront entraver les processus psychothérapeutiques.

Si ces processus s'amplifient, l'institution peut alors basculer dans des mécanismes de défense phobique ou psychotique.

Effet de réel : la psychose, la phobie

A l'opposé, l'institution, ou une partie d'elle, ne peut penser le secret psychothérapeutique, manque de capacités de fantasmatisation et d'imagination, demande une information exhaustive (tout connaître du contenu de la psychothérapie), ou renonce à

comprendre les enjeux de la psychothérapie, fixe de manière rigide le cadre de la psychothérapie. Dans d'autres cas, une image partielle, une RM partielle, est pensée comme représentant, symbolisant, le TOUT de la psychothérapie.

« La QSP fonctionne alors comme un réel psychotique attaquant les processus de séparation-individuation, puisque la dynamique liant les différents types de RM, et assurant l'empathie généralisée, a disparu.

Le réel, l'impossible à penser, menace l'entreprise. L'impossible à penser, (sidération, inquiétante étrangeté, communication informationnelle ou interactive impossible ...) provient d'un déficit de contenant de pensée (Bion). L'empathie, en tant que désir de comprendre l'autre est entravée, attaquée. Ainsi, l'institution sort du cadre éthique psychanalytique, car pour y demeurer "... l'analyste devrait rester disponible aux rencontres les plus imprévues : être un adepte de l'incertitude et du doute ... La discontinuité devrait être sa règle. L'angoisse le provoque et l'intrigue. C'est du moins la condition pour qu'il reste libre de transformer sa vision des choses." Ansermet F., Sorrentino M.-G., pp. 57.

Un cas de figure classique est celui d'un patient pour qui les autres professionnels ne voient pas d'évolution positive, et où la psychothérapie est investie d'une demande transférentielle massive de résorber rapidement les symptômes envahissants. Le secret psychothérapeutique est pensé dans une ambivalence pathologique, une position schizo-paranoïde, à la fois souhaité, car épargnant à l'institution de penser le patient comme sujet, déléguant ce travail à la psychothérapie, et rejeté, car supposé servir, à éviter aux psychothérapeutes de s'impliquer plus pour aider l'institution en souffrance ou à cacher des "informations".

La psychothérapie peut ainsi devenir graduellement impensable pour l'institution ; l'oscillation pathologique, de l'investissement des pôles scientifique et sentimental de Houzel, en constitue un signe clinique.

La perversion : l'invalidation

Une dynamique de perversion peut s'organiser autour de la dénégation ; le secret psychothérapeutique est reconnu comme paramètre, mais il n'a pas lieu d'être dans l'institution. Il est idéalisé, pensé comme extérieur à l'institution : la QSP n'est plus un

processus, mais une entité. Dans d'autres cas, la psychothérapie pratiquée ne correspond pas à des normes implicites (certains lacano-lacaniens invalident la musicothérapie). Comme composante du projet institutionnel, la psychothérapie est à la fois affirmée et déniée, dans un processus de clivage permanent. Les manques du travail psychothérapeutique sont systématiquement traités comme des réalités objectives, scientifiques, et non comme des contextualisations ; ces supposés réalités sont alors considérées comme invalidantes, administrant la preuve scientifique de l'incompétence des psychothérapeutes.

L'invalidation du processus de la QSP semble une forme caractéristique de la perversion institutionnelle appliquée à la psychothérapie. En dernier ressort, l'ensemble du système psychothérapeutique se verra opposer des constructions psychiques invalidantes : des processus d'invalidation *hard* (par exemple, un IME ne peut pas être psychothérapeutique ...), ou *soft* (la psychothérapie individuelle dans une institution manque d'extériorité ...), se développeront.

L'exemple suivant montre les difficultés cliniques que l'on rencontre parfois pour délimiter psychose et perversion dans les vécus *borderlines*.

Ex : un superviseur

Le superviseur des musicothérapeutes envoie une lettre au directeur de l'institution déclarant que les séances de musicothérapie se déroulent dans un climat de lourde ambiguïté, qu'il n'y a pas de cadre, et que les enfants sont excités en séance (le superviseur n'est jamais directement témoin des séances). Ce superviseur n'en a jamais parlé directement aux psychothérapeutes, qui lui ont fait part en toute confiance de leurs questionnements. L'attaque porte aussi sur les capacités d'un des psychothérapeutes d'analyser son contre-transfert ; par ailleurs, elle invalide l'existence des processus psychothérapeutiques portés par les patients et les autres psychothérapeutes. Dans un passage à l'acte anti-psychothérapeutique *borderline*, la direction prendra la décision d'arrêter tout travail de musicothérapie dans l'institution.

Conclusion

L'ensemble des processus d'attaque du savoir présente une caractéristique commune : l'empathie généralisée est entravée ou détruite radicalement, car il existe des degrés différents entre attaque névrotique et psychotique. De fait, sous l'apparence d'un énoncé simple, le droit au secret psychothérapeutique du patient, la QSP en institution produit une conflictualisation forte entre théorie et pragmatisme. Ethique du sujet et théories donnent un cadre exigeant à la QSP, mais l'institution semble toujours devoir tirer vers l'adaptabilité et le pragmatisme les mises en acte de la QSP, sous la forme de compromis de savoir entre professionnels, laissant trop d'influence à la communication informationnelle. Certains y voient la preuve de l'impossibilité de la psychothérapie en institution.

En défendant la thèse d'une institution se mettant au service de l'empathie généralisée, j'ai voulu opposer, comme le fait Alain Prochiantz, à l'adaptabilité une intelligence de l'être ; il emploie le terme de pensée biologique pour caractériser le statut a-nature de l'humain, qu'il décline immédiatement en instinct -une forme génétique d'adaptation-, et en **intelligence**, une forme épigénétique d'adaptation, associée à l'individuation.

La QSP ne doit donc pas conduire l'institution à un pragmatisme adaptatif, où chaque professionnel serait enfermé dans des compromis liés aux enjeux de connaissances et de savoir, mais ouvrir à la création, à l'invention, faisant de la QSP un enjeu de développement et d'aventure, au service des processus de séparation-individuation. Les avatars incontrôlables de la QSP, ses incertitudes, nous imposent une intelligence de l'institution et du sujet, afin de les accompagner, dans une attitude de théorie de l'esprit et d'empathie généralisées.

Références

- Ansermet F., Sorrentino M.-G., 1991, Malaise dans l'institution, anthropos.
- Bursztejn C., Gras-Vincendon A., 2001, "La théorie de l'esprit : un modèle de développement de l'intersubjectivité", Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol. 49, n°1, pp. 35-41.
- Damasio A. R., 1999, Le sentiment même de soi (corps, émotions, conscience), O. Jacob ; 1999, *The feeling of What Happens. Body and Emotion the Making of Consciousness*.
- Golse B., Haag G., Bullinger A., 2000, "Autisme, psychanalyse et cognition : trois exemples de convergence", Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol. 48, n°6, pp. 427-431.
- Green A., sous la dir. de, 2001, "Courants de la psychanalyse contemporaine", Revue Française de Psychanalyse, PUF.
- Hayez J.Y., Stephenne F., 1999, "Secrets et psychothérapie", Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol. 47, n°10-11, pp. 491-501.
- Houzel D., 2000, "Quand engager une psychothérapie ?", L'enfant, ses parents et le psychanalyste, Bayard.
- Lacan J., 1966, Écrits, Seuil.
- Rakoniewski A., 1989, Musicothérapie et cognition : la psychothérapie de John, La revue de musicothérapie, vol. 9, n°4, pp. 11-17.
- Rakoniewski A., 1999, "Discontinuité et contexte en psychothérapie", La revue de Musicothérapie, vol. 19, n°3, pp. 12-19.
- Tisseron S., 1996, Secrets de famille, Ramsay.
- Widlöcher D., 1996, Les nouvelles cartes de la psychanalyse, Odile Jacob.
- Winnicott D.W., 1975, Jeu et réalité, Gallimard.

"m.com maman // musique. com"

Aniko MARTON

Aniko MARTON est psychologue clinicienne et musicothérapeute dans le IXème Secteur de Pédiopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants Malades (Paris). Membre de l'Association Française de Musicothérapie, elle intervient régulièrement aux Journées d'Etude de l'Institut de Musicothérapie de Nantes

Mes patients ont une fâcheuse tendance à ne pas se conformer aux thèmes proposés par les journées régionales. Plus exactement, ils ont plusieurs trains de retard, et ce n'est pas uniquement parce qu'ils sont à Paris. En effet, en date du 15 mai 2001 j'ai reçu le courrier de François-Xavier Vrait en guise d'appel à communication. Il me communique le thème des Journées : "La musicalité du secret : les formes de symbolisation sonore en musicothérapie".

Ce n'est pas un secret : Gaëtan n'en était pas encore là. Que faire ! Car à cette date, ni titre, ni symbole et encore moins de musique dans cette thérapie. Seule l'envie grandissante d'en partager les aléas avec vous, me pousse à répondre oui, et ce le jour des fêtes des pères. Je ne m'en rends compte que dans l'après-coup...

Gaëtan Gascogne consulte la première fois dans notre Centre, en 1999. Il vient d'avoir 11 ans, et il est en 6ème. C'est la mère qui remplit le feuillet de 4 pages remis aux parents lors de la première consultation. A la rubrique "motif pour la consultation", elle répond : "Décision du Tribunal pour enfants".

La même feuille nous informe que Gaëtan est fils unique, qu'il a marché à 11 mois, a dit ses premiers mots à 4 mois et ses premières phrases à 10 mois. Toutes les autres rubriques relatives aux troubles éventuels de l'enfant, à ses maladies somatiques, à ses compétences scolaires sont barrées sur deux pages, ce qui signifie dans ce cas, qu'il n'existe aucun problème.

La dernière question en bas de la quatrième page est : "Pouvez-vous indiquer des éléments relatifs à l'histoire familiale ou scolaire de votre enfant qui semblent