

CONSULTATION DE PSYCHOLOGIE ET CHANGEMENT.

Par : Suzanne MAZELLA
Psychologue clinicienne
de la Santé Publique.

Une recherche effectuée sur 3 cas d'enfants de notre consultation de psychologie -pour lesquels nous avons obtenu un changement important nous a permis de préciser la dynamique de changement de notre façon de conduire la consultation, et de poser les bases d'une théorisation d'une forme d'intervention psychologique suivie à visée thérapeutique.

Nos 3 cas appartenaient au milieu urbain socio-culturel modeste encore très proche du code traditionnel.

La consultation de psychologie est alors une situation nouvelle pour l'enfant et sa famille.

L'enfant de ce milieu, vivant au sein d'une fratrie souvent nombreuse, se trouve individualisé : ses parents ne viennent que pour lui, il est question de son existence personnelle; la psychologue au cours des séances est seule avec lui, n'est là que pour lui. Or, la relation traditionnelle adulte-enfant est une relation de distance au sein de laquelle -à la limite extrême- "l'adulte sait, lui ignore; l'adulte peut, il doit; l'adulte commande, il obéit; l'adulte pense, il reproduit; l'adulte parle, il écoute; l'adulte agit, il subit" (1). Tandis qu'en situation d'examen psychologique, "on demande à l'enfant de savoir, de pouvoir, de penser, de parler et d'agir. De plus, il découvre un adulte qui écoute, attend et à la limite apprend quelque chose de lui" (1). On demande donc à l'enfant élevé dans le code traditionnel de se situer d'emblée dans le code moderne.

Pour tenter de dépasser le blocage que crée cette situation nouvelle, nous établissons une relation infra-verbale chaleureuse pour obtenir les meilleurs résultats de l'enfant.

Et, lorsque, dépassant l'examen psychologique dans une visée thérapeutique, nous prolongeons au cours d'une succession de séances cette

(1) BENDOUNICHE Samia : "Pratique actuelle de la méthode des tests en Algérie", Psychologie française (1980), tome 25, n° 3-4, p. 267.

forme de relation, elle structure la consultation en situation transférentielle, dans laquelle le transfert libidinal, ou le simple transfert de sentiments positifs, établissent l'enfant dans la confiance et "l'adhésion affective"(1) à la psychologue. Nous travaillons alors dans ce transfert pour obtenir un changement, dont nous verrons plus loin la nature et les processus.

Pour la famille, la consultation entraîne aussi un changement. Par l'attitude de la psychologue vis-à-vis de l'enfant, par l'individualisation de celui-ci du sein de la fratrie, par la réflexion demandée sur l'histoire de son développement, par l'évolution de l'enfant au décours des séances, le regard sur lui change et donc en même temps la relation à lui. Les parents l'investissent d'une façon nouvelle, et cette nouvelle relation parentale à l'enfant renforce son changement.

Ce processus est d'ailleurs facilité par les entretiens de la psychologue avec les parents qui les aident à ajuster leurs attitudes relationnelles et éducatives.

Ils commencent à comprendre que l'enfant n'est pas un être qui "pousse tout seul" pourvu qu'il soit bien nourri, bien vêtu et bien soigné physiquement; ils commencent à entrevoir l'importance de leur implication relationnelle.

Et du mode de relation à l'enfant et de la conception de ce qu'il est, correspondants au code traditionnel, les parents commencent à accéder à ceux du code moderne - ce code qui correspond davantage à la réalité de la famille nucléaire inéluctablement engendrée par l'urbanisation, même si les liens avec la grande famille restent très forts.

Quelle est la nature du changement qui s'opère chez l'enfant, et quels en sont les processus?

Le changement est un changement de comportement observable dans la consultation et dans la vie familiale et sociale de l'enfant.

Guardia, présentée à la consultation à 7 ans pour "un retard sco-

(1) - DOLTO Françoise : *Psychanalyse et pédiatrie* (Paris, Seuil, 1971) P.145

laire", s'intéresse à l'activité scolaire et y fait des progrès; Karim consultant à 6 ans 1/2 pour "un retard intellectuel et staturopondéral importants" avec un retard massif du langage, commence à parler et à progresser dans ses réalisations; Salima, présentée à 9 ans pour suspicion d'anorexie mentale retrouve l'appétit et prend du poids en peu de temps.

Ces changements dans les comportements correspondent à des changements à l'intérieur de l'appareil psychique de chaque enfant.

En fait, les motifs de la consultation recouvraient pour Guardia une dysharmonie évolutive à versant névrotique, pour Karim une déficience dysharmonique évolutive à versant psychotique et pour Salima, des traits névrotiques dans l'organisation de sa personnalité.

Notre recherche a montré que les changements obtenus à l'intérieur de l'appareil psychique de ces trois enfants consistent en un changement de l'équilibre dynamique de la personnalité et en un changement structural partiel.

Le changement de l'équilibre dynamique de la personnalité réside en une nouvelle circulation de l'énergie psychique qui permet des investissements positifs pour la reprise du développement de la personnalité.

Le changement structural partiel concerne la perception de soi au niveau du moi dont l'intégration est alors renforcée, et certaines représentations au niveau de l'inconscient.

Quant aux processus de ces changements nous les identifions à 2 niveaux : le niveau interne et le niveau externe.

Au niveau interne, dans l'organisme psychique de l'enfant, le psychologue (étant femme dans ces cas, donc imago-maternelle possible) devient objet d'investissement fantasmatique.

L'énergie libidinale de l'enfant est alors mobilisée par ce transfert en se libérant - au moins en partie - des fixations qui la liait. Le "travail" dans ce transfert permet alors l'investissement de nouveaux objets, ou l'investissement positif d'objets investis négativement; et cela dégage l'enfant de la fixation possible sur la psychologue - imago-

maternelle.

Il y a, alors, simultanément, réparation de l'image maternelle (nécessitée par les carences affectives maternelles vécues à des degrés différents par ces 3 enfants), et reprise du processus de développement.

La consultation de psychologie a donc été pour eux, un espace transitionnel de réparation et de restauration.

Le niveau externe des processus de changement -ce qui rend possible le processus interne- est celui de l'intersubjectivité. En effet, la "consultation" est structurée comme situation transférentielle qui mobilise l'énergie libidinale, par la manière d'être de la psychologue, et plus précisément les caractéristiques de sa relation. Cherchant à identifier ces caractéristiques,, nous avons constaté qu'elles correspondent aux concepts définis par C. ROGERS à propos de la relation thérapeutique de la psychothérapie non-directive : la "considération positive inconditionnelle", l'acceptation de l'enfant tel qu'il est, la permissivité, la "compréhension empathique". Ces caractéristiques de la relation de la psychologue à l'enfant, engendrent une "atmosphère de chaleur et de sécurité" (concept rogérien) qui favorise le transfert libidinal de l'enfant.

Et, le travail dans ce transfert, travail qui va permettre l'investissement de nouveaux objets ou l'investissement positif d'objets investis négativement, consiste surtout à maintenir cette atmosphère de chaleur et de sécurité à travers la médiation d'activités et de jeux qui sont des lieux de projections. Il consiste aussi à pratiquer des interventions verbales. Celles-ci ne sont pas des interprétations en profondeur telles que celles du psychanalyste; mais ce sont surtout des verbalisations de ce que représente l'enfant dans son jeu, de demandes implicites, d'affects..., qui aident la prise de conscience par le moi.

Ce sont aussi, selon le cas de l'enfant, des encouragements à choisir, à faire, à exprimer verbalement, des valorisations de ce qu'il fait. Ces interventions le font exister personnellement, encouragent le désir de grandir en permettant l'investissement positif de l'image de soi.

Ce sont enfin, dans certains cas, des informations ou transmissions de connaissances (en général, dans le domaine de la sexualité) qui lèvent

la culpabilité et l'angoisse qui s'y rattachent et qui ont pu bloquer le développement affectif.

Voilà donc définie une technique d'intervention psychologique à visée thérapeutique, possible dans les consultations de psychologie dans certains cas et sous certaines conditions.

Quels sont ces cas, c'est-à-dire, quelles sont les indications de cette forme d'intervention?

Sans avoir fait une recherche pour répondre à cette question, nous pensons que cette forme d'intervention peut amener un changement thérapeutique important dans les cas de troubles ou de déficits du développement de la personnalité dus à une carence affective plus ou moins importante, à des perturbations de la relation mère-enfant, dans les cas de retard de langage chez les enfants de 3 à 5 ans non débiles, dans les cas des troubles réactionnels. Le changement obtenu constitue alors une prévention des névroses et des psychoses.

Dans les cas de névroses et de psychoses déjà structurées, à défaut d'analystes pour les traiter, cette forme d'intervention peut être tentée et donner des résultats non négligeables, éventuellement dans un travail en collaboration avec le psychiatre.

Si notre recherche a porté sur des cas issus du milieu socio-culturel modeste, nous pratiquons aussi cette intervention avec des enfants de milieux socio-culturels élevés, où le code moderne est vécu, d'ailleurs non sans une dialectique difficile entre celui-ci et le code traditionnel dans lequel les parents ont grandi.

Ces enfants n'ont pas les mêmes problèmes que les premiers, vis-à-vis de l'adaptation à la situation de consultation de psychologie; ils ont une relation plus spontanée et un meilleur niveau de verbalisation. Notre technique reste valable, mais les interventions verbales du psychologue prennent plus d'importance, et les "verbalisations" se rapprochent parfois de l'interprétation. Pour les parents de ces milieux, la consultation constitue un lieu où l'on tente d'ajuster les relations parentales et les conduites éducatives à la connaissance psychologique du développement de l'enfant, la plupart du temps méconnue, un lieu d'adaptation du code moder-

ne en fonction des réalités socio-culturelles algériennes, un lieu peut-être d'intégration des deux codes.

Enfin, quelles sont les conditions requises de la part du psychologue pour cette pratique, quel que soit le milieu dont est issu l'enfant?

Puisque c'est la manière d'être du psychologue, les caractéristiques de sa relation qui structurent la situation de consultation en situation transférentielle; puisque c'est par cette manière d'être, par les caractéristiques de sa relation que le psychologue peut faire ce travail dans le transfert, travail qui amène le changement, il est évident que c'est avant tout la personnalité du psychologue et la maîtrise de sa relation qui sont en cause.

En effet, il est facile d'établir une situation transférentielle. Mais ne pas s'y installer, ne pas y installer l'enfant et au contraire l'amener à d'autres investissements, à son autonomie, est plus difficile.

Outre la "maturité émotionnelle" définie par C.ROGERS, cela demande de la lucidité sur la situation d'interaction entre le psychologue et l'enfant, entre le psychologue-l'enfant et la famille; une grande lucidité sur soi-même, afin que soit évitée toute projection personnelle. Cela demande une grande attention à ce qui se passe dans cette situation d'interaction, au contenu talent du discours verbal ou infra-verbal de l'enfant, de toutes ses productions. Cette attention est la condition de la compréhension empathique, tout aussi nécessaire. L'une et l'autre, permettent alors de repérer et d'utiliser les moments sensibles, ceux par exemple, où le psychologue devra établir une certaine distance, frustrer l'enfant de la satisfaction qu'il cherche dans le réel, tout en gardant les qualités de la relation qui vont lui permettre de bien tolérer la frustration et de rechercher alors la sublimation, c'est-à-dire l'investissement d'autres objets; ou encore, les moments sensibles où l'intervention verbale est nécessaire pour faire avancer la prise de conscience.

Nous adhérons aux définitions des concepts de C.ROGERS de ce qui donne valeur thérapeutique à la relation : ce sont les "qualités affectives" de "compréhension empathique", de permissivité (1), de "respect

(1) - Nous pensons que "permissivité", mot maintenant admis dans la langue française, traduit mieux le terme rogerien "permissiveness" que "tolérance" qu'a employé à regret G.M. KINGET, cf. T.I, p. 138 de l'ouvrage cité ci-après :

inconditionnel", d' "acceptation"(1).

Ce sont les mêmes qualités que MAZET et HOUZEL (2) définissent avec d'autres termes en faisant des conditions de la première qualité qu'ils énoncent : la disponibilité à l'enfant.

Mais si les qualités de la relation sont nécessaires, elles ne sont pas suffisantes : des connaissances théoriques solides, toujours à approfondir, sont indispensables, ainsi que la lecture fréquente de ces cliniques et de cas de psychothérapies.

Parmi les théories du développement de la personnalité et de sa pathologie, parmi celles qui sous-tendent les psychothérapies, le psychologue praticien doit choisir son cadre de référence qui lui permet de comprendre les cas à traiter et de mener à bien son intervention psychologique.

Personnellement, sans que notre intervention soit psychanalytique, ni tout à fait rogérianne, nous nous référons à la théorie psychanalytique pour suivre et comprendre ce qui se passe à l'intérieur de l'appareil psychique et à la psychothérapie rogérianne pour ce qui est du changement qui se produit par l'intersubjectivité.

Enfin, tout aussi indispensable que les qualités de la relation et le niveau des connaissances, est l'échange avec d'autres psychologues cliniciens, et le contrôle en groupe de psychologues ou au moins à deux.

Pour conclure, nous voulons souligner combien le changement thérapeutique est lié au changement social.

Dans leur vécu, les psychologues algériens sont, eux aussi, confrontés à la dialectique entre le code traditionnel et le code moderne, tandis que dans leur fonction ils sont des utilisateurs du code moderne.

N'y a-t-il pas alors une dialectique entre leur vécu et l'exercice

(1) - ROGERS C. et KINGET G.M. - Psychothérapie et relation humaines (Paris, Nauwelaerts, tome I, 1976) p. 124 et suivantes.

(2) - MAZET Ph. et HOUZEL D. - Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Paris, Maloine S.A. éditeur, 1983), T. II, p. 233.

de leur fonction qui les place au coeur de la recherche implicite et explicite d'une intégration satisfaisante des deux codes? *

BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE

- AXLINE (Virginia). - Dibs (Paris, Flammarion, 1ère éd. 1967, éd. 1980).
- BENOUNICHE (Samia). - "La pratique actuelle de la méthode des testes en Algérie", Revue de Psychologie Française (Paris, 1980, tome 25; n° 3-4).
- DOLTO (Françoise). - Psychanalyse et pédiatrie (Paris, Seuil, 1971).
- FREUD (Anna). - Le traitement psychanalytique des enfants (Paris, P.U.F., 1975).
- KLEIN (Mélanie). - La psychanalyse des enfants (Paris, P.U.F., 1ère éd. 1959, éd. 1975).
- LAPLANCHE (Jean) et PONTALIS (J.B.). - Vocabulaire de la psychanalyse (Paris, P.U.F., 1ère éd. 1967, éd. 1976).
- MAZELLA (Suzanne). - La dynamique d'une consultation de psychologie pour enfants à Alger. Contribution à l'étude du changement. (Alger, O.P.U., 1984).
- MAZET Ph. et HOUZEL D. - Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Paris, Maloine s.a., 1981, vol.2).
- MONOD (Mireille) - "L'intervention psychologique chez l'enfant", Bulletin de psychologie n° spécial, Psychologie clinique. III : "La dynamique de l'intervention psychologique" (Paris, 339, tome XXXIV, 1978-1979, janvier-février 1979).
- ROGERS (Carl) et KINGET (G.Marian). - Psychothérapie et relations humaines (Paris, Nauwelaerts, tome I, 1976, tome II, 1977).
- WIDLOCHER (Daniel). - Freud et le problème du changement (Paris, P.U.F. 1968)