

DIALOGUE ENTRE COURANTS SUR LA NOTION D'« INCONSCIENT »

Susann Heenen-Wolff *et al.*

De Boeck Université | *Cahiers de psychologie clinique*

**2007/2 - n° 29
pages 37 à 50**

ISSN 1370-074X

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-2-page-37.htm>

Pour citer cet article :

Heenen-Wolff Susann *et al.*, « Dialogue entre courants sur la notion d'« inconscient » » ,
Cahiers de psychologie clinique, 2007/2 n° 29, p. 37-50. DOI : 10.3917/cpc.029.0037

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Université.

© De Boeck Université. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

DIALOGUE ENTRE COURANTS SUR LA NOTION D'« INCONSCIENT »

Susann Heenen-Wolff *

Pierre Philippot **

Nady Van Broeck ***

Avec d'autres collègues, nous sommes chargés de l'enseignement de la psychologie clinique au sein de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation à l'Université Catholique de Louvain. Nady van Broeck et Pierre Philippot sont psychologues d'orientation cognitivo-comportementale, Susann Wolff est psychanalyste. Comme il se doit dans une université digne de ce nom, nous nous efforçons de réaliser un enseignement de tendance *universaliste*. Quant à la psychologie, notre plateforme intellectuelle commune repose sur la conviction qu'on peut comprendre – et avoir un impact sur – l'être humain à travers a) son fonctionnement comportemental et cognitif ; b) sa position dans un système donné ; et c) la dynamique interne de ses représentations.

SW. Dans notre travail universitaire, outre la transmission de nos savoirs, nous cherchons à faire ressortir ce qui peut nous réunir et ce qui peut nous séparer dans nos approches respectives de l'être humain. Loin des polémiques bruyantes de ces derniers temps quant aux différences entre psychanalyse et

* PhD, Professeur de Psychologie clinique à l'Université Catholique de Louvain (UCL), ainsi qu'à l'Université Libre de Bruxelles, Psychanalyste.susann.wolff@uclouvain.be

** Professeur en psychologie à l'Université Catholique de Louvain (UCL), Psychothérapeute. pierre.philippot@uclouvain.be

*** Professeur en psychologie à l'Université Catholique de Louvain (UCL), Professeur en psychologie à l'Université Catholique de Louvain à Leuven (KUL), Psychothérapeute. nady.vanbroeck@uclouvain.be

psychologie cognitivo-comportementale, nous souhaitons explorer à présent ce que sont les conceptions respectives de *l'inconscient* ou du *non-conscient* dans ces courants si différents l'un de l'autre.

Nous ne sommes pas les seuls à vouloir essayer de mieux comprendre les concepts divers de l'inconscient. Citons par exemple l'excellent ouvrage *L'inconscient aux mille visages* de Pierre Buser (Odile Jacob, Paris, 2005).

Une comparaison entre les deux conceptions théorique et clinique ne peut se faire qu'à travers un dialogue ouvert qui permet de poser des questions, de clarifier les points de vue différents, de mieux comprendre l'autre, d'affiner sa position propre.

NVB. C'est certainement un dialogue intéressant, mais il ne sera pas facile. Examiner la signification et la place d'un concept dans différents cadres conceptuels est une entreprise risquée. Vous avez déjà fait référence aux différents cadres conceptuels dans le domaine de la psychologie clinique. Ces cadres présentent souvent les divergences très importantes et les conflits d'idées sont fréquents. Parfois, les tensions ont donné lieu à de vrais combats avec la mise en place de stratégies non appropriées qui ont souvent causé préjudice aussi bien au porteur de la polémique qu'à sa cible.

Or on pourrait aussi se demander si on n'aborde pas là une question dépassée ? Car dans l'évolution de la psychologie clinique, la discussion sur les divergences conceptuelles cède actuellement la place à des réflexions sur l'importance des facteurs communs dans l'explication des effets des psychothérapies ou sur le développement de modèles intégratifs ¹. Très récemment, un paradigme radicalement différent à émergé ; il ne fait plus référence à des cadres conceptuels distincts mais reprend à zéro la question de la psychothérapie, en se basant sur une définition et une conception de la psychologie clinique en application de la psychologie en tant que science dans le domaine de la santé ². Ceci implique que, concrètement, toutes les conceptions théoriques de la psychologie comme science qui ont passé le test, c'est-à-dire qui répondent aux critères de la validation empirique, puissent être intégrées dans l'ensemble de connaissances et de compétences mis en place pour mieux comprendre et aider l'être humain.

1 Norcross, J.C. et M.R. Goldfried (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York, Basic Books.

2 Barlow, D.H. (2004). "Psychological treatments", *The American Psychologist*, n° 59 ; Philippot, P. et N. Van Broeck (2006). *La psychothérapie à la croisée des chemins: Recherche, évaluation, formation*, Acta Psychiatrica Belgica.

PP. Cette approche met également l'accent sur la validation empirique de l'efficacité clinique des interventions développées à partir des conceptions théoriques pré-citées. On peut ainsi parler de validation empirique à trois niveaux : le modèle théorique sur lequel est basée l'intervention clinique est-il validé ?, les processus de changement postulés par le modèle sont-ils bien ceux qui opèrent ?, et l'intervention en elle-même produit-elle les effets escomptés ? La question de l'inconscient en psychothérapie se pose à ces trois niveaux.

SW. Aïe !, On reproche le plus souvent à la psychanalyse de ne pas avoir passé ce test ! Bien que des travaux comme par exemple ceux menés par Leuzinger-Bohleber³ aient démontré l'efficacité des procédés psychanalytiques divers.

PP. Je ne serais pas aussi sévère quant au fait que la psychanalyse n'a pas passé le test. En effet, différentes formes d'intervention psychothérapeutique d'inspiration analytique ont fait l'objet de nombreuses études et de validation tant empiriques que cliniques. Je pense notamment à la thérapie interpersonnelle qui a démontré une efficacité certaine pour certains problèmes liés à l'humeur, ou aux comportements alimentaires, ou encore à certains troubles de la personnalité. Il faut aussi mentionner à cet égard l'intervention psychodynamique proposée par Horowitz pour le traitement des traumatismes.

NVB. Soyons réalistes. Pour l'instant les cadres conceptuels distincts sont encore bien vivants, la notion de la validation empirique dans la psychologie clinique pose pas mal de problèmes et laisse toujours beaucoup de questions sans réponse. Les significations de mots tel que « scientifique », « recherche » et « empirique » sont parfois tellement différentes qu'on ne parle pas de la même chose, même au sein d'un même courant psychologique ! Pour certains, la validité empirique n'est qu'un type de validité à côté de la validité clinique. Examiner comment un concept important comme l'inconscient trouve sa place dans les différents cadres reste utile et peut même apporter des éléments intéressants dans la compréhension de cadres respectifs et dans l'évolution plus large du domaine de la psychologie clinique.

Revenons sur la question de la validation empirique des théories psychodynamiques. Beaucoup de psychanalystes ignorent que certaines hypothèses dérivées des théories psychodyna-

3 Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B. et M. Beutel (2003). "How to Study the Quality of Psychoanalytical Treatments and their Long-Term Effects on Patients Well-Being: A Representative, Multi-Perspective Follow-Up Study", *International Journal of Psychoanalysis*, n° 84.

miques ont été mises à l'épreuve et confirmées. Il s'agit notamment des expériences laboratoires sur des phénomènes comme la perception subliminale, l'excitation émotionnelle résiduelle et surtout sur les effets d'amorçage affectif. Très simplifiées, ces expériences confirment que des contenus inconscients influencent en effet significativement notre fonctionnement et que nous ne sommes souvent pas conscients des causes de nos actes.

SW. Cette confirmation venant du côté de la psychologie cognitivo-comportementale est d'autant plus intéressante que, parmi les psychanalystes, on entend très couramment exprimer la conviction que les psychologues d'orientation cognitivo-comportementale négligeraient l'inconscient. Or, dès lors qu'on ouvre un livre sur les procédés thérapeutiques d'orientation cognitivo-comportementale, on tombe sur l'idée que, pour le patient, ses cognitions (« pensées ») et ses schémas de cognition (« représentations ») ont leur propre vie interne et agissent à son insu. En conséquence, la thérapie cognitivo-comportementale cherche à aider le patient à s'en rendre compte pour se débarrasser d'un symptôme, d'un comportement contraignant, d'une perception ou d'une attitude suscitant des malentendus face à l'autre (« projection ») ou à soi (« problème narcissique »). Et quand je lis l'exemple clinique suivant relatif à un enfant, j'ai du mal à croire que l'importance du monde interne échappe aux psychologues d'orientation cognitivo-comportementale :

« L'enfant obsédé par les orages demandait sans cesse ce que moi-même et d'autres pensions des orages, ce qu'on faisait pendant un orage... Il a regardé des photos où, progressivement, les gens s'exposaient sans crainte manifeste à la pluie, à la neige, etc. Sa phrase : "Il faut que je fasse comme tout le monde", reflétait son impossibilité à élaborer des moyens internes de sécurité, un discours interne rassurant⁴. » Ces réflexions pourraient être celles d'un psychanalyste et le mèneraient à la question du pourquoi de ce manque de discours interne rassurant. Comment procéderait-on cliniquement en thérapie cognitivo-comportementale ?

NVB. Tout d'abord, on partirait d'un autre point de départ : ce qui nous préoccupe en premier lieu n'est pas le manque de discours interne rassurant mais plutôt la présence d'un discours interne anxiogène. Dans l'analyse cognitivo-comporte-

4 Mirabel-Sarron, C. et L. Vera (2004). *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*, Dunod, Paris, p. 112

mentale, on essaierait d'identifier les variables et processus qui « nourrissent », maintiennent et encouragent non seulement ce discours anxiogène mais aussi les réactions émotionnelles et comportementales associées à ce discours. Dans le processus clinique, on essaierait de rompre ce cercle vicieux qui entretient l'anxiété, et on tenterait en même temps de développer des alternatives permettant à la personne de percevoir, sentir et agir différemment dans les situations menaçantes.

Le discours interne est donc important chez nous aussi. En même temps, nous réalisons que les expériences qui sont à la base du développement de réactions phobiques, par exemple, sont souvent impossibles à identifier, et en plus, même si on pense y arriver, il ne suffit pas de les rendre conscientes pour diminuer l'anxiété. Heureusement, l'actualité dans laquelle nous vivons nous permet d'influer sur cette anxiété à travers de nouvelles expériences qui infirment les anciennes attentes et permettent de rompre les chaînes de réactions automatiques.

SW. Je comprends aisément cette démarche théorique et clinique. En psychanalyse, pourtant, on aurait moins l'idée que le sujet réagit d'une manière donnée à cause d'expériences réelles vécues, mais plutôt que ses réactions ou attitudes sont la suite d'une construction fantasmatique individuelle à partir de certains vécus, souvent liés du reste à la sexualité infantile. Ce que je voudrais souligner, c'est que les perceptions subliminales et les réactions automatiques dont on parle actuellement beaucoup en psychologie cognitivo-comportementale et bien entendu aussi en neurosciences, ne sont pas identiques à l'inconscient freudien. Mais nous avons déjà évoqué un « inconscient aux mille visages » !

PP. En thérapie comportementale et cognitive, on accorde de fait une grande importance aux expériences vécues, aussi bien celles qui sont vécues directement, que celles qui le sont de manière vicariante. Cependant, il est clair que ces expériences ne sont pas stockées en mémoire de manière passive. Les représentations que nous construisons de nos expériences sont fortement influencées par les buts et besoins qui nous animent, par nos expériences antérieures, par la vision que nous avons de nous. La mémoire de nos expériences n'est donc pas « objective », mais bien subjective au sens premier du terme, c'est-à-dire, construite par un sujet qui s'y définit. Et ce sont

ces représentations qui vont déterminer nos comportements, attitudes et émotions.

NVB. Beaucoup de gens qui ne connaissent que superficiellement le cadre conceptuel de la psychologie cognitivo-comportementale diraient en effet que l'inconscient n'est pas pris en considération dans l'approche cognitivo-comportementale. Ils ont tort, aussi bien par rapport au cadre tel qu'il était conçu tout au début du behaviorisme que par rapport au cadre cognitivo-comportemental actuel et encore plus en ce qui concerne les évolutions de ce cadre qui s'annoncent actuellement.

À travers l'évolution du cadre de la psychologie cognitivo-comportementale, l'inconscient apparaît dans trois différentes significations. On prend en compte l'inconscient tout d'abord darwinien lorsqu'on fait référence aux comportements innés, génétiquement déterminés et par définition utile à la survie de l'individu et de l'espèce. En deuxième lieu, le mot fait référence à un niveau d'allocation d'attention dans le traitement d'informations qui arrivent de notre monde intérieur et extérieur. Les recherches sur la perception subliminale, les effets d'amorçage et les émotions résiduelles montrent clairement que nos perceptions, émotions et actes sont souvent le résultat d'un traitement « inconscient » d'information et donc par définition difficile à expliquer pour la personne. L'approche des schémas de traitement d'information, principalement élaborée dans le courant cognitivo-comportementale, est liée à cette signification. Ici on considère comme inconscients les schémas de traitement d'information qui dirigent nos perceptions, émotions, cognitions et actes d'une façon plutôt implicite.

SW. Donc, d'abord, un inconscient basé sur l'inné, un bagage génétique ; puis s'y ajoute les recherches sur la perception subliminale, les deux aspects sous-tendant nos fonctions cognitives et les fonctions quelque peu automatiques. Quelle est la place de cet inconscient dans l'approche clinique ?

NVB. La première signification est en effet en référence aux réactions émotionnelles, cognitives et comportementales innées, génétiquement déterminées dans un sens darwinien du terme, inconditionnées en termes de paradigmes d'apprentissage. Mais même si les psychologues d'orientation cognitivo-comportementale tiennent compte de l'inconscient darwinien qui se manifeste dans les comportements innés ou instinctifs,

il serait exagéré de dire que cette prise en compte prend une place importante. A mon avis, l'ensemble des compétences perceptives et des réactions émotionnelles et comportementales préprogrammées génétiquement et propre à notre espèce n'est pas suffisamment pris en compte dans le cadre de la psychologie cognitivo-comportementale. On le mentionne comme point de départ sans y revenir par la suite. En le mettant trop vite en l'arrière-plan, on oublie que nos compétences « humaines » ne sont que des acquis relativement récents dans l'ensemble de notre fonctionnement de mammifère. Ces nouvelles compétences dues au développement de notre système nerveux n'ont pas remplacé, mais on plutôt complété nos compétences animales présentes depuis longtemps. Beaucoup de processus importants pour la survie sont préprogrammés et se mettent en place d'une façon automatique et inconsciente. Notre recherche d'expériences agréables ainsi que notre aversion et nos tentatives d'éviter des expériences négatives sont innées. Un enfant ne doit pas apprendre à apprécier le lait maternel avec son goût sucré et tiède. Il ne doit pas apprendre à se méfier du froid, des stimulations douloureuses et des changements brusques qui peuvent signaler du danger. Des recherches actuelles montrent que les capacités d'imitation et d'empathie indispensables pour s'insérer dans un groupe de mammifères sont ancrées génétiquement. On a nommé ces gènes *mirror genes*. Non seulement le cycle menstruel des femmes mais aussi des processus plus sophistiqués impliqués dans la procréation comme le choix d'un partenaire sont influencés d'une façon inconsciente par des phéromones. De nombreux autres comportements sociaux comme la dominance et la soumission, l'attachement, le soin des enfants, reposent aussi sur notre bagage génétique.

SW. On peut peut-être d'ores et déjà constater que le statut de l'inconscient diffère dans sa prise en considération dans les deux courants, bien que vous fassiez entendre que l'inconscient apparaît aussi dans la signification d'allocation d'attention et d'accessibilité des contenus et processus internes. Dans ce contexte, je pense notamment aux travaux sur l'« apprentissage inconscient », la « perception inconsciente », la « pensée implicite », le rôle fondamental de la motivation (en psychanalyse on parlerait d'« investissement libidinal », de « désir ») dans l'acceptation d'un message caché, ainsi qu'au concept de

« processus automatiques par rapport aux processus contrôlés » en psychologie cognitive.

Quant à la psychanalyse, comme vous le savez, si on voulait saisir en un seul mot la découverte freudienne, on choisirait sans aucun doute la notion *inconscient*. Cet inconscient, tout comme dans votre théorisation, sous-tend le fonctionnement conscient du sujet. Or la grande différence, me semble-t-il, est que l'inconscient freudien ne se confond pas avec un bagage inné, mais est constitué par une « énergie spécifique » (pulsionnelle) qui alimente déjà la sexualité infantile, ainsi que par des contenus et des représentations refoulés qui sont à leur tour des « représentations de la pulsion ». Il s'agit d'un « lieu psychique » et moins d'un lieu biologique où agiraient les attitudes instinctuelles innées. C'est le refoulement (infantile) sur l'arrière-fond de la poussée pulsionnelle constante (non plus régie par des cycles biologiques comme le rut et l'oestrus) et du vécu fantasmatique du sujet qui donne naissance à l'inconscient freudien. Il ne s'agit donc pas d'un inconscient cognitif, d'un « implicite cognitif », mais d'un inconscient qui est plutôt proche du fantasme et de l'affectif et est ainsi radicalement subjectif, même si ses mécanismes de fonctionnement sont « universels ».

Il serait évidemment passionnant de regarder de près s'il était possible de synthétiser ces deux conceptions de l'inconscient dans le but d'une plus grande unicité dans la compréhension du fonctionnement mental et psychique du sujet, c'est-à-dire conjuguer l'inconscient « affectif » de la psychanalyse avec les mécanismes cognitifs explorés par la psychologie cognitivo-comportementale.

NVB. Oui, et ici on s'approche de la troisième signification de l'inconscient dans le cadre conceptuel cognitivo-comportemental, notamment comme indication du degré d'accessibilité de contenus et de processus psychiques. Même les premiers behavioristes se rendaient compte qu'il y avait des processus et des contenus internes, mais on les considérait inaccessibles de façon fiable. Ils n'avaient pas confiance dans l'introspection et ils estimaient qu'on pouvait amener des changements dans le fonctionnement de la personne sans agir directement sur ces processus internes. Le changement pouvait s'effectuer à partir d'expériences vécues dans l'ici et maintenant et par la

voie de changements du comportement ouvert. Dans le courant cognitivo-comportemental actuel, l'introduction du concept de « schéma » de traitement d'information, emprunté à la psychologie cognitive, représente un développement important en ce qui concerne la place des processus psychologiques internes. Sur base de nos expériences de vie, nous construisons des représentations schématiques de nous mêmes, des autres et du monde, ainsi que des relations entre ces entités. Les éléments du schéma ont une signification cognitive et affective, et motivent à l'action. Ils sont non seulement le résultat de nos expériences passées mais aussi le point de départ de nos expériences futures. Ces schémas cognitifs constituent une partie importante de notre personnalité qui est définie comme un ensemble de *patterns* stables de réactions émotionnelles, cognitives et motrices. La phobie simple en est un bon exemple : suite à des expériences traumatiques avec des oiseaux et des apprentissages de type conditionnement classique et opérant, la personne développe le schéma cognitif que tous les oiseaux sont dangereux. Anticiper ou vivre la confrontation provoque de l'anxiété intense et motive à la fuite. Chaque personne phobique peut vous dire que ce traitement d'informations est profondément affectif et puissant comme moteur d'action.

SW. C'est peut-être le moment de reparler de la validité clinique. Comment cette conception d'un inconscient sous forme de réponse innée et de schéma de traitement d'information trouve-t-elle son entrée dans la clinique cognitivo-comportementale ? Nous savons que le travail psychanalytique, à l'aide de l'installation d'une relation transférentielle, vise à répéter d'abord, puis à rendre conscient des désirs, des fantasmes et des représentations pour que l'analysant trouve des voies à un réaménagement de ses scénarios internes. C'est ainsi, pensons-nous, qu'il peut gagner une certaine liberté par rapport à la compulsion à la répétition. Pour le « traduire » au sein de notre dialogue, pourrait-on dire que les cognitivistes cherchent à rendre conscients des schémas précoces de traitement d'information pour amener le patient à essayer autre chose dans sa vie de tous les jours ?

NVB. En partie oui. Les schémas cognitifs agissent implicitement et sont responsables de ce que vous appelez les compulsions de répétition. Les schémas en tant que tels sont

difficilement accessibles mais on peut y accéder indirectement par leurs produits, notamment les pensées, les émotions et les actes. Lorsqu'on suppose qu'un travail sur les schémas cognitifs est nécessaire, l'intervention consiste à expliciter les schémas sur base des expériences actuelles, à les remettre en question mais surtout à aider la personne à avoir des expériences correctives. Si on constate une similarité entre les concepts psychanalytiques de représentations inconscientes qui restent agissantes et les schémas cognitifs, des différences importantes subsistent. Le schéma cognitif des thérapies cognitivo-comportementales ne présuppose pas de dynamique spécifique autre que le besoin inné de donner du sens et d'augmenter la prévisibilité et la contrôlabilité de notre environnement. On ne s'attend alors pas non plus à un changement automatique en les rendant conscients ou explicites. Pour cela, des expériences correctives dans l'ici et maintenant sont considérées comme beaucoup plus efficaces.

SW : Vous dites « plus efficace », ce qui me fait penser au fait qu'une psychanalyse est une entreprise longue, qui dure plusieurs années et se base sur le déploiement d'une relation transférentielle, l'introspection, l'élaboration. L'histoire du sujet, son devenir, ses désirs refoulés, ses angoisses, ses potentialités sont considérés dans leur entièreté, et le symptôme avancé dans un premier temps par le patient est mis en parenthèse. « La guérison vient de surcroît », disons nous. La thérapie cognitivo-comportementale s'occupe du « symptôme » d'emblée et la prise en charge thérapeutique est très courte comparée à celle de la psychanalyse. Pour moi, l'idée de pouvoir « guérir » un adulte avec des angoisses relationnelles en dix séances, par exemple, est très déconcertante !

NVB. La durée moyenne d'une prise en charge cognitivo-comportementale dépend de l'objectif et des caractéristiques du trouble en question. Lorsqu'il s'agit principalement d'un syndrome clinique décrit sur l'axe I du système DSM-IV, l'objectif est d'aider la personne à travailler sur les variables qui suscitent et entretiennent une manière d'agir, de l'aider à sentir de quoi elle souffre et ce qu'elle veut changer. S'il s'agit plutôt ou aussi d'un syndrome d'axe II, c'est-à-dire un trouble de la personnalité, on vise plutôt un changement de schémas précoces dont on suppose qu'il sont responsables pour des problèmes qui envahissent plusieurs secteurs de vie ou qui se répètent

dans de temps. Dans le premier cas, la durée est moins longue, dans le deuxième on parle de prises en charges de plusieurs mois. Ceci est peut être aussi une différence importante entre les deux approches cliniques. Dans le cadre de la thérapie cognitivo-comportementale, l'objectif est souvent beaucoup moins ambitieux, on ne vise pas forcément un changement au niveau de la personnalité.

En négociation avec le client, l'objectif peut être un changement plus modeste qui, tout de même, représente une importante amélioration de la qualité de vie. Il n'est même pas exclu que des changements plus modestes contribuent petit à petit à des changements plus importants au niveau des schémas de base. Mieux gérer sa phobie peut changer la vision qu'on a de soi-même et diminuer l'anxiété dans une série d'autres situations.

SW. Concrètement : un patient vient consulter pour ses problèmes relationnels. Comment ses problèmes feront-ils apparition dans la séance en thérapie cognitivo-comportementale ? Souvent, une personne sait que ses relations ne se déroulent pas bien mais elle n'a pas d'idée du pourquoi. Comme vous le savez, c'est à partir de l'expérience transférentielle que l'analyste essayera de comprendre les enjeux inconscients de certaines attitudes du patient. Or l'idée de transfert et de sa prise en considération ne figurent pas dans les notions des thérapies cognitivo-comportementale, me semble-t-il.

NVB. La relation que le patient construit avec le thérapeute est un exemple du type de relation que le client tisse aussi avec d'autres personnes dans son environnement. Elle peut donc servir pour mieux comprendre la personne et son problème. Dans le cadre d'une bonne relation, on peut expliciter des éléments de la relation et en faire de la matière de travail. La relation thérapeutique est en plus un lieu sécurisant où le client peut expérimenter d'autres manières pour entrer en relation.

PP. Effectivement, en thérapie comportementale et cognitive, on exploite souvent les émotions vécues pendant la séance, tant par le thérapeute que par le client. Dans la mesure du possible, c'est-à-dire en fonction de ce que le client est prêt à entendre et à considérer, ces émotions sont explicitées et constituent un objet de travail thérapeutique. Dans ma pratique thérapeutique, j'ai, par exemple, plusieurs exemples constructifs

d'expression de colère de clients à mon égard. Dans le cadre sécuritaire de la relation thérapeutique, ils ont pu faire l'expérience que leur colère pouvait être entendue et faire l'objet d'un dialogue et être à la base d'une analyse de la situation, résultant finalement en une nouvelle manière de voir les choses.

SW. Ce que vous dites pourrait être copié d'un livre d'introduction aux processus de la thérapie analytique ! Mais je pense également à la notion de la « thérapie des schémas » qui a été introduite plus récemment (2003)⁵ en psychologie cognitivo-comportementale. Patrick de Neuter écrit à ce sujet : « Ces schémas précoces s'élaborent dans l'enfance et constituent des thèmes importants et envahissants pour le sujet. Ils sont composés de souvenirs, de cognitions et de sensations corporelles concernant soi-même et ses relations avec les autres. Ils se révèlent par une attention sélective vis-à-vis des éléments qui le confirment, par les interprétations personnelles, plus ou moins adéquates, de la réalité. Ils "se battent pour survivre" en ce sens qu'ils influencent les stratégies d'adaptation des individus : les gens se sentent attirés par les événements et par des personnes qui activent leur schéma central »⁶. J'aimerais bien poser avec lui la question suivante : n'y a-t-il pas là une surprenante convergence avec l'hypothèse psychanalytique concernant notre dépendance à l'égard de nos fantasmes privilégiés ?

NVB. Cette question se trouve justement dans le livre de J. Young sur les schémas précoces en thérapie cognitivo-comportementale. Cette convergence est en effet frappante, mais peut-être pas si étonnante. Young était un élève de Beck qui, comme tous les psychiatres en son temps, à eu une formation psychanalytique. Young et d'autres se sont inspirés de son expérience, et ils sont devenus des auteurs importants du courant cognitivo-comportemental. Ils ont développé toute une série d'heuristiques intéressantes pour comprendre certains troubles et pour les prendre en charge. Cela dit, il faut tout de même dire que ces concepts et méthodes ne se basent pas sur une validation empirique aussi solide qu'on pourrait le souhaiter.

SW. Je dois avouer que je suis quelque peu soulagée d'apprendre que, en situation clinique, alors que le thérapeute se retrouve face à un sujet avec sa singularité et sa complexité, pour les thérapeutes d'orientation cognitivo-comportementale également, la théorie que l'on souhaite claire et validée ne

5 Young, J.E., Klosko, J.S. et M.E. Weihaar (2003). *La thérapie des schémas*, trad. fr. 2005, De Boeck, Bruxelles.

6 « Normes, normalités et normativités contemporaines », in N. Frogneux et P. de Neuter (dir.), *Sexualités, normes et thérapies*, Approches interdisciplinaires des pratiques cliniques, Académia Bruylant, Louvain-La-Neuve, 2006, p. 162

s'avère plus aussi « infalsifiable » que l'on souhaiterait ! En psychanalyse, nous sommes constamment occupés à nous agiter pour adapter notre théorie à des cas « imprévus ». Tous ces congrès psychanalytiques, tous ces articles, tous ces bouquins autour de l'héritage de Freud témoignent, me semble-t-il, du fait clinique que chaque individu nous contraint à repenser les « acquis » de la théorie.

NVB. Il est vrai qu'actuellement nous dirigeons notre intérêt pour les schémas et les processus cognitifs vers la position que prend le sujet par rapport à eux : l'idée que la « position méta-cognitive » qu'un sujet prend par rapport à sa vie intérieure joue un rôle important.

PP. Effectivement, dans les dernières années, un nouveau changement de paradigme voit le jour dans l'univers des thérapies comportementales et cognitives : l'approche méta-cognitive. Celle-ci se démarque des approches comportementales ou cognitives qui toutes deux visent à modifier les émotions et pensées dites dysfonctionnelles. Les thérapeutes cognitivo-comportementalistes cherchent à apprendre à leurs clients des outils et des manières de faire, afin d'éradiquer leurs pensées et perceptions irrationnelles, ou afin de supprimer les émotions qui les font souffrir. L'approche méta-cognitive prend le contre-pied de cet aspect 'interventionniste', en proposant, non pas de changer les émotions et les pensées, mais plutôt de changer notre attitude, notre position existentielle par rapport à celles-ci. Il s'agit d'accepter qu'elles sont là, comme des productions de notre esprit, de notre manière de vivre et de ressentir les choses qui s'est constituée à travers de multiples expériences. Mais il s'agit aussi de réaliser qu'il ne s'agit que d'une manière de voir les choses, de les vivre et de les ressentir, que l'on peut s'offrir la liberté d'explorer nos expériences afin d'en découvrir d'autres significations. Et c'est de ce travail que naît le changement. L'approche méta-cognitive est donc basée sur la position dialectique, apparemment paradoxale, que c'est en n'acceptant pleinement qui on est réellement, qu'on peut changer et évoluer. Le changement émotionnel passe par la reconnaissance et l'acceptation de l'émotion. Ce nouveau paradigme a fortement rapproché les thérapeutes cognitivo-comportementaux de la tradition humaniste en psychothérapie.

SW. Je crois que dans un avenir peut-être moins éloigné que l'on ne croit, nous pouvons nous attendre à des évolutions

très intéressantes des différents courants qui vont très probablement se rapprocher sans pour autant s'effacer mutuellement. Je rappelle ici que Jean Laplanche ou Daniel Widlöcher, du côté de la psychanalyse, travaillent depuis un certain temps dans ce sens.

Peut-être est-ce justement à l'université, l'endroit universel dans son idéal et, en principe, à l'écart des susceptibilités de clans, que des discussions fructueuses pourront avoir lieu dans l'avenir.

Résumé Deux psychologues d'orientation cognitivo-comportementale et une psychanalyste discutent de leurs compréhensions respectives du concept de l'« inconscient ». Dans ce dialogue « entre courants » il est question des différences dans les approches, mais également des niveaux de théorisation où des convergences deviennent évidentes.

Mots clés inconscients, compréhensions différentes, dialogue interdisciplinaire, rapprochement possibles.

Summary Two behavioural and cognitive orientated psychologists and one psychoanalyst discuss about their different understandings of the concept of the “unconscious”. In this dialogue “between schools” the differences in the approaches will be stressed, but also the theoretical levels where we can see convergences.

Keywords unconscious, different comprehensions, interdisciplinary dialog, possible interferences.
