

Jean-Pierre Klein

*Petit voyage iconoclaste
en psychothérapie*

Collection « Psychopathologie clinique »

Presses universitaires de Grenoble
BP 47 – 38040 Grenoble cedex 9

Tél. : 04 76 82 56 52 – pug@pug.fr / www.pug.fr

Chapitre 1

Pour l'exemple

*Je vais montrer un homme dans toute la vérité de sa nature,
et cet homme, ce sera moi.*

(Jean-Jacques Rousseau)

De la psychiatrie à la psychothérapie

Winnicott est passé de la pédiatrie à la psychanalyse puis à la psychiatrie, je vais traiter d'abord de la psychiatrie pour ensuite considérer les psychothérapies. La psychiatrie, on ne l'aborde jamais dans sa dimension de pratique psychothérapeutique, si ce n'est dans sa version psychothérapeutique institutionnelle comme si la psychiatrie ne pouvait s'adresser à l'individu singulier que comme inclus dans un ensemble. Quant à l'approche psychothérapeutique, elle n'est pas l'apanage de diplômés, malgré les réglementations législatives que l'on tente d'imposer en France, mais l'effet d'une compétence très pointue.

LA PSYCHIATRIE N'EST PAS UNE GÉNÉRALITÉ TOTALISANTE

Les deux entrées de la psychiatrie

On peut visiter la psychiatrie selon deux entrées : la personne dans sa folie ; la maladie dans sa généralité.

La psychiatrie est souvent caricaturée comme ne relevant que de l'organicité ou bien ne se préoccupant que d'identifier des symptômes pour mieux les abattre. La psychothérapie en revanche et jusqu'à il y a

peu (même ceux qui travaillent dans le comportementalisme se revendiquent de la psychothérapie!) s'intéressait à l'individu. Psychiatrie = classification et science du chimiatre ou équivalent, psychothérapie = écoute personnalisée. On voit dans le scandale actuel de la définition officielle des psychothérapeutes que ceux-ci sont jugés à leurs capacités de poser un diagnostic sur le modèle médical, d'où l'obligation d'être psychiatre ou psychologue (ou bien psychanalyste de certaines écoles qui ont ainsi réussi leur modèle scientifique/scientiste). La psychothérapie est ainsi phagocytée par des uniformisateurs.

Autre distinction : la psychiatrie, c'est pour les cas graves, la psychothérapie pour les névroses...

Plutôt que d'opposer la psychiatrie et la psychothérapie, moi qui suis à la fois psychiatre (et même neuropsychiatre!) et docteur habilité à diriger des recherches en psychologie, je vais tenter de décrire en quoi l'expérience de la psychothérapie ne concerne pas qu'une catégorie de souffrance mentale, qu'elle est la prise en compte de l'irréductibilité singulière de chacun, que l'on peut en outre faire de l'enseignement à partir de ces expériences à nulle autre pareilles et pourtant généralisables, enfin que la pratique des supervisions est une voie royale, et obligatoire, de formation permanente.

Mais commençons par la psychiatrie ou la psychologie qui est d'abord, au-delà (et en dépit) de l'institution ou des grilles de savoir sachant, une rencontre avec des personnes singulières, ce terme pris dans son acception d'étrange, d'extraordinaire, de bizarre et d'étonnant. Je prendrai la folie comme représentant de ce paradigme de l'a-normalité, l'en-dehors de la norme, les petits troubles dits névrotiques en constituant les versions light.

La première entrée de la psychiatrie avant d'être éventuellement recouverte par des généralités est ainsi la folie toujours singulière. Que chacun se rappelle sa première confrontation avec les grands malades et combien nous sommes déconcertés face à ces énigmes et ce qu'elles

révèlent par leur extrême de nos rapports à la raison, à la violence, à la nécessité de donner sens au monde, aux normes et à leurs marges, aux limites et aux interdits, au sexe et à la mort.

La psychiatrie en particulier (la psychologie clinique manie volontiers des pincettes) est une pratique qui ose s'engager dans ces rencontres impliquées, même si pour cela elle met en place des systèmes de protection.

Ceux-là constituent la deuxième entrée : au-delà des fous et de leurs drames individuels irréductibles. Le praticien se protège par des généralisations avec des clés parfois éclairantes, mais le plus souvent porteuses d'une classification négatrice de la personne particulière. La folie, souffrance terrible certes, y est décrite uniquement pour être réduite, voire anéantie de façon quasi militaire. La folie comme ennemie, il faut bien dire que c'est ce que considèrent la plupart de ses interlocuteurs : la personne elle-même et sa peur de ce qui la dépasse et la possède (un malade m'a dit un jour que j'étais plus tolérant à l'égard de sa folie que lui-même) et aussi les professionnels qui déploient contre la folie toutes sortes de machines de guerre.

On peut ainsi percevoir que les folies, et plus généralement les troubles psy de tous ordres, du hard au soft, sont indissociables – au moins dans un premier temps – de leurs formations réactionnelles qui tentent de les contenir, voire de les congeler. J'en décrirai ici trois qui toutes dévient le cas unique pour le fondre dans la masse. On n'est pas loin de la pensée raciale, communautariste ou nationaliste qui décrit les caractéristiques d'une entité commune pour fondre les personnes dans le générique. C'est ce que j'ai appelé, ne reculant devant aucun barbarisme : les machines congelantes.

Les machines congelantes

La première machine est l'utilisation qu'on peut faire du diagnostic qui fait appel au terme de *structure mentale* mais en oubliant que structure

suppose une interaction entre ses différents éléments qui n'existent que les uns par rapport aux autres. Plutôt que d'en faire le point de départ d'une approche psychothérapeutique dynamique, on s'en sert généralement dans le sens d'une fixation en une étiquette statique irrémédiable (selon la « position entomologique » dont parle Merleau-Ponty) sur quoi on ne peut agir que périphériquement lorsqu'on ne s'y résigne pas. L'expérience de fonctionnements différents de chacun dans le temps (on ne fonctionne pas continuellement selon les mêmes mécanismes), voire des remaniements profonds de l'économie libidinale est déniée. C'est ainsi que l'on accuse le psy d'erreur de diagnostic lorsque la personne en soin passe d'une organisation (terme que je préfère à celui de structure) psychique préférentielle à une autre.

Je pense pour ma part que nous empruntons tous selon les situations à toutes les organisations pathologiques tout en frayant préférentiellement avec l'une d'entre elles. L'observation clinique démontre qu'une personnalité dite normale peut entrer à tout moment de l'existence dans la pathologie mentale, y compris ce qu'on appelle la psychose. Inversement, un malade mental même psychotique n'est pas tout le temps dans sa psychose, il peut en outre, grâce en particulier à la thérapie, revenir à une situation de moindre psychose ou de névrotisation si ce n'est de guérison. Ce terme est ici impropre puisqu'il caractériserait un retour strict à l'état antérieur, ce qui n'a aucun sens en terme de maladie mentale dans la mesure où celui qui la traverse doit ensuite l'intégrer dans sa personnalité et se construire avec cette expérience passée. Dans une affection physique, si l'on m'autorise pour la clarté de sacrifier à la dichotomie artificielle psyché/soma, on peut dire aussi que le corps est modifié du fait du passage par la maladie, par exemple dans son élaboration d'anticorps.

Je noterai ici un nouvel usage de la pose de diagnostic dans la pratique actuelle de « Disease mongering » qui consiste à convaincre les gens plutôt bien portants qu'ils sont malades (cf. *Knock*) ou à dramatiser des troubles légers: Il s'agit en fait de la construction d'une maladie

par l'industrie pharmaceutique pour développer un nouveau marché (Exemples : alopecie, chute des cheveux, dysfonction sexuelle féminine). [Je ne suis même pas sûr que l'entité « enfant hyperactif » tienne en dehors de l'intention de prescrire de la ritaline. J'ai vu de nombreux enfants hyperagités mais c'était du fait de l'anxiété, ou d'une dépression retournée en comportement maniaque]

La deuxième machine de guerre est la *prescription massive médicamenteuse*, traitement d'attaque, a-t-on coutume de dire. Celui-ci a pour but d'annihiler le symptôme alors qu'il est de la personne et à la personne. Tout délire « avoué » – le terme est significatif – doit par exemple être immédiatement balayé à coups de neuroleptiques alors que d'en parler est peut-être le premier temps pour la personne de commencer à en être un peu Sujet. Je ne préconise pas ici l'abstinence médicamenteuse mais que la chimiothérapie utilisée éventuellement atténuée, assez mais pas trop, les signes pour que la personne puisse effectuer un travail dessus sans qu'elle en soit empêchée par un ralentissement du corps et de la pensée. Elle se trouve ainsi entre deux feux : le rétrécissement de l'existence autour du délire comme unique dimension (1), le tassement de la personne réduite à être l'objet d'une chimiothérapie massive.

La troisième machine congelante est *l'Institution* qui chronicise, arrête le temps (les pendules des Hôpitaux Psychiatriques sont toujours arrêtées ou très retardées) et peut transformer l'individu en son objet passif, soumis aux services généraux, aux rituels quotidiens et à une vie réglée et répétitive. Les psychiatres et psychothérapeutes institutionnels (mouvement né en 1945) qui avaient déjà osé le parallèle entre ce qui s'était passé pendant la guerre dans les H. P. (40 à 80 000 malades mentaux morts de dénutrition et autres carences) et les camps de concentration ont alors pris conscience du rôle de l'Institution comme outil d'aliénation qu'il s'agit de transformer en outil de thérapie. Certains (Lucien Bonnafé) dénonçaient même ce qu'il appelait : « la pourriture d'hôpital » en référence aux surinfections microbiennes pendant le

séjour en salle. Nous aurons l'occasion de revenir sur la dimension institutionnelle, asservissement de l'individu pour son bien...

La troisième bis est le dévoiement d'une tentative de dynamisation de l'institution, ce sont les *mésaventures du secteur* en psychiatrie. Certains praticiens, dont moi-même, ont en effet vraiment cru dans toutes ces contestations et consacré leur vie à être « désaliéniste », fuyant les services forteresses et tâchant de se situer au plus proche des gens et au plus lointain des institutions tournant à l'institué, dans un travail dit de secteur sur le terrain, quitte à ce que le parcours du malade soit éventuellement ponctué par des hospitalisations brèves. Cette expérience clinique m'a permis de distinguer radicalement la folie, création passée de la personne contre pis encore (la désagrégation, l'anéantissement, la dissolution de l'être) et ces machines congelantes qui tendaient à faire croire que ce que « présentaient » les malades était leur folie alors qu'elle se cachait loin derrière, réduite et tassée (ainsi que la personne) sous les coups réitérés d'une psychiatrie normative qui se réfugiait derrière l'alibi de la classification à prétention scientifique pour mieux justifier les services hyperspécialisés et les traitements d'attaque.

Hélas, la politique de secteur s'est rapidement convertie dans la création de petites structures : hôpital de jour, de nuit, appartement thérapeutique, etc., qui se sont révélées fonctionnant sur le même modèle totalitaire dans une absence de souplesse et de circulation, le groupe de malades se retrouvant souvent chroniquement dans une répétition hebdomadaire d'activités avec les mêmes soignants.

Les stat' et le modèle des States

La pensée techniciste a, de façon générale, pris le relais des grands corpus idéologiques qui avaient tendance à nous réifier à être des cas de figure, ou des organisations institutionnelles qui leur sont liées qui nous chosifient comme membres d'un ensemble, à peine distincts du voisin. Le but est, comme pour le reste, de nous induire en dépendance.

Le modèle scientifique façon XIX^e sévit par exemple en psychiatrie, réduit désormais à classifications type DSM IV qui se présentent fallacieusement comme dénuées d'idéologie mais renvoient implicitement à des prescriptions médicamenteuses *ad hoc*.

L'entomologie en attente de thérapeutique a été remplacée par de la constitution plus ou moins artificielle de symptômes ou de syndromes justifiant la thérapeutique armée qui a pour but de les abattre ; le cas de l'enfant hyperactif se révèle ainsi moins une entité que la définition d'une population cible de protocoles offensifs.

La rencontre singulière de deux personnes, l'une dans le rôle de soignant, l'autre de personne en soin, risque de se transformer en relation codée qui fonctionne moins dans l'empathie que dans l'objectivation chosifiante, que certains appellent objectisation.

J'avais un jour composé une sorte de litanie à l'usage de ce type de soignant ;

« Tu te postes derrière ton regard,
Tu te postes derrière ton écoute
pour éviter
 et fusion
 et identification dis-tu
si attaché (e) à ce que le fou soit à jamais
l'autre. »

Pour faire encore plus scientifique, on fait appel à des expérimentations clean avec groupes témoins et procédure en double blind. La lecture de la plupart de ce qu'on appelle la littérature médicale comme l'écoute fastidieuse de communications dans des congrès internationaux anglo-saxons ne m'a à vrai dire jamais appris grand-chose dans mon approche individualisée de la personne en souffrance.

On oublie que le mot statistique qui date du XVIII^e siècle est issu de *status*, état, ce qui l'oppose d'emblée à tout dynamisme...

Pour une thérapie individualisée

Le secret de la pratique soignante que je préconise est que la folie n'est pas l'ennemie mais l'aliénation qu'elle suscite et la résignation qui la suit ponctuée de passages sans illusion à l'acte contre elle. Pour moi, la psychiatrie comme la psychothérapie ne peut se revendiquer qu'individualisée, proposant à chacun des thérapies diverses personnalisées qui font appel à toutes les approches, ne se réduisant d'ailleurs pas à la seule parole d'une psychothérapie psychanalytique de ville qui n'est qu'une possibilité parmi d'autres.

Lorsque je suis devenu chef de service (en psychiatrie infanto-juvénile), j'ai essayé de mettre en place, dans des conditions très dures, cette optique ; tenter de poser des indications pour chacun des patients dont la trajectoire ne devait être pensée qu'en termes de thérapie et non de séjour. Cette réflexion a nourri un livre écrit avec Michel Hénin, praticien hospitalier qui travaillait à l'époque avec moi : *Métapsychothérapie de l'enfant et de l'adolescent*.

Mon ambition est que la psychiatrie puisse être la possibilité pour tous, quelles que soient les pathologies et les situations sociales, d'accéder à des thérapies diversifiées, depuis la psychanalyse *stricto sensu* jusqu'à l'élection de tout médium : projet apparemment éducatif, démarche sociale, art-thérapie, travail corporel, etc., qui ont toujours à être compris comme prenant sens symbolique de dépassement de l'organisation pathologique figée.

Dans cet esprit, j'ai été bien sûr sensible à l'autre formation de tout psychiatre de l'époque : l'ouverture à la psychothérapie (actuellement c'est plutôt le savoir cérébrochimique).

La psychothérapie n'est pas l'application d'un savoir médical ni d'un savoir psychologique, elle est une expérience singulière. Mais faut-il encore distinguer, comme le faisait Roland Barthes (à propos de Philippe Sollers) le singulier du particulier qui n'est qu'une position spéciale dans un ensemble.

La Vérité (?)

J'ai ainsi tété avec bonheur du lait psychologique clinique et psychanalytique mais me suis vite aperçu que le projet de beaucoup des thuriféraires de ces approches louchait sur le modèle d'une psychiatrie fascinée par la délivrance pseudoscientifique d'une Vérité enfin atteinte sur le fonctionnement psychique et n'en recherchait que la confirmation à travers une déclinaison de figures déjà connues. L'exploration, l'investigation, qui dès le début de ces disciplines a accompagné la clinique s'était transmuée, au fil des découvertes, en la constitution inébranlable de modèles applicables à toutes cultures, toutes époques et à jamais. La psychologie s'est voulue par exemple un corpus explicatif exhaustif, universel et immémorial, tombant le plus souvent dans les mêmes attitudes que la psychiatrie classificatoire et prescriptive.

Or, le thérapeute n'a pas à être un sujet totalement sûr de son savoir qui mènerait l'autre à la guérison selon un projet dont le soigné serait l'objet (il devient ainsi le soi-nié du thérapeute), dans l'hétéronomie et la dépendance. Ce type de soignant commence par une quête cognitive forcenée sur le soigné, à la recherche d'explications de ses troubles actuels par son passé appréhendé à travers une grille de lecture qui contient incorporées les solutions à trouver. Reste à appliquer le savoir défini au départ et faire en sorte que le soigné le reconnaisse, et s'y soumette.

La question fondamentale est pour beaucoup le pourquoi, qui n'est fondamentale que dans une recherche théorique sur la pathogénie qu'il ne faut pas confondre avec le déroulement d'une cure dans laquelle elle peut favoriser des mentalisations-résistances au changement. Ceci c'est la quatrième machine congelante qui est plus subtile et peut faire illusion car elle a l'air de s'opposer aux principes du combat symptôme/suppression, c'est la *rationalisation analysante*: être analyseur c'est le contraire d'être analyste, encore que c'est ce que pratiquent beaucoup de ceux qui se prétendent tels qui expliquent plutôt que de comprendre, qui épinglent le symptôme voire la personne dans la clarté crue de la

conscience qui empêche la germination dans la pénombre, bref qui méconnaissent, voire qui dénie, notre part énigmatique. Rappelons que Freud avait défini la psychanalyse de trois façons successives :

- 1– procédé d’investigation des processus psychiques ;
- 2– méthode fondée sur cette investigation pour le traitement des troubles névrotiques ;
- 3– série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen pour former une nouvelle discipline scientifique.

La confusion entre ces trois définitions a contribué à ce que l’attention portée à chaque patient ait formé un corpus dont chacun est désormais devenu un cas de figure, une version démonstrative d’une Vérité enfin atteinte.

Œdipe antithérapeutique

Sur qui prendre modèle dans la tragédie d’Œdipe ?

Beaucoup se prennent pour Tirésias qui passe pour sage mais qui, piqué au vif, révèle à contretemps la vérité à ne pas dire.

D’autres préfèrent être Créon, l’ambassadeur de la réalité, en fait défenseur de l’institution qu’il conquiert et dont il se rendra maître, prêt à tout pour asseoir son pouvoir, y compris le rapt des deux filles d’Œdipe (*Œdipe à Colone*), ou la condamnation d’Antigone.

La leçon d’Œdipe est double : d’abord, elle ne concerne pas la vérité subjective de la nature d’un désir mais deux faits objectifs irréfutables, épouser sa mère et tuer son père. Ensuite, que le dévoilement de la solution d’une enquête policière à qui la recherche mais n’est pas prêt à l’entendre conduit au suicide ou à son équivalent. Il est bien tard quand, à Colone (Sophocle a alors 90 ans), Œdipe regrette son auto-mutilation, se proclame et est reconnu innocent des crimes dont on l’a accusé, dans un équivalent de procès de réhabilitation. Il devient alors une sorte de prophète et finit sa vie de façon quasi divine, en

disparaissant (Jacques Lacarrière à ce propos le compare à Don Juan et à Jésus).

Comment a-t-on pu voir dans Œdipe autre chose qu'un mythe de référence, et le prendre pour un modèle de thérapie alors que s'y agissent surtout les sauvageries des dieux, des parents (d'Œdipe qu'ils ont condamné à mort à sa naissance), des enfants (Polynice et Étéocle) et la lutte de l'être humain contre l'écriture de sa destinée par tous ces irresponsables qui usent de lui à leur guise.

EN CHACUN DE NOUS : L'AUTRE

Après tout ce qui précède, devons-nous renoncer, sous prétexte de la singularité de chacun, à la possibilité d'une transmission de l'expérience intransportable? Est-ce à dire qu'il faille jeter toute référence généralisatrice comme porteuse de réduction préjudiciable? Sommes-nous condamnés à une intersubjectivité jamais transposable, à un impressionnisme indicible? Peut-on même enseigner la psychiatrie et la psychothérapie? Les êtres humains ne s'inscrivent-ils de l'un à l'autre que dans une différence irréductible? Me distinguais-je si foncièrement de l'autre et comment alors puis-je l'aider et, *a fortiori*, le comprendre? Si toute généralité est dénégation d'autrui, celui-ci, dans son originalité, n'est-il pas l'alien même?

Le groupe thérapeutique n'est pas un agrégat

Pour aller plus loin, je prendrai le problème, si fréquemment rencontré en pratique, de la constitution d'un groupe thérapeutique.

Je suis toujours étonné de la grossièreté de l'être humain qui pousse l'autre à de l'apparence sans tenir compte de son intériorité. C'est ainsi que ceux qui veulent créer un groupe commencent par un travail prétendument commun. Je pense par exemple à ces fresques murales

demandées d'emblée qui ne sont la plupart du temps qu'addition de créations isolées avec tous les problèmes de frontières, délimitations de territoire, invasions ou replis. Mon tout ne fait rien qu'un patchwork sans cohérence.

Chaque homme porte la forme entière de l'humaine condition, dit Montaigne (2) mais de façon originale, et c'est justement en soi qu'on peut d'abord la rejoindre. Travailler sur son intérieur, ses sensations intimes, permet de découvrir secondairement le « on » de la matière humaine, faite de désirs et de faiblesses, certes non exactement les mêmes mais qu'on peut reconnaître comme apparentés.

Singulier et particulier ne s'opposent pas et j'aime assez, comme je l'ai indiqué ailleurs (*Pour une psychiatrie de l'ellipse*), le « on » dans mes interprétations, notamment en psychothérapie traditionnelle. Il est moins affectif que le « vous » et il désigne par exemple les défenses qui sont propres à l'homme. Le « on » signifie que le thérapeute y est lui-même éventuellement soumis pour son propre compte. Il permet en outre de placer en quelque sorte la personne en thérapie elle-même en position d'observatrice de cette bestiole curieuse que l'on nomme être humain. Invoquer le « on » n'est pas réduire la personne à une généralité mais partir de la personne pour lui indiquer qu'elle a fait appel à un mécanisme que d'autres ont la tentation d'utiliser pour leur propre compte. L'attention du thérapeute à elle dans sa singularité lui permet parfois de lui faire sentir que tel trait d'elle-même peut faire rime avec les autres humains.

Dans les groupes, aller assez loin dans l'attention à soi-même pour ensuite découvrir éventuellement la ressemblance avec autrui. C'est cela qui fondera le groupe, plus que des artifices de rencontres qui ne sont que mises en évidence d'interfaces éventuellement conflictuelles dont le modèle serait alors la liberté qui s'arrête à celle du voisin comme une propriété privée est bornée par rapport à celle d'à côté. Je lui préfère la perception d'une certaine liberté interne qui ne peut que s'enrichir de celle d'autrui, on est alors plus proche de Bakounine

que du libéralisme compétitif: « Ma liberté personnelle ainsi confirmée par la liberté de tout le monde s'étend à l'infini » (*Dieu et l'État*, 1871). « Si tu diffères de moi frère, loin de me léser tu m'enrichis », écrit Saint Exupéry.

J'en donnerai ici un exemple très simple: celui d'un groupe thérapeutique de création éphémère avec sables colorés. Le premier temps de l'atelier a consisté en une méditation sur soi-même comme sablier sentant le temps s'écouler en soi. Ce n'est qu'ensuite que l'on a pu procéder à la création d'une composition sur le sol, chacun pour soi, influencé par cette expérience première.

Lorsqu'il s'est agi ensuite de joindre deux créations proches, la consigne n'a pas été de les faire se rencontrer mais de méditer de nouveau sur le vide à l'intérieur de soi pour ensuite s'occuper du vide entre son installation et celle de son voisin. Le passage par l'intériorité individuelle permet une rencontre plus forte avec l'autre qui a effectué un parcours similaire.

C'est petit à petit que, depuis cette expérience centripète que je qualifierai de solitaire en groupe, l'on passera au groupe dans sa totalité, une étape intermédiaire pouvant être le travail à deux ou trois, dans l'échange puis dans l'élaboration commune.

Plus je vais profond en moi, plus je rejoins autrui et c'est à partir de ce dénominateur que je découvre en partie commun que je peux le rencontrer, et de proche en proche, m'apercevoir que je fais partie d'un ensemble que je constitue alors de façon centrifuge.

Mon tout est la psychothérapie

De la même façon, j'ai conçu ce livre comme une succession de diversités: de pathologies, de situations soignantes, de professions différentes, de propositions thérapeutiques, dont j'espère que le lecteur comprendra que le tout ne fait pas disparité mais cohérence et que la psychothérapie

au sens strict et canonique s'élargit à un ensemble dans lequel tous les paramètres sont mis au service du projet thérapeutique.

Ce temps est celui où les généralités abusives uniformisent le monde selon des formatages préalables, où l'individualisme cède la place à la compétitivité qui d'ailleurs se réclame abusivement de lui, car l'individualisme ne se résume pas à sa définition libérale qui consiste en la lutte pour être le premier et le rejet d'autrui conçu comme concurrentiel voire comme une espèce étrangère à abattre, où le quantitatif vise à éliminer tout qualitatif (« La quantité, conçue comme la vérité de l'univers », Jean-Paul Sartre).

Ce livre explore l'autre voie, celle du cas unique. Nous verrons comment le général de l'approche peut être déduit de chacune des expériences psychothérapeutiques à nulles autres pareilles. Considérer chacune comme exemplaire et non comme modèle. En tirer des indications, non pas dans son sens médical mais dans celui de l'action d'indiquer, de « faire voir d'une manière précise par un geste, un signe, un repère » (Robert), sans emprisonner le destinataire du message dans un commandement. En tirer des leçons, non pas dans un sens scolaire afin de les apprendre par cœur mais dans celui de la réflexion secondaire sur l'expérience. Et bâtir une éthique et une attitude plus qu'une technique et une posture.

Bibliographie

- (1) J. Gabel, *Mensonge et maladie mentale*, Paris, Allia, 1995.
- (2) M. de Montaigne, *Essais*, III, 2.