

Estelle Guerdoux^{1,2} & Sophie Cade^{1,3}

¹ Psychologue Clinicienne spécialisée en Neuropsychologie

² Clinique du Millénaire ; Laboratoire D.C.A., J.E. 2517, Université Paul Valéry de Montpellier 3

³ Centre Hospitalier de Béziers, Service de Neurologie

Force est de constater que l'enseignement de la psychologie est rattaché tour à tour aux facultés de sciences, de philosophie, de lettres ou même de médecine. Les laboratoires de recherche en Psychologie apparaissent eux aussi traversés par cette même diversité de tendances, d'objets et de méthodes. En fait, la psychologie clinique porte en elle les germes de cet élargissement puisque c'est elle qui pose la question de la démarche clinique, de sa définition, de ses conditions de possibilités, et par là, de ses limites. Bousculée par l'explosion des nouvelles disciplines cartésiennes, la psychologie clinique crie et se décrit d'un nouveau sens. Dans les pas de Daniel Lagache, nous tâcherons de décrire quel rapport entretient la neuropsychologie à la psychologie clinique, à travers ses méthodes, ses théories, mais aussi ses faiblesses.

1. La démarche clinique au cœur de la neuropsychologie : l'importance de la relation

Ce qui définit en premier lieu l'aspect clinique dans le travail de psychologue est bien à notre sens la rencontre avec l'Être Humain et l'Écoute, celle qui lui est offerte en un espace défini. Il s'agit ici de cette écoute au pied du lit du patient, celle qui s'apprend, se maîtrise, s'acquiert de plus en plus finement au fil d'années d'expérience et de rencontres, de travail de supervision. Ainsi, d'emblée nous défendrons l'idée d'une profonde unité de la psychologie clinique, caractérisée par une observation et une écoute qui lui sont singulières, et qui n'exclut pas les apports méthodologiques et théoriques issus de disciplines voisines.

Par essence, la neuropsychologie clinique vise comme objectif premier la connaissance et la compréhension de la personne totale en situation et en interaction. Si elle s'emploie à cerner une dynamique et un fonctionnement psychique propres à une singularité irréductible, elle n'en appelle pas moins à la notion de cadre. Il est défini par la spécification des rôles et des attentes des partenaires, ainsi que par les conditions de la rencontre. Il parle du dispositif et de la prise en compte de la demande ou de la non-demande pour en faire ressortir les objectifs. Il est par là même ce qui permet la véritable rencontre entre le Sujet et le psychologue et qui permet la « bonne distance ».

Ainsi la neuropsychologie clinique s'inscrit comme la spécialité de la psychologie alimentée d'une part par la rencontre avec un sujet particulier et singulier, dans un cadre précis et une demande spécifique, et d'autre part, par l'approche stricto-sensu de la neurologie médicale de l'Être, tant dans son caractère anatomo-fonctionnel que neuropathologique. En s'intéressant aux fonctions mentales supérieures dans leurs rapports avec les structures cérébrales, elle reste par nature la rencontre avec un Sujet « patient », où l'écoute, le savoir et l'expérience s'allient à une observation précise.

2. Le bilan neuropsychologique au cœur de la clinique : l'importance de la démarche

La démarche clinique en neuropsychologie s'inscrit dans une double perspective comprenant la connaissance des changements comportementaux imputables aux modifications cérébrales, et l'interprétation des observations cliniques au regard de modèles théoriques cognitifs et psychopathologiques. Le bilan neuropsychologique à visée diagnostique s'inscrit en effet dans le cadre des missions de promotion de l'autonomie de la personnalité, au moyen d'une démarche préventive élaborée de manière propre au psychologue. À cet égard, et dans l'intérêt du patient, l'acte de bilan neuropsychologique à visée diagnostique ne peut faire l'économie d'au moins cinq étapes : l'entretien clinique, l'évaluation des fonctions cognitives, l'interprétation des matériaux cliniques, l'orientation de la prise en charge et la transmission des écrits.

En effet, le psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie inaugure toujours son bilan par un entretien semi-dirigé qui aboutit à la conception d'objet et l'élaboration d'hypothèses quant au fonctionnement psychique du patient. Faut-il le rappeler, l'utilisation de cet outil de diagnostic et de thérapie dirigée vers une personne en souffrance serait vaine sans l'association de l'écoute et de l'observation du psychologue formé à cette méthode active partant de la perception. Autrement dit, cet entretien clinique semi-dirigé vise, outre à déterminer le cadre et à approcher de la demande latente via la demande manifeste, à réaliser une anamnèse tout en créant un lieu de confiance et un espace d'accueil, en appréciant l'humeur et la dynamique psychique première du patient. Rappelons par ailleurs que l'entretien est en soi, non pas une thérapie, mais le lieu de décharge émotionnelle momentanée, qui peut permettre de réduire des tensions et autoriser le travail véritable dans l'approche du Sujet. Ainsi, cette question de la subjectivité nécessite une formation solide du psychologue.

Nos propos peuvent parfaitement être illustrés par l'exemple de la plainte mnésique. Face à une doléance explicite d'une baisse subjective des capacités de mémoire dans la vie quotidienne, le psychologue peut formuler par exemple deux hypothèses. D'une part, les symptômes actuels pourraient trouver leur origine dans une étiologie fonctionnelle : par exemple dans la présence d'un conflit psychique passé non résolu et réactualisé lors d'un événement, ou, plus simplement dans une fuite des idées face à une charge émotionnelle trop importante pour les ressources attentionnelles du patient. D'autre part, il est envisageable d'être dans le cas d'une altération objective de la mémoire, débouchant sur une perte d'estime de soi, et qui s'origine dans une étiologie organique. L'état émotionnel du patient serait dans ce cas là la résultante d'un déficit cognitif. L'entretien clinique inaugural du bilan neuropsychologique va permettre ici au clinicien non seulement d'accueillir la plainte mnésique du Sujet mais aussi de déterminer le choix des tests qu'il va par la suite administrer pour étayer son hypothèse. L'association entre psychologie clinique et psychologie cognitive, dans le cadre du bilan neuropsychologique, permet dans notre exemple d'éviter les écueils inhérents à chacun de ces domaines : une minoration de l'origine neurologique de la plainte du fait d'une structure de personnalité névrotique, ou, au contraire, une majoration de l'intensité des troubles du fait d'une lecture purement psychométrique de ses derniers.

3. Psychologie expérimentale, cognitive et clinique : l'importance du référentiel théorique

Fort des éléments issus de l'entretien clinique, le psychologue engage ainsi l'évaluation des fonctions cognitives proprement dites, au moyen d'une batterie de tests. Dans la mesure où l'objet de la psychologie cognitive n'est pas directement observable, la structure et le fonctionnement de la cognition est inférée à partir des réponses produites en réaction à des modifications de l'environnement. Toutefois, la méthode expérimentale, privilégiée comme méthode de validation, ne permet pas toujours d'expliquer les relations fonctionnelles entre les faits empiriques, ni même la structure qui les organise. Pour y palier, la psychologie cognitive a recours à la modélisation. Ces modèles cognitifs, issus d'une psychologie expérimentale, sont ainsi indispensables pour pouvoir établir un diagnostic différentiel, notamment sur la base d'un étalonnage respectant le groupe d'âge et le niveau socio-culturel. L'approche analytique de la cognition est ainsi aujourd'hui la charpente des évaluations neuropsychologiques. Cette évaluation systémique permet d'estimer la participation réciproque de la structure psychopathologique du sujet et de son fonctionnement cognitif à une plainte spontanée ou rapportée. Néanmoins, différencier ce qui dans la plainte relève de la sphère cognitive ou affective, tout en considérant leur intime intrication, nécessite l'apport de modèles théoriques différents.

Nous caressons ici le problème précis et brûlant des référents théoriques du clinicien, du rapport de la démarche clinique à la psychanalyse et à la psychologie expérimentale.

Rappelons que la finalité de la psychologie cognitive est d'élaborer un modèle général du fonctionnement mental permettant de prédire et d'expliquer le comportement de l'humain en interaction avec son environnement. Cette approche fondamentale de la cognition offre ainsi au clinicien des médiateurs, les modèles, qui lui permettent de faire des hypothèses afin d'identifier les variables cognitives sous-jacentes à la plainte de leurs patients. La psychologie cognitive s'appuie sur

une démarche expérimentale (hypothético-déductive) consistant en la formulation d'hypothèses et la confrontation de ces hypothèses aux données du terrain. D'un autre côté, Daniel Lagache fonde une « psychologie clinique » centrée sur l'étude des conduites individuelles, envisagées dans une conjoncture socio-affective et culturelle déterminée, utilisant à la fois des techniques psychométriques, une compréhension phénoménologique et une interprétation d'inspiration psychanalytique. Dans son ouvrage de 1949, il montre qu'une véritable psychologie ne peut-être que clinique. La psychologie clinique doit ainsi utiliser ces diverses approches dans une démarche synthétique centrée sur la subjectivité et l'intersubjectivité de l'homme.

Or, les évaluations neuropsychologiques qui sont réalisées et dirigées vers une hypothèse de travail dans le champ précis dans lequel elles s'appliquent, donnent ensuite lieu à une restitution enrichie d'une analyse inspirée de l'approche multifactorielle cognitive mais aussi de l'approche psychanalytique, sans s'y contraindre. Cela passe par exemple par l'observation de mécanismes de défense pour ne citer qu'eux, et en tout cas par une démarche clinique où l'exportation de concepts tels que le transfert/contre transfert est en acte dans la rencontre clinique.

La neuropsychologie clinique peut donc être annoncée comme la discipline de la psychologie clinique appliquée où la recherche et l'activité clinique sont liées dans un champ commun. Elle permet la naissance d'un langage qui s'enrichit en permanence de l'une et de l'autre de ces disciplines. Vivre une situation n'est pas en prendre une connaissance objective et sèche, c'est déjà y réagir, au moins par une attitude.

4. La clinique au coeur de la réhabilitation cognitive : l'importance de l'environnement

L'approche clinique est ainsi la plus adaptée à l'étude de la conduite humaine concrète. La clinique a essentiellement une fonction de prospection et d'application, l'expérimentation représentant un des stades de l'investigation scientifique. Ainsi en neuropsychologie, l'expérimentation et la clinique se prêtent un appui mutuel évident. Sur un autre versant, la réhabilitation cognitive s'inscrit elle aussi pleinement au cœur de la clinique telle que Lagache l'entend. Pour lui, la psychologie clinique doit s'intéresser à l'homme in vivo, c'est à dire dans son environnement naturel, avec pour objet l'étude de la conduite humaine individuelle et de ses conditions, en un mot l'étude de la personne totale en situation. Dans une visée davantage thérapeutique, la prise en charge des troubles cognitifs par le clinicien répond bien à cette définition. En effet, il demeure primordial de fonder la réhabilitation cognitive sur une évaluation préalable qui poursuit un triple objectif : identifier les niveaux du fonctionnement cognitif qui sont affectés (tant en terme de processus que de systèmes), déterminer les capacités de faire-face et comprendre l'impact de ces déficits dans la vie quotidienne du patient (vie familiale, professionnelle, amicale, etc.). Les axes que définira le thérapeute pour sa réhabilitation seront déterminés sur la base de cette double contrainte : la pertinence théorique des objectifs poursuivis et des méthodes utilisées, et leur adaptation compte tenu des handicaps rencontrés dans la vie quotidienne. Autrement dit, la finalité de l'évaluation neuropsychologique doit dépasser l'approche exclusive diagnostique qui consisterait à réduire le sujet à une simple catégorie. L'évaluation doit permettre la proposition de prise en charges individuelles et multidimensionnelles, l'application de concepts théoriques et la mise en place de recherches scientifiques.

5. Neuropsychologie et psychologie clinique : une position fragile

Nous l'avons vu, l'interaction et la tension particulière qu'entretiennent le Sujet et l'objet dans la pratique et la recherche de la neuropsychologie clinique apportent des heuristiques du fonctionnement psychique humain indéniables. En même temps, ils en font sa propre fragilité, parce qu'ils posent la question de la place de la subjectivité dans notre fonctionnement social et sociétaire. Cette interrogation nous amène à plusieurs remarques.

En premier lieu, force est de constater que la demande qui s'exerce sur le psychologue, qu'elle émane du milieu médical ou de la famille, se révèle de plus en plus forte, sous couvert d'une rentabilité hospitalière de plus en plus oppressante et dirigeante. Si l'on souhaite respecter l'éthique et la

déontologie de la clinique, ainsi que les exigences de qualité et d'efficacité de la contribution neuropsychologique, alors le temps imparti à la rencontre et à l'analyse ne peut être ni négocié ni réduit. Seule une telle pratique permettra les quatre niveaux d'interprétation (i.e. psychométrique, cognitif, anatomo-fonctionnel et psychopathologique) indissociables et indispensables à une contribution pertinente au diagnostic et à la prise en charge.

En outre, le psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie doit s'inscrire dans une approche multifactorielle qui contextualise les performances du patient au regard des tâches auxquelles il est confronté, au regard de ses caractéristiques individuelles et de ses contenus. Il doit placer la variabilité interindividuelle objectivée au niveau de la sphère intellectuelle, métacognitive et affective. Cette pratique clinique implique plusieurs contraintes.

Elle impose d'abord que cette tâche soit assumée exclusivement par un psychologue et non par une autre profession. En outre, cela pose la question de la double formation théorique. Plutôt que de s'ignorer au plan universitaire, voire s'opposer, il faudrait enfin que la psychologie cognitive et la psychologie clinique coopèrent et mettent en questionnement leurs épistémès. Enfin, nos propos invitent les psychologues à s'unir autour de la psychologie en ce qu'elle a de plus subjectif et fort, sa clinique, et de cesser de la fragiliser en créant des cloisonnements disciplinaires stériles. Finalement, les psychologues cliniciens spécialisés en neuropsychologie pratiquent bien une psychologie armée, oui, mais armée contre une approche réductrice et monolithique de l'être humain.

Lagache, D. (1949). L'Unité de la Psychologie. Paris : Presses Universitaires de France.