

En s'associant entre eux les mots discriminent les qualités des choses et écrantent la perception. Mais ce n'est pas tout, grâce aux mots, [...] la réalité de la pensée se sépare du réel extérieur, dont elle protège : elle distingue une qualité de la chose décrite, amenuisant ainsi sa force pulsionnelle<sup>1</sup>.

Les mots protègent ainsi le sujet de l'impact que peut avoir sur lui le monde extérieur. Ils font de même avec son monde intérieur.

Pour Gérard Pommier,

La conscience écrante le monde et coupe le sujet de perceptions désormais « intellectualisées » par le langage. Nos sensations deviennent conscientes en même temps que la pensée qui les qualifie nous en protège [...]<sup>2</sup>.

Tout ce que nous percevons génère des émotions. Les images de ce perçu vont se différencier de leur effet émotionnel grâce aux mots qui vont les nommer. Les émotions passent alors du corps au psychisme, pour se transformer en sentiments qui deviennent communicables et gérables pour l'existence partagée avec autrui.

Ce phénomène menant des perceptions aux émotions, à la pensée, aux sentiments et à la participation au monde fonde notre état affectif qui fluctue au gré des traces laissées sur nous.

## Le sujet et le monde

Jusqu'ici, nous avons évoqué le fonctionnement interne du sujet humain à travers sa vie affective, sa conscience et son langage. Mais l'homme n'est pas un isolat, une entité à part du monde ; c'est un être de relation, un « animal social ». Il se développe dans sa relation à l'autre, et il parcourt son existence de la même manière, en permanence en relation avec autrui. L'approche phénoménologique nous éclaire sur cette place de l'autre dans la dynamique globale du sujet.

## L'approche phénoménologique et le rapport au monde

La phénoménologie est un courant philosophique dont les bases ont été jetées par Edmund Husserl. Pour ce dernier, l'individu se trouve jeté dans le monde, son corps faisant le lien entre le moi et le non-moi. Le corps est

1. Gérard Pommier, *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Paris, Flammarion, coll. « Champs Essais », 2010.  
2. *Ibid.*

alors autant un élément du monde, avec lequel il interagit en permanence, qu'un élément constitutif du sujet. De leur côté, les choses en soi n'ont pas de signification ; elles sont posées dans le monde, inertes. Elles acquièrent leur valeur et leur signification seulement grâce à la pensée qui les appréhende, les définit, les répertorie, les classe. Dans l'approche phénoménologique, c'est donc la rencontre entre la pensée et le monde qui donne existence et sens aux choses.

De ce point de vue, l'homme ne peut pas être considéré en dehors de sa relation au monde. Dans ce cadre, l'élément fondamental est le phénomène, c'est-à-dire ce qui est vécu par l'individu dans l'instant présent, ce qui est expérimenté dans l'« ici et maintenant », sans a priori et sans référence au passé. La phénoménologie se centre ainsi sur le rapport de l'individu au monde, donc sur l'étant, le vécu, l'expérience, l'éprouvé, qu'ils soient corporels, émotionnels ou réflexifs. Chaque événement vécu par le sujet devient une vérité à part entière dans laquelle s'exprime la singularité de son existence. Dans la suite de Husserl, la phénoménologie de la perception de Maurice Merleau-Ponty met en avant les sensations et l'effort nécessaires pour les découvrir « comme si c'était la première fois qu'elles étaient vécues<sup>1</sup> ». Abandonnant toute référence au déjà vécu, l'individu a accès à sa subjectivité, sans préjugés ni a priori. Comprendre sa propre perception, c'est alors se comprendre soi-même. Ce point de vue sur l'existence et sur l'importance du vécu inscrit dans l'ici et maintenant rejoint le point de vue existentiel de Carl Rogers dont découle son option thérapeutique d'écoute active<sup>2</sup>.

Dans le cadre de cette approche phénoménologique centrée sur le vécu, le corps prend une valeur particulière puisqu'il fait le lien entre le soi et le non-soi, c'est-à-dire entre le sujet et le monde. Le corps est l'instrument de l'appréhension du monde. La corporéité appartient à l'ouverture de l'homme sur le monde ; elle est la réalité concrète par laquelle l'homme habite le monde<sup>3</sup>.

L'approche phénoménologique considère ainsi que l'homme est corporellement immergé dans le monde et, dans cette immersion, il ne peut faire l'économie de la rencontre avec autrui. Il ne peut y avoir de sujet humain isolé du monde, ni de sujet humain sans intersubjectivité.

1. Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, coll. « Tel », 1976.  
2. Cf. infra, p. 47.  
3. Henri Bossu et Claude Chalaguier, *L'Expression corporelle. Méthode et pratique*, Paris, Le Centurion, 1974.

## L'intersubjectivité obligée

Le sujet humain ne peut pas être considéré en dehors de sa relation avec le monde extérieur et en particulier avec autrui. Il est en permanence inscrit dans une dynamique systémique avec l'autre. Par ailleurs, l'homme est tout d'abord un corps qui est l'incarnation de son être, c'est-à-dire l'espace de son individuation et de sa différenciation. Entre le sujet et le monde, il y a le corps qui est à la fois le lieu par où le monde s'adresse au sujet et le lieu où ce dernier expérimente son existence. Le sujet est donc espace d'expérience tourné vers l'intérieur et espace de contact tourné vers l'extérieur. L'immersion dans le monde génère un impact permanent sur ce corps dans lequel s'imprime l'effet produit par les choses du monde, effet qui est connu par le sujet à travers son vécu. Le vécu, soit les sensations, les émotions, n'est alors rien d'autre que l'effet du monde sur le corps du sujet.

La relation de soin s'inscrit donc inévitablement dans un corps à corps, c'est-à-dire dans une intersubjectivité dans laquelle le corps de chacun est convoqué à travers ses dimensions sensorielle, affective et expressive. La relation n'est pas qu'un échange de psychisme à psychisme et encore moins d'intellect à intellect. L'autre nous impacte corporellement et c'est sur la base de cet impact en nous d'autrui que nous construisons notre geste soignant. Le concept d'empathie permet de subsumer la diversité des réactions corporelles impliquées dans cette relation. Mais si l'empathie est un phénomène physiologique et relationnel anthropologiquement partagé, elle implique, pour devenir un outil professionnel, d'être définie, maîtrisée et guidée. C'est l'objet du chapitre suivant.

## 2

# Les fondements du soin relationnel en santé mentale

## Le rôle soignant et l'attitude soignante

Nous avons choisi, dans cet ouvrage, de parler de soignants sans plus de précisions concernant le métier (infirmier, éducateur, aide-soignant, ergothérapeute, etc.) ou le champ d'activité (psychiatrie, gériatrie, médico-social, etc.), parce que les savoirs et les actes de soins qui sont exposés peuvent concerner tout professionnel du soin en contact plus ou moins durable avec un patient souffrant d'un trouble psychiatrique. Le moment thérapeutique, cette rencontre qui peut être, selon les situations, fugace et imprévue ou durable et anticipée, concerne chaque professionnel, indépendamment de sa formation, de son appartenance à une profession, ou de son domaine d'activité.

Avant de proposer des éléments pragmatiques relevant d'une attitude soignante de qualité, comme nous le verrons dans les situations cliniques exposées en deuxième partie, il est indispensable de mettre en évidence les principes explicatifs qui fondent cette attitude. Il est possible d'affirmer que, rien que par la nature spécifique de la relation qu'il propose, un professionnel puisse être thérapeutique. Deux conditions le permettent. Tout d'abord, le soignant se doit de détenir un savoir clairement identifié permettant de donner du sens aux manifestations pathologiques observées. Ensuite, sur la base de ce savoir, il s'agit qu'il adopte un positionnement en situation permettant de garder la maîtrise de soi et d'offrir à l'autre un étayage lui permettant de modifier positivement son vécu interne.

Les éléments permettant d'ajuster son positionnement relèvent de différents mécanismes, en particulier l'empathie, la fonction alpha externe du soignant (l'identification projective) et l'écoute active, que nous allons étudier ci-après.

## L'empathie

L'empathie est la capacité de comprendre ce que ressent l'autre en référence à ses propres expériences. L'autre exprime verbalement et non verbalement ce qu'il vit et, à travers ces éléments d'expression, il convoque nos propres expériences passées.

De ce point de vue, comment saisir ce que vit l'autre, son vécu propre, si ce qu'il vit nous est étranger, comme cela peut être le cas avec un patient psychotique qui vit des expériences que nous n'avons jamais vécues : délire, angoisse de morcellement, dissociation ? Il s'agit, dans ce cas, d'aller chercher en nous l'évocation de moments paroxystiques déjà vécus : explosion de colère, angoisse très forte, peur sidérante (lors d'une agression), affolement, etc. Seuls ces moments extrêmes peuvent nous rapprocher du vécu de la psychose. De la même manière, un deuil ou une séparation douloureuse peuvent nous rapprocher de ce que vit un patient en état limite ou un patient dépressif. Ainsi, l'empathie n'est pas un mécanisme indolore ; celui-ci nécessite de prendre contact avec des moments de notre existence qui peuvent correspondre à des espaces de fragilité.

Dans le champ du soin, l'empathie se définit plus précisément comme la capacité de ressentir, en soi, les états affectifs de l'autre, les signes visibles d'une émotion vécue chez lui me permettant de vivre cette même émotion, mais sans me laisser submerger par elle afin d'être en mesure de poser des actes de soins.

### Le développement de l'empathie

Le nouveau-né réagit très précocement à l'action d'autrui grâce à une attitude intersubjective innée qui lui permet de se représenter l'autre et son activité mentale. Il porte préférentiellement son intérêt vers l'être humain et en particulier vers les signaux qui manifestent l'activité mentale de l'autre (regard, voix, gestuelle, mimique). Cela fait dire à Boris Cyrulnik :

Nos propres enfants manifestent très tôt une empathie d'émotion quand, percevant sur le corps de l'autre un geste ou une mimique minuscule, ils s'en servent afin de se représenter son état mental. L'empathie [...] la plus abstraite est celle qui, à partir d'un brin de réel, parvient à se représenter les re-

présentations d'un autre. Un éclat d'image perçu sur un autre corps suffit à élaborer son psychisme [...]¹.

Cette attirance vers l'autre et cette capacité de se représenter son activité mentale se déploient grâce au mécanisme d'accordage décrit par Daniel Stern². C'est le mécanisme par lequel la mère imite les mouvements de son enfant et s'y ajuste. Dans leurs interactions, les deux protagonistes, la mère (ou son substitut) et son enfant font ainsi les mêmes mouvements, adoptent la même rythmicité et s'influencent mutuellement. Le calme et la douceur de sa mère imprègnent l'enfant qui s'apaise, dé-tendant ainsi sa mère, leurs états internes s'accordant. Cependant, si ces relations ne sont pas de nature à favoriser un tel développement, le cerveau, alors en pleine formation, se structurera sans laisser de place à la capacité de résonner avec l'autre.

Par ailleurs, l'accordage détient un effet de confirmation de soi. En s'adaptant aux attitudes de son enfant, la mère confirme leur valeur et, par extension, la valeur de son enfant. De son côté, le bébé, en s'accordant sur sa mère, lui signifie qu'il la considère en tant que mère et qu'elle a un effet sur lui. Ce phénomène d'accordage persiste tout au long de la vie. À l'âge adulte, dans nos relations avec autrui, nous synchronisons sans cesse nos attitudes sur ce que l'autre présente de lui de manière explicite comme implicite.

Dans les pathologies mentales, la capacité empathique est déficitaire. Les sujets psychopathes, en particulier, sont en difficulté pour se décentrer d'eux-mêmes, ils perçoivent l'autre comme un signal. Autrui est un objet sans épaisseur, sans le volume interne apporté par l'intimité affective, par le foyer interne des affects vécus en qualité de sujet. Les sujets psychotiques, eux, sont en difficulté pour se décentrer de la perception de soi et pour se représenter un non-soi. Les sujets schizophrènes, pour leur part, décodent mal les signaux non verbaux et personnalisent les liens entre signifiés et signifiants. Enfin, « les paranoïaques sont prisonniers de leur propre interprétation et ne décodent pas ce que le silence ou le sourire révèle du monde de l'autre³. »

Il importe ainsi de maîtriser un tant soi peut le mécanisme du développement de l'empathie au stade précoce tout comme le phénomène d'accordage afin de parvenir, en tant que soignant, à développer sa propre

1. Boris Cyrulnik, *De chair et d'âme*, op. cit., p. 149.

2. Daniel Stern, *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF, 2003.

3. Boris Cyrulnik, *De chair et d'âme*, op. cit., p. 176.

capacité d'empathie. Dans le champ du thérapeutique, l'empathie permet en effet de renseigner le soignant sur ce que vit le patient et de se sentir concerné par ce vécu. Le patient pourra à son tour se laisser impacter par les attitudes du soignant. Mais une telle capacité d'empathie en tant que professionnel n'est pas innée.

### L'empathie en santé mentale

L'empathie, dans le cadre du soin, est une capacité qui peut se développer. Elle correspond alors à la capacité de changer de perspective sur le monde, d'adopter un point de vue différent, celui de l'autre. Elle nécessite donc un effort pour saisir et partager l'expérience d'autrui. Cet effort est d'ordre cognitif car adopter une autre perspective revient à contrarier notre perspective subjective naturelle. Il est ensuite affectif car ce décentrement nous met en contact avec la charge affective d'autrui, que nous devons ensuite intégrer, en sus de nos propres affects.

Jean-Louis Monestès propose quelques exercices progressifs pour développer l'empathie à partir de différents changements de perspective<sup>1</sup>. Il s'agit d'abord de changer de perspective spatiale, en tentant de nous représenter ce que nous verrions si nous étions assis sur une chaise en face de nous, ou dans une pièce voisine. Le changement de perspective interpersonnelle, ensuite, consiste à essayer de se représenter ce que voit une personne photographiée sur un magazine, de se mettre à sa place, d'imaginer ce à quoi elle pensait lors de la prise de la photographie. Un autre exercice consiste, lorsque l'on croise une personne, à tenter, à partir de son allure, sa mimique, etc., de se représenter son histoire de vie, son état d'esprit, sa perspective visuelle et ce qu'elle peut ressentir dans ses interactions avec le monde. Il est alors intéressant de répéter de tels exercices avec des personnes aux profils très divers.

De tels exercices devraient pouvoir faciliter la manifestation de l'empathie en situation thérapeutique. Il s'agira alors de se représenter l'état d'esprit d'un patient, la façon dont il pense son histoire, sa relation à l'autre, son traitement, etc. Adopter la perspective de l'autre devrait notamment permettre de saisir ses émotions, sa perception des symptômes et la place qu'ils occupent dans sa vie.

1. Jean-Louis Monestès, « S'entraîner à développer l'empathie », *Santé Mentale*, n° 158, mai 2011.

Avec certains patients, il nous sera plus difficile de faire preuve d'empathie, le plus souvent, en santé mentale, du fait des actes qu'ils ont posés. Une possibilité est alors de se représenter de tels patients enfants, avec leurs difficultés, émotions, ressentis, peurs d'enfants. Cela permet d'éviter la contagion affective. Il s'agit de considérer l'autre à travers l'ensemble de son histoire, actuelle et passée. Ce positionnement qui consiste à être dans le présent avec le patient tout en gardant à l'esprit ce qu'il a été et ce qu'il a vécu dans le passé permet de ne pas se laisser trop entraîner par ce qu'il propose dans le face à face et donc de rester maître de soi. Ce sont particulièrement les patients pervers qui peuvent susciter chez les soignants un sentiment de rejet. Considérer ces personnes comme ayant été elles-mêmes victimes de la perversion des autres – comme c'est très souvent le cas – permet de maîtriser ce sentiment de rejet. Pour parvenir à faire preuve d'empathie, le futur n'est pas non plus à négliger. Considérer l'autre comme une personne en devenir, avec des possibilités d'évolution, d'amélioration, permet de pallier ses propres difficultés d'ouverture à l'autre.

Ainsi, les obstacles à l'empathie peuvent provenir d'un jugement de valeur, mais aussi de l'absence de disponibilité psychique. Dans le premier cas, un patient, du fait des actes qu'il a commis, nous indispose moralement et rend insupportable le contact avec son vécu psychique. Une telle attitude est compréhensible, mais s'il veut agir en professionnel, le soignant devrait pouvoir la travailler afin d'être en capacité de jouer son rôle vis-à-vis de chaque patient. C'est un impératif éthique.

En second lieu, alors que le soin relationnel nécessite une disponibilité psychique permettant d'accepter des affects générés par la présence de l'autre, à certains moments ces affects supplémentaires peuvent venir saturer notre espace psychique et nos possibilités de penser. Le travail quotidien en santé mentale exige des efforts constants pour prêter attention à l'autre malade, alors que nous avons nos propres préoccupations, que nous devons faire face aux interactions avec nos collègues ou avec des groupes de patients : ce sont autant d'éléments qui nous épuisent psychologiquement et peuvent nous rendre imperméable à autrui. Nous pouvons alors nous fermer à l'autre et ne lui offrir qu'une présence superficielle, sans profondeur, sans réelle préoccupation. Il s'agit ainsi d'être conscient que l'empathie requiert une disponibilité d'esprit constante, un intérêt pour l'autre éveillé à chaque fois.

Enfin, l'empathie est une capacité qui nécessite des précautions dans le contexte de la psychiatrie. En effet, des mouvements intimes se pro-

duisent et il s'agit de distinguer ce qui vient de soi de ce qui vient de l'autre. Face, par exemple, à un patient psychotique en proie à un mouvement de peur lié à un vécu délirant, l'empathie nous permettant d'entrer en contact avec cette peur doit être différenciée de la peur que pourrait susciter en nous ce patient. Si ce n'est pas le cas, les deux peurs peuvent se cumuler et nous entraîner dans un vécu difficilement supportable. Il s'agit donc d'identifier, chez l'autre, ce qui colonise notre vécu, d'identifier et de séparer le vécu émotionnel projeté par le patient du sien propre. Cela implique de se connaître et d'être au clair avec ses affects.

### La fonction alpha du soignant

Comme nous l'avons vu, la fonction alpha définie par Bion est le processus qui permet de passer de l'expérience sensorielle, pulsionnelle, émotionnelle à la forme mentale de cette expérience et donc à la pensée.

Cette capacité de donner du sens à des éléments éprouvés, de transformer psychiquement l'expérience vécue, n'est pas innée ; elle se développe progressivement dans les premiers temps de l'existence du sujet à travers ses interactions avec son environnement proche. Pour que le développement soit optimal, il suffit que l'environnement soit suffisamment bon, c'est-à-dire suffisamment contenant et rythmé, l'enchaînement des comportements en direction de l'enfant devant être régulier, prévisible et adapté.

Or, les pathologies mentales, notamment les états psychotique et limite, se caractérisent par une difficulté à penser les affects. Le développement de cette capacité ne se serait pas correctement déroulé et la transformation interne qui permet de passer de l'émotion ou de la sensation à la pensée n'est pas opérante ou pas suffisamment. Le sujet doit alors utiliser d'autres moyens pour faire face à ses affects. Il pourra délirer – cela revient à construire du sens mais de manière inadaptée – ; il pourra utiliser la motricité – c'est le passage à l'acte – ; il pourra composer avec l'affect en le déniait ou en le projetant – ce sont des mécanismes de défense.

Dans ce contexte, la dimension de l'intervention thérapeutique est vaste. Le soignant va utiliser ses propres capacités psychiques pour permettre au patient de mentaliser ses affects. Grâce à sa capacité d'empathie, à des comportements d'accordage – plus précisément, dans le cadre du soin, de synchronisation –, grâce à sa propre capacité de penser, le

professionnel construit une réponse adaptée et thérapeutique. Il s'agit, à ce niveau, bien plus d'une qualité d'être que d'une qualité de faire. Certes, c'est l'attitude globale du soignant – son comportement, sa gestuelle, sa mimique, son état apparent de tension (ou d'apaisement), le ton et le timbre de sa voix – qui va véhiculer l'intention soignante. Il s'agit donc bien de faire. Mais ce faire est orienté par un état interne d'ouverture, d'attention, de bienveillance et d'empathie, qui servira de socle et permettra à l'attitude du soignant de se mettre en forme de manière adaptée, c'est-à-dire thérapeutique. C'est la congruence entre cet état interne et l'attitude du soignant, entre sa qualité d'être et l'ajustement de son comportement, qui servira d'appui externe, d'étalement au patient pour penser ses propres affects. La fonction alpha du soignant vient compenser, supporter, étayer les capacités de penser (de symboliser) du patient.

### L'écoute active

La maîtrise de l'écoute active, concept développé par le psychologue américain Carl Rogers, est indispensable dans le cadre de la relation thérapeutique. Cette attitude permet de considérer autrui et de le prendre en compte sincèrement. Une telle attention permet d'optimiser le moment relationnel en induisant un sentiment de sécurité et de bienveillance chez celui qui en bénéficie. Écouter revient alors à recevoir, dans l'intention de comprendre, ce que dit (et montre de lui) celui qui s'exprime. Cependant, écouter n'est pas un acte aussi simple qu'il y paraît. Un certain nombre d'éléments sont en effet susceptibles d'altérer une écoute de qualité, comme le fait que l'homme pense plus vite qu'il ne parle. Il s'ensuit une tendance à précéder celui qui s'exprime et à anticiper son propos, ce qui peut avoir pour effet de ne pas percevoir ce qu'il veut signifier. Ensuite, les propres préoccupations de celui qui écoute peuvent faire obstacles aux propos de l'autre par défaut de disponibilité, par saturation. Enfin, la personnalité de l'écouter et son histoire de vie peuvent jouer comme des filtres et lui rendre inaudibles certaines problématiques. Ces différents obstacles peuvent se manifester de manière très explicite dans des messages non verbaux (attitudes, mimiques, mouvements, timbre de voix, etc.) en dehors de la volonté du soignant en situation d'écoute. Être dans une écoute active signifie d'être conscient de ces différents éléments.

À l'importance de la disponibilité pour l'autre s'ajoutent la sincérité et l'absence de jugement de valeur. La sincérité implique de pouvoir mani-

fester intérêt, respect et attention pour l'autre, quels que soient son histoire ou son comportement. Elle implique aussi de s'investir pour entrer en contact avec l'univers affectif du patient sans faux-semblant, en étant réellement présent dans le face à face. L'absence de jugement de valeur implique d'accueillir l'autre tel qu'il est et notamment de croire en ses engagements. Le doute qui pourrait s'infiltrer dans l'esprit du soignant face par exemple à un patient alcoolique de retour pour une même cure ne peut pas apparaître dans sa mimique, même de manière subreptice. La manifestation du doute peut créer une microfissure dans la relation et élargir les failles de l'estime de soi de ce patient.

Il importe cependant, dans l'écoute active, de ne pas se laisser entraîner par l'affectivité de l'autre. La capacité de se laisser traverser à minima par les affects de l'autre tout en résistant à leur envahissement implique de disposer d'une sécurité interne suffisante.

L'écoute active exige ainsi de considérer ce que l'autre est sans exclure la possibilité qu'il s'inscrive dans une perspective de changement.

La reformulation est l'outil principal de l'écoute active. C'est une technique qui consiste à renvoyer la substance de ce qu'un interlocuteur a dit, qu'il s'agisse de refléter des sentiments ou des faits. Elle a pour objet d'aider la personne à « entendre » ce qu'elle dit d'elle-même. Sur la forme, la reformulation permet de ponctuer le discours du patient et de lui donner du relief en faisant ressortir des éléments d'information distincts. Sur le fond, elle permet de vérifier que l'on a bien compris ce qui nous est dit et de donner à l'autre le sentiment qu'il est compris. De plus, en restituant au patient le contenu de son discours, celui-ci est en mesure de repréciser sa pensée et donc de s'exprimer de manière plus pertinente. Globalement, l'écoute active permet une meilleure compréhension réciproque. Dans un cadre thérapeutique, la reformulation est plus efficace si elle est centrée sur le vécu plutôt que sur les faits et sur la personne plutôt que sur ses problèmes.

Dans l'immédiateté d'un face à face, la reformulation peut être difficile parce que son utilisation n'est pas intuitive. De plus, la personne qui s'exprime ne cherche pas nécessairement à y voir plus clair en elle et à mieux se comprendre. Elle cherche peut-être de la compassion, un conseil, de l'intérêt, un encouragement, ou encore de l'aide concrète. Ainsi, une attitude douloureuse, plaintive, une histoire de vie dramatique vont susciter un réflexe compatissant. De la même manière, des difficultés de choix dans l'existence ou des erreurs répétées peuvent inciter celui

qui écoute à donner un conseil, sur la base de sa propre expérience. Or, faire preuve de compassion, apporter son aide, donner des conseils revient à sortir d'un positionnement d'écoute active pour entrer dans un registre d'intervention. L'intention n'est plus alors de permettre à l'autre d'exposer son vécu interne afin de se le dévoiler à lui-même à travers des mots qui viendront le transformer. Si l'empathie, la congruence et la considération positive sont les pré-requis incontournables de l'écoute active, certaines positions sont des obstacles qu'il faut savoir discerner et éviter. Écouter, reformuler demande donc un effort de maîtrise afin de ne pas se laisser entraîner dans des biais qui pourraient venir obérer le travail de mise en mots du sujet.

### Quelques autres outils du soin relationnel

La reformulation ne peut évidemment fonctionner que s'il y a quelque chose à reformuler, c'est-à-dire s'il y a parole. Dans bien des cas, le patient ne parle pas, ou très peu, ou encore utilise un mode d'expression comportemental. Il s'agit alors de lui faciliter la prise de parole en lui renvoyant ce que l'on observe de lui.

- *Le reflet.* Il s'agit de refléter verbalement l'état émotionnel apparent du patient. Cela revient à mettre des mots sur ce qu'il vit, non pas dans l'intention de le priver de sa parole, mais au contraire, dans le but d'attirer sa parole qui, peut-être, ne parvient pas à nommer ce qui est vécu. Le reflet de l'émotion de l'autre doit se faire à l'aide d'interventions brèves, formulées en termes facilement compréhensibles.
- *La synchronisation.* Il s'agit de s'approcher du mode de communication de l'autre afin de faire naître, chez lui, un sentiment de proximité et de compréhension. La synchronisation passe par l'adoption d'un ton de voix, d'un niveau de langage, d'une gestuelle et d'une mimique en accord avec ceux de la personne concernée. En général, la synchronisation se fait naturellement chez le soignant. Ainsi, il n'abordera pas la relation avec un patient dépressif en se présentant à lui de manière enjouée, dynamique, débordant de vie. L'image proposée ne pourrait que renvoyer le patient à sa propre absence d'énergie et renforcer son sentiment d'échec et d'incapacité. Il ne s'agit pas ici de pleurer avec le patient, mais d'accomplir un travail d'accordage.
- *La désynchronisation non verbale.* C'est l'inverse de la position précédente. La désynchronisation est particulièrement utile face aux ma-

nifestations d'agressivité. S'asseoir calmement et inviter son interlocuteur, qui s'agite, à en faire autant, peut désamorcer un moment agressif naissant. Il s'agit d'amener l'autre à changer, en douceur, son mode de communication.

- *Le feed-back.* Il consiste à donner à l'autre des signes lui signifiant qu'il est entendu. Ces signes peuvent être non verbaux : hochements de tête, sourires, attention soutenue, ou verbaux à travers des mots de ponctuation : « d'accord », « je comprends », etc.
- *La confrontation.* C'est placer l'autre face à ses contradictions. Il ne s'agit pas de lui prouver que l'on est perspicace ou de chercher à montrer qu'il se ment à lui-même, mais de l'aider à identifier et à dénouer des positionnements incompatibles. Dans ce cadre, l'absence de jugement est fondamentale car il ne s'agit pas d'accuser l'autre, mais de lui permettre d'évoquer ses contradictions et de les éclaircir.
- *La focalisation.* La focalisation est utilisée lorsque le sujet est dans l'incapacité d'exprimer un état affectif patent, alors qu'il semble pourtant être en capacité de verbaliser facilement. Par exemple, lors de la reprise verbale à la fin d'une séance de musicothérapie dans laquelle le patient était en difficulté pour participer, ce dernier dit : « C'était bien, tout s'est bien passé pour moi. Dommage que l'on n'ait pas essayé cet instrument là-bas... » Pourtant, lors de la séance, le patient a manifesté une réelle inhibition, visiblement douloureuse. Il s'agit alors de le faire se concentrer sur son état émotionnel.

Soignant : Je voudrais que nous revenions sur le moment où Jean [un autre patient de la séance] vous a proposé de vous lever pour bouger avec lui.

Patient : Ah... Je n'avais pas envie à ce moment-là, c'est tout.

Soignant : Voulez-vous essayer de nous dire ce qui vous a traversé l'esprit à ce moment-là, justement ?

Patient : Je ne sais pas. (Mimique douloureuse.)

Soignant : Vous vous sentiez comment ?

Patient : Pas bien, c'est vrai.

Soignant : Pas bien...

Patient : En fait, j'aurais voulu ne plus exister... être transparent...

Soignant : Si vous deviez nommer votre sentiment à ce moment-là... ?

Patient : Je ne sais pas, la honte, je crois... la honte et la peur.

Soignant : Ce sont des sentiments forts, ils étaient accompagnés de pensées ?

La focalisation permet de dépasser des verbalisations écrans, défensives, par lesquelles le sujet évite de parler de lui et, peut-être, de l'amener à se réapproprier un affect qui lui appartient et qui l'a caractérisé dans une situation vécue.

- *Le focusing.* Le focusing consiste à amener le sujet à explorer son vécu intérieur à partir de ses sensations corporelles. Ce ne sont pas directement les éléments de pensées ni même les affects qui sont visés mais les mouvements ressentis au sein même de son espace corporel. Il s'agit d'avoir accès à l'infra-verbal, à ce qui n'est pas encore pensé, pour le faire venir à la conscience et à l'expression. Concrètement, l'autre est amené à explorer ses sensations corporelles actuelles par rapport à une situation ou un problème évoqué. La question peut être : « Quelles sensations vous traversent lorsque vous pensez à... ? » Après avoir laissé au patient un temps pour prendre contact avec ses sensations, le soignant lui demande de les décrire telles qu'elles se manifestent sans qu'il les interprète ou les juge. Le soignant n'intervient que pour encourager le processus d'exploration interne : « Quelles sont les images associées qui vous viennent à l'esprit ? » La reformulation peut être utilisée afin d'accompagner l'évocation.

Nous venons de voir quelques-uns des fondements du soin relationnel. Ces fondements sont autant en lien avec des dispositions que de nature technique. L'empathie et la fonction alpha relèvent en effet d'un état interne et d'une ouverture vers l'autre. L'écoute active et les autres outils relationnels sont des éléments techniques qui viennent construire phénoménologiquement l'acte de soin. Les techniques seules, non étayées par la qualité d'être idoine, sont superficielles et inefficaces. De la même manière, les dispositions seules sont friables, mal assurées et non étayantes.

La partie suivante propose des situations cliniques ou moments relationnels diversifiés. Ces rencontres pourront relever de séquences d'entretiens structurés, d'interpellations de patients ou encore d'échanges imprévisibles. Les principales pathologies psychiatriques sont traitées, avec à chaque fois des éléments concernant l'attitude soignante adaptée.