

## **ATELIER CLINIQUE DU DETOUR**

### **L'INTUITION CLINIQUE : DU VECU BRUT A L'AUTOMATISME**

Présenté par **Renato SAIU** (6 novembre 2013). En ligne sur [detour.unice.fr](http://detour.unice.fr)

Organisé par les **Master 2 de psychologie clinique et gériatrie**

CR rédigé par **Pierre Jourdanet**

#### **Résumé :**

Que signifie être intuitif pour un psychologue ? Doit-il se méfier de son intuition et de son ressenti ou au contraire s'y appuyer dans sa pratique quotidienne ? En considérant l'intuition comme un automatisme et la pensée qui en découle comme une activité faisant le lien entre l'organisme et son milieu, nous pourrions ouvrir le débat sur les différents positionnements possibles à une pratique éthique de la psychothérapie.

#### **Mots clefs :**

Théorie du détour, relation clinique, psychothérapie, positionnement clinique, émotion.

#### **Avant-propos :**

Les comptes-rendus des ateliers cliniques du détour ont pour but de donner un aperçu du contenu de l'atelier. Cependant, ils ne sauraient faire transparaître la richesse du contenu que l'échange oral implique. Il ne s'agit pas, en effet, d'une retranscription à l'exacte de l'atelier.

Il y a cinq ans, étaient mis en place les premiers ateliers cliniques du détour destinés à offrir un espace d'échange au bénéfice de notre formation et des psychologues en exercice qui utilisent la théorie du détour.

Pour ce premier atelier clinique de l'année universitaire 2013-2014, nous avons choisi de nous interroger sur l'usage des affects du thérapeute. L'intervention de Renato Saiu – **L'intuition clinique : du vécu brut à l'automatisme** – éclaire ce questionnement à partir de la théorie du détour.

### **Introduction**

Renato a commencé par aborder son expérience personnelle de l'intuition pour expliquer que s'il se sent beaucoup plus intuitif dans sa pratique qu'auparavant c'est que l'intuition n'est pas innée. C'est donc qu'elle s'acquiert et il fait ici le lien avec un concept clé de la théorie : l'automatisme.

En effet, nous intériorisons des éléments pertinents du milieu, si bien qu'ensuite, selon ce dont nous avons besoin pour nous adapter finement aux situations que nous rencontrons, nous activons ou inhibons ces éléments. Comme nous ne percevons consciemment que la pensée résultant de ce processus inconscient, nous pouvons avoir l'impression d'une connaissance émergeant dans l'instant : l'intuition.

### **1] Approche théorique de l'intuition**

En tant qu'automatisme, l'intuition clinique, permet une économie d'énergie en s'appuyant sur les éléments perceptifs et émotionnels du milieu pour activer des éléments intériorisés. Cela aide le psychologue à gérer plus efficacement la relation dans le cadre professionnel. Les feed-backs qu'il reçoit, en utilisant son intuition, nourrissent l'activité élaborative du psychologue qui affine son automatisme. Autrement dit, plus on a d'expérience et plus on est intuitif. Nous allons voir que cela peut aussi constituer un piège pour le psychologue.

Pour comprendre cela, nous pouvons différencier :

- l'automatisme fonctionnel, qui revient à atteindre un objectif bien identifié sans avoir conscience des moyens par lequel on y est parvenu
- l'automatisme structurel, qui revient à déployer consciemment des moyens sans avoir conscience du but qu'il poursuit.

L'automatisme fonctionnel permet d'économiser de l'énergie puisque nous n'avons plus à penser aux étapes intermédiaires qui nous amènent à produire une activité adaptative au milieu. Par exemple, nous avons conscience de vouloir prendre un verre d'eau, mais pas de la manière dont notre corps va se mobiliser pour y parvenir.

L'automatisme structurel permet notamment le déploiement d'une activité défensive, par exemple les symptômes, dont on peut décrire les manifestations sans avoir conscience de leur visée. Pour illustrer l'automatisme structurel, gardons en tête la remarque « Je ne sais pas pourquoi je fais ça. C'est plus fort que moi. »

Il n'y a pas de discontinuité entre l'automatisme fonctionnel et l'automatisme structurel, ce qui rend possible l'assujettissement d'un automatisme fonctionnel à un automatisme structurel. Autrement dit, tout automatisme fonctionnel peut être récupéré par l'Inconscient (automatisme structurel), afin d'assurer notre sécurité de base. Ainsi en est-il de l'intuition.

Exemple d'une situation de supervision :

- Pourquoi as tu fais cette intervention ?
- Pour sécuriser le patient. (but fonctionnel conscient)
- Oui mais pourquoi l'as-tu sécurisé de cette manière et pas autrement ?
- Ben je sais pas. Je l'ai senti comme ça. (moyen fonctionnel inconscient)

Inconsciemment (automatisme structurel), le thérapeute a récupéré le fait de sécuriser le patient comme moyen de maintenir sa sécurité de base (but structurel inconscient).

	Automatisme fonctionnel	Automatisme structurel
moyen	inconscient	conscient
but	conscient	inconscient

Ainsi, le but que nous visons consciemment dans l'automatisme fonctionnel, peut être utilisé par notre inconscient (automatisme structurel) comme un moyen d'assurer notre

sécurité de base (but inconscient). C'est ainsi qu'une intuition clinique peut participer d'une activité défensive du psychologue.

On peut se demander si l'intervention intuitive du psychologue sécurise le patient ou bien si le psychologue s'en persuade afin de maintenir sa propre sécurité de base. Il nous faut admettre que chaque intuition sécurise le psychologue. Nous devons donc déterminer lorsqu'une intervention intuitive va sécuriser le patient et lorsqu'il ne s'agira que d'une activité défensive de notre part.

Comme on l'a vu plus tôt, l'intuition clinique se développe avec l'expérience, grâce aux feed-backs du milieu professionnel. Cela signifie que, plus on a d'expérience et plus on court le risque de mettre en place des activités défensives prenant appuis sur l'intuition, sans le savoir. Nous serons toujours exposés à ce risque et nous ne disposons que de notre remise en question pour tenter d'éviter cet écueil. A ce titre, une fine connaissance de soi, de ses limites et de ses potentialités est précieuse.

## **II] Approche clinique de l'intuition**

L'intuition, tout comme l'émotion du thérapeute au sein de la relation avec le patient, demeure un important indice clinique, qui entre en compte dans la conception des hypothèses de fonctionnement, du pronostic et des stratégies thérapeutiques.

### ***L'intuition comme indice de fonctionnement de l'autre***

Lorsqu'on rencontre quelqu'un pour la première fois, une relation émotionnelle de l'ordre de l'indifférenciation nous lie d'emblée, quelque soient nos niveaux adaptatifs. En effet, à propos de la loi d'intégration fonctionnelle, Michel Cariou observait dans sa thèse de 1992 que « l'organisme n'est pas toujours en train de fonctionner au niveau le plus élevé de son élaboration. »

Notre automatisme émotionnel sélectionne alors, dans le milieu, des éléments perceptifs et émotionnels qui font écho avec notre vécu, évoquent en nous un passif. L'activation d'éléments intériorisés nous amène à moduler l'intensité de notre ressenti émotionnel et à lui apposer une représentation. Nous lui attribuons également une valence

positive ou négative. Par exemple, on peut penser lors d'une première rencontre : « je sens que ça va être difficile avec ce patient ».

Si nous sommes tous potentiellement concernés par ce type d'intuitions, il est important de noter que des structures comme la paranoïa et la perversion lui confèrent un rôle essentiel dans le maintien de la sécurité de base. Chez ces sujets, la représentation apposée au ressenti émotionnel revêt un caractère implacable, définitif. Ainsi le paranoïaque ne démordra pas d'une intuition à valence négative. Par contre, le névrosé peut démordre de son intuition et quitter l'indifférenciation d'une relation émotionnelle grâce à son activité élaborative.

Il est important d'interroger la fonction de notre ressenti : « A quoi ça sert au patient que je ressente ça sur lui ? » En effet, le ressenti intuitif constitue un indice du fonctionnement de l'autre dans l'interaction. Grâce au tiers théorique, nous pouvons alors construire des hypothèses, aller les vérifier (ou les infirmer) en entretien, et nous repositionner dans la clinique avec un patient.

*Vignette clinique d'une première rencontre entre un psychologue et une résidente.*

Celle-ci tient un discours agressif de rejet envers les psychologues. Le psychologue n'entre pas dans son jeu, mais renchérit sur le même ton : « Oui, moi aussi je déteste tous les psychologues ! » En l'occurrence, cette intervention intuitive fonctionne, permettant au psychologue de contourner l'activité défensive déployée par la résidente.

### ***L'intuition comme indice du pronostic***

*Vignette clinique d'un patient dont la situation, après plusieurs institutionnalisations, pourrait apparaître désespérée à la lecture de son dossier.*

Celui-ci fait état d'un discours délirant et ne laisse pas présager une grande marge d'évolution. Lors de sa première rencontre avec ce patient, le psychologue ressent que « ça va avancer, je le sens bien ». Dès lors, le psychologue se surinvestit pour ce patient. Il tente de nombreuses méthodes, mais remarque qu'à chaque fin de séance, il se sent épuisé par les efforts qu'il fournit tandis que le patient reste passif et continue de dire qu'on ne peut rien pour lui.

Pour comprendre que l'on est entré dans le jeu du patient afin d'assurer notre sécurité de base, nous pouvons être alerté par un ressenti (dans cet exemple, la fatigue) ou par un tiers (un membre de l'équipe peut attirer notre attention sur notre propre conduite).

Une fois qu'on se rend compte que l'on met en place une activité défensive, on peut utiliser le tiers théorique pour envisager un changement d'intervention.

*Retour à la vignette clinique* : En renonçant à le surinvestir pour maintenir sa sécurité de base, le psychologue peut entendre ce que le patient lui disait à chaque séance. Il annonce alors au patient « Je vous ai entendu Monsieur. Vous êtes foutu, vous avez raison. ». Par ce biais, le psychologue sécurise le patient (et non plus lui-même). Il ajoute : « Je me demande si ça vaut le coup que je vienne vous voir ». Le patient répond : « Venez me voir quand même, ça me fait du bien ». La demande émerge donc chez le patient, signe que le travail peut commencer. Par la suite, le patient évolue positivement.

On peut noter que l'intuition première sur le pronostic était bonne, mais que l'Inconscient (automatisme structurel) du psychologue a récupéré ce pronostic comme moyen de maintenir sa sécurité de base de bon psychologue. En y renonçant, le psychologue est capable d'entendre ce que le patient lui dit et d'adapter son intervention.

Il peut arriver qu'une intervention intuitive ne soit qu'une activité défensive du psychologue. Il est nécessaire de reconnaître son erreur pour rétablir une relation thérapeutique avec le patient.

*Vignette clinique d'une résidente de type « tatie Danielle ».*

Le psychologue lui dit un jour : « Vous dites des choses dans votre barbe. Vous n'assumez même pas ce que vous dites ! » La résidente le recadre aussitôt : « je ne vous permet pas de me juger ! » Après s'être excusé dans l'après coup, le psychologue a pu construire une relation thérapeutique avec la résidente et utiliser le tiers théorique pour construire des hypothèses et les tester en entretien clinique. L'évolution positive qui en découle montre que l'intuition du psychologue sur sa certitude d'une évolution impossible était de l'ordre du maintien de sa propre sécurité de base.

### ***L'intuition utile à la stratégie thérapeutique***

Il n'y a pas de mauvaises intuitions ni de mauvaises interventions, du moment qu'on se remet en question. A ce titre, il est fondamental de ne pas s'obstiner sur une intuition. On gagne à utiliser nos intuitions dans des stratégies thérapeutiques.

Une première stratégie consiste à poser son ressenti face au patient. Il est effectivement plus thérapeutique d'explicitier son émotion plutôt que de tenter de la taire au patient. Par exemple : « je ne sais pas pourquoi, car j'ai l'habitude, mais votre histoire me touche particulièrement... »

Une autre stratégie peut être d'aller à l'opposé de ce que notre intuition nous pousse à faire. Par exemple : dans une vignette précédente, le psychologue a l'intuition d'un pronostic d'évolution favorable pour un patient, mais il lui dit qu'il est foutu. Il passe du surinvestissement (mouvement naturel dans cette situation), à une apparence de désinvestissement.

Une troisième stratégie est d'amplifier la position du patient. Par exemple, dans la première vignette clinique citée, le psychologue renchérit aux propos agressifs d'une résidente contre les psychologues : « Oui, moi aussi je déteste tous les psychologues ! » ou encore dans une autre situation, le psychologue est reconduit manu militari à la porte par un résident et lui dit : « Merci beaucoup, grâce à vous je ne perds pas de temps, vous n'êtes pas comme tous ces gens qui disent rien et qui vous font perdre du temps... vous êtes formidable ! »

**Ces différentes stratégies mettent en échec le rapport adaptatif du patient ce qui lui permet d'élaborer.**

### **Discussion**

Il est peu probable de rompre le lien thérapeutique en testant nos hypothèses et en utilisant des stratégies. Le risque principal pour la relation thérapeutique est l'activité défensive du psychologue et à ce titre, l'usage du tiers théorique permet le repositionnement nécessaire.

*Une vignette clinique est apportée par une psychologue :*

Un patient lui a raconté qu'il voulait mettre un terme à son précédent travail analytique et être accompagné dans cette démarche par son analyste mais que ce dernier ne

répondait pas à ses mails de cessation de thérapie. La réaction de la psychologue a été de ne plus utiliser la théorie analytique avec ce patient et, ce faisant, c'est elle qu'elle sécurisait en pensant éviter qu'il ne décompense. Le besoin extrême de se sécuriser peut être un signe d'immobilisme mutuel. La psychologue est invitée à s'interroger sur la fonction de sa décision de changer de modèle théorique. De manière générale, la fonction du psychologue et de la thérapie pour ce patient pose question.

Une piste d'intervention stratégique pourrait être : « D'après vous, qu'est-ce que je pourrais faire pour vous que vos précédents thérapeutes n'ont pas fait ? »

Le patient pose le cadre et met ses thérapeutes au défi. La psychologue doit reprendre le cadre en utilisant, par exemple une intervention stratégique : « Je pense que ça ne fonctionnera pas », « Moi je ne sais rien, c'est vous qui savez ! ».

La psychologue doit brusquer le rapport adaptatif du patient pour sortir de la position d'échec où il la maintient. En effet, le psychologue est le spécialiste des processus tandis que le patient est le spécialiste du contenu. Or, dans l'exemple, les thérapeutes ont travaillé sur le contenu et non les processus

*Le sujet de l'hypnose est abordé à travers une question :*

Est-ce que l'on agit sur l'indifférenciation Organisme/Milieu dans l'hypnose ? En état d'hypnose, le sujet est en activité dans son micro-milieu. Toutefois, il ne peut être dans l'indifférenciation Organisme/Milieu puisqu'aucune régression structurelle n'est possible. Il utilise simplement des fonctionnements antérieurs (selon le principe de la loi d'intégration fonctionnelle).

Un patient non hypnotisable n'est pas sécurisé avec le thérapeute. Son automatisme structurel (inconscient) signifie à l'hypnotiseur : « je me sécurise en montrant que tu ne peux pas m'hypnotiser ».

L'hypnose c'est fixer l'attention et dissocier les automatismes fonctionnels de l'automatisme structurel. L'enjeu pour le sujet psychotique va être au contraire une fixation de l'attention et une réassociation des automatismes fonctionnels avec le structurel. On note une inversion dans l'approche hypnothérapeutique de sujets névrosés et de sujets schizophrènes. En effet, plus le névrosé est sécurisé, mieux il se dissocie. En revanche, plus le



schizophrène est sécurisé, moins il est dissocié. L'articulation de l'hypnose à la théorie du détour pourra faire l'objet d'un atelier ultérieur, si nous le souhaitons, a précisé Renato Saiu.

Pour poursuivre notre réflexion sur l'intuition, il a été fait mention du livre d'Henri Wallon *Les origines du caractère chez l'enfant*. Le débat peut également se poursuivre dans l'espace membre du site de la théorie du détour.