

La rencontre humaine et la rencontre clinique

La première question que rencontre une théorie de la pratique clinique centrée sur la réalité psychique et la symbolisation est celle de savoir comment la réalité psychique, la sienne et plus encore celle de l'autre, peut être appréhendée dans le champ clinique. L'ensemble de la pratique clinique est en effet subordonné aux conditions de cette appréhension et aux conditions qui rendent possible une saisie au plus près de son fonctionnement vivant, de son fonctionnement fondamental.

Cette question est celle de ce que l'on appelle la «rencontre clinique», c'est-à-dire la rencontre d'un sujet avec un professionnel de la «pratique clinique», celle de l'ensemble des conditions qui font qu'une rencontre entre deux sujets soit une «rencontre clinique». D'une manière générale, je désignerai les deux protagonistes de la rencontre clinique, en nommant «le sujet» celui qu'elle concerne, et «le clinicien» le praticien à qui le sujet s'adresse et adresse son «appel».

Il est classique de dire que le clinicien est «au chevet» du patient, mais cette définition, qui reste globalement juste, doit être précisée et affinée quand on veut cerner la spécificité de la pratique clinique à l'heure actuelle. On peut en effet être «au chevet» du patient comme le sont les cliniciens de la médecine, et à ce moment-là «clinique» signifie simplement que l'on s'occupe de patients, qu'on les «suit», c'est ainsi que le terme est entendu dans le monde de la médecine, et d'une partie des psychologues, par exemple ceux qui s'appellent les «psychologues de la santé». Le terme désigne alors une approche des questions à partir de la pathologie, une réflexion sur ceux que l'on appelle aussi «les malades», il s'oppose aux pratiques de laboratoire *in vitro*, et la «recherche clinique» s'oppose

par exemple alors aux recherches dites «fondamentales». Ce que nous entendons ici par «pratique clinique» et par «rencontre clinique» est beaucoup plus précis et exige plus que simplement le fait d'être au contact avec les patients ou de prendre en compte les données issues de leur pathologie.

Si l'on veut garder le repère premier et l'idée d'être «au chevet», il faut alors préciser que la pratique clinique est une pratique «au chevet du fonctionnement psychique», ou encore «au chevet de la vie psychique» du sujet humain, c'est pourquoi nous le nommerons «le sujet», on insiste ici aussi ainsi sur le fait qu'il n'est pas «passif», pas «patient». La clinique n'inscrit alors pas d'emblée son identité dans la rencontre avec la pathologie ni avec la psychopathologie, mais dans une attention portée aux processus psychiques du sujet humain, portée à sa réalité et à sa vie psychique. Celui que le clinicien rencontre n'est pas un «malade», c'est un «sujet», ce n'est pas un autre, un étranger, c'est un «semblable», et ceci même s'il est aussi «autre-sujet», potentiellement sujet autre. Ces formulations mettent l'accent sur une «singularité» du sujet rencontré, sur le caractère unique et spécifique de la rencontre.

Pour aller plus loin, il nous faut faire un détour par une réflexion plus approfondie sur la réalité psychique et la «matière» particulière dont elle est constituée.

La « matière première psychique »

À diverses reprises, S. Freud (1900-1920-1923) semble utiliser un terme souvent traduit par

« matière première psychique » pour désigner le fond de l'expérience subjective, sa forme première, c'est-à-dire ce sur quoi porte ce qu'il appelle le « travail » psychique. La matière première psychique serait constituée de l'ensemble des « données » qui affectent la psyché, qui la mettent en mouvement, qui exigent intégration dans la subjectivité humaine, c'est la « trace mnésique perceptive » première (S. Freud, 1896) de l'expérience. Il ressort des développements de Freud et de ses principaux successeurs, que la matière première sur laquelle porte le travail psychique, si l'on retient cette formulation comme je le propose, présente deux caractéristiques fondamentales qui expliquent le rapport que le sujet humain entretient avec son expérience subjective : elle est hypercomplexe, première caractéristique, elle est énigmatique, seconde caractéristique. Les deux qualificatifs appellent commentaires.

Hypercomplexe ? (cf. E. Morin, 1990)

Hypercomplexe parce que la « matière première » de l'expérience subjective est la manière dont un événement ou une rencontre affecte un sujet humain, c'est une expérience aux multiples facettes, elle est à la fois multiperceptive, multisensorielle, et multipulsionnelle. Elle est multiperceptive et multisensorielle (multisensori-motrice) et même multisensuelle car l'ensemble des organes de la perception et de la réception apporte sa contribution à la forme psychique de l'expérience et à la trace qu'elle laisse dans la psyché humaine.

Pour être plus précis, il faudrait ajouter que perception et sensorialité ou sensualité ne se conçoivent bien que dans leur rapport à la motricité et au mouvement, la perception est perceptivo-motrice et la sensorialité est sensori-motricité. Il y a mouvement car le sujet investit l'expérience, il doit l'investir pour commencer à se l'approprier, mais aussi parce que l'expérience mobilise en lui un cortège de mouvements et d'affects, c'est en ceci qu'elle est aussi multipulsionnelle, qu'elle est habitée par ce que Freud appellera des « motions pulsionnelles », des « poussées » et des « mouvements pulsionnels ».

Les expériences subjectives les plus significatives, celles dont s'occupe principalement la pratique clinique, celles qui marquent le sujet humain de leur emprise, sont des expériences de

« rencontre humaine », des expériences de rencontre d'un sujet avec la subjectivité d'un autre sujet pris comme objet de l'activité pulsionnelle, elles se produisent dans « l'interface » de cette rencontre, dépendent autant de soi que de l'autre sujet et de la contribution qu'il apporte à l'expérience. En ce sens, la matière première de l'expérience mêle le moi et le non-moi, mêle part de soi et part de l'autre, action et effet de l'un sur l'autre, ce qui vient « du dehors » et ce qui vient « du dedans ».

Énigmatique ?

Elle est énigmatique d'abord en raison de son hypercomplexité, elle ne peut être saisie immédiatement, instantanément, du moins dans sa complexité et totalité, du moins quand elle engage un aspect essentiel de la vie psychique du sujet, elle a besoin d'être décondensée pour être « appropriée » et transformée, pour devenir pleinement appréhendable.

Mais elle est aussi énigmatique parce qu'une large partie de ce dont elle se compose est inconsciente et peut-être pas « susceptible de devenir consciente » sous sa forme première; elle doit, là encore, être transformée et métabolisée pour « devenir consciente » (Freud, 1923).

Enfin, elle est énigmatique en raison même des conditions de sa saisie qui créent des ambiguïtés. Ceci s'éclairera par la suite quand nous aurons commencé à nous pencher sur celles-ci, mais disons simplement pour l'heure, qu'elle ne peut être saisie que pour autant qu'elle soit (ou ait été) médiatisée, médiatisée par un autre, et donc exprimée et « réfléchie » mais aussi inévitablement « déformée » par cet autre, et que par ailleurs autant l'expression (polysémie et amphibologie, R. Gori, 2001) – « double pointe » – des langages humains, aussi bien verbaux que non verbaux, que la réflexion (par un « autre ») introduisent des « biais » inévitables qui en obscurcissent l'appropriation.

Hypercomplexité et caractère énigmatique de la matière première psychique entraînent une série de conséquences tout à fait fondamentales pour la pratique clinique.

Conséquences

Si la matière première de l'expérience psychique ne peut être saisie d'emblée dans sa complexité, si elle ne peut être saisie « immédiatement », cela

implique un certain nombre de conditions pour son appropriation subjective.

Le sujet va devoir re-présenter ce qui s'est ainsi présenté à lui, il va devoir «réfléchir» son expérience pour la saisir, il va devoir «se donner», se présenter à nouveau son expérience pour se l'approprier.

Pour se donner son expérience, il va devoir à la fois la décondenser et la médiatiser.

La décondenser pour «l'analyser» et l'assimiler «fragment par fragment», «détails par détails» comme l'écrit Freud (1916), réduire l'hypercomplexité en des unités plus simples, plus élémentaires, et susceptibles d'être «travaillées» plus facilement. On insiste souvent sur les grandes quantités d'excitations qui rendent inassimilables certaines expériences psychiques, il faut aussi souligner l'importance de l'hypercomplexité des «impressions» (Freud) psychiques qui composent la «matière première» et accorder à celles-ci toute leur importance dans l'impact des expériences subjectives.

Mais le sujet doit aussi médiatiser son expérience pour la réfléchir et se la donner; la quête d'objets médiateurs et «réflecteurs» est sans doute le premier sens, le plus essentiel, de ce qu'on appelle le transfert, là où celui-ci apparaît dans sa dimension la plus fondamentale.

«Rien n'est dans la pensée qui ne fut d'abord dans les sens» aime à répéter Freud à la suite de Locke, et, après Leibniz, «si ce n'est la pensée elle-même». Mais Freud et les psychanalystes ne sauraient pleinement adhérer à cet ajout sans commentaires. Bien sûr la pensée elle-même n'est pas «dans les sens», mais pour que le sujet humain puisse s'approprier sa pensée et les processus qui la composent et l'organisent, au moins dans une large mesure, il a besoin que les processus qui la constituent deviennent représentables et pour cela qu'ils prennent aussi, au moins pendant un certain temps, forme «matérielle», matérialisée, donc sensible. La pensée est peut-être aussi d'abord «dans les sens», appréhendable dans et par les sens. C'est l'un des enjeux de l'animisme infantile (Freud, 1913), période où le processus est particulièrement sensible, mais cette nécessité se prolonge bien au-delà de celui-ci.

La médiatisation nécessaire peut prendre différentes formes : l'autre-sujet est sûrement le plus fondamental des «médiateurs» de l'expérience subjective, le plus essentiel, mais tout ne peut se

médiatiser seulement par l'autre-sujet. Il y a aussi toutes les médiations qui sont recherchées du côté de ce que j'ai proposé de nommer, en reprenant le terme de F. Ponge (1961), les «objeux»⁵. La matérialisation dans les «objets-pour-jouer» est aussi ce qui permet de pouvoir travailler «fragment par fragment» l'expérience subjective.

Fonction tierce

Cependant, le reflet par l'autre-sujet entraîne des transformations et donc aussi des déformations liées à l'altérité de l'autre-sujet, il transforme en fonction de son altérité, de sa différence, de sa consistance propre. L'autre sujet n'est un «miroir» que par analogie, que partiellement, nous verrons plus loin comment penser ce qui se produit alors.

Donc une double contrainte affecte le processus : il faut passer par la médiation d'un autre-sujet (fonction *alpha* de Bion ou fonction «miroir» de la mère pour Winnicott, ou d'une manière plus générale, ce que j'appelle «fonction réflexive de l'objet»), mais le reflet de l'autre-sujet transforme dans la mesure où il est autre «sujet» (cf. la violence de l'interprétation décrite par P. Aulagnier en 1976), sujet différent, il introduit des éléments qui lui sont propres, il déforme par la mise en forme, plus ou moins. Celui que D. Stern (1985) a nommé «l'objet régulateur de soi» et C. Bollas (1989) «l'objet transformationnel» et dont j'ai souligné les propriétés «médium malléable» a une économie et un désir propres, et cela quel que soit le soin pris à le choisir, quand c'est possible.

Il va donc falloir tenter de trouver d'autres objets pour traiter les transformations-déformations premières : transférer le transfert de base, en changer la nature et/ou pour cela explorer les systèmes de transformation-déformation de l'objet, le transfert a aussi une valeur exploratoire de l'objet. Il faut plusieurs objets médiateurs pour explorer la médiation, sa nature et ses aléas, il faut des objets qui médiatisent la rencontre avec l'objet médiateur, des objets qui tiercéisent celle-ci, lui permettent d'en penser l'effet, de le penser comme médiation et transformation. On conçoit volontiers que ce processus doit ensuite se répéter avec

5. Le terme a aussi été repris par P. Fedida, mais dans un sens plus proche de celui de F. Ponge que l'utilisation que j'en fais qui se contente d'en reprendre la trouvaille de formulation.

le tiers lui-même, le social s'engendre sur ce fond, la symbolisation lui est en partie subordonnée.

Pour aller plus loin sur la nature de ce qui se passe dans la rencontre clinique, il faut « creuser » la question de la rencontre humaine et examiner en quoi la rencontre clinique est spécifique.

La rencontre humaine, l'identification narcissique de base et le transfert

Nous venons de montrer la nécessité pour le sujet humain de rencontrer d'autres sujets pour médialiser et métaboliser son expérience subjective et ainsi pouvoir s'approprier sa propre réalité psychique. Il va de soi que plus le sujet humain est immature, moins son identité est assurée et plus cette nécessité est cruciale, c'est l'une des raisons qui donne aux temps archaïques et infantiles de la structuration de la subjectivité leur vulnérabilité et leur importance propre. Cependant il ne faudrait pas croire que cette nécessité disparaît totalement par la suite. Si les êtres humains ont tant besoin de parler, de *se* parler, c'est bien aussi pour faire reconnaître et connaître quelque chose de l'énigme qui les habite et qui est liée fondamentalement aux aspects inconscients de leur vie psychique.

Mais si nous pouvons comprendre maintenant pourquoi un sujet adresse et transfère, à travers l'ensemble de ses modes d'expressions, la part énigmatique de sa vie psychique en direction d'autres sujets, il nous faut examiner aussi ce qui se produit chez l'autre sujet, celui à qui part consciente et part inconsciente de soi sont adressées.

Je propose une hypothèse nodale pour comprendre l'effet sur l'autre sujet de ce qui lui est adressé; celle d'une identification narcissique de base, au fondement des échanges dans la rencontre humaine courante.

L'hypothèse d'une identification narcissique de base est une hypothèse essentielle pour penser la rencontre humaine, elle est présente, même si elle n'est pas nommée comme telle, chez Freud à partir des écrits de 1921 et plus singulièrement implicite à sa conception du « *nebenmensch* » : le prochain (le voisin), l'autre semblable, « le même » celui avec qui se produit, peut se produire, un

certain « partage d'affect » (C. Parat, 1995) et de reconnaissance.

Je me propose de faire sentir le mode de fonctionnement impliqué à partir d'une « allégorie » tirée de la biologie, d'une métaphore fondée sur le fonctionnement biologique du cerveau.

En 1996, G. Rizzolatti et V. Gallese, deux neuroscientifiques italiens, décrivent des « neurones miroirs », qui fonctionnent et s'activent au sein du cerveau de la même façon selon que le sujet voit une action effectuée par un autre, qu'il effectue lui-même cette action ou encore qu'il se contente de la penser, de simplement la représenter. Du point de vue des neurones miroirs il n'y a pas de différences entre les trois. Plus tard, dans la même ligne, sera décrite une « fonction du même » du cerveau, c'est-à-dire une fonction miroir de l'ensemble du fonctionnement du cerveau (N. Georgieff, 2010).

Ce qui veut dire qu'à un certain niveau du fonctionnement de base du cerveau, il y a une certaine indétermination entre ce qui est représenté, fait par le sujet ou simplement observé chez l'autre, et donc une certaine confusion potentielle d'une part entre le représenté et l'agi, et d'autre part entre soi et l'autre. Freud en 1922 et 1923 fait l'hypothèse d'un tel niveau de confusion, notamment quand il décrit le fonctionnement du surmoi – instance réflexive par excellence dans sa métapsychologie – « sévère et cruel » qui traite la simple représentation comme un acte effectivement accompli.

La confusion entre le représenté et l'agi est aussi un effet de certains processus de fonctionnement de notre cerveau et du mécanisme d'activation hallucinatoire lié à l'existence des circuits « réentrants », décrits par G. Edelman (2004). Celui-ci souligne en effet l'existence de processus qui inversent le trajet habituel des données – qui vont de la partie sous-corticale du cerveau en direction du cortex – en une forme de trajet « régrédiant » qui part du cortex en direction des parties sous-corticales. Il décrit ainsi une forme de « régression », ou mieux de régrédience⁶, qui est à l'origine des mécanismes dits de « consolidation » (C. Alberini, 2005⁷) par les neurobiologistes,

6. Régrédience pour ne pas tomber sous le coup des critiques épistémologiques qui se sont attachées au concept de régression.

7. Alberini, C. (2005). Mechanisms of memory stabilization: are consolidation and reconsolidation similar or distinct processes. *Trends Neurosci*, 28, 51-6.

d'une grande importance dans les formes de la mémoire en particulier pour les remaniements de l'expérience antérieure.

Un tel mécanisme implique la présence de mécanismes et de fonctions de régulation des menaces liées à cette confusion potentielle. Dans un autre secteur du cerveau, en effet, d'autres mécanismes de catégorisation vont différencier ce qui est vu, pensé et effectué, s'il y a un « système du même » il y a aussi un « système de la différence ».

Ces mécanismes se mettent en place dans le temps et progressivement, mais avec des ratés ou des approximations qui peuvent servir à comprendre certains mécanismes de confusion observés dans les états psychotiques, mais aussi un certain niveau d'incertitude du sujet humain sur ce qui vient de lui et ce qui vient du dehors, comme nous l'avons déjà souligné.

Chez l'homme « normal », par exemple, on observe 30 % d'erreurs à l'âge adulte sur des tâches simples, comme reconnaître dans une télévision synchronisée si le film montré est bien celui de sa propre main, mais chez le schizophrène, dans les mêmes conditions, le nombre d'erreurs atteint 60 % (N. Georgieff et M. Jeannerod, 2002).

On peut noter la présence d'un tel processus chez Freud dans l'inquiétante étrangeté (1919) dans le moment de confusion qui l'affecte dans le train à l'instant où il ne se reconnaît pas dans le miroir du wagon.

Ou encore se reporter aux travaux de R. Zazzo (1993) sur l'intégration de l'image de soi à partir du reflet du miroir (« stade du miroir ») et son instauration progressive, qui se poursuit, selon ses travaux, jusque vers 5-6 ans. Freud a toujours, par ailleurs, souligné que la question de l'identité était « diabolique ».

D'autres travaux convergent pour asseoir de telles hypothèses.

Chez les bébés, par exemple, on observe dès les premières heures après la naissance (J. Decety, 2002) une capacité d'imitation qui témoigne du fonctionnement du « système du même ». Imitation n'est pas identification, mais quand l'investissement libidinal et le plaisir sont aussi présents, nous sommes à l'orée des processus d'identification, ce qui est ici le cas si l'environnement s'y prête.

Ce qui a été décrit à propos de l'action et des neurones miroirs (néo-cortex moteur) vaut aussi pour ces formes « d'actions internes » que sont

l'émotion et l'affect (J. Ledoux, 2005). L. Ouss (2001) reprenant l'ensemble des travaux des neurosciences concernant les rapports du cerveau à l'environnement humain, et en particulier ce qui concerne la relation affective entre les humains, montre que ce qui est vrai de l'acte et l'action est aussi vrai pour les affects. C'est-à-dire que ce que Freud avait proposé concernant des contagions d'affect en 1921 se trouve être actuellement accrédité au niveau du fonctionnement biologique par de nombreux travaux.

Nous vivons en partie les affects des autres « en double » et d'une certaine manière nous ne pouvons faire autrement. C'est le mécanisme de ce que je propose d'appeler « l'identification narcissique de base » (INB) qui repose autant sur des mécanismes cognitifs (imitation) que sur des mécanismes affectifs (identification). Mais disons aussi tout de suite que si le mécanisme est indépendant de notre volonté, s'il se produit que nous le voulions ou non, par contre nous pouvons barrer son accès à notre conscience. Comme Freud l'a avancé, l'affect peut rester inconscient, il peut être non composé voire décomposé.

Ce sera une question majeure de la pratique que celle de la manière dont le praticien se laisse pénétrer par les processus de l'INB, une question que nous reprendrons plus loin.

Explorons quelques particularités de l'INB.

La régulation de l'identification narcissique de base

Je propose une première hypothèse : plus la relation avec l'autre est affectivement engagée, plus elle est fréquente, plus elle est intense, investie et plus l'INB est importante, plus l'état affectif de l'un affecte aussi potentiellement l'autre.

Ceci implique que s'il y a une « adresse » active de l'un vers l'autre, il y a aussi une « réceptivité » active de l'état affectif de l'autre en l'un, et ceci de manière « automatique » et non contrôlée, non délibérée. Nous ne sommes pas maîtres de ce processus qui se produit que nous le voulions ou non, et nous allons devoir trouver le moyen de le réguler. Cette formulation rejoint l'idée, avancée à propos du mécanisme du transfert, qu'il est « *agieren* », c'est-à-dire qu'il produit une « pénétration agie » (J.-L. Donnet, 1995) dans l'état interne de

celui à qui il s'adresse, qu'il l'affecte aussi. Mais n'oublions pas que ce n'est pas l'autre qui « produit » cet effet en nous, mais nos propres processus qui fonctionnent ainsi comme « en double » de ce qui se produit dans l'autre.

L'existence de ce processus affecte les conditions de la rencontre humaine, les affects, les pensées et même les théories psychologiques que nous élaborons de celle-ci : il implique une régulation de l'INB.

Cette régulation s'effectue à plusieurs niveaux, selon plusieurs modalités, tout d'abord à un niveau économique ou quantitatif, par un jeu sur l'intensité, la durée et la nature de l'investissement, ensuite par des régulations de type qualitatif, par le sens et le partage.

La régulation sociale habituelle met en jeu la question de la réciprocité. L'autre s'identifie à moi et moi à lui ce qui crée une boucle de rétroaction : l'un s'identifie à l'autre qui s'identifie au premier (identifications croisées de Winnicott). Tantôt l'un écoute l'autre, se laisse « pénétrer » par son état psycho-affectif, tantôt réciproquement c'est au tour de l'autre d'accepter d'être le récipiendaire de l'état affectif du premier.

Remarque

Je profite de cette réflexion pour introduire une remarque que nous devons à [G. Devereux \(1980\)](#) et qui est d'une importance essentielle dans la pratique clinique : l'observateur « observe » (écoute, sent) l'observé qui « observe » (écoute, sent) l'observateur et donc ce que l'observateur « observe » (écoute, voit, sent) n'est donc pas l'observé lui-même mais le message (verbal, affectif, visuel, tactile...) que l'observé adresse à l'observateur. Autrement dit, dans la rencontre humaine tout tend à devenir message et message adressé, c'est ce qui justifie le fondement que la pratique trouve dans le transfert considéré comme « message adressé », toujours adressé à un autre, donc à ne jamais traiter comme un « en soi », mais bien toujours à considérer « pour un sujet » et/ou pour un autre sujet. Nous sommes explorés par celui que nous explorons ou dont nous explorons le fonctionnement psychique : il explore comment nous l'explorons, comment nous le comprenons, comment nous l'interprétons, il « interprète comment nous l'interprétons ». J'en profite aussi pour souligner un point sur lequel j'aurai l'occa-

sion de revenir, le rapport que les sujets humains entretiennent entre eux est marqué par l'interprétation, nous interprétons l'autre, et l'autre nous interprète, interprète nos conduites, nos discours, nous ne pouvons faire autrement pour nous comprendre dans la mesure où les messages humains sont toujours « à l'interprétation près », ils appellent interprétation compréhensive. Mais bien sûr nous interprétons l'autre à partir de ce qu'il nous communique ou plutôt de ce que nous « comprenons » de ce qu'il nous communique, de notre « théorie » du monde et/ou de cet autre singulier-là. À partir de cette remarque, on conçoit qu'il est difficile de fonder la pratique clinique sur « l'interprétation », car c'est une caractéristique générale de la rencontre humaine, tout comme il est absurde de fonder la description de certaines formes de pathologie sur l'interprétation. Ce qui compte dès lors ce n'est pas, ce ne peut être, le fait d'interpréter, nous ne pouvons faire autrement, mais bien quelle interprétation est donnée, avec quels effets et sur quoi elle se fonde, sur quelle conscience ou quelle perception inconsciente.

Après cette incidente, nous pouvons reprendre notre réflexion.

Au-delà de la question de la réciprocité, qui est son principal facteur, la régulation de l'INB dépend de différents paramètres qui en modulent la forme ou l'effet.

Le contexte, le « cadre » et la définition de la rencontre et de la relation qui se crée au sein de celle-ci, déterminent une partie de sa forme et en colorent la manifestation. La réciprocité ne joue en effet pas de la même manière dans toutes les relations selon leur « définition », elle ne s'exprime pas de la même manière dans une relation de type amoureux, parental ou éducatif, etc. C'est-à-dire possédant des « cadres » de définition différents. Pas de la même manière quand la relation concerne un proche, un parent ou un étranger, et, nous verrons, pas de la même manière dans un cadre privé ou professionnel.

Mais elle dépend aussi de nos groupes d'appartenance et de leurs défenses et aménagements spécifiques, de nos habitudes culturelles et de nos statuts au sein de notre culture, de nos « théories » ambiantes dans cette culture, elle a donc aussi un caractère groupal et social.

Mais elle a bien sûr aussi des composants idiosyncrasiques liés autant à nos désirs actuels qu'aux

aléas historiques de la manière dont nous avons nous-mêmes été écoutés, sentis, vus dans notre histoire et de la manière dont nous avons réagi à la manière dont nous l'avons été.

Enfin, elle se régule aussi en fonction du jeu et du mode de réciprocité qui s'est engagé antérieurement : qu'est-ce que l'autre fait ou a fait de ce que j'engage ou ai engagé dans la relation (son « interprétation » de celle-ci), du pan de ma propre réalité psychique que j'active, ou qui s'active ou s'est activé, et de ce que l'autre fait ou a fait, de ce que j'en fais ou en ai fait (mon interprétation de son interprétation).

Le *squiggle game* (ou mieux le *squiggle play* plus logique dans la terminologie de l'auteur lui-même) inventé par Winnicott peut en ce sens être considéré comme le modèle général de la rencontre humaine, comme la forme de sa « matérialisation », de son épure : une proposition, partiellement ou potentiellement informe ou en attente de forme, appelle une « réponse » qui transforme et « interprète » la proposition première, une réponse à la réponse qui à son tour transforme ou donne forme à la réponse, etc. Nous verrons aussi en quel sens il est aussi l'archétype de l'intervention dans la pratique clinique.

En fonction de ces données, nous modérons le degré d'engagement de notre réalité psychique, mais aussi bien la manière dont nous l'engageons et ce que nous acceptons d'engager de celle-ci. Mais nous modérons aussi réciproquement l'écoute et la sensibilité à l'état affectif de l'autre ou du moins à ce que nous acceptons d'en sentir et de prendre en compte.

Que devient la régulation de l'INB dans la rencontre clinique ? Premières considérations

Sur ce fond la rencontre clinique apparaît comme un mode de rencontre particularisé par son contexte singulier et ce qu'il autorise ou interdit quant aux systèmes de régulation de l'INB. La réciprocité sociale habituelle courante, fondée sur la réciprocité, n'est, par exemple, pas de mise, elle est même tout à fait contraire, sous sa forme sociale courante, à l'Éthique de la situation. Nous reviendrons plus loin sur la question des équivalents réflexifs alors mis en œuvre.

Le « contrat narcissique » de la rencontre clinique

Mais la rencontre clinique est aussi spécifiée par un ensemble de particularités. Par essence, quand un sujet rencontre un clinicien, c'est qu'une question le travaille, et c'est pour travailler l'une de ses questions, l'un des points énigmatiques de sa vie psychique. On peut donc faire l'hypothèse d'une intensification du processus de transfert tel que nous l'avons décrit plus haut. Dans la rencontre clinique, tout va donc devoir être mis en place pour favoriser la possibilité que le sujet tente d'exprimer ce qui, énigmatique en lui, est en souffrance de reconnaissance et d'intégration et produit par là-même une souffrance psychique. Par certains côtés, le « transfert » est prescrit, ce qui ne veut pas dire néanmoins qu'il va de soi, il peut faire peur et être, même si la situation est ordonnée comme un fait exprès pour l'accueillir, inhibé sous l'une ou l'autre de ses formes. Il faut souvent tout un temps pour le sujet d'exploration de la situation, avant qu'il ne débride son expression, tout un temps de mise à l'épreuve de la manière dont le clinicien « accueille » et « traite » ce qui tend à se transférer de l'histoire et du monde interne du sujet.

Mais dans la « définition » du contexte de la relation clinique licence est donnée à l'expression des aspects énigmatiques de la vie psychique sous toutes ses formes, aussi bien verbalisée quand c'est possible, qu'exprimée dans des formes non verbales, agies, pour ce que le sujet ne peut en dire. *Le sujet*, ce qui n'est pas vrai dans la plupart des situations sociales, *a droit au transfert, il est là pour cela*. Il peut donc lever les défenses « sociales » qui s'exercent habituellement sur l'expression de celui-ci, il a le *droit* de le faire sans rétorsion ou représailles : c'est le contrat de base.

À cette autorisation et intensification du transfert, prescrites par la situation, correspond une intensification de l'INB du côté du clinicien ou plus exactement une intensification de sa perméabilité à l'INB et à la prise de conscience des effets de celle-ci sur lui. C'est là la forme prise par ce que P. Aulagnier nomme le « contrat narcissique » et qui subit un développement tout à fait central dans la rencontre clinique : pour le clinicien « tout est bon » à reconnaître, « et à écouter, voir et sentir », du sujet. Le clinicien « écoute, voit et sent », il *doit* écouter voir et sentir ce qui lui est adressé

de manière consciente et inconsciente, et il doit «écouter, voir et sentir» ce que cette sensibilité à l'expression de l'autre produit en lui. Il *doit* écouter comment il est affecté par la rencontre.

On conçoit que de telles particularités colorent la situation de manière tout à fait singulière, même si certaines des particularités évoquées peuvent aussi être retrouvées ici ou là dans la vie sociale ou dans la rencontre intime. Mais ce qui va être encore plus spécifique de la rencontre clinique est le devenir des bases de la rencontre que nous venons d'évoquer. Nous l'avons dit la réciprocité, sous sa forme courante, n'est pas possible, la situation est dissymétrique : l'un se met au service de la vie psychique de l'autre et ceci n'est pas réciproque, ne peut l'être sans menacer la définition même de la rencontre.

Toute la question de la pratique clinique va se jouer dans les systèmes de régulation alternatifs qu'il va falloir mettre en place pour pallier l'impossibilité ou l'interdit portant sur les systèmes de régulation sociaux habituels.

Le « contrat symbolique » de la rencontre clinique et ses conditions

La question centrale va être, en particulier, celle de la mutation de la question de la réciprocité dans celle de la réflexivité, celle de la mutation du « contrat narcissique » que nous venons d'évoquer, dans une forme de « contrat symbolique ». La spécificité de la « réponse clinique » à l'engagement de la réalité dans le transfert va être d'aider le sujet à développer sa réflexivité, l'aider à être capable de se sentir, se voir, s'entendre, de se mieux sentir, voir, entendre. La rencontre va être organisée autour de la question de la réflexivité, de la « réponse » réflexive et de la régulation par le développement de la réflexivité et de ce qui de la réflexivité est en souffrance, donc des composants inconscients de la réflexivité.

La question est alors double : comment, par quelle méthode, développer la réflexivité, et comment organiser la rencontre pour que la méthode puisse être mise en œuvre, pour rendre tolérable « l'INB sans réciprocité » à laquelle le clinicien est astreint ?

Dans le paragraphe précédent, nous avons souligné la nécessité pour le clinicien d'une intensifi-

cation de l'INB, c'est bien sûr le premier temps, le premier processus de la méthode clinique. Il est *sine qua non*, et conditionne la possibilité même de la rencontre clinique, mais il est exigeant pour le clinicien, car par essence ce à quoi il doit être sensible, ce qu'il doit «écouter, voir ou sentir» est précisément quelque chose qui est conflictuel, scabreux ou paradoxal voire douloureux, quelque chose que le sujet a des raisons de ne pas conserver en claire conscience, quelque chose qui souvent quand on se laisse le sentir ou le considérer est porteur d'une souffrance voire d'une douleur, quelque chose dont il se défend. Il doit accepter d'être ce que j'ai proposé d'appeler « le miroir du négatif » du sujet, accepter d'être porteur de ce que le sujet d'une manière ou d'une autre répudie de lui. C'est une position paradoxale qui le conduit à devoir accepter de s'identifier aux états internes d'un sujet que celui-ci rejette.

Ceci n'est tolérable que selon certaines conditions, conditions qui font de lui un professionnel même s'il utilise dans sa profession les ressorts les plus intimes du fonctionnement psychique.

Nous avons insisté sur le « temps du même » celui de l'INB, il nous faut maintenant insister aussi sur la nécessité des processus de différenciation. Car l'INB n'est tolérable que pour autant qu'elle soit accompagnée d'un jeu de différenciation qui éloigne la menace de confusion qu'elle comporte. L'autre est un « semblable », il doit être un semblable, mais c'est aussi un autre, un « différent ». Les systèmes de régulation de l'INB vont donc dépendre du type et de la qualité des systèmes de différenciation qui vont être mis en place dans le fonctionnement psychique du clinicien et des étayages que ceux-ci vont trouver dans l'organisation de la situation, dans le cadre de la rencontre clinique. Il y a une dialectique entre ce que l'on appelle parfois le « cadre interne » du clinicien, et qui désigne son fonctionnement psychique en situation professionnelle, et le « cadre externe », c'est-à-dire l'ensemble des conditions matérielles de la rencontre, le « dispositif de la rencontre clinique ». Cette dialectique est structurée de telle sorte que le dispositif « porte », quand c'est possible, de manière « économique » pour le clinicien, un certain nombre d'impératifs de la rencontre clinique et des systèmes de différenciation dont elle a besoin. Quand ce n'est pas possible le clinicien doit alors accepter de « porter » dans son fonctionnement psychique interne ce