



Le mouvement empathique chez le thérapeute

Une rubrique bimestrielle pour comprendre les concepts utilisés en psychiatrie... de la pratique vers la théorie et de la théorie vers la pratique. Un double mouvement.

SOPHIE BARTHÉLÉMY

Psychologue clinicienne, chargée d'enseignement à l'université d'Aix-Marseille I.

■ Au cours de nos entretiens, Amélie s'interrompt régulièrement pour me faire remarquer que je n'ai pas relevé tel ou tel propos pourtant « ingénieux » qu'elle a énoncé, ce qui me fait éprouver un rejet massif de cette patiente... Inversement, quand René évoque son divorce, je peux me sentir proche de lui parce que j'ai eu moi-même à affronter une séparation difficile il y a quelques années... Si le processus empathique n'est pas à l'œuvre dans ces deux situations, elles peuvent néanmoins nous permettre de le comprendre.

DÉFINIR L'EMPATHIE

L'empathie est un concept au carrefour de plusieurs disciplines : médecine, philosophie, psychologie ou éthique. L'empathie trouve essentiellement son origine dans le courant humaniste, comme clef de la relation thérapeutique. Elle procède d'un mouvement identificatoire et d'une prise de recul : « *Comprendre le monde intérieur du patient comme s'il était le sien* » (Rogers, 1963), du point de vue tant cognitif qu'affectif. Elle permet au clinicien de se faire une représentation du monde interne du patient. Ainsi, l'empathie n'est pas étrangère au mécanisme d'identification, en l'occurrence une identification partielle et temporaire. Berger (1987) la définit comme « *un état émotionnel vécu par le thérapeute au contact avec son patient comme sujet* ». Nous devons la différencier de la sympathie : l'empathie permet de « *se mettre à la place de l'autre* », sans forcément éprouver ses émotions. La sympathie permet d'éprouver les émotions sans forcément être dans la compréhension. Il faut être vigilant : le « trop d'empathie » (compassion, contagion émotionnelle, sympathie...) peut être un frein à l'autonomisation du patient et au lien thérapeutique : cela peut être le cas du patient qui, dans la confiance,

a livré beaucoup et se trouve envahi d'un sentiment de honte et de culpabilité. Il faut trouver une « juste » distance qui permette la rencontre avec le patient. Et l'on sait combien il est facile de projeter ses émotions personnelles sur le patient et ne plus être disponible pour accueillir sa parole. Ainsi s'identifier n'est pas devenir identique, c'est parvenir à introjecter des parties de l'autre. L'empathie permet alors d'approcher la manière dont René vit la séparation conjugale et d'entendre ce qu'il y injecte de son histoire, ou de comprendre que la façon dont Amélie attire l'attention de l'autre est un moyen de le retenir auprès d'elle.

Lipps (1883) parle de « *résonance* » en prenant l'image de l'ajustement entre le sac à dos et le corps de son porteur. Être dans l'écoute et accueillir la souffrance du patient permet de chercher les mots adéquats pour ouvrir au dialogue. Lebovici (1994) parle d'« *empathie métaphorisante* ».

DU PARTAGE À L'EMPATHIE

Carlioni (1984) établit un parallèle avec le toucher physique, l'empathie étant un « *contact psychique* », consistant à observer et sentir les émotions et les dispositions psychiques de l'autre. Nous devons porter attention à la distance froide et défensive. À ce propos, Bolognini (2006) reprend les paroles d'un de ses patients à ses débuts : « *Docteur, vous m'apparaissez aujourd'hui comme un de ces nobles qui, par charité chrétienne, servaient les pauvres à table, mais se gardaient bien de s'asseoir et de manger avec eux!* » (*ibid.*, p. 96). En effet, nous ne décidons pas d'être empathiques. *A priori*, nous ne connaissons pas la manière dont nous allons partager ou pas quelque chose avec le patient. Les positionnements psychiques qui nous le permettent sont souvent bien loin des idéaux thérapeutiques.

La rencontre se fait souvent malgré nous, parfois au moment où l'on se sent le plus démuné et bien loin d'un quelconque mouvement théorisant. Dans ce sens, Bolognini (2006) fait du « *partage* » le précurseur de l'empathie : le partage se fait dans le lâcher-prise et la spontanéité, tandis que l'empathie permet ensuite le travail d'élaboration, permettant de sentir et de penser au sujet du patient. Si le clinicien peut par exemple partager l'idée de mort d'un patient paralysé qui vient de faire une tentative de suicide, l'empathie lui permettra peut-être aussi d'entendre la part vitale qui le conduit à le rencontrer régulièrement depuis déjà quelques semaines. Nous sommes donc bien loin d'un processus empathique qui serait intentionnel de la part du clinicien, l'empathie n'arrivant souvent qu'après une période de non-compréhension et de confusion.

Le patient pourra s'identifier à ce mouvement de prise de distance du clinicien et commencer à s'entendre dire et à s'interroger sur lui-même. En effet, porter un regard plein d'intérêt sur quelqu'un qui se dévalorise peut déjà être un premier pas à partir duquel le sujet va pouvoir s'identifier à une personne de valeur. Dans ce sens, l'empathie va de pair avec la bienveillance, nécessitant une acceptation du patient sous toutes ses facettes. Il ne s'agit en rien d'être en accord avec ses actes ou de répondre littéralement à toutes ses demandes, mais de mettre de côté ses certitudes et garder une attitude réceptive.

Par ailleurs, le thérapeute doit savoir repérer ce qui se passe en lui, afin de prendre confiance dans l'accueil qu'il peut accorder à l'autre. Nous devons expérimenter et vivre les choses « au-dedans » avant d'y accéder du sens. Nous devons ainsi voir l'empathie moins comme un état qu'un processus en mouvement, intermédiaire entre identification et différenciation, entre partage et secondarisation.

BIBLIOGRAPHIE

- Bolognini, S. (2006). *L'empathie psychanalytique*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Berger, D. (1987). *Clinical empathy*. Northvale : J. Aronson.
- Carlioni, G. (1984). *Tatto, contatto e tattica*, Riv. Psicoanal., 30, 191-205.
- Lipps, T. (1883). *Grundtatsachen des Seelenlebens*. Bonn : Cohen.
- Lebovici, S. (1994). *Empathie et « enactment » dans le travail du contre-transfert*. RFP, LVIII, 1551-1561.
- Rogers, C. (1963). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.