



**HAL**  
open science

## Psychoéducation et attitude phénoménologique en psychothérapie de groupe

A. Ledoux, D. Cioltea

► **To cite this version:**

A. Ledoux, D. Cioltea. Psychoéducation et attitude phénoménologique en psychothérapie de groupe. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2010, 168 (9), pp.649. 10.1016/j.amp.2009.10.016 . hal-00690273

**HAL Id: hal-00690273**

**<https://hal.science/hal-00690273>**

Submitted on 23 Apr 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Accepted Manuscript

Title: Psychoéducation et attitude phénoménologique en psychothérapie de groupe

Authors: A. Ledoux, D. Cioltea

PII: S0003-4487(10)00221-0  
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.10.016  
Reference: AMEPSY 1195

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Received date: 2-5-2009  
Accepted date: 14-10-2009

Please cite this article as: Ledoux A, Cioltea D, Psychoéducation et attitude phénoménologique en psychothérapie de groupe, *Annales medio-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2009.10.016

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.



*Mémoire***Psychoéducation et attitude phénoménologique en psychothérapie de groupe****Psychoeducation and phenomenological attitude in group psychotherapy****A. Ledoux <sup>a</sup>, D. Cioltea <sup>b</sup>**

<sup>a</sup> *Psychiatre des hôpitaux des armées, Service de psychiatrie de l'HIA Legouest,  
57000 Metz, France*

<sup>b</sup> *Psychiatre et pédopsychiatre, praticien hospitalier, CHS Jury-les-Metz, France*

Auteur correspondant : Arnaud Ledoux, Psychiatre des hôpitaux des armées, Service de psychiatrie de l'HIA Legouest, 57000 Metz, France

Tél. : 03 87 56 47 54

Adresse email : arnauldledoux@aol.com

Texte reçu le 2 mai 2009, accepté le 14 octobre 2009

**Résumé**

Nous pensons que la psychothérapie de groupe peut être un moyen de faire concilier les recommandations en matière de prophylaxie visées par les mesures psychoéducatrices, la dimension vivante de l'expérience retrouvée dans l'attitude phénoménologique et les aspects tournés vers le monde communautaire de la médiation thérapeutique. Pour articuler ces différents domaines, nous abordons les principes de la psychoéducation, les risques que celle-ci peut comporter et les apports de la phénoménologie clinique. L'attitude phénoménologique est particulièrement intéressante pour les groupes de parole qui privilégient l'ouverture plutôt qu'un travail d'élaboration. L'enjeu est ainsi l'authenticité d'une véritable alliance thérapeutique, basée sur des fines régulations de la situation globale de coprésence tenant compte de l'entrelacement de l'implicite et de l'explicite dans les échanges qui se tissent avec les patients. Nous privilégions une démarche féconde plutôt que l'observance rigoureuse d'une méthode qui ne conduirait qu'à une systématisation contraire à l'esprit de la phénoménologie. L'expérience clinique montre que l'accent mis sur la dimension de

coprésence au sein d'un groupe permet notamment une fréquentation régulière du groupe, ce qui est un des ingrédients majeurs de son efficacité.

*Mots clés :* Alliance thérapeutique ; Attitude phénoménologique ; Phénoménologie psychiatrique ; Psychoéducation ; Psychothérapie de groupe ; Réflexion éthique

## **Abstract**

*Objectives* – Psychoeducation contains the risk of a misunderstanding in the effective experiences of recognition. We want to show that group psychotherapy can be a means to reconcile recommendations in disease prevention aimed by psychoeducative measures, the vivid and lively dimension of experience found in phenomenological attitudes and aspects, turned to the community world of therapeutic mediation.

*Method* – To articulate these various domains, we approach the principles of psychoeducation, the risks which this one can contain and the contributions of clinical phenomenology. Phenomenological method is different from what we call collectively clinical intuition which is always implicitly colored by the typical contexts of meanings of what appears (meanings which have a practical and effective reach for example) and stay, in spite of the critical distance which we can put it, stuffed with various emotional and theoretical predicates muddled between them. The phenomenological attitude aims as much as possible to a suspension of these predicates, that these predicates arise from the common sense of everyday life or that they arise from a detailed specialized knowledge, and this to remove the " coats of sense " which settled on the perception.

*Results* – The group, by its multiple interactions, aims at an optimization of the articulation of the self-relationship with relationship socially adapted to the others. The therapist constantly has to attend to dialectical dynamics which reigns between a certain self-dissolution in the group and a return to oneself from the meshing which build up itself within the group. For certain patients, it is particularly difficult to maintain a just balance between the two moments of identity, the one which is peculiar to oneself and the one which emanates from relations with the others towards which we are normally constantly turned. The interest of this psychotherapeutic work in group is here to offer to each of participants the possibility of holding, with a little more confidence, an existential position within a meshing of social links, that is a capacity to seize oneself as existing among the other beings having themselves an own existence. From there, the subjective capacities of each can be better recognized, what can also give place to adjustment of these capacities with individual aspirations. The active implication of patients, so looked for by psychoeducation, is all the more tangible as we were so able to appeal, by the phenomenological attitude, to what feels immediately and without distance as much in an intimate self-relation as in relationship to the others.

*Conclusions* – Phenomenological attitude allows not to get stuck in imaginary expert skills, in rational projects of organization and other methodical constructions of the science. This attitude is particularly interesting for group psychotherapy which privileges the opening rather than a work of elaboration. The stake is so the authenticity of a real therapeutic alliance based on fine regulations of the global situation of co-presence taking into account the interlacing of the implicit and the explicit in the exchanges which weave with the patients. We privilege a fertile step rather than rigorous observance of a method which would lead only to a systematization against the spirit of phenomenology. The clinical

experience shows that this psychotherapeutic method allows in particular a regular attendance of the group, what is one of major ingredients of its efficiency.

*Keywords:* Ethical thought; Group psychotherapy; Phenomenological attitude; Psychiatric phenomenology; Psychoeducation; Therapeutic alliance

## 1. Introduction

Binswanger insistait sur la médiation qu'exerce le thérapeute, aussi bien vers le monde que vers soi-même. Il précise que le chemin vers soi-même passe toujours par le monde, comme le chemin vers le monde passe toujours par le soi-même [2]. Ce mouvement de va-et-vient entre les deux pôles de l'être est particulièrement saillant en situation de groupe. Comment les attitudes psychoéducatrices et phénoménologiques peuvent-elles s'insérer dans cette médiation thérapeutique orientée vers le monde communautaire ?

La psychoéducation et l'attitude phénoménologique n'ont a priori rien à voir ensemble. La psychoéducation est imprégnée de déterminations issues de constructions méthodiques de la science et de compétences acquises au cours de l'expérience clinique. Elle comporte un projet rationnel d'organisation : obtenir la stabilité par une meilleure observance du traitement. Elle prétend à une certaine maîtrise intellectuelle en explicitant tout autant les données infracliniques de l'expérience clinique que les prises de positions spécialisées de la littérature scientifique. Si elle est un ingrédient reconnu de la pratique psychiatrique, elle comporte aussi le risque de tendre vers une superposition d'idéalisations et de tordre la réalité pour la faire coïncider aux préconceptions théoriques. La phénoménologie dévoile les forces de résistance que constitue le monde prédonné du clinicien composé de tout ce qui a sédimenté en lui. Ces forces de résistance sont liées aux synthèses passives qui modifient en schèmes perceptifs et praxiques les expériences sédimentées. Ces synthèses sont dites passives car elles ne sont pas dirigées par le sujet conscient et attentif. Elles sont enchevêtrées à des procédures actives de distinction et de mise en relation permettant de rassembler un certain nombre de traits spécifiques et de délivrer des assertions concernant la signification de certains comportements. L'attitude phénoménologique suspend cette capacité (passive et active) à potentialiser les schèmes d'action et de perception qui contribuent à former des habitudes, qui résorbent toute perception équivoque et qui gomment toute aspérité de l'expérience. Plus simplement, l'approche phénoménologique vise à enlever transitoirement

les « couches de sens » qui se sont déposées, et en particulier les théories qui sont justement à la base de toute visée psychoéducatrice. Dès lors, tout porte effectivement à croire que psychoéducation et attitude phénoménologique sont incompatibles. Mais persister dans cette apparente contradiction reviendrait à oublier que la position du clinicien dans la pratique quotidienne est toujours empreinte d'équivoque face à la relativité des concepts, à la contingence des données cliniques, à la présomption de cohérence dans les soins, à la teneur de l'expérience vécue, ou à l'incertitude concernant l'évolution clinique.

## **2. L'attitude psychoéducatrice**

### **2.1. Principes généraux**

La psychoéducation est souvent confondue avec la notion d'information donnée au patient sur le traitement ou sur tel ou tel aspect clinique ou évolutif de la maladie. Mais, alors que l'information est connotée d'une coloration médicolégale et déontologique, la psychoéducation s'inscrit plus précisément dans une perspective de soin, avec notamment l'idée d'une implication active du patient dans les soins qui lui sont proposés. On la retrouve dans la prophylaxie des troubles récurrents, dans les pratiques addictives ou dans la prévention des phases aiguës des troubles chroniques [6,7]. Elle implique clairement la poursuite d'un objectif de rémission symptomatique et de récupération fonctionnelle. La psychoéducation vise plus précisément à exercer une influence sur le patient de manière à améliorer certains points critiques. Ces points que la psychoéducation veut corriger ont la réputation de constituer des facteurs de mauvais pronostic. Il s'agit notamment :

- du manque de conscience des troubles, qui peut être lié :
  - à un défaut d'insight intrinsèque à la maladie elle-même (ce qui tend vers le concept d'anosognosie lié à certains déficits neurologiques) ;
  - à un déni des troubles mis en place de manière défensive dans le cadre de réaménagements psychiques ;
  - ou qui peut comporter, à divers degrés, une part de manque d'insight et une part de déni, ce qui peut aussi être conceptualisé sous la forme d'une contribution de mécanismes psychologiques dans le défaut d'insight évalué au cours de l'examen clinique ;
- de la difficulté d'observance du traitement, qui peut nécessiter un réajustement thérapeutique (optimisation de la rémission symptomatique, amélioration du rapport bénéfices/effets indésirables, modification de la forme galénique), une information sur

certaines effets secondaires des médicaments, une évaluation subjective de l'acceptabilité de ces effets, une meilleure prise en compte des comorbidités, une amélioration des conditions socio-économiques, une mise à contribution du support social, et notamment de la famille, ou encore un travail sur les représentations concernant l'action thérapeutique face aux troubles présentés ;

- de l'abus de substances psychoactives, associé fréquemment aux troubles psychiatriques potentiellement récurrents ou chroniques ;
- de la non-détection des rechutes débutantes, c'est-à-dire des signes prodromiques qui précèdent l'installation d'un état pathologique. L'enjeu de cet autorepérage de certains comportements annonciateurs ou d'une meilleure autoperception interne des prémisses aspécifiques d'une modification est majeur. En effet, c'est souvent dans cette phase qu'il existe encore une possibilité de se ressaisir en menant une action salvatrice en vue de contrecarrer la précipitation dans le champ de gravitation d'un nouvel épisode pathologique. Cette autodétection présuppose néanmoins une capacité du patient, en phase intercritique, à se confronter au problème de sa vulnérabilité et, dans une certaine mesure, à lui faire face, à condition qu'une aide thérapeutique soit apportée dans ce sens ;
- de l'absence de régularité dans les habitudes de vie, dans les rythmes quotidiens qui ouvrent le champ de l'autoformation de l'existence, de la normalisation interne de la vie quotidienne, du modelage progressif et consistant d'un espace, d'un temps et d'une causalité familière. L'accompagnement des patients dans les aménagements existentiels qu'ils peuvent mettre en place doit tenir compte de la persistance éventuelle de manifestations subsyndromiques ou de la potentialité, toujours présente à divers degrés, d'une rechute ;
- de l'altération des liens sociaux, et surtout du contexte relationnel proche. Cela peut requérir une meilleure prise en compte par l'entourage de la vulnérabilité persistante, même en phase de rémission, ainsi qu'un soutien des compétences relationnelles et des capacités d'étayage des proches.
- de l'absence de points de repère précis en situation de crise. L'apprentissage de techniques adaptatives visant à mieux gérer les crises fait partie des conseils pratiques et concrets alimentant le cadre thérapeutique sur lequel les patients peuvent s'appuyer : qui appeler ? Comment exprimer une demande d'aide ? Quel médicament prendre ? À quoi se raccrocher ?

La psychoéducation s'adresse plus particulièrement à des patients qui ne présentent pas de déficit cognitif prononcé. Elle fait appel à la part d'autonomie présente chez le patient. Elle n'est pas destinée à servir de prothèse compensatrice face à l'irruption de l'insécurité de

l'expérience psychotique ou de la démesure des perturbations thymiques. Mais elle contribue au projet de soin en anticipant au mieux les conditions d'un nouvel épisode, d'une cristallisation de l'état actuel ou d'une exacerbation de manifestations évoluant à bas bruit. Dans le cadre de séances collectives, il est préférable qu'il n'y ait pas de troubles pouvant altérer le fonctionnement du groupe. Ces séances s'adressent généralement à des patients ayant le même type de pathologie (schizophrénie, bipolarité affective, alcool-dépendance, etc.). Lorsque le rapport au monde, aux autres et à soi-même n'est pas trop altéré, des mécanismes d'identification sont susceptibles de s'instaurer progressivement entre les patients présentant des troubles communs. Ces mécanismes d'identification peuvent constituer une voie d'accès vers une meilleure reconnaissance de ce qui restait marqué par le déni. Les échanges permettent de puiser quelque chose dans ce qui est énoncé par les autres et induisent de nouvelles perspectives. Le thérapeute doit constamment s'ajuster à la dynamique relationnelle du groupe tout en respectant un cortège de règles et de symboles inhérents au fonctionnement d'un groupe. Lorsqu'il s'agit d'un manque d'insight lié à la maladie et non d'un déni (ce qui se retrouve dans les troubles psychotiques plus particulièrement), les choses sont bien sûr beaucoup plus compliquées. L'ambivalence du patient psychotique face à sa maladie se retrouve dans une capacité d'acquérir de solides connaissances sur les troubles qui le concernent, tout en n'ayant aucune conscience d'être perturbé mentalement. Blankenburg a en effet montré la dissociation entre la souffrance majeure liée aux expériences vécues et l'absence de conscience du caractère pathologique des expériences vécues [4]. Chez des patients à faible degré d'insight, le groupe a une fonction contenant et étayante qui peut ensuite se déployer vers une meilleure capacité de recours à autrui. Dans ces cas, c'est l'ancrage dans un monde sans cesse constitué par la communauté qui doit être privilégié dans un premier temps.

## ***2.2. Qu'en est-il du vécu subjectif et de la relation thérapeutique ?***

Contrairement à nombre de critiques qu'elle doit endurer, la psychoéducation bien comprise n'exclut pas un nécessaire rapport de proximité avec les patients, seul moyen d'avoir accès à ce qu'ils vivent de leur propre point de vue, bien que cela reste souvent très hypothétique. Pour cela, le thérapeute doit constamment se réajuster, chaque mouvement ou moment créant le contexte de celui qui suit. En effet, l'explicitation du vécu à partir des connaissances théorico-cliniques génère forcément des méprises, des quiproquos ou des indéterminations. Comme Stern [18] l'a fort bien mis en évidence, les modalités de réparation



ou d'ajustement exigées par ces déraillements visent un travail en commun sur une formulation permettant au patient de se sentir compris et au thérapeute de poursuivre ses objectifs. Le cheminement reprend ainsi son cours dans une interaction nouvellement élargie qui ouvre alors de nouvelles possibilités d'exploration de l'expérience vécue du patient et d'actions thérapeutiques pour le praticien. Le nouveau contexte de ce travail en partenariat peut constituer le terrain favorable à l'émergence d'un meilleur éclaircissement verbal du vécu du patient dans sa perspective propre. La psychoéducation tente ainsi de faire concilier un décentrement du moi du thérapeute vers la sphère de l'expérience subjective du patient, avec une logique pratique centrée sur la réalité clinique. Pour reprendre les termes de Ricœur [16], nous pouvons dire que cette attitude se situe dans une dialectique dynamique entre mutualité et dissymétrie, une mutualité dans le rapport de proximité avec les patients, et une dissymétrie dans l'observation distanciée basée sur les connaissances cliniques, dans la transmission d'informations sur les troubles psychiques, et dans les conseils pratiques sur les aménagements possibles et sur les stratégies adaptatives potentiellement pertinentes.

Dans la dissymétrie, l'un n'est pas l'autre, il n'y a pas d'échange des places, et une juste distance est préservée au sein d'un climat de confiance qui s'apparente plutôt dans un premier temps à une sorte de conciliation. Cette dissymétrie se dialectise avec son oubli au sein d'une mutualité, seule condition pour que les patients soient reconnus dans leur pouvoir d'agir et que leurs capacités puissent être attestées. En effet, la reconnaissance de son propre champ de capacités ne peut se faire en dehors de la reconnaissance de soi par autrui dans une relation de mutualité interactive. Une oscillation dynamique et perpétuelle se joue ainsi entre dissymétrie de la relation médecin/malade et mutualité activement recherchée visant l'accès à l'expérience subjective et l'instauration d'une relation thérapeutique.

En pratique, le thérapeute doit veiller à ce qu'aucun discours commun ne s'impose, ni celui du thérapeute lui-même distillant ses connaissances, ni celui d'un patient répétant en écho ce qu'il a puisé dans diverses sources d'informations. La singularité de chacun doit être respectée. Il peut être important de rappeler qu'il n'y a pas de protocole de traitement ni de démarche uniforme à suivre ou de recette toute faite. Des données médicales objectives peuvent cependant être « saupoudrées » de temps en temps dans le bain des échanges, sur une très courte durée, pour ne pas entraver la circulation de la parole.

### ***2.3. Comment éviter les constructions rationalisantes ou la pétrification ?***

Les modèles théoriques utilisés par la psychoéducation sont issus aussi bien d'études scientifiques que de la pratique clinique quotidienne. Leur fécondité est admise lorsque ces modèles sont revenus vers le cours ordinaire de cette pratique et ont fusionné avec celle-ci. Autrement dit, les théories reconnues comme valides sont toujours rattrapées par le quotidien de la pratique qui se reconstitue en elle. La psychoéducation ne peut donc être que dynamique, infiltrant une pratique qui se maintient dans sa relative continuité et cohérence.

D'autre part, pour qu'elle ne soit pas une simple information transmise sous l'impulsion d'un souci déontologique, la psychoéducation doit pouvoir accueillir, pour s'en nourrir, toutes formes d'expériences singulières inédites. Elle est certes déterminée par des objectifs bien précis (implication active du patient, obtention d'une compliance, amélioration de l'observance, etc.), mais elle doit toujours ménager une sorte de *modus vivendi* prudent entre, d'une part, l'utilisation habituelle de grilles de lecture et de conseils avisés bien rodés, et, d'autre part, la contingence de l'expérience qui ne peut que rester en marge de toute forme de cadre établi. La souplesse et la mobilité de cette position du clinicien permettent de dynamiser la répétition des entretiens en restant réceptif à l'autre dans sa singularité et sa différence, et en laissant advenir la nouveauté des impressions ou d'une réflexion.

La psychoéducation aurait-elle tendance à trop canaliser la vie psychique ? Il faut d'abord s'interroger sur la contribution de la psychoéducation à l'assise d'une vie quotidienne. En effet, il paraît difficile d'envisager une prise en charge qui ne conditionnerait pas la possibilité d'un monde commun, car c'est à partir de celui-ci que peuvent se déployer les éventuelles possibilités des multiples éventualités d'existences et des jeux de rôles sociaux. Le monde commun n'est qu'une possibilité parmi d'autres, mais cette possibilité est fondamentale, dans le sens où elle ouvre le champ de l'autoformation de l'existence. Selon le philosophe phénoménologue Bégout [1], il ne peut y avoir d'existence autonome ou d'appropriation singularisante sans une normalisation interne, sans l'assise d'une vie quotidienne avec son lot de préoccupations. Cet auteur précise que tout détournement créatif des normes instituées requiert d'abord une adaptation au monde qui implique une certaine forme de normalisation. À partir de là, le patient peut choisir la voie de l'accommodation, de la subversion, ou de la soumission délibérée. L'attitude psychoéducatrice est avant tout pragmatique : si elle vise l'apprentissage et la canalisation, elle n'en reste pas moins une suite d'accommodations, d'accords, de compromis inventés sur le vif et en permanence.

Enfin, le clinicien garde toujours la vague intuition du caractère plus ou moins factice des modèles théoriques qu'il doit utiliser et expliciter dans le cadre de la psychoéducation. L'humour s'avère souvent nécessaire afin de relâcher un peu l'adhésion aux valeurs

courantes. Encore faut-il que la situation relationnelle s'y prête, c'est-à-dire que le moment soit opportun, qu'il ne s'agisse pas d'ironie grinçante ou de moquerie blessante, qu'une connivence avec le groupe soit établie et que les patients présentent certaines capacités à saisir le jeu dans la relation. L'humour dévoile en effet une certaine capacité de détachement en regard de l'adhésion affective à la réalité. Il n'a pas la fonction ou la prétention de dénoncer ou de remettre en cause quoi que ce soit, mais permet de mieux supporter les aléas et les contraintes du quotidien. Il a néanmoins son rôle à jouer au sein du groupe face aux prétentions du savoir médical, aux illusives techniques de communication, ou aux velléités d'autonomisation et de responsabilisation.

### **3. L'attitude phénoménologique**

Le phénoménologue doit non seulement mettre hors circuit tous les préjugés théoriques, mais aussi, car cela fait obstacle à l'intuition phénoménologique, mettre entre parenthèses les évidences qui se logent implicitement dans les choses, le monde environnant, le moi ou les relations interhumaines. Cette suspension des préconceptions théoriques et des présupposés de la vie quotidienne est appelée réduction phénoménologique, ou époque phénoménologique. En somme, l'attitude phénoménologique vise un retour aux données de l'expérience dépouillée des prédicats qui l'ont infiltrée, ainsi qu'un dévoilement progressif de ce qui rend possible l'apparition de ces données [8].

C'est ainsi que le maniérisme schizotypique a été analysé par Binswanger comme un effritement de l'appui sur l'expérience ordinaire et une référence constante à des modèles extérieurs à soi. Autrement dit, les modèles, les dispositifs et les doctrines prennent le relais et deviennent les instruments nécessaires sur lesquels l'existence peut prendre appui. Le maniéré donne une impression de « fabriqué », dans le sens d'une obéissance à des codes purement formels et détachés du contexte intersubjectif. Le soi autonome est dissous dans un masque, et l'existence toute entière est contenue dans ce masque, et non dissimulée derrière ce masque, de sorte que le maniérisme n'est pas une simple affectation ou un effet recherché pour briller et éblouir, mais correspond plutôt à un enveloppement artificiel du libre jeu des attitudes. [3]. La dislocation de l'unité de l'expérience laisse apparaître ce qui est de l'ordre du saugrenu, de l'extravagant, du dérangé, du décousu, de la désagrégation, ou, pour reprendre l'expression de Blankenburg, de la perte des évidences naturelles [5] : « Ce qui était instinctivement et ne posait pas de problème ne s'effectue maintenant qu'au prix d'un acte volontaire sur le mode de l'objectivation thématique et réflexive (inférences, explications, etc.). » Pour Minkowski,

c'est dans le contact avec « l'essence de la personnalité vivante, dans ses rapports avec l'ambiance » [13] que le diagnostic est évoqué. Kimura, avec son concept d'« aïda », met en lien la surexposition à l'autre avec l'absence de jeu intérieur qui entrave la possibilité de trouver de refuge en soi-même. C'est ainsi qu'apparaît le sentiment d'être manipulé, épié, mis à découvert, pris à partis, contraint, entravé, ou poursuivi par l'autre [9,10]. Parnas considère l'altération de la conscience préreflexive de soi et de la connivence préreflexive avec le monde ambiant comme un marqueur phénotypique de la vulnérabilité schizophrénique, présent tout au long de l'évolution de la maladie, même si elle est la plupart du temps masquée par les réorganisations dynamiques de l'expérience et de la conscience qui sont à l'origine des manifestations descriptibles [14,15].

La perspective phénoménologique tente de rester en dehors de l'alternative somatogène/psychogène, en donnant ainsi une place privilégiée aux phénomènes de l'endogénéité (Tellenbach [21,22]) : mouvement de la vie avec sa rythmicité et la cinétique de son écoulement, caractère global qui fait que l'altération se traduit au niveau de chaque manifestation de la vie, lien avec les étapes de la maturation, réversibilité impliquant une rémission potentielle, hérédité comme source spécifique de la tendance à l'altération et de la structuration marquant de son empreinte la forme d'existence. Ainsi, la tendance à la dépression apparaît, même dans ses formes atténuées, au travers d'une fixation sur ordre constitué, une sorte de conformité parfaite à une façon définitivement acquise de voir les choses, à un cadre de référence bien délimité, ce qui implique une absence d'autonomie véritable, une perte de la liberté de ne pas pouvoir dépasser les normes momentanément admises et valorisées socialement, de ne pas pouvoir se comporter autrement qu'à l'habitude, et de ne pas pouvoir vivre en dehors d'une programmation et d'un ordre préétabli, une incapacité à prendre de la distance vis-à-vis des rôles sociaux. Cette fixation rigide peut devenir une situation pathogène, c'est-à-dire une situation de contradiction avec soi-même où il faudrait dépasser les limites de l'ordre dans lequel l'existence s'est confinée pour continuer à accomplir les tâches prescrites par cet ordre et auxquelles il est impossible de déroger. La dissonance atmosphérique apparaît aussi particulièrement dans les états mixtes, avec ses manifestations en surimpression, superposition, revirement, alternance et déplacement d'accent.

Le trouble psychique est un concept abstrait, sans limites précises, et dont la validité n'a de sens que dans son rapport dynamique avec les situations intersubjectives auxquelles le clinicien est constamment confronté. La notion de psychose, par exemple, ne peut être clairement délimitée par aucun guide conceptuel ou méthodologique, car elle ne serait alors

qu'une pure construction rationalisante et éloignée de ce que les cliniciens ont voulu désigner sous ce vocable. Ainsi, dans la phase prodromique de la schizophrénie, il existe, selon l'expression maintenant célèbre de Blankenburg, une certaine « spécificité du non spécifique », c'est-à-dire le sentiment qu'une psychose est en train de naître alors même qu'aucune manifestation clinique n'est clairement repérable. Ce sentiment est issu de l'expérience pathique, que Straus oppose au moment gnostique de la représentation objective [17]. Le pathique appartient à l'état le plus originaire du vécu, difficilement accessible à la conscience conceptuelle, en deçà de l'individualisation du sujet et de l'objet ; il révèle un style plutôt qu'un sens, c'est le sentir de la perception et du mouvement, c'est ce qui leur est commun à tous les deux [20]. Kimura parle à ce propos d'« expérience pure », en reprenant ainsi l'expression du philosophe japonais Nishida [11]. Il précise que cette expérience se place en deçà et au-delà de toute objectivation rationnelle et est par conséquent dénuée de toute possibilité de verbalisation réelle ou potentielle, c'est le lieu authentique de rencontre vivante entre l'homme et le monde, alors que les efforts du moi articulant verbalement et différenciant conceptuellement les expériences sont considérés comme une construction secondaire dérivée. Cette expérience à laquelle veut accéder le phénoménologue est différente de ce que l'on appelle communément l'intuition clinique, qui est toujours implicitement colorée par les contextes typiques de significations de ce qui apparaît (significations qui ont une portée pratique et efficace par exemple) et reste, malgré la distance critique qu'on peut y mettre, truffée de différents prédicats affectifs et théoriques enchevêtrés entre eux. L'attitude phénoménologique tend le plus possible vers une suspension de ces prédicats, que ceux-ci soient issus du bon sens de la vie quotidienne ou qu'ils soient issus d'une connaissance spécialisée approfondie, et ce afin d'enlever les « couches de sens » qui se sont déposées sur la perception.

En pratique, la suspension de toute prétention de validité des concepts vise à accueillir ce qui se produit dans la rencontre avec le patient tout en recueillant les éléments essentiels issus de cette coprésence. Cela présuppose une ouverture dans la rencontre avec le patient permettant une saisie de ce qui se situe en deçà de la distinction sujet/objet ou individu/environnement. L'idée générale est de mettre l'accent sur l'intuition, à condition que cette intuition ne soit pas qu'une impression subjective, mais qu'elle soit progressivement dépouillée des sédiments interprétatifs qui l'infiltrent habituellement. Cette attitude doit rester à l'abri de toute tendance à la posture. Tellenbach cite à ce propos Gadamer qui nous met en garde contre une position consistant à défendre le postulat de l'absence de préjugés, et qui masquerait en réalité toujours la ténacité des préjugés qui nous gouvernent sans être perçus

[22]. Enfin, Minkowski nous enseigne qu'« il ne s'agit pas tant de suivre servilement une méthode que de s'en inspirer » (cité par Tatossian [19]), et donc de préférer une démarche féconde plutôt que l'observance rigoureuse d'une méthode qui ne conduirait qu'à une systématisation. Cette systématisation serait contraire à l'esprit de la phénoménologie qui est justement celui de résistance à tout esprit de système.

#### **4. Combinaison des attitudes psychoéducatrices et phénoménologiques en psychothérapie de groupe**

Revenons d'abord à ce que Maldiney [12] disait à propos des soins psychiques : « toute forme d'approche du patient comporte une part de présupposition et une part d'ouverture » :

- elle est d'une part préméditée et réfléchie, se fondant sur une vue ou théorie préalable, étant alors plus ou moins idéologique, dans le sens où elle procède d'une certaine idée arrêtée de l'homme. Cette dimension est celle qui concerne la psychoéducation ;

- mais, d'autre part, la pratique clinique n'est pas tributaire d'un savoir théorique déterminant la conduite du thérapeute, elle s'ouvre et se décide à même sa façon de se comporter à l'égard de l'autre, elle est présence et non représentation, existence dans une coprésence, rencontre véritable au sein d'une intersubjectivité qu'elle contribue à fonder. Cette dimension se rapporte à la phénoménologie.

Dans la psychoéducation, le thérapeute tente de se soustraire à l'épreuve du rapport à l'autre en la transposant dans l'objectif où gouvernent les concepts. Mais les modèles explicatifs ne peuvent cependant jamais être posés au détriment d'une relation authentique qui ne peut que se coconstruire. Ils sont bénéfiques dans une visée préventive, à partir du moment où ils interviennent dans une relation qui reste souple, réaménageable, nuancée, attentive à ce qui émerge dans l'expérience, respectueuse du vécu de chacun, et qui ne se laisse pas infiltrée par des conceptions théoriques figées ou des calculs stratégiques normatifs. Comme dans toute visée éducative, le thérapeute doit parfois affirmer certaines limites constructives et certaines informations instauratives, c'est-à-dire situées dans un rapport dynamique avec un champ constamment ouvert de possibilités multiples.

Dans l'attitude phénoménologique, le thérapeute met en jeu ce qu'il est en propre, il ouvre et déploie l'espace de ce par quoi il se constitue en propre, à l'écart de toute posture et de toute anticipation, il se tient dans une possibilité ouverte de lui-même, dans une attitude

qui ne se cristallise jamais en état de fait, qui s'expose à l'altérité, qui accepte de se laisser surprendre en se transformant soi-même avec ce qui surgit. Blankenburg précise que cette disposition à renoncer à tout moment à ses propres constructions et représentations de modèles est peu propice à rendre maîtrisable la vie psychique du patient ou à donner des points d'appui pour une élaboration, mais c'est une voie d'accès vers l'ouverture de la rencontre interhumaine [4].

Cette disposition est particulièrement intéressante pour les groupes de parole qui privilégient l'ouverture plutôt qu'un travail d'élaboration. L'enjeu est ainsi l'authenticité d'une véritable alliance thérapeutique basée sur des fines régulations de la situation globale de coprésence, tenant compte de l'entrelacement de l'implicite et de l'explicite dans les échanges qui se tissent avec les patients. La dimension vivante de la relation est préservée, à l'encontre de toute verbalisation intempestive qui ferait perdre à l'événement sa vraie profondeur en l'amenant dans les filets du langage théorique. L'intervention du thérapeute est, dans cette optique, la plus limitée possible, afin de faire appel à l'autonomie, à la liberté existentielle dont le degré a pu être évalué dans une mutualité interactive. Lorsque ce degré de liberté persistant, en dépit des troubles psychique, est suffisant, le thérapeute, par son attente silencieuse, interpelle les patients sur la position qu'ils prennent par rapport à leurs propres ressources, à leur capacité à rester seul avec eux-mêmes pour prendre des décisions, en assumer la responsabilité et se réapproprier leurs propres choix. L'intervention du thérapeute, lorsqu'elle est nécessaire, vise l'élargissement et l'approfondissement lent et progressif du champ de l'intersubjectivité. Articulée avec d'autres modalités thérapeutiques, cette forme de psychothérapie de groupe peut contribuer à restaurer les bases constitutives de l'expérience constituant les soubassements nécessaires à toute forme d'accomplissement existentiel.

En pratique, la psychothérapie de groupe est faite de rencontres régulières (en général hebdomadaires), dans lesquelles le thérapeute ne tente pas tant de restituer aux patients le rapport qu'ils entretiennent avec eux-mêmes, comme ce peut être le cas dans les psychothérapies individuelles, que d'offrir une présence qui soit coprésence. Cette coprésence doit pouvoir permettre à chacun de se situer autant par rapport à soi-même que dans un champ intersubjectif qui s'élargit progressivement à chacun de membres du groupe, et qui s'approfondit au fur et à mesure des séances. Une possibilité doit être offerte à chacun de s'approprier ce qu'il découvre dans l'espace libre que le thérapeute a la charge de préserver. Chacun, y compris le thérapeute, doit pouvoir se trouver lui-même à partir de cette communauté de présences mutuellement interactives. Le groupe, par ses interactions multiples, vise une optimisation de l'articulation du rapport à soi avec un rapport socialement

adapté aux autres. Le thérapeute doit constamment veiller à la dynamique dialectique qui règne entre une certaine dissolution du soi dans le groupe, et le retour à soi-même à partir du maillage qui se crée au sein du groupe.

Pour certains patients, les patients psychotiques notamment, il est particulièrement difficile de maintenir un juste équilibre entre les deux moments de l'identité, celui qui est propre à soi-même et celui qui émane des relations aux autres vers lesquels nous sommes normalement en permanence tournés [10]. Le thérapeute doit aménager un cadre relationnel souple et constamment réajusté, de telle manière que l'exposition aux autres soit la moins pénible possible et qu'un espace de jeu intérieur puisse se créer. L'intérêt du travail psychothérapique en groupe est ici d'offrir à chacun des participants la possibilité de tenir, avec un peu plus d'assurance, une position existentielle au sein d'un maillage de liens sociaux, c'est-à-dire une aptitude à se saisir soi-même comme existant parmi d'autres êtres ayant eux-mêmes une existence propre. À partir de là, les capacités subjectives de chacun peuvent être mieux reconnues, ce qui pourra aussi donner lieu à ajustement de ces capacités avec les aspirations individuelles. L'implication active des patients, tant recherchée par la psychoéducation, est d'autant plus palpable qu'on a pu ainsi faire appel, par l'attitude phénoménologique, à ce qui s'éprouve immédiatement et sans distance, autant dans un rapport intime à soi-même que dans un rapport aux autres. Enfin, comme Kimura le précise [11], le thérapeute doit toujours être prêt à faire face à la question ironique de savoir si l'amélioration des patients a été obtenue à travers la psychothérapie, ou simplement pendant celle-ci, voire malgré la psychothérapie.

## 5. Conclusion

La psychoéducation comporte le risque d'une méconnaissance dans les expériences effectives de reconnaissance. L'attitude phénoménologique permet de ne pas s'embourber dans d'illusoires compétences expertes, dans des projets rationnels d'organisation et autres constructions méthodiques de la science. Elle est aussi une façon de ne jamais se laisser capter par ce qui semble se donner pour évident, de toujours accepter une certaine présomption relative de l'expérience vécue, et surtout de sa traduction dans le langage, de tendre vers un aménagement de l'expérience clinique qui laisse jaillir une part de contingence (c'est-à-dire que ce qui existe puisse ne pas exister), et d'adopter une attitude suffisamment flexible pour se modifier en fonction de cette dimension vivante de l'expérience. Cette attitude est particulièrement féconde en situation d'interaction multiple. Même lorsque les groupes de



parole comportent une visée psychoéducatrice, il est nécessaire de laisser une large place à la dimension profonde de l'expérience humaine. L'expérience clinique montre que l'accent mis sur la dimension de coprésence au sein d'un groupe permet notamment une fréquentation régulière du groupe, ce qui est un des ingrédients majeurs de son efficacité.

**Conflit d'intérêt : aucun**

## Références

- [1] Bégout B. La découverte du quotidien. Paris: Allia; 2005.
- [2] Binswanger L. Introduction à l'analyse existentielle. Paris: Les éditions de Minuit; 1971.
- [3] Binswanger L. Trois formes manquées de la présence humaine, la présomption, la distorsion, le maniérisme (1956). Condé-sur-Noireau: Le Cercle Herméneutique « Collection Phéno »; 2002.
- [4] Blankenburg W. La signification de la phénoménologie pour la psychothérapie. In: Fédida P, Schotte J. Psychiatrie et existence. Grenoble: Millon; 2007. 181:163–76.
- [5] Blankenburg W. Trad fr JM Azorin et Y Totoyan, revue par A Tatossian. La perte de l'évidence naturelle (1971). Paris: PUF « Psychiatrie ouverte »; 1991.
- [6] Chabannes JP, Bazin N, Leguay P, Nuss P, Peretti CS, Tatu P, et al. Intérêt du programme Soleduc<sup>®</sup> pour la prévention des rechutes dans la schizophrénie. *Ann Méd Psychol* 2009;167:115–8.
- [7] Colom F, Lam D. Psychoeducation: Improving outcomes in bipolar disorder. *European Psychiatry* 2005;20:359–64.
- [8] Henry M. Phénoménologie et psychanalyse. In: Fédida P, Schotte J, Psychiatrie et existence. Grenoble: Millon; 2007. 102:95–107.
- [9] Kimura B. Écrits de psychopathologie phénoménologique. Paris: PUF « Psychiatrie ouverte »; 1992.
- [10] Kimura B. Psychopathologie de l'Aïda ou de l'interpersonnalité. In: Pichot P, Rein W, L'approche clinique en psychiatrie. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo « Les empêcheurs de penser en rond »; 1999. P. 171–85.
- [11] Kimura B. Signification et limite du langage dans la formation psychothérapeutique. In: Fédida P, Schotte J. Psychiatrie et existence. Grenoble: Millon; 2007. 199:177–88.
- [12] Maldiney H. L'existant. In: Fédida P, Schotte J. Psychiatrie et existence. Grenoble: Millon; 2007. 23:25–45.

- [13] Minkowski E. *Traité de psychopathologie pathologique* (1966). Paris: Institut Synthélabo « Les empêcheurs de penser en rond »; 1999.
- [14] Parnas J, Handest P. Troubles de la conscience de soi : importance pathogénique et clinique dans la schizophrénie débutante. *PSN* 2005;III1:16–28.
- [15] Parnas J, Moller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology* 2005;38:236–58.
- [16] Ricœur P. *Parcours de la reconnaissance*. Paris: Stock; 2004.
- [17] Staus E. *Du sens des sens, contribution à l'étude des fondements de la psychologie*. Grenoble: Millon; 2000.
- [18] Stern D. *Le moment présent en psychothérapie*. Paris: Odile Jacob; 2003.
- [19] Tatossian A. Eugène Minkowski ou l'occasion manquée. In: Fédida P, Schotte J. *Psychiatrie et existence*. Grenoble: Millon; 2007;11:13–23.
- [20] Tatossian A. *La phénoménologie des psychoses*. Puteaux: Le Cercle Herméneutique « Collection Phéno »; 2002.
- [21] Tellenbach H. *La mélancolie*. Paris: PUF « Psychiatrie ouverte »; 1979.
- [22] Tellenbach H. *Phénoménologie de l'endogénéité*. Available from: <http://www.rivistacomprendre.org/allegati/I.2%20Tellenbach.pdf>