

# ***-Pack 1- Praticien***

Thierry TOURNEBISE

Article présent dans le pack (année)

Communication thérapeutique (2010)

Le positionnement du praticien (2010)

Validation existentielle (2010)

Ne plus induire de culpabilisation (2010)

Le non savoir source de compétences (2010)

Une autre psycho-logique (2011)



Publication **Février 2011**



# Table des matières

*lire avec le pack psychopathologie 2*

<b>Présentation du Pack « <i>Praticien</i> »</b>	<b>1</b>
<b>Communication thérapeutique</b>	<b>3</b>
<b>1. Place de l'aide dans le soin</b>	<b>7</b>
1.1. <i>Très évoquée et pourtant méconnue</i>	7
1.1.1. De plus en plus présente	7
1.1.2. La délicate mesure du temps	7
1.2. <i>Un soin à découvrir</i>	8
1.2.1. Tout en nuances	8
1.2.2. Aider sans être vulnérable	8
<b>2. Approche préalable</b>	<b>9</b>
2.1. <i>Importance du projet initial</i>	9
2.1.1. La première pensée qui vient à l'esprit	9
2.1.2. « Spécialement pour » et non « à cause de »	10
2.1.3. Exemples simples	11
2.2. <i>Accompagner simplement</i>	12
2.2.1. Aucune énergie contre	12
2.2.2. Médiation plutôt que solution	13
2.2.3. Juste accompagner l'émergence de ce qui est en cours	13
2.3. <i>Remonter du symptôme à sa source</i>	14
2.3.1. Bien différencier l'événement et celui qui l'a vécu	14
2.3.2. Confiance et reconnaissance	15
2.3.3. Le déni dévastateur	15
2.3.4. Ramener à la raison	16
2.4. <i>Ni distance, ni empathie</i>	17
2.4.1. Se mettre à la place de l'autre nous éloigne de lui	17
2.4.2. Etre distinct sans être distant	18
2.4.3. Etre proche sans être vulnérable	18
2.4.4. La Chaleur humaine sans l'affectivité	18
<b>3. Réaliser l'aide</b>	<b>19</b>
3.1. <i>Non pouvoir non savoir et confiance</i>	19
3.1.1. Hors du champ de tout pouvoir	19
3.1.2. « Non pouvoir » ne signifie pas « abandon »	20
3.1.3. Non savoir, confiance et respect	20
3.2. <i>Le guidage non directif</i>	21
3.2.1. La communication	21
3.2.2. Les 5 validations	21
3.2.3. Le facteur temps (rapidité)	24
3.3. <i>L'art de poser une question juste</i>	25
3.3.1. L'importance du non verbal	25
3.3.2. Critères d'une vraie question	26

3.3.3.	Les types de question .....	26
3.3.4.	Quel type de question utiliser .....	27
3.3.5.	Un outil de « réanimation » .....	28
3.3.6.	Les non réponses.....	28
<b>3.4.</b>	<b><i>Respecter résistances et confidences</i></b> .....	<b>30</b>
3.4.1.	Rôle des résistances .....	30
3.4.2.	Les seuils d'indiscrétion.....	31
3.4.3.	Le secret, Les transmissions .....	32
<b>3.5.</b>	<b><i>Le toucher</i></b> .....	<b>32</b>
3.5.1.	Existence du corps.....	32
3.5.2.	Communication tactile .....	33
3.5.3.	Réhabiliter la communication intérieure.....	34
3.5.4.	Rôle dans la douleur .....	34
3.5.5.	Association verbale et tactile .....	35
3.5.6.	Un grand respect du patient .....	35
<b>3.6.</b>	<b><i>Relation, Communication, Aide et Thérapie</i></b> .....	<b>35</b>
3.6.1.	Relation .....	35
3.6.2.	Communication .....	36
3.6.3.	Aide .....	36
3.6.4.	Thérapie .....	37
3.6.5.	D'abord ne pas nuire .....	37
<b>3.7.</b>	<b><i>Quelques cas</i></b> .....	<b>38</b>
3.7.1.	Alcoolisme, Addictions .....	38
3.7.2.	Dépression, Suicide .....	40
3.7.3.	Désorientation, Personnes âgées,.....	41
3.7.4.	Autonomie.....	42
3.7.5.	Fin de vie .....	43
3.7.6.	Maternité accouchements .....	44
<b>3.8.</b>	<b><i>Pour conclure</i></b> .....	<b>45</b>
3.8.1.	Les composantes médicales .....	45
3.8.2.	Prendre soin de soi aussi.....	46
3.8.3.	Les progrès et les regrets .....	46
3.8.4.	De nombreuses autres situations.....	47
3.8.5.	Rien n'est à appliquer.....	47

## **Le positionnement du praticien** **49**

<b>1.</b>	<b>Acquérir des connaissances .....</b>	<b>53</b>
1.1.	<i>La nécessité</i> .....	53
1.2.	<i>Le mirage</i> .....	53
1.3.	<i>L'imperceptible</i> .....	54
<b>2.</b>	<b>Vouloir Aider peut être une violence .....</b>	<b>55</b>
2.1.	<i>Le problème du pouvoir</i> .....	55
2.2.	<i>« en faire » ou en « en être » ?</i> .....	56
<b>3.</b>	<b>Le leurre des mauvaises causes .....</b>	<b>57</b>
3.1.	<i>Le symptôme</i> .....	57
3.2.	<i>La recherche de la cause</i> .....	58

3.3.	<i>La nature de la cause</i>	59
3.4.	<i>La localisation de la cause</i>	60
<b>4.</b>	<b>Le regard bienveillant .....</b>	<b>60</b>
4.1.	<i>Le premier abord</i>	60
4.2.	<i>La structure psychique</i>	61
4.3.	<i>La rencontre, le contact</i>	63
4.4.	<i>La réjouissance comme source thérapeutique</i>	64
<b>5.</b>	<b>Spécialement pour.....</b>	<b>65</b>
5.1.	<i>L'attitude initiale</i>	65
5.2.	<i>Exemples</i>	66
<b>6.</b>	<b>La reconnaissance.....</b>	<b>67</b>
6.1.	<i>Une clé majeure</i>	67
6.2.	<i>Différencier l'être et la circonstance</i>	68
6.3.	<i>Une façon d'être face au « patient »</i>	69
<b>7.</b>	<b>Pour conclure .....</b>	<b>69</b>

## **Validation existentielle 75**

---

<b>1.</b>	<b>Notions existentielles .....</b>	<b>79</b>
1.1.	<i>Divers auteurs</i>	79
1.2.	<i>Feed-back: notion trop floue</i>	81
1.3.	<i>Précisions sur les types de validation</i>	81
<b>2.</b>	<b>Le pas existentiel .....</b>	<b>83</b>
2.1.	<i>Définition de « existentiel »</i>	83
2.2.	<i>De la validation cognitive à la validation existentielle</i>	84
<b>3.</b>	<b>La validation existentielle .....</b>	<b>85</b>
3.1.	<i>Ce qu'on regarde « fait notre regard »</i>	85
3.2.	<i>Savoir "être touché"</i>	87
3.3.	<i>Ressentir une réjouissance affirmée</i>	88
3.4.	<i>Le sens des flux</i>	89
<b>4.</b>	<b>Incidence dans l'aide psychologique.....</b>	<b>91</b>
4.1.	<i>Chercher la justesse et non l'erreur</i>	91
4.2.	<i>Autonomie et sérénité du patient</i>	92
4.3.	<i>Besoins élevés et accomplissement</i>	94
4.4.	<i>Durée et profondeur des thérapies</i>	95
4.5.	<i>Néanmoins toute une vie pour le « Soi »</i>	96

<b>1.</b>	<b>Tendances culpabilisantes .....</b>	<b>103</b>
1.1.	<i>Création ou aggravation d'un manque</i>	103
1.1.1.	Parents maladroitement mis en cause .....	103
1.1.2.	« Couper le cordon », éviter l'idée préfabriquée .....	103
1.2.	<i>Evolution sociologique de la culpabilisation</i>	104
1.2.1.	La culpabilisation, est un garde fou .....	104
1.2.2.	L'inconscient, nouvelle cible .....	105
1.2.3.	Curieux retour au « jugement premier » .....	105
1.2.4.	Responsabilité de celui qui représente une référence .....	106
1.3.	<i>Chercher un coupable ne guérit rien r</i>	106
1.3.1.	Nuisance du « à cause de » .....	106
1.3.2.	Individuation pour être aux commandes de sa vie .....	107
1.3.3.	Ce qui se passe en soi vient de soi .....	107
<b>2.</b>	<b>Fonctionnements psychiques .....</b>	<b>108</b>
2.1.	<i>Intégrité de la structure psychique</i>	108
2.1.1.	Soi et ceux qu'on a été .....	108
2.1.2.	Soi et ceux dont on est issu .....	108
2.1.3.	Les zones de fractures .....	109
2.1.4.	Localisation dans le temps : le présent ou le passé ? .....	109
2.2.	<i>Nature du lien entre symptômes et parents</i>	110
2.2.1.	Simple comme un appel téléphonique .....	110
2.2.2.	Blessures personnelles .....	111
2.2.3.	Blessures de l'ascendant .....	111
2.3.	<i>Evolution normale de la fusion vers l'individuation</i>	112
2.3.1.	La fusion (attraction) .....	112
2.3.2.	La rupture (répulsion) .....	112
2.3.3.	La rencontre (lucidité) .....	113
2.3.4.	Devenir distinct sans être distant (individuation) .....	113
<b>3.</b>	<b>Types d'impacts et stratégies .....</b>	<b>114</b>
3.1.	<i>Cas de blessures</i>	114
3.1.1.	Blessures par manque (absence) .....	114
3.1.2.	Blessures par chocs (brutalités) .....	114
3.1.3.	Sources de la douleur restante .....	115
3.1.4.	Le mythe de la « bonne vie » .....	115
3.2.	<i>Répétitions et projets de réhabilitation</i>	116
3.2.1.	Quelques stratégies involontaires ultérieures .....	116
3.2.2.	Les répétitions .....	117
3.2.3.	Une histoire d'amour .....	117
3.3.	<i>Transgénérationnel et psycho généalogie</i>	118
<b>4.</b>	<b>Humaniser les approches psys .....</b>	<b>119</b>
4.1.	<i>Risque d'une réhabilitation trop précipitée retour</i>	119
4.1.1.	Les résistances sont un précieux outil de guidage .....	119
4.1.2.	Résistances à réhabiliter l'enfant .....	119
4.1.3.	Résistance à réhabiliter le parent .....	120
4.1.4.	Respecter la résistance pour arriver rapidement à destination .....	120

4.2.	<i>Objets et sujets - distance et proximité</i>	120
4.2.1.	Des êtres, des objets et des cas.....	120
4.2.2.	Mieux différencier "amour" et "libido" .....	121
4.2.3.	Sortir de « l'hygiaphone intellectuel » .....	122
4.2.4.	L'individu compte plus que le problème .....	122
4.2.5.	Subtiles médiations .....	123
4.3.	<i>Nuisance des jugements, mais aussi du non jugement imposé</i>	123
4.3.1.	Jugements envers le patient.....	124
4.3.2.	Jugement envers les ascendants .....	124
4.3.3.	Non jugement imposé .....	126
4.4.	<i>Ne pas culpabiliser les thérapeutes non plus</i>	126

## **Le Non Savoir source de compétence 129**

1.	<b>L'ignorance a quelques lacunes .....</b>	<b>133</b>
2.	<b>L'aptitude à "ne pas savoir" .....</b>	<b>133</b>
3.	<b>Source de compétence .....</b>	<b>134</b>
4.	<b>Dès l'école primaire .....</b>	<b>134</b>
5.	<b>Accepter de ne pas savoir pour mieux communiquer .....</b>	<b>135</b>
5.1.1.	Hésitations à ne pas savoir .....	135
6.	<b>Non savoir et communication professionnelle.....</b>	<b>136</b>
6.1.1.	Le non savoir dans le management.....	136
6.1.2.	Non savoir dans les services de santé .....	137
7.	<b>Source de compétence en psychothérapie .....</b>	<b>138</b>
8.	<b>Unité de valeur "non-savoir" .....</b>	<b>140</b>
9.	<b>Passer de l'écoute "prédation" à l'écoute humaine .....</b>	<b>141</b>

## **Une autre psycho-logique 143**

10.	<b>La logique en souffrance .....</b>	<b>147</b>
10.1.	<i>La nébuleuse métaphysique</i>	147
10.2.	<i>L'illusion pseudo scientifique de l'exactitude</i>	147
10.3.	<i>Persistance culturelle de l'obscurantisme</i>	148
11.	<b>En sciences humaines et en psychologie .....</b>	<b>149</b>
11.1.	<i>Logiques et théories</i>	149
11.2.	<i>Logique classique en psychologie</i>	150
11.3.	<i>3 Nouvelle logique nécessaire</i>	150
11.4.	<i>Regard sur la dialogique pulsionnelle</i>	151
12.	<b>D'une logique d'objet vers une logique de sujet .....</b>	<b>152</b>
12.1.	<i>L'ère de l'objectal</i>	152
12.2.	<i>Notion de réalité subjective</i>	154
13.	<b>Logique des sources antérieures et postérieures .....</b>	<b>156</b>

13.1.	<i>Mieux vaut parler de « sources » que de « causes »</i>	156
13.2.	<i>Le projet « Spécialement pour »</i>	157
<b>14.</b>	<b>Les deux clés de cette psycho-logique: le sujet et le projet .....</b>	<b>158</b>
14.1.	<i>Quand le « sujet » motive notre attention</i>	158
14.2.	<i>Quand le « projet » bénéficie de notre confiance</i>	159
<b>15.</b>	<b>La logique d'une rencontre exceptionnelle .....</b>	<b>160</b>
15.1.	<i>Les « deux sujets » en présence</i>	161
15.2.	<i>L'art de se sentir touché</i>	161
<b>16.</b>	<b>Pour conclure .....</b>	<b>162</b>
16.1.	<i>Passer de la logique d'objet à la logique de sujet</i>	162
16.2.	<i>Passer de la logique de problèmes à celle de sens</i>	162
16.3.	<i>Passer de la logique de distance à celle de contact</i>	163
16.4.	<i>Passer de la logique de solution à celle de reconnaissance</i>	163
16.5.	<i>Intégrer la dialogique « pulsions de vie - pulsion de survie »</i>	163
16.6.	<i>Intégrer la dialogique « connaissance - non savoir »</i>	163
16.7.	<i>Quand le praticien est-il prêt ?</i>	164

---

## **Bibliographie** **165**

403 297 caractères et espaces



## **Présentation du Pack « Praticien »**

J'ai réuni dans ce pack mes publications en ligne concernant certains fondements de l'accompagnement psychologique. Ces publications sont toutes librement consultables sur mon site internet, mais elles sont ici rassemblées en un document synthétique hiérarchisé, paginé pour être imprimé recto-verso afin d'occuper un moindre volume. Pour y naviguer plus aisément, ce document contient aussi une table des matières et un rappel du chapitre en cours dans chaque haut de page.

Vous y trouverez la communication thérapeutique (relation d'aide et psychothérapie), le positionnement du praticien et la validation existentielle, assorties de l'importance de la non-culpabilisation du patient ou de ses proches, ainsi que de celle de non-savoir, qui est un incontournable préalable à toute écoute de qualité.

Vous trouverez dans deux autres packs les mises en œuvre en diverses situations :

1-Dans le pack « Psychopathologie » vous trouverez des précisions sur la psychopathologie (nosographie, sémiologie, étiologie, pathogénèse), sur la compréhension des notions psychodynamiques (ça, moi, surmoi et Soi), sur des notions comportementales ou cognitives (TCC), sur des notions psychocorporelles, et surtout sur des notions existentielles. S'y trouvent également des mises en œuvre concrètes auprès de sujets souffrant de dépression, suicide, alcoolisme, anorexie, déni de grossesse... etc.

2-Dans le pack « Gériatrie » sont réunies les mises en œuvre auprès des personnes âgées et dans les situations de fin de vie ou de pathologies lourdes. Vous y trouverez des éléments essentiels sur les notions de bientraitance.

Ces documents ne prétendent en aucun cas couvrir tout le sujet mais ils donneront aux professionnels (ainsi qu'aux amateurs éclairés) d'importantes précisions, nécessaires à une qualité d'accompagnement psychologique.

C'est dans cet esprit de délicatesse, de profondeur, d'humanité et de qualité des soins psychologique, que j'ai réuni ces quelques textes. Je vous en souhaite une savoureuse lecture... et que vous trouviez autant de plaisir à les lire que j'en ai eu à les écrire.



## ***Communication thérapeutique***

Thierry TOURNEBISE



Cet article (ou publication), est destiné à mieux comprendre ce qui fait l'efficacité d'une aide psychologique. Le but est de pouvoir accomplir une telle aide en augmentant sa capacité à développer l'humanisation, mais avec moins de vulnérabilité, être plus proche des patients, mais en restant distincts, à en être distinct, mais sans en être distant, à savoir aider autrui, mais sans oublier de s'aider soi-même.

Vous pouvez, en complément, consulter les documents Ne plus induire de culpabilisation (2004) et Reformulation (2002), qui sont des documents majeurs. Pour situer ce qui est écrit ici parmi d'autres approches existantes en psychologie, psychanalyse et psychothérapie, L'ouvrage "L'écoute thérapeutique" a été réédité en novembre 2005 - ESF

Avril 2004 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF



# 1. Place de l'aide dans le soin

## 1.1. Très évoquée et pourtant méconnue

### 1.1.1. De plus en plus présente

La médecine réussit à sauver de plus en plus de vies grâce à de prodigieuses avancées. **Mais, la nécessaire hypertrophie technique, a malencontreusement eu tendance à éloigner le soignant du patient.**

**L'humanisation des soins** est alors apparue comme un indispensable complément. D'autant plus que **l'état psychologique du patient influe sur son acceptation et son investissement dans les traitements qu'il reçoit...** donc influe sur leur efficacité.

Le développement de la relation d'aide est donc arrivé comme une incontournable évolution dans la qualité et l'efficacité de la médecine. **Il ne s'agit pas ici de considérations psychiatriques, ni de psychopathologies à guérir, mais d'une qualité des comportements face à la souffrance humaine.** La relation d'aide est un immense progrès à l'hôpital. Elle y est aujourd'hui reconnue comme un soin à part entière.

Même si la relation d'aide fait avant tout partie du rôle propre de l'infirmière, elle **concerne tous les agents** : aides soignantes (AS) et agents de service hospitalier (ASH), ainsi que médecins, secrétaires médicales, sages-femmes, puéricultrices, kinésithérapeutes, conseillères conjugales, assistantes sociales, éducateurs... Elle concerne tous les acteurs du soin et naturellement, également les praticiens en profession libérale.

**Nous remarquons pourtant un étonnant paradoxe :**

**D'un côté la relation d'aide est reconnue comme un soin à part entière, d'un autre, les protocoles ne prévoient aucun temps pour la réaliser.** Dans le flou, un peu abandonnée à l'appréciation de chacun, elle sera néanmoins mise en œuvre par les soignants. Des formations sont réalisées à leur intention pour les éclairer dans cette tâche si subtile et nuancée.

### 1.1.2. La délicate mesure du temps

Une piqûre, une toilette, un recueil de données, préparer et distribuer des médicaments, prendre une tension, changer un pansement, distribuer des repas, nettoyer et changer un lit ... **il est admis que ces soins directs et indirects consomment du temps.** Ce temps est mesuré et connu. Même si la mesure en est parfois discutable, elle a le mérite d'exister.

**Pour la relation d'aide,** il n'est même pas possible de contester le temps évalué... simplement parce qu'**il n'y a généralement pas de temps évalué.** Parfois des agents ou des cadres pensent même qu'on peut aider tout en faisant un autre soin, par exemple tout en faisant une toilette. Cela est parfois vrai, mais **l'importance de ce qui est évoqué**

**par le malade ne souffre pas toujours qu'on l'écoute tout en faisant autre chose**, d'une part par respect pour lui, d'autre part pour apporter la qualité de soutien requise. Même s'il ne s'agit que de marquer une pause de quelques minutes (deux ou trois), celle-ci est souvent indispensable. Bien sûr il arrive aussi que le temps nécessaire soit plus important.

Il est curieux de croire que l'aide puisse se réaliser en même temps que les autres soins ou à temps perdu, d'une part parce que **les autres soins requièrent toute l'attention du soignant**, et d'autre part parce que **« le temps perdu » est une denrée de plus en plus rare dans le milieu hospitalier**.

En notre époque, où le fait de tout mesurer devient quasi obsessionnel, la situation est étonnante. Hors des mesures du temps, la relation d'aide se retrouve alors trop souvent comme une sorte de soin fantôme.

Il y a pourtant un **rapport entre la relation d'aide et le temps** : une bonne qualité d'écoute et d'aide raccourcit de nombreuses situations conflictuelles, améliore l'autonomie et la participation du patient, puis facilite le travail des soignants qui sont alors moins sollicités à tort. Le bilan final en sera généralement un gain de temps, un plus grand confort professionnel et une réelle gratification pour l'agent.

## **1.2. Un soin à découvrir**

### **1.2.1. Tout en nuances**

Même si tout le monde parle de la relation d'aide, trop peu savent dire avec précision de quoi il s'agit vraiment. Il en découle que **bien que reconnue et souvent évoquée, elle ne bénéficie d'aucun temps prévu pour être accomplie**.

Il est vrai que pour mesurer le temps nécessaire à la relation d'aide il faudrait déjà savoir **quand elle commence, quand elle finit... et de quoi elle est faite**. Il est rare que l'on sache préciser la différence entre une aide véritable et une simple conversation. Il est rare aussi que la différence soit claire entre un vrai moment de chaleur humaine et une situation d'affectivité (pourtant, la **chaleur humaine** sécurise, **l'affectivité étouffe**).

Le plus souvent le concept d'aide sera associé à une certaine gentillesse ou à la réalisation de quelques souhaits ou projets du malade ou au respect de ses besoins fondamentaux... sans toutefois penser suffisamment au plus important : être reconnu.

Les chartes et droits des malades "tapissent" les murs des services hospitaliers et sont un progrès, mais **qu'en est-il sur le terrain, dans les faits, dans la réalité ? Que vit et que ressent le malade ?**

### **1.2.2. Aider sans être vulnérable**

**La volonté d'aider et d'être humain est réelle et sincère chez les soignants**. Mais les repères leur manquent pour mettre en œuvre ce qu'ils souhaitent. Ils se trouvent alors **fréquemment en situation d'épuisement** ou même parfois de **burn out**.



Le manque de temps, le manque de personnel et la charge de travail sont généralement évoqués comme raisons majeures. Certes, ce sont là des éléments plus que défavorables, **mais la difficulté la plus importante, concernant la relation d'aide, ne se situe pas là.**

Même quand il y a suffisamment de temps et de personnel, l'aide qui est apportée est trop insatisfaisante. Piégés entre les **préceptes contradictoires "d'empathie"** (se mettre à la place) **et de "distance professionnelle"** (ne pas trop s'impliquer), les soignants peinent à se positionner. Soit ils se rapprochent et se trouvent dans une éprouvante affectivité, soit ils mettent de la distance et se désinvestissent. Comme aucune des deux situations n'est satisfaisante, ils oscillent entre les deux... jusqu'au moment du découragement.

Les quelques notions de psychopathologie qu'ils reçoivent ne les éclairent pas beaucoup non plus. Si ces dernières renseignent sur l'existence de certains troubles du comportement, elles n'indiquent pas comment aider.

Il va s'agir dans cet article de comprendre

- Comment différencier la relation, la communication, l'aide, la psychothérapie
- Comment on peut être proche, sans être vulnérable,
- Comment être distinct du patient, sans en être distant,
- Comment être chaleureux, sans être dans l'affectivité,
- Comment prendre soin de l'autre, sans oublier de prendre soin de soi.

En effet, la qualité de l'aide aux patients doit s'accompagner d'un **plus grand confort professionnel** pour les soignants, avec **moins de stress**, moins de fatigue, **moins de temps perdu**, des résultats gratifiants et une **relance de ses motivations professionnelles**.

## **2. Approche préalable**

### **2.1. Importance du projet initial**

#### **2.1.1. La première pensée qui vient à l'esprit**

Face à une personne en souffrance psychologique, tout commence par la première pensée qui nous vient à l'esprit. **Avant même d'envisager une attitude, une phrase ou un acte d'aide...** tout débute par une première pensée.

Trop souvent, quand il s'agit d'aider, le soignant s'occupe plus de la technique d'aide à utiliser que de sa pensée initiale. Cette pensée initiale semble dérisoire par rapport aux multiples approches de soutien psychologique. **Or c'est surtout ce positionnement du début qui va déterminer l'efficacité de ce qui va suivre.**

Ce point de départ est prioritaire pour aider un patient. Les techniques verbales ou non verbales qui seront utilisées ne viennent qu'en second plan. **Sans ce point de dé-**

**part correct, toute approche, même la plus élaborée, au mieux ne sert à rien, au pire risque d'être nuisible.**

**La pensée initiale donnera tout "naturellement l'impulsion à la suite.** Quand le démarrage se fait dans une mauvaise direction, il y a risque d'inefficacité, voir de nuisance, et ce, quelles que soient les compétences intellectuelles et techniques mises en jeu.

C'est ce point de départ qui définira l'innocuité et l'efficacité de l'aide ainsi que l'énergie nécessaire. **Plus l'aide demande de l'énergie au soignant, plus cela montre que ce n'est pas de l'aide,** plus cela montre que le projet initial est erroné et donc que la direction est incorrecte.

Cette pensée initiale est générée par **le regard que nous portons sur le symptôme du patient** (troubles psychologiques, troubles émotionnels ou troubles du comportement).

### 2.1.2. « Spécialement pour » et non « à cause de »

Les symptômes sont par exemple : une simple gêne, une inquiétude, une opposition, une peur, une angoisse, une dépression, de la violence, des phobies, des tocs, des dépendances et addictions, des pulsions, des états suicidaires, de la prostration, des hallucinations, des désorientations... etc.

Pour bien positionner l'état d'esprit initial, il est fondamental de bien comprendre que, dans le domaine psychologique, **un symptôme ne se manifeste pas « à cause de », mais « spécialement pour ».**

Cet état d'esprit initial peine généralement à se positionner car il y a une confusion entre le mécanisme des causes psychologiques et celui des causes physiologiques.

**Certains symptômes ont une origine physiologique. Ils apparaissent, eux, « à cause de »** la source physique. Par exemple un manque de fer produit un état dépressif et beaucoup de larmes... à cause du manque de fer. Dans le cas de cette situation somato-psychique le patient a plus besoin d'une approche médicale que d'une approche psychologique. Notons tout de même que ça n'enlève rien au fait que le patient a besoin d'être entendu et compris dans ce qu'il ressent.

C'est ce « à cause de », dans les causes physiologiques, qui entretient le mauvais positionnement des soignants dans les cas de causes psychiques. C'est ce qui a amené celui-ci à vouloir combattre la cause pour guérir le symptôme plutôt que d'entendre et valider ce que celui-ci exprime. La difficulté est que certains symptômes sont identiques dans les cas de sources physiologiques ou de sources psychiques (comme dans l'exemple des larmes ci-dessus). La manifestation est la même, mais le soin devra être différent selon la nature de la source..

Quand les symptômes ont une origine psychique, ils ne se produisent plus « à cause de », mais « spécialement pour ». **A travers ce symptôme, le patient exprime alors quelque chose d'important, vers autrui** (il a besoin qu'on l'entende), **ou vers lui-même** (il a besoin "d'entendre" quelque chose en lui).

Quand l'origine est psychique, **avoir pour projet d'enlever ce symptôme, revient involontairement à éloigner le patient de lui-même**. Cela revient à un déni de ce qu'il a besoin que nous comprenions ou de ce qu'il a besoin lui-même de comprendre en lui.

Hélas, le réflexe culturel nous porte fréquemment à vouloir enlever le symptôme (et à en combattre la cause), alors qu'il faudrait plutôt chercher à entendre ce que le patient exprime à travers lui.

**C'est sans doute là, la plus grande remise en cause à réaliser pour celui qui veut améliorer la qualité de l'aide** qu'il prodigue à ses patients : comprendre qu'un symptôme psychologique ne se produit pas « à cause de » mais « spécialement pour ».

### 2.1.3. Exemples simples

#### Violence

**Un patient insulte et menace**. En vérité il cherche à dire sa détresse. Mais comme on veut le calmer, ce déni provoque l'effet inverse et il s'énerve d'avantage. Il était en colère « spécialement pour » qu'on entende sa douleur. Seul le fait de l'entendre peut le calmer vraiment.

#### Désorientation (apparente)

**Une dame de 95 ans réclame sa mère**. En vérité elle cherche à exprimer combien celle-ci lui manque. Comme on veut la ramener dans le présent (la ramener au fait que sa mère n'est pas là et que c'est ridicule de l'appeler)... la dame s'énerve... ou s'éteint... car personne n'entend son manque. Elle réclamait sa mère « spécialement pour » qu'on entende à quel point elle lui manque. Elle revient mieux dans le présent quand on sait entendre à quel point, dans ce présent, elle lui manque.

#### Peur

**Un patient redoute d'aller faire un examen**, soit par peur de l'examen, soit par peur du résultat. Il l'exprime, il a besoin qu'on entende sa peur. Or les soignants chercheront souvent à calmer sa peur... mais pas à l'entendre et à la reconnaître. Le patient se sentira nié dans ses propos et dans ses ressentis. Il peut même finir par se trouver ridicule d'avoir peur (se culpabiliser). Il disait sa peur « spécialement pour » qu'on reconnaisse sa peur et pour ne pas se sentir seul avec ce qu'il ressent... En reconnaissant sa peur, on ne la lui aurait pas enlevée, mais il se serait senti compris, moins seul et sécurisé.

Ce qui est difficile à concevoir, c'est que la validation de la peur est plus apaisante pour le patient que toute tentative de la lui enlever. C'est vraiment le problème du projet initial.

#### Opposition

**Une vieille dame refuse une toilette**. En la refusant elle dit, en réalité, quelque chose d'autre que le refus de toilette. Avec un peu de chance elle ajoutera « je suis pudique ». Le projet de la soignante est alors souvent de la rassurer plutôt que de l'entendre. La soignante lui répond ainsi parfois gentiment « ne vous inquiétez pas j'ai l'habitude ». La patiente se sent alors niée dans ce qu'elle ressent et cela provoque des tensions. En fait, elle refuse la toilette « spécialement pour » qu'on reconnaisse sa pudeur et non pour savoir si le soignant a l'habitude. Si l'on reconnaît sa pudeur et si on lui accorde que

celle-ci est certainement fondée en elle, elle n'aura pas de peine à réfléchir avec le soignant à la meilleure solution pour vivre ce soin sans être trop gênée.

### **Le « spécialement pour » peut mener plus loin**

Si on reconnaît la pudeur de la patiente, elle ajoutera, par exemple, facilement « vous savez, quand on a vécu ce que j'ai vécu...! ». Si le soignant valide pudiquement par « vous avez vécu des choses difficiles ? », la patiente peut continuer « oui ». La soignante « cela rend la toilette trop pénible pour vous ? », la patiente « je n'aime pas qu'on me touche ». La soignante « c'est vraiment insupportable qu'on vous touche ? », la patiente « **vous savez, un jour on m'a fait des trucs que je n'oublierai jamais !** » la soignante, pudiquement, « Si vous avez vécu de telles choses, je comprends que vous n'aimiez pas qu'on vous touche » puis la soignante poursuit par « comment pourrions nous faire pour que votre toilette soit moins pénible ? », sollicitant ainsi la ressource de la patiente.

Dans ce dernier exemple, nous découvrons que la patiente, non seulement veut qu'on entende sa pudeur, mais en plus espère qu'on lui accordera que cette pudeur a une raison... et même qu'on l'aidera pudiquement à évoquer cette raison afin de la reconnaître et d'en valider l'importance (sans toutefois insister sur le détail des circonstances).

Nous découvrons ainsi que le malaise qui conduit la patiente à être pudique existe « spécialement pour » ne jamais oublier l'être douloureux qu'elle a été « quand on lui a fait ces trucs ». Il ne s'agit pas de la débarrasser de ce malaise, mais de réhabiliter celle qu'elle était dans ce moment de vie auquel il est relié (la circonstance vécue est dramatique, mais l'être qu'elle était dans cette circonstance reste précieux). Ceci étant fait, le malaise diminue non pas parce qu'il est guéri, mais parce qu'il n'est plus nécessaire : il n'y a plus besoin de ce lien avec cette part de soi qui vient d'être validée (car elle cesse d'être niée et oubliée)

**C'est cette reconnaissance de l'être qu'elle a été, et de son ressenti, qui sera source d'apaisement** et qui, en plus, conduira la patiente à mettre en œuvre sa propre ressource pour que l'on puisse tout de même réaliser le soin.

Pour de tels exemples plus complexes, lire l'article de novembre 2003 [résilience](#) et l'article de novembre 2002 [reformulation](#)

## **2.2. Accompagner simplement**

Il s'agit plus d'accompagner une émergence précieuse que de livrer un combat.

### **2.2.1. Aucune énergie contre**

Apparaissant « spécialement pour », **le symptôme conduit à la raison** (à la raison du patient). La raison, c'est la cause, la source, l'origine, la circonstance (actuelle, récente ou ancienne) vers laquelle ce symptôme nous renvoie. Comprendre cela permet d'adopter une attitude qui n'investit **jamais « d'énergie contre » le symptôme... ni « contre la raison » de ce symptôme.**

En effet il ne s'agit pas de trouver la cause pour s'en débarrasser, mais pour la reconnaître. **Il ne s'agit pas de quelque chose de néfaste à enlever, mais de quelqu'un de précieux à réhabiliter dans** un moment de sa vie (actuel, récent ou ancien) où il a ressenti quelque chose de majeur.

Une des sources d'épuisement dans le soin est de croire qu'il faut éradiquer, combattre, débarrasser, enlever, libérer, évacuer, décharger...

Ce gaspillage d'énergie cesse aussitôt quand on comprend qu'il s'agit plus de reconnaître que de combattre. **Le patient porte en lui le sens de ce qui se passe.** Il a d'abord besoin d'être entendu et reconnu dans son ressenti.

Il importe ainsi d'apprendre à **naviguer dans le sens du courant** (de la pensée du patient) et cela épargne beaucoup de fatigue tout en produisant plus de résultats.

### 2.2.2. Médiation plutôt que solution

Chercher à identifier le problème dans le but d'apporter une solution n'est pas adapté au domaine de l'aide psychologique. La notion « **problème - solution - résultat - mesure du résultat** » ne peut s'appliquer telle quelle dans ce cas. C'est même **un piège source d'épuisement, d'inefficacité et de risques.**

Quand une personne exprime un ressenti si l'on choisi de commencer par chercher une solution, cela revient à commencer par un déni.

**La « solutionniste aiguë » est l'ennemi de l'aide psy,** tant pour le patient qui se sent alors nié que pour le soignant qui alors se vide de son énergie tout en produisant l'inverse de ce qu'il espère... avec pourtant de bonnes intentions.

Curieusement, **le mot « solution » signifie même « rupture ».** Le radiologue désigne la fracture d'un segment osseux par l'expression « solution de continuité du segment osseux » pour dire que la continuité a été rompue.

**L'aide ne consiste pas en une solution, mais en une médiation** (média, remédier, remettre en contact, rapprocher, réduire la fracture).

Un **symptôme est généralement l'expression d'une fracture intérieure** que le patient manifeste dans l'espoir (inconscient) qu'on saura l'aider à se réconcilier avec lui-même...et non qu'on le coupera d'avantage de lui-même. Voir l'article de novembre 2003 sur la "[Résilience](#)".

### 2.2.3. Juste accompagner l'émergence de ce qui est en cours

Aider semble souvent délicat. Les stagiaires me disent quelque fois « **saurai-je aider quand je serai seul face au patient ?** ».

Il faut comprendre que **si on se croit seul face au patient, effectivement, on ne pourra pas l'aider. Le soignant n'est jamais seul face au patient : il est avec le patient** (voilà une évidence trop souvent oubliée). Le patient et le soignant forment déjà une équipe. Le soignant qui se croit seul n'a pas suffisamment considéré l'importance du patient et ne pourra pas lui apporter une aide réelle.

Il s'agit pour le soignant de comprendre, avec l'aide du patient, ce que celui-ci cherche à exprimer.

Le soignant va **bien regarder dans quel sens va le patient, ce qu'il tente de faire émerger de lui**. Quand le soignant ne voit pas bien, il doit simplement se faire aider par son patient. Cette **attitude d'humilité, de confiance, de partenariat et même de « non savoir »** est source d'efficacité et de moindre fatigue. Lire sur ce site l'article d'avril 2001 [« Le non savoir source de compétence »](#)

En réalité, le symptôme est le jaillissement d'une source précieuse, d'avec laquelle le patient est coupé. **C'est un peu comme s'il essayait de « mettre au monde » une part de lui-même que l'on a oublié de valider**. C'est un peu comme s'il tentait de rétablir une circulation de vie là où, en lui, elle a été interrompue.

## **2.3. Remonter du symptôme à sa source**

Qu'il s'agisse d'une psychopathologie, d'un simple trouble du comportement ou juste d'une situation émotionnelle, **apporter de l'aide consiste d'abord à accorder au patient que ce qu'il exprime est pertinent**.

Il y a **d'une part la manifestation** (symptôme psychologique) et **d'autre part sa source** (ce que le patient a ressenti dans une situation actuelle, ancienne, ou très ancienne).

Il convient de respecter **la manifestation** (symptôme) qui, en fait, **ouvre un chemin vers sa source**. Puis il convient aussi de respecter **cette source** car elle **contient un élément infiniment précieux : une part de l'individu qu'est le patient**, en attente d'écoute et reconnaissance. Pour y parvenir il importe de ne pas confondre le patient avec les événements qu'il a vécu.

### **2.3.1. Bien différencier l'événement et celui qui l'a vécu**

En réalité, la raison du symptôme n'est pas ce qui s'est passé autrefois, ce n'est pas « l'événementiel ».

En psychologie, on sait depuis longtemps qu'il y a un lien entre les symptômes présents et des circonstances passées. Mais la nature de ce lien, souvent, n'est pas claire.

Le symptôme résulte, non pas des événements antérieurs, mais d'une fracture intérieure entre le patient tel qu'il est aujourd'hui et celui qu'il était au moment de ces événements. Même quand les circonstances furent terribles, l'individu qu'il était à ce moment là reste tout de même infiniment précieux, et fait partie de lui. Il importera donc de ne pas mélanger la circonstance (terrible) avec celui qui l'a vécu (précieux) - voir article de novembre 2003 sur la ["Résilience"](#)

La circonstance est passée et n'existe plus, mais celui qu'il était lors de cette circonstance est encore très présent en lui. On peut même dire qu'il le constitue, qu'il fait partie de sa structure psychique.

Aider ne consiste pas à évoquer, ni à faire évoquer les circonstances passées. **Il n'y a pas à « retourner vers les événements »**. Cela risquerait même parfois de réactiver inutilement des douleurs. **Il y a juste à entendre le ressenti de celui qui les a vécus**. Ce ressenti est bien plus important que les circonstances dans lesquelles il est survenu.

**Le but n'est pas d'éliminer quoi que ce soit**, mais de réparer une fracture entre celui qu'est le patient aujourd'hui et celui qu'il était lors de ces circonstances. **Celui qu'il était n'est pas dans le passé. Il est avec lui, dans le présent, et n'a jamais cessé d'y être depuis que c'est arrivé. Il fait partie de sa structure psychique**. Cependant il y est avec cette fracture. C'est ce qui engendre sa pesanteur et son mal être.

Par le symptôme, le patient réclame (inconsciemment) qu'on entende cette fracture et qu'on l'aide à se rapprocher de lui-même.

### 2.3.2. Confiance et reconnaissance

Le projet est donc juste un projet de **reconnaissance du patient et de son ressenti**, tout en lui accordant inconditionnellement qu'il y a une raison pertinente à ce ressenti, même si nous ne la voyons pas, même si le patient lui-même n'en est pas encore conscient.

Aider, c'est d'abord se positionner avec cet état d'esprit. C'est la confiance que nous accorderons au patient qui amènera le patient à avoir confiance en nous. **La confiance que nous avons en lui est même plus importante que la confiance que nous avons en nous-mêmes**.

Cette confiance amènera naturellement l'aidant à ne jamais se fourvoyer dans une attitude de déni. Sans tout ce que j'ai évoqué précédemment, **il arrive trop souvent que l'aidant, croyant aider, n'ait en fait qu'une attitude de déni du ressenti du patient...augmentant alors la douleur qu'il croit soulager !**

### 2.3.3. Le déni dévastateur

Pensant aider, trop souvent celui qui soigne ne fait que se positionner en déni. Il arrive même que le soignant reproche au patient d'être dans le déni alors que c'est le soignant qui est dans le déni de l'expression et du ressenti du patient.

**Quand par exemple une personne est alcoolique**, souvent le projet maladroit est de vouloir la débarrasser de l'alcool. Puis remarquant que l'alcoolique ne coopère pas et nie son alcoolisme... le soignant dira que l'alcoolique a tendance à nier sa pathologie. Mais le soignant ne remarquera pas que **le déni de l'alcoolique pour son alcoolisme n'a d'égal que le déni du soignant sur le fait que l'alcoolique a une raison de boire**. En effet, le projet de le débarrasser de l'alcool prend le pas sur le projet de reconnaître sa raison de boire. **Le soignant ne voit pas que c'est son propre déni de la raison qui favorise chez le patient le déni de sa pathologie**. Si vous souhaitez plus de détails sur ce cas, vous pouvez lire l'article de mars 2003 « [Aider le malade alcoolique](#) »

**En Pédopsychiatrie**, une infirmière me dit un jour en stage : notre difficulté pour la prise en charge des enfants, c'est que **les mères sont souvent dans le déni de la patho-**

**logie de leur enfant.** Je lui demande alors : « Avez-vous pu entendre ce que la mère exprime de sa détresse à travers son déni ? »... et elle me répond : « Mais nous soignons les enfants, pas les mères... pour ça il y a des thérapies systémiques ». Puis elle se rend compte que **le déni de la mère est augmenté par le déni des soignants qui n'écourent pas son angoisse.** Ils essayent plutôt de la convaincre de l'importance d'hospitaliser son fils... mais sans l'entendre elle. Or, **comment prendre soin d'un enfant sans donner existence à sa mère ?** Lire l'article de Décembre 2001 "[La mère et l'enfant](#)"

La situation n'est guère plus brillante **avec les suicidaires.** Quand quelqu'un veut mourir, le soignant tentera souvent de l'en décourager. Ce qui, en soi, est bien. Mais, c'est la façon de s'y prendre, qui est fréquemment inadaptée. Quand un patient a fait une TS, le soignant qui s'occupera de lui aura tendance à lui demander « **pourquoi vous avez fait ça ?** »... puis « **vos enfants ont besoin de vous !** ».

Je ne parle même pas des situations où (encore actuellement) il arrive qu'on lui fasse un soin pénible pour le décourager de recommencer... même avec en prime, pendant le soin, la phrase « comme ça il ne recommencera pas ! »

Le déni de sa raison de vouloir mourir ne découragera pas le patient de recommencer. **Cela lui indique simplement qu'il est définitivement seul et qu'il n'a vraiment rien à attendre de cette vie.** Quand quelqu'un veut mettre fin à ses jours malgré le fait qu'il ait des enfants, ce n'est pas qu'il ne les aime pas ! C'est simplement que sa douleur est encore plus grande que cet amour. **Nier cette douleur est une maladroite invitation à la récursive !** Pour plus de détails sur ce sujet, lire l'article de juin 2001 "[Dépression et suicide](#)"

Nous aurons aussi de nombreux exemples de déni auprès des **personnes âgées.** J'ai cité plus haut le cas de la vieille femme qui pleure en réclamant sa mère, l'exemple de celle qui refuse la toilette. Pour plus de détails au sujet de l'aide des personnes âgées, lire l'article de mai 2001 "[Personnes âgées](#)"

### 2.3.4. Ramener à la raison

Trop souvent, nous croyons que ramener l'autre à la raison, c'est le ramener à notre logique à nous. **Quand quelqu'un est agressif,** par exemple, nous sommes tentés de lui expliquer que cela ne sert à rien et que nous le comprendrons mieux s'il se calme. **Quand quelqu'un pense à un mauvais souvenir,** nous aimons lui dire qu'il ferait mieux de penser à autre chose, car il se fait du mal. Même **quand un enfant a peur du loup,** nous aimons lui expliquer qu'il n'a pas à avoir peur, car il n'y a pas de loup. Chacune de ces attitudes est néfaste car chacune est un déni du ressenti de l'autre et de son fondement.

Il faut vraiment comprendre que **ramener l'autre à la raison, ce n'est certainement pas le ramener à notre raison à nous,** mais plutôt le rapprocher de sa raison à lui. Pour celui qui est agressif, il s'agit de l'aider à dire ce qui, en lui, justifie cette colère. Pour celui qui pense à de mauvais souvenirs, il s'agit de lui demander en quoi cela est important d'y penser encore. Pour l'enfant qui a peur du loup, il s'agit de lui demander comment est ce loup qui l'effraie tant.



Dans chacun de ces cas **l'aboutissement doit être une validation de la raison de l'autre** : « s'il vous est arrivé ceci je comprends que vous soyez en colère », « si ce moment est tellement important, et vous a tant marqué, je comprends que vous y pensiez encore », « si ce loup que tu imagines est si terrifiant je comprends que tu aies peur ». Ce n'est qu'ensuite que nous donnerons notre information ou notre point de vue. Pour mieux comprendre ce danger du déni je vous recommande de lire mon article de Juin 2002 « [Le danger de convaincre](#) ».

**La validation de la raison du patient sera généralement source d'apaisement.** Dans le pire des cas, même si la personne ne se sent pas apaisée, elle se sentira comprise et moins seule.

## 2.4. Ni distance, ni empathie

Distinguer la raison de l'autre, de sa raison à soi, est fondamental. Pour y parvenir, il convient de ne jamais se mettre à la place de son interlocuteur. Il convient de rester distinct de la personne qu'on écoute et qu'on aide, mais sans ne jamais prendre de distance.

Hélas, le soignant se trouve actuellement sous le joug de **deux injonctions contradictoires** : pour être chaleureux soyez emphatiques, et pour ne pas être vulnérable, gardez la bonne distance, soyez surtout professionnel.

### 2.4.1. Se mettre à la place de l'autre nous éloigne de lui

Même quand il est précisé que l'empathie c'est « **écouter l'autre avec soin afin de pouvoir se mettre à sa place, comme si on était lui, tout en restant soi-même** » la situation reste hasardeuse. Carl ROGERS, à l'origine du succès de ce concept est, par ailleurs, un psy remarquable qui nous a proposé une approche particulièrement respectueuse et humaniste. Il nous a livré d'excellents principes sur l'aide : la **confiance inconditionnelle en le patient et l'authenticité (congruence) de l'aidant**. Mais l'empathie, qui constitue son troisième principe de base, est lui, assez ambiguë.

Peut-être s'agit-il d'une mauvaise compréhension de ce qu'il a voulu nous transmettre ? « En-pathês » aurait-il trop été compris comme « sentir ce qu'il y a en l'autre » (en se mettant à sa place) plutôt que « être dans la reconnaissance de ce que ressent l'autre en lui après l'avoir aidé à l'exprimer » ?

Pourquoi devrais-je m'imaginer à la place de l'autre pour accéder à son ressenti ? **Si je me mets à sa place, je ne ferai que contacter ce que j'imagine**, même si je l'ai écouté avec soin. **Se mettre à la place de l'autre revient plus à rencontrer son propre imaginaire à soi, qu'à vraiment comprendre ce qu'il vit.** Se mettre à sa place conduit en réalité à s'éloigner de lui, de celui qu'il est et de ce qu'il ressent vraiment.

Cela ne peut produire de chaleur humaine. **Cela risque plutôt de ne produire que de l'affectivité.** Rappelons-nous que la chaleur humaine reconforte et sécurise, alors que l'affectivité étouffe. Je préciserai cette notion un peu plus loin.

Pour plus de détails sur l'empathie, lire mon article de novembre 2000 sur "[Les pièges de l'empathie](#)"

### 2.4.2. Etre distinct sans être distant

Quand l'aidant a intégré qu'il n'est pas souhaitable de se mettre à la place de celui qu'il aide, il lui reste maintenant à intégrer qu'il est souhaitable de ne pas en être distant.

**Trop souvent les notions de « distinct » et de « distant » ont été confondues.** Or il semble **impossible d'aider convenablement quelqu'un en restant à distance.** C'est comme une sorte d'ergonomie de la communication. De même qu'on ne peut mobiliser (physiquement) un patient en le tenant à bout de bras sans risquer d'être inefficace et en plus de s'abîmer le dos, on ne peut aider quelqu'un en restant loin de lui (psychiquement).

**Le mythe de « la bonne distance » entretient une mauvaise attitude.** Une stagiaire me parlait récemment des canadiens qui préfèrent parler de « bonne proximité ». La notion de « bonne proximité » est infiniment préférable à celle de « bonne distance ». Mais il reste à intégrer que **la "bonne proximité", c'est "pas de distance du tout".**

Se sentir proche du patient, attentif, ouvert, sans jamais se mettre à sa place, permet de l'encourager, de l'accompagner et de le sécuriser réellement.

L'attitude juste peut se définir ainsi : être distinct sans être distant. La bonne distance (proximité) c'est **« pas de distance du tout », mais en restant parfaitement distinct.**

### 2.4.3. Etre proche sans être vulnérable

L'idée d'être proche amène souvent la crainte d'accroître sa vulnérabilité et son affectivité.

Il faut bien comprendre que la vulnérabilité ne vient pas de l'absence de distance. **Elle vient du fait que l'on se met à la place de l'autre et surtout qu'on adopte une « attitude contre » ses problèmes ou contre la source de ses problèmes** (revoir le chapitre [Importance du projet initial](#)). La vulnérabilité et l'épuisement viennent de ce combat que l'aidant tend à vouloir livrer pour « libérer » son patient.

La vulnérabilité vient aussi des [transferts et projections](#) du soignant sur son patient. Le transfert, chez le soignant, c'est quand celui-ci associe involontairement des proches qui lui ont posé problème aux attitudes de son patient. Une projection c'est quand le soignant se voit à travers le patient.

### 2.4.4. La Chaleur humaine sans l'affectivité

Être distinct sans être distant permet à l'aidant de donner de la chaleur humaine sans tomber dans l'affectivité.

**La chaleur humaine, c'est quand je fais ce que je fais pour l'autre et juste pour lui.** C'est vraiment quelque chose qu'on ne fait que proposer et dans lequel l'autre garde toute sa liberté. Cela permet à l'aidé de ne pas se sentir envahi. A chaque instant il peut choisir de se positionner comme « souhaitant ou ne souhaitant pas ce qu'on lui propose ». Chacun de ses ressentis peut être exprimé et sera reconnu et validé sans que l'aidant en prenne ombrage. **Cela procure beaucoup de sécurité et de confort tant pour l'aidé que pour l'aidant.**

**L'affectivité c'est quand je fais ce que je fais, apparemment pour l'autre, mais en réalité pour moi.** Cela sert à compenser une fragilité ou un inconfort personnel. Si par exemple, on nous a souvent dit qu'on était bon à rien, aider l'autre devient alors un moyen de se prouver qu'on vaut quelque chose. Dans ce cas, il devient difficile d'accepter un refus de la part de l'aidé sans le prendre comme une attaque personnelle. **Cela rend l'aidant vulnérable et asphyxie l'aidé.** Toutes les approches d'aide ont déjà remarqué ce côté nuisible de l'affectivité et l'ont bannie. Mais sans la distinguer de la chaleur humaine, celle-ci disparaît souvent avec ! Or absence d'affectivité ne veut en aucun cas dire froideur !

### **3. Réaliser l'aide**

#### **3.1. Non pouvoir non savoir et confiance**

##### **3.1.1. Hors du champ de tout pouvoir**

Il est souhaitable de n'envisager aucun pouvoir, ni « pour le bien » du patient, ni contre ses symptômes, ni contre la raison de ces symptômes, ni contre ses « résistances ». Il est souhaitable aussi de ne pas inciter le patient à avoir lui-même un pouvoir sur tout cela. Les injonctions du genre « il ne faut pas vous laisser aller », « il faut vous ressaisir », ou « ne vous laissez pas faire par untel » sont déplacées.

Nous venons de voir que l'aide se réalise avec **beaucoup de considération pour le patient, en lui accordant beaucoup de liberté et de confiance** (être distinct sans être distant et chaleureux mais sans affectivité).

L'état d'esprit initial nous a montré qu'il ne s'agit pas de résoudre un symptôme, mais de reconnaître le patient dans ses ressentis. **Il s'agit de l'accompagner dans ce qui se passe déjà en lui et non de le combattre. Le symptôme est l'indice d'une émergence qui peine à faire surface.** Donc le soignant aidera son patient à formuler, à reconnaître, à donner sa juste place à cette émergence. Souvent, il s'agira d'un moment de sa vie que le patient avait délaissé par trop de douleur, mais qui, en lui, réclame toujours l'écoute et la reconnaissance qui ne lui ont jamais été accordées.

Quand des fractures intérieures peuvent être réconciliées l'aide peut aller jusque là, mais **l'aidant ne fera qu'accompagner ce qui se produisait déjà.** Il ne lui appartient pas d'en décider. Il devra donc être très attentif au patient qui seul « a les clés de chez lui ».

L'aidant saura ne jamais rien forcer ni imposer. Nous verrons plus loin qu'il y a plusieurs niveaux d'aide selon le temps disponible, la capacité de l'aidant et le souhait de l'aidé.

### 3.1.2. « Non pouvoir » ne signifie pas « abandon »

Se positionner en non pouvoir ne signifie pas « ne tellement rien faire que le patient se sente abandonné ». **L'absence de pouvoir ne signifie pas l'absence d'action.** L'état initial compte énormément, mais il doit généralement conduire à une action.

Certes il n'y a que le patient qui sache ce qui est **juste** en lui, mais souvent il n'en est pas clairement conscient... parfois même il en est totalement inconscient. Pour s'y retrouver il a besoin d'aide. **L'aidant n'est surtout pas interventionniste, mais il n'hésitera cependant pas activement à poser des questions pour aider le patient à accéder à ce qu'il y a en lui.**

#### **Le principe de l'aide est assez curieux :**

Le patient est le seul à pouvoir accéder à ce qu'il y a en lui car il est le seul à le connaître (même si c'est encore inconscient). Cependant, pour y accéder, il a besoin des questions et de la présence de l'aidant, qui lui ne sait rien. **C'est justement parce que l'aidant accepte de ne jamais savoir à la place du patient, qu'il sera un bon accompagnant.** C'est le principe majeur du **guidage non directif** que je développerai un peu plus loin. Accepter d'être « aveugle » et de ne jamais voir à la place du patient permet de bien le guider vers ce qu'il y a en lui et qu'il est le seul à pouvoir « voir » (l'aidant est donc invité à ne jamais interpréter).

### 3.1.3. Non savoir, confiance et respect

**Le savoir concernant le malade est chez le malade.** L'aidant, lui, ne fera qu'accompagner le patient vers lui-même, avec une confiance absolue dans le fait que **ce qui est en train d'émerger de celui-ci est précieux.**

Ce qui émerge de lui, ce ne sont pas les circonstances antérieures malheureuses qu'il a vécues, mais celui qu'il était dans ces circonstances qui réclame considération et reconnaissance (revoir le paragraphe « [Bien différencier l'évènement de celui qui l'a vécu](#) » ou, pour plus de précisions, l'article de novembre 2003 sur la « [résilience](#) »).

Le guidage non directif sera alors un mode de communication permettant d'accompagner le patient dans ce sens. Le guidage non directif est une **manière de l'accompagner en le respectant, de l'accompagner sans jamais altérer sa liberté, sans jamais dévaloriser ce qui se trouve en lui, de l'accompagner dans le respect de ce qui s'accomplit déjà en lui.**

Le guidage non directif **permet d'accéder rapidement à ce qui est important sans jamais aller plus vite que le patient ne le souhaite ou ne le peut.** Ce guidage non directif n'a bien sûr de sens que si le projet initial est bien posé, tel que je le décris au début de cet article.

## 3.2. Le guidage non directif

### 3.2.1. La communication

Pour comprendre le guidage non directif, il importe d'abord de comprendre ce qu'est la communication. **La communication, c'est quand l'individu (le quelqu'un) compte plus à nos yeux que l'information échangée (le quelque chose).** Il s'agit de ne pas confondre la communication avec la relation. **Une situation relationnelle est au contraire une situation où l'information compte plus que l'individu.**

Être communicant signifie être ouvert. Être relationnel signifie être relié.

La communication génère de la chaleur humaine, du respect et de la liberté. La relation génère de l'affectivité, de l'attachement et de la vulnérabilité. Pour avoir des précisions lire l'article de septembre 2002 sur [l'assertivité](#). Vous y trouverez un tableau récapitulatif détaillé des différences entre la relation et la communication. Des précisions seront aussi données plus loin, à ce sujet, dans le chapitre « [Relation , communication, aide, thérapie](#) » Vous pouvez aussi visiter sur ce site le dossier [communication](#)

**L'état communicant initial (état d'ouverture)** engendre naturellement les 5 validations qui en découlent (décrites plus loin dans cet article).

**L'état relationnel (état d'attachement)** ne produit, au mieux, que les deux premiers points de validation.

A ce titre, **le mot « relation d'aide » est très inapproprié.** Le seul fait de l'existence de ce mot montre que le sujet demeure souvent confus. On ne peut aider avec un état relationnel. On n'aide qu'avec un état communicant. L'aide consiste plus en une ouverture d'esprit à autrui que dans un attachement à lui ! **Utiliser le mot « relation » pour parler d'ouverture est étymologiquement inadapté.**

Quand j'anime une formation sur la *qualité de l'aide* (quand je le peux, j'évite le mot *relation d'aide*), je propose toujours un développement important sur la communication, car il n'y a pas d'aide sérieuse sans avoir compris et expérimenté de quoi il s'agit.

L'état communicant engendre naturellement les cinq points de validation suivants :

### 3.2.2. Les 5 validations

#### 1 Recevoir (1ère phase)

La première phase consiste à recevoir l'information venant de l'autre. Recevoir, c'est juste disposer de l'information. Si vous recevez une lettre en langue étrangère, vous avez la lettre, mais pas forcément la signification de celle-ci. « Recevoir » est une étape qui précède « comprendre », qu'il s'agisse d'informations verbales ou d'informations non verbales. C'est l'œuvre des sens. Quand l'aidant reçoit l'information émanant de l'aidé, il lui adresse un **accusé de réception** (verbal ou non verbal). C'est la **1<sup>ère</sup> validation**.

## 2 Comprendre (2<sup>e</sup> phase)

L'accès à la signification se fait dans une deuxième étape, suite à la réception. C'est l'oeuvre de l'intellect. Si l'aidant comprend ce que l'aidé lui exprime, il lui adresse alors un **message de compréhension** (verbal ou non verbal) **C'est la 2<sup>e</sup> validation.**

## 3 Accueillir (3<sup>e</sup> phase)

Commence ici ce qui différencie la communication de la relation. L'information est reçue, comprise... puis l'aidant accorde inconditionnellement à l'aidé que si tel est ce qu'il exprime, il a une raison juste de l'exprimer. Il lui accorde que si tels sont son point de vue, sa pensée et son ressenti c'est qu'il en porte en lui le fondement pertinent. Cela ne signifie pas que l'aidant pense comme l'aidé ! Il lui accorde simplement que telle est sa pensée et que cela a un sens pertinent au plus profond de lui. L'aidant adresse alors à l'aidé un **message d'accueil** (verbal ou non verbal) **C'est la 3<sup>e</sup> validation.**

Naturellement, c'est ce sens pertinent, cette raison, qui devient le sujet du guidage non directif. L'aidant n'est pas autorisé à poser la moindre question à l'aidé si ce point de l'accueil n'est pas respecté, car il risquerait de faire mauvais usage de ce qu'il fera émerger et porter préjudice au patient.

Les trois premiers points de validation signifient séparément :

- 1- j'ai bien entendu (**accusé de réception**)
- 2- je comprends tout à fait ce que tu veux dire (**message de compréhension**)
- 3- je conçois que tu penses ainsi (**message d'accueil**)

Le plus souvent, un simple mot résume tout cela. Ce peut être « d'accord », « ok », « bien » ou « très bien » et le non verbal fait le reste. Parfois il n'y aura même que le non verbal (un sourire, un regard) pour témoigner de ces trois premiers points de validation.

Généralement ces trois points n'ont pas été différenciés quand on parle de communication. C'est simplement parce qu'ils voyagent ensemble ! C'est un peu comme la lumière blanche : il n'y a qu'un faisceau lumineux, mais si vous supprimez une des couleurs qui le constitue ...il n'est plus blanc (la lumière blanche résulte de l'assemblage du rouge du bleu et du vert et n'est blanche que s'il y a les trois, en juste proportion).

#### 4 Remercier (4<sup>e</sup> phase)

L'accueil étant réalisé, l'aidant peut poser une question à l'aidé pour lui faire préciser ce qu'il vient d'exprimer. Pour « sonner juste », **la question ne doit quasiment jamais porter sur des faits ou des détails, mais presque toujours sur le ressenti du patient.** Quand par exemple le patient dit « j'aimerais voir mes enfants », on ne lui demande pas « quand les avez-vous vu la dernière fois ? ». La bonne question sera « ils vous manquent beaucoup ? » Le patient a plus besoin de parler de son manque que de son carnet de rendez-vous ! Quand le patient répond « oui, beaucoup » le soignant lui donnera la validation suivante : le **Message de gratitude** (verbal ou non verbal). C'est le **4<sup>e</sup> point de validation.**

En effet, il ne s'agit pas ici simplement de valider l'accueil, mais aussi de manifester à l'aidé qu'il ne nous était pas dû qu'il nous réponde, que sa réponse est précieuse et que nous lui sommes reconnaissant de nous avoir accordé le privilège de nous la révéler.

L'aidant doit recevoir chaque réponse comme un don précieux qui ne lui est pas dû. Cela peut paraître beaucoup ? N'oubliez pas qu'il s'agit de la vie intime du patient et qu'il serait plus qu'inconvenant de trouver cela ordinaire. Il importe aussi que l'aidant ait conscience que chaque réponse offerte par l'aidé nous rapproche de sa raison... pour ne pas dire de son « trésor ».

Le soignant donne de son temps au patient. Le patient livre des bouts précieux de sa vie au soignant. La transaction est quitte car les deux sont de valeur inestimable. Vous pouvez avoir des précisions sur ce site dans l'article de août 2000 [Le mythe de la transaction.](#)

#### 5 Valider la raison (5<sup>e</sup> phase)

Le projet, c'est l'accès à la raison. Souvent une question ne suffit pas et il s'en succédera ainsi deux, trois, quatre (ou plus) pour arriver à un point où il devient évident que s'il y a eu ceci (ce qui vient d'être révélé) nous comprenons bien qu'il y ait aujourd'hui ce mal être. Cette 5<sup>e</sup> validation est le **message de cohérence. C'est le 5<sup>e</sup> point de validation.** Il est rare qu'il ne soit que non verbal. Il s'accompagnera presque toujours de mots, mais pas forcément. Celui-ci valide la raison et donne tout le sens à ce que le patient exprimait initialement. Il se passe ici deux phénomènes :

**1-**La validation de l'importance de ce qui est révélé. Par exemple l'aidé dit « quand j'étais enfant mon père rentrait tard et je devais toujours me coucher avant qu'il arrive » L'aidant valide : « c'était vraiment dur pour l'enfant que vous étiez de ne pas avoir le droit de rester à l'attendre ? » Pour bien comprendre ce principe de validation par une

reformulation, lire l'article de novembre 2002 « [Reformulation](#) ». Si le patient confirme par un « oui », suit l'éclairage du lien entre la raison et le symptôme.

**2-** Par exemple, le patient s'était plaint initialement du fait que les proches doivent sortir lors d'un soin. Au lieu de simplement lui expliquer pourquoi on fait sortir le proche, le soignant lui aura demandé ce qu'il lui était si insupportable quand on le fait sortir. Par deux ou trois questions, le patient en est arrivé à révéler ce qui le touche. Le soignant peut alors lui accorder ce lien : Si quand je demande à vos proches de sortir ça vous rappelle ce moment pénible je comprends que ça vous soit tellement insupportable.

A l'issue de cela le soignant pourra, soit accorder au proche de rester quand cela est possible, soit expliquer pour quelle raison le proche ne peut rester. **Un patient qui, s'est senti reconnu, peut mieux entendre ce qu'on lui dit**, qu'un patient qui s'est senti nié pas une simple explication.

Paragraphe ajouté en septembre 2008:

**6e point de validation:** La 5e validation est une "validation cognitive" (une validation de la raison, de la source, de la cause, de l'origine du mécanisme de pensée par lequel "ceci implique naturellement cela". A cette cinquième validation s'en est toujours ajouté une sixième implicitement : la validation de l'individu lui-même. Celle-ci est devenue explicite en 2008 et je l'ai nommée "**validation existentielle**". Elle est si importante dans l'écoute, dans l'aide et surtout dans la psychothérapie, que je lui ai consacré une publication en septembre 2008 "[Validation existentielle](#)", que je vous invite à consulter en complément.

### 3.2.3. Le facteur temps (rapidité)

La crainte, découvrant ce cheminement, est souvent que cela prenne trop de temps. Or comme le temps est une denrée rare dans les milieux de soins, cette crainte est légitime.

Il est vrai que certaines situations consommeront du temps. N'oubliez pas cependant que le fait de vouloir convaincre un patient récalcitrant qui sonne tout le temps et râle sans arrêt en consomme beaucoup aussi (mais sans résultat).

S'il est légitime de craindre que l'aide nécessite trop de temps, il faut pourtant se rendre à l'évidence que, non seulement souvent ce n'est pas plus long qu'avec les « mauvaises attitudes habituelles », mais même que souvent, c'est très court. La longueur de l'explication du paragraphe précédent doit être replacée dans son contexte.

**1** - Une ASH que j'avais en stage avait vécu la situation suivante avec une patiente. **« Je veux mourir » dit la patiente** qui est une dame âgée. L'ASH lui demande avec beaucoup de respect et de considération « Ce serait mieux pour vous si vous étiez morte ? » La patiente répond « Je pourrai retrouver mon mari » Remarquant les yeux de la patiente quand elle dit cela, l'ASH lui dit « Vous aimez beaucoup votre mari ? », en signe de reconnaissance de ce qu'elle vient d'exprimer. L'échange de sourire et de regard a montré à cette patiente qu'elle existe aux yeux de la soignante et son mari aussi. De ce



fait elle s'est apaisée et a bien dormi. L'ASH avait mis en œuvre les 5 points de validation (en non verbal) et n'avait posé que deux questions. **En moins de trente seconde elle venait de réaliser une aide majeure.**

**2** - Il y a aussi l'exemple de ce **monsieur qui ne mange plus et se laisse mourir**. Alors que l'équipe envisage un lourd protocole de stimulation, le malade s'obstine. Lorsqu'une infirmière, se met à le comprendre vraiment et à le reconnaître... elle vient vers lui et lui dit avec considération, reconnaissance et respect « Vous ne voulez plus... ? » (Sous-entendu « vous ne voulez plus vivre ? »). Ce monsieur s'est remis à manger grâce à ce discret mais profond moment de reconnaissance qui lui a redonné dignité et existence. Il n'y a eu qu'une phrase, plus performante que les protocoles qui étaient envisagés (et en fait niaient le patient dans son ressenti). Par cette simple phrase (et surtout son attitude) **la soignante a mis en œuvre tous les points de validation et de reconnaissance du patient, de son ressenti et de sa raison.**

### **3.3. L'art de poser une question juste**

Qu'il n'y ait qu'une question ou des dizaines, il importe que celles-ci répondent à certains critères. Naturellement, je rappelle une nouvelle fois que **la qualité de la question viendra avant tout du projet initial**, donc de la disposition d'esprit du soignant envers le patient, son symptôme et la cause de celui-ci.

#### **3.3.1. L'importance du non verbal**

Il est bon de savoir que **la qualité d'un échange réside plus dans le non verbal que dans le verbal**. Le verbal, c'est le mot. Le non verbal, c'est tout ce qu'on y ajoute (gestuelle, mimiques, intonation de la voix).

Le non verbal est si important que **la même phrase peut signifier une chose ou son contraire selon le non verbal qui l'accompagne**. La même question peut être une invitation à s'exprimer ou bien un reproche déguisé.

Par exemple « **Vous n'avez pas pris vos médicaments ?** » n'aura pas le même sens selon la pensée qui l'accompagne, dans l'esprit de celui qui la pose. Si cette pensée est « **je vous accorde que si vous ne les avez pas pris, vous devez avoir une raison pertinente et je veux bien l'entendre** » le patient aura envie de s'exprimer. Si la pensée est « **il faudrait peut être que vous fassiez ce qu'on vous dit !** » le patient va plutôt se mettre sur la défensive ou se fermer. Naturellement, il ne s'agit pas de transmission de pensée, mais de tous les messages non verbaux que cette pensée engendre à l'insu de son émetteur.

Le paradoxe est que plus il est important que le patient prenne ses médicaments plus il est souhaitable d'entendre pour quelle raison il ne les veut pas. Il ne vous entendra que si vous acceptez de l'entendre. Pour vous entendre il faut d'abord qu'il existe et pour qu'il existe, **il faut d'abord qu'il se sente reconnu.**

Le non verbal ne se contrôle que très partiellement. Il reflète naturellement notre pensée. Ce qui ne va pas, généralement, ce n'est pas notre non verbal, mais notre pen-

sée et notre projet initial incorrects qui l'ont engendré. Le recentrage à opérer se situe plus là que dans notre expression.

### 3.3.2. Critères d'une vraie question

Poser une question est un acte d'humilité. C'est reconnaître qu'on ne sait pas face à quelqu'un qui, lui, sait. Cela suppose un minimum d'affirmation de soi (sans ego) et nécessité d'abandonner tout pouvoir par le savoir (c'est-à-dire de ne plus en avoir besoin). Pour plus de détails sur l'affirmation de soi, vous pouvez lire l'article de mars 2001 « [Un quelqu'un en habit de personne](#) »

La confiance en l'autre nous conduit à lui poser une question sans crainte de sa réponse, parfaitement assuré du fait que cette réponse a un fondement juste (en lui). Naturellement il ne répond jamais une vérité absolue, mais sa vérité à lui, compte tenu de son histoire et de son vécu personnel.

Une vraie question doit répondre à deux critères premiers et incontournables :

- Être sans condition de réponse
- Être sans obligation de réponse

Sans ces deux critères, la question ne mérite plus le nom de « question ». Ce n'est plus qu'un acte de pouvoir déguisé.

**Quand on demande du pain** à notre voisin de table on lui demande « **s'il te plait** ». Demander son avis, sa pensée ou son ressenti à quelqu'un devrait procéder du même respect car **une pensée intime c'est bien plus précieux, plus personnel et encore moins dû au demandeur, qu'un simple bout de pain pour pousser sa salade.**

Naturellement il serait ridicule de demander « s'il te plait réponds-moi », mais il est fondamental d'avoir toujours à l'esprit qu'**une réponse ne nous est jamais due**, qu'elle est toujours un privilège que nous accordons à l'écouter. Cela engendrera chez l'écouter un non verbal excellent.

Quand l'écouter pose une question, il ne s'attend à aucune réponse particulière. **Sa page d'information est vierge.** Il n'est jamais surpris par ce que l'écouter lui révèle car il ne présumait rien.

### 3.3.3. Les types de question

**1 - Question ouverte :** la question ouverte invite à un développement. Par exemple vous venez de voir un film et quelqu'un vous demande « comment as-tu trouvé ce film ? » Vous êtes ainsi invité à détailler votre point de vue.

**2 - Question fermée :** Elle appelle une réponse par oui ou par non. Dans ce cas la personne vous demande « As-tu aimé ce film ? »

**3 - Question à choix multiple :** C'est le fameux QCM. Cette question propose un choix. Si nous venons de dire que nous avons aimé ce film la personne nous demande : « Qu'est-ce qui t'a plu ? C'est l'histoire, les acteurs, la musique ... ou autre chose ? »

C'est le seul cas de question où l'écouter doit impérativement s'appuyer sur son point de vue personnel pour proposer les premières possibilités... mais auxquelles il ajoute « ou autre chose »

**4 - Reformulation :** C'est quand la personne nous voit ressortir du cinéma avec le sourire, elle nous demande « Le film t'a plu ? » La phrase est construite grammaticalement de façon affirmative, mais le non verbal est légèrement interrogatif. L'affirmation valide ce que montre l'autre, la légère interrogation lui offre la possibilité de recentrer, dans le cas où nous aurions mal perçu. Pour plus de précisions, il est essentiel de lire l'article de novembre 2002 [reformulation](#). La reformulation est un cas particulier de question fermée. C'est un outil majeur dans l'aide.

**Cas du « Pourquoi » :** Demander pourquoi (même sans condition ni obligation de réponse) est délicat. C'est une question encore plus ouverte que la question ouverte. C'est demander à quelqu'un de nous livrer directement le fondement de sa pensée (généralement inaccessible d'un coup). Nous éviterons donc le plus souvent le mot « pourquoi » qui, en plus, peut être vécu comme une petite violence.

### 3.3.4. Quel type de question utiliser

**La question ouverte** s'adresse à un interlocuteur qui a déjà à l'esprit les informations qu'on lui demande et même qui a, au moins un peu, structuré sa pensée sur ce sujet. Quand à la sortie du cinéma on vous demande « qu'as-tu pensé du film ? » (question ouverte), si vous avez aimé, vous répondrez généralement « c'était vraiment bien ! » En fait, la question était ouverte, mais la réponse est fermée, car vous n'avez pas encore organisé votre pensée sur le sujet.

**La question fermée** s'adresse à une personne qui n'a pas encore organisé sa pensée sur le sujet, mais qui, en première approche peut néanmoins se positionner sur la nature de son avis. « Est-ce que tu as aimé ce film ? » est donc une meilleure question dans l'exemple ci-dessus.

**La question ouverte peut alors succéder à la réponse à la question fermée.** « As-tu aimé ce film ? » - « oui, beaucoup ! » - « D'accord. Qu'as-tu aimé dans ce film ? » Dans cette deuxième étape, l'écouter a eu le temps d'accéder à sa pensée pour énoncer les précisions qu'on lui demande. On peut décrire le phénomène ainsi : d'abord il « sort » l'information (oui/non) qui était rangée dans sa conscience (voir dans son inconscient), ensuite, et ensuite seulement, quand il l'a sous ses « yeux intérieurs », il décrit ce qu'il vient de sortir. Il ne peut faire les deux en même temps.

Ce qui reste important dans tous les cas, c'est que la question (ouverte ou fermée) soit parfaitement sans condition ni obligation de réponse et que la pensée initiale de l'écouter, énoncée dans la première partie de l'article, soit correcte.

**La question à choix multiple**, elle, vient généralement après un échec de réponse à une question ouverte. Par exemple l'écouter pose la question ouverte « Qu'est-ce que tu as aimé dans ce film ? ». L'interlocuteur peine à trouver la réponse. L'écouter peut alors proposer une question à choix multiple « Qu'est-ce qui t'a plu le plus ? C'est l'histoire, les acteurs, la musique ... ou autre chose ? ».

**Si nous classons ces types de questions de la plus douce et facile à la plus exigeante,** nous aurons : reformulation - question fermée - question à choix multiple - question ouverte – demander pourquoi . Aucune d'elle n'est bonne ou mauvaise en soi. Elle doit juste correspondre à l'interlocuteur au moment où on la lui pose. Dans tous les cas elle doit d'abord répondre au deux critères « sans condition et sans obligation de réponse »

Nous verrons plus loin le cas où l'interlocuteur ne répond pas (puisqu'il n'y est pas obligé).

### 3.3.5. Un outil de « réanimation »

L'art de poser correctement ses questions, et de valider les réponses et la raison du patient, joue comme un **puissant outil de remotivation**, on pourrait même dire un puissant outil de « réanimation ». C'est un **stimulant de première qualité**. Cela réveille des personnes éteintes ou renfermées, cela redonne le goût de manger à ceux qui refusaient de s'alimenter, de marcher à ceux qui ne voulaient plus se lever, de parler à ceux qui ne disaient plus rien. Un de mes stagiaires, médecin gériatre, chef de plusieurs services s'occupant de personnes âgées, pourrait témoigner de ce type de résultat qu'il a pu observer après avoir mis en œuvre cette approche et cette attitude auprès de ses patients.

Il faut préciser que ce résultat participe plus de l'attitude de l'écouter que de son verbe.

**Chaque réponse doit être vécue par l'aidant comme un privilège**, comme un cadeau qui ne lui est pas dû. Chaque réponse doit être considérée comme une précieuse révélation. Chaque réponse nous rapproche de l'inestimable raison du patient. Cette raison constitue une de ses racines de vie.

A chaque question, **l'aidant est comme « suspendant son souffle » pour ne rien perturber de la perception du patient**, pour ne rien altérer de sa quête, pour ne rien manquer de la moindre révélation nous rapprochant de sa raison.

Puis quand la raison surgit, il y a comme une grande bouffée d'oxygène et l'aidant ainsi que le patient « prennent leur souffle » dans une profonde « inspiration ».

Naturellement cette description n'est qu'une image. Il ne s'agit pas d'exercice de respiration ou d'apnée. J'ai tenté par ces quelques mots symboliques de vous préciser la délicatesse qui fait la profonde et rapide efficacité de cette démarche. Là où la vie est reconnue, elle se manifeste bien mieux!

### 3.3.6. Les non réponses

Il arrive que le patient ne réponde pas. Il ne répond pas, **soit en ne disant rien, soit en « répondant » à côté**.

Par exemple : on lui demande « tu as bien déjeuné ? » Il répond « J'ai vu des émissions où ils parlent d'excellentes recettes ». Sans condition de réponse ne veut pas dire que l'on va considérer comme une réponse ce qui n'est pas une réponse à la question.

S'il « répond » « Et toi ? », ce n'est évidemment pas non plus une réponse. Il ne suffit donc pas qu'il parle pour que ce soit une réponse.

Il y a plusieurs raisons possibles à ces différentes non réponses.

**1 - Pas de Question :** La raison la plus fréquente est qu'il n'y a pas de question réelle. La question n'est pas sans condition ni obligation de réponse. Le patient ne répond pas parce qu'il n'y a pas de vraie demande, mais seulement une manipulation déguisée dans laquelle celui qui demande ne cherche qu'à faire dire ce qui l'arrange.

**2 - Question non pertinente :** Si la question est une vraie question (sans condition ni obligation de réponse) il peut arriver néanmoins que celle-ci ne soit pas pertinente. C'est à dire qu'elle demande un détail inutile ou mal centré. Par exemple une personne dit « je viens d'avoir un accident de voiture ! » l'interlocuteur lui demande (sans condition ni obligation de réponse) « A quel endroit tu as eu cet accident ? » La question a beau avoir un rapport avec ce qui vient d'être dit, elle porte sur un détail inutile. Mais même si la question est plus juste « le choc a été violent ? » elle n'est pas encore assez pertinente car elle invite à évoquer l'événement et non celui qui l'a vécu. Si la personne qui dit « J'ai eu un accident ! » a l'air troublée, la question juste pourrait être « Tu as été choqué ? ».

Il arrive souvent que l'interlocuteur ne réponde pas juste parce que la question n'est pas pertinente.

**3 - Non reçue :** Si la question est une vraie question et qu'elle est pertinente, il se peut aussi, simplement, que le patient ne l'ait pas entendue. Le remède est simplement de répéter la question.

**4 - Non comprise :** La question est vraie et pertinente, elle est reçue (entendue), mais elle n'est pas comprise. Cela peut être une raison majeure de « réponse » à côté (ou de silences interrogatifs). Le remède, ici, est simplement de vérifier ce qui n'a pas été compris et d'expliquer.

Il est à noter que de répéter à celui qui a entendu, mais pas compris, est inutile et agaçant, et que d'expliquer longuement à celui qui avait juste mal entendu peut aussi énerver beaucoup.

**5 - Non accueillie :** Vraie question, pertinente, entendue et comprise... néanmoins, l'interlocuteur n'accueille pas notre question, il préfère ne pas répondre. La raison est qu'il a une autre priorité. Cette autre priorité peut être de préserver son intimité (nous reviendrons plus loin sur la notion de seuil d'indiscrétion), ce peut être qu'il a autre chose à faire (aller manger, aller aux toilettes, avoir un coup de fil urgent à donner, avoir trop froid et besoin de se réchauffer...etc.) Dans ce cas il s'agit de respecter "sa raison de ne pas dire", après l'avoir validée. Mais curieusement il arrive souvent qu'après avoir validé sa raison de ne pas dire, l'interlocuteur se mette à dire... comme s'il voulait juste vérifier notre capacité à le respecter avant de nous en dire plus.

**6 - Ne trouve pas la réponse :** Vraie question, pertinente, entendue, comprise, accueillie (il veut bien répondre)... mais il ne trouve pas la réponse. Deux cas sont possibles :

**Pas de réponse du tout :** Il n'a aucune réponse et ne pourra jamais répondre quoi qu'on fasse. Il s'agit alors de ne pas insister

**Question mal choisie :** l'écouté a une réponse, mais il n'y a pas accès, car l'aidant a posé une question ouverte là où il fallait une question fermée ou une reformulation. Il suffit alors de reposer sa question en la formulant dans sa juste version. Si le parent demande à l'enfant « Comment était ta journée ? » et n'obtient pas de réponse, il peut reprendre aussitôt « Est-ce que cette journée était agréable ? » Il obtiendra ainsi un « oui » ou un « non » qu'il se doit de précieusement valider par un message de gratitude. Il peut alors, si besoin, continuer par une question ouverte. Si l'enfant a répondu « non », la question ouverte sera « qu'est ce qui a été désagréable ? »

**Face au silence :** Face au silence très fermé de l'interlocuteur dont on sent qu'il préfère ne pas répondre (non accueil de notre question), il suffit parfois de lui reformuler ce qu'il montre « **Tu préfère ne pas répondre ?** » avec un ton de constat, juste très légèrement interrogatif (voir l'article [reformulation](#)). Si la personne dit, ou montre, que c'est le cas, l'écoutant valide. Si cela semble pertinent il pourra sur ce nouveau registre lui demander « **en quoi est-ce mieux de ne pas dire ?** » Il arrive souvent que le patient « renfermé » dise pourquoi il craint de parler. Quand sa raison de ne pas dire est validée par l'écoutant, souvent le patient se confiera à celui qui vient de lui démontrer qu'il le respecte.

D'autres fois il préférera encore le silence...rappelez vous que **toutes les questions sont sans obligation de réponse !** Il ne peut en aucun cas s'agir de la moindre manipulation. Il s'agit juste d'offrir au patient la possibilité qu'il recherche, sans ne jamais en décider pour lui, mais aussi, sans le manquer dans ce qu'il attend discrètement. C'est ce qu'on appelle « donner de l'attention à l'autre ». Dans ce domaine, **rien n'est jamais prévisible à l'avance.**

### **3.4. Respecter résistances et confidences**

Toutes les fluctuations de paroles et de non paroles de l'écouté doivent être scrupuleusement respectées.

#### **3.4.1. Rôle des résistances**

Il est habituel de parler de résistance quand le patient ne veut pas dire, ne veut pas reconnaître un problème ou un ressenti, ou ne veut pas visiter une part de sa vie. **Le mot « résistance » porte une connotation très péjorative.** Je dirai même qu'il est très dévalorisant pour le patient de considérer qu'il a « une résistance ».

Si un patient montre la moindre « résistance », c'est qu'il nous indique quelque chose de plus pertinent que ce que nous l'invitons à rechercher.

**Ce qu'on appelle abusivement « résistance », n'est que l'indication d'un itinéraire plus juste.** Comme sur un chemin de grande randonnée, la « résistance » n'est qu'un type particulier de marque indiquant qu'il faut changer de direction pour ne pas se perdre.

**La « résistance » est une sorte de balisage, ou de déviation, pour ne pas s'égarer,** pour éviter les « zones encore en chantier », pour passer là où c'est important, pour respecter les priorités d'exploration du « monde intérieur » du patient.

Par exemple une personne comprend que si son parent l'a fait souffrir c'est que ce parent avait lui-même des problèmes et des douleurs personnelles. Mais, même si la personne le comprend, elle peut néanmoins s'écrier aussitôt « ce n'est pas une raison pour m'avoir fait ce qu'il m'a fait ! ». Elle exprime ainsi qu'elle doit d'abord s'occuper de sa propre douleur à elle, avant d'envisager la moindre considération envers lui. En effet, **si avant de faire cela elle comprend trop bien la douleur de son parent, elle n'aura plus le cœur d'évoquer sa propre souffrance** (elle finira même peut être par se sentir coupable de l'avoir eue !) Quand elle refusait d'aller vers ce parent elle signifiait simplement qu'il fallait d'abord passer par elle. Ce n'était pas une résistance, mais l'indication du chemin juste.

L'inverse peut aussi se produire. Une personne peut « résister » à considérer la douleur de l'enfant qu'elle était pour garder la possibilité de comprendre la douleur de son parent car elle sait très bien (inconsciemment) que **si elle prend d'abord la mesure de sa propre douleur (infligée par son parent), elle ne pourra plus jamais donner existence à ce parent** (or elle a besoin que son parent existe).

Il arrive souvent qu'un patient oscille entre ces deux possibilités **en alternant ses zones de "résistances" afin de réparer un peu d'un côté, puis un peu de l'autre** pour progressivement parvenir à une réhabilitation plus juste et plus complète.

**Une résistance ne se combat pas.** Elle ne consiste même pas en un blocage provisoire. Elle est juste une indication du meilleur chemin possible. Il ne s'agit pas de la voir comme un mur ou un obstacle à vaincre, mais comme un panneau indicateur à respecter. **La résistance nous indique le plus court chemin vers la raison.**

### 3.4.2. Les seuils d'indiscrétion

Le patient en vient naturellement à livrer des vécus très personnels. Il est essentiel de repérer à partir d'où l'écouter risque de devenir indiscret.

L'indiscrétion commence à partir du moment où le patient montre (verbalement ou non verbalement, même très discrètement) qu'il ne souhaite pas poursuivre. Le patient est le seul gardien légitime de ce seuil, que l'écouter doit impérativement respecter. Le franchir contre le gré du patient revient à une violation de « domicile » pour ne pas dire à un viol tout court. C'est une attitude déontologiquement inacceptable de la part d'un professionnel de soin quel qu'il soit. Or ce seuil se trouve là où il se trouve, en surface ou en profondeur. Chaque patient a le sien, et ce seuil peut bouger en fonction des moments de la journée... ou de la vie.

L'autre source d'indiscrétion est **quand l'écouter recueille une information qu'il ne sait pas recevoir sans que cela le conduise à porter un jugement.** Si le patient fait une révélation sur lui-même et que cela conduise l'écouter à le juger il y a indiscrétion. Par exemple le patient révèle qu'il boit et l'écouter lui dit qu'il ne devrait pas, qu'il se fait du mal (vous voyez que ce jugement peut être apparemment délicat. Il n'en est pas moins « meurtrier »). Puis le patient explique que s'il boit, c'est parce que sa mère est

toujours sur lui et qu'il ne la supporte plus. L'autre erreur de l'écouter serait alors de porter un jugement sur cette mère « elle vous est nuisible, il faudrait que vous la voyez moins ». **Le patient a besoin qu'on entende sa douleur, mais pas qu'on le juge lui, ni qu'on juge sa mère.** Il importe de comprendre que **l'indiscrétion commence quand, suite à ce qui lui est révélé, l'écouter porte un jugement contre l'écouter, ou contre celui dont il se plaint** (même quand il ne fait que penser ce jugement, car ça se verra dans le non verbal).

### 3.4.3. Le secret, Les transmissions

Certaines confidences sont importantes pour une bonne qualité des soins au malade. Se pose alors le problème de la confidentialité.

Par exemple, si la vieille dame, qui s'est plainte lors de la toilette, a révélé des attouchements sexuels dans l'enfance, il pourrait être tentant d'en informer l'équipe afin que tout le monde ait la délicatesse requise pour ne pas heurter sa pudeur si légitime.

Pourtant, **ce n'est pas à l'équipe que la vieille dame a fait la confiance.** Il importe de demander à cette dame si elle nous permet d'informer l'équipe en vue d'une plus grande qualité de soin. Mais si elle refuse, **il s'agira de négocier ce qu'elle permet de transmettre.** Par exemple « suite à des souffrances elle est très pudique » ou seulement « la pudeur est extrêmement importante pour elle ». Ce qui est important c'est que rien d'intime ne soit révélé derrière son dos sans sa permission. Si elle venait à l'apprendre, la confiance serait à jamais rompue... ou très difficile à restaurer. Si elle préfère que rien ne soit dit du tout, et préfère risquer des soins moins délicats... si c'est son choix, il doit être respecté.

Naturellement, ce sera différent si la révélation porte sur des éléments mettant en danger sa vie ... ou la vie ou l'intégrité d'un autre. Par exemple, si ces attouchements sont survenus dans une période récente, il en va tout autrement. C'est là un problème d'éthique plus complexe où la loi (et même la conscience) ne permet pas le silence. Mais il ne faut pas mélanger ce cas avec le précédent, où aucune vie n'est en danger.

L'interlocuteur qui reçoit la confiance doit la recevoir comme un privilège qui ne peut être répandu aux yeux de tous sans risquer de porter atteinte à l'intégrité de celui qui la lui a faite (sauf quand c'est avec son consentement).

## 3.5. Le toucher

### 3.5.1. Existence du corps

Le toucher a une grande importance car l'équilibre psychique dépend aussi de la place accordée à l'existence corporelle. Le toucher participe à ce sentiment d'existence et de valeur du corps.

**Les différents touchers reçus dans la vie d'un être humain** seront le toucher maternel quand il est enfant, le toucher amoureux et sexuel quand il est en couple, les divers



touchers amicaux (une main sur l'épaule, une poignée de main, une embrassade...) de la part de l'entourage, puis enfin le toucher soignant quand il est malade.

Quand un être humain n'est plus enfant, quand il n'est pas (ou n'est plus) en couple, **comment trouve-t-il encore existence au travers d'une expérience tactile ?** Toutes les cultures n'abordent pas le toucher de la même façon. Dans les habitudes sociales courantes, en occident, plus on va vers le sud plus le toucher fait partie de la vie, plus on va vers le nord moins il est fréquent (c'est une tendance dominante, mais on peut aussi trouver l'inverse).

Quand le toucher maternel n'est plus d'actualité, que le toucher amoureux n'est plus là non plus... il n'y a, le plus souvent, plus de toucher du tout... sauf quand la santé faiblit... il reste celui du soin médical !

Il arrive que des personnes n'aient pas bénéficié de toucher maternel dans leur enfance (abandon, maltraitance)... Il arrive aussi que des personnes aient été aussi privées de toucher amoureux dans leur vie adulte (solitude, timidité, disgrâces)... si le toucher ne fait pas partie de leur culture sociale ou de leur culture personnelle... c'est un peu comme si leur corps n'existait pas... où n'existait plus.

Le toucher dans le soin médical a évidemment beaucoup d'importance, mais il est très différent d'un « toucher communication ».

Quand le toucher est médical, il n'est que technique (s'il est seulement médical). Il est évident que **le soignant n'a pas à apporter un toucher érotisant** (ce serait très déplacé et déontologiquement inacceptable), **ni maternant** (car le patient n'est plus un enfant et ce serait infantilisant), **ni amical** dans le sens où il risquerait d'être emprunt d'affectivité. **Néanmoins le toucher doit exister et être chaleureux.**

Le canal tactile est un moyen de communication au même titre que le verbal sauf que les mots y sont remplacés par le toucher (tact). Cela procède des mêmes règles que la communication verbale, telle que je la décris dans cet article.

Il est remarquable de constater à quel point un individu garde un rapport conflictuel avec son corps. Par exemple il ne fait pas un régime pour lui donner ce qu'il y a de meilleur, ni par respect pour lui, mais plutôt pour lutter contre ses rondeurs qu'il n'aime pas (le « régime » se transforme alors souvent en auto dictature). **Réhabiliter la qualité du rapport que le patient entretient avec son corps fait partie de l'aide.**

L'**haptonomie** est sans doute une approche du toucher qui va le plus dans ce sens de la communication. Le toucher y est considéré comme un « prolongement » permettant de percevoir l'autre et d'être perçu par lui.

### 3.5.2. Communication tactile

Il ne suffit pas de poser sa main ni de maîtriser une technique de soin par le toucher. Même des professionnels du soin par le toucher, comme des kinésithérapeutes que j'ai souvent eu en stage, ont beaucoup à découvrir dans le domaine de la communication par le canal tactile.

**Le projet initial y est également important.** Il y est aussi important que dans le verbal : **Est-ce que je touche pour soulager ou parce que je veux bien entendre, rencontrer mon interlocuteur?** Est-ce dans le projet de permettre son expression ou dans celui de le faire taire (de le calmer) ?

Un même toucher peut être vécu de différentes façons, selon le projet et la pensée de celui qui le donne. **Si on compare le geste à un mot, il sera lui aussi accompagné de beaucoup de non verbal qui lui donnera son sens réel.** Si, en touchant, la pensée est « n'ayez pas mal je suis là », le geste ne produira pas la même chose que si la pensée est « je veux bien entendre que c'est exactement là que vous avez mal, et à quel point vous avez mal ».

Qu'il s'agisse d'un toucher pour un réconfort physique ou un réconfort moral, cette notion de pensée initiale reste un élément majeur pour la qualité de l'aide apportée.

### 3.5.3. Réhabiliter la communication intérieure

**La main se pose « comme une oreille de "l'âme"» dans le projet « d'entendre » le patient.** C'est un « toucher écoute », un « toucher rencontre », un « toucher validant », un toucher « reconnaissant ». Nous y trouverons potentiellement tous les points de validation énoncés plus haut. Le projet est un projet d'écoute et de reconnaissance, en aucun cas ce n'est un projet de pouvoir (même pas un pouvoir « pour le bien du patient »),

Cette reconnaissance du corps et de ce qu'il exprime permet aussi (et cela est très important) au patient d'entendre son propre corps. **Cela lui permet de rétablir une communication avec son propre corps dont, du fait de la douleur, il a tendance à se couper.**

### 3.5.4. Rôle dans la douleur

La douleur, souvent, s'amplifie d'autant plus que le patient n'écoute pas son propre corps et qu'autour de lui on ne l'écoute pas non plus. Un des grands progrès récents de la médecine est de mieux s'occuper de la douleur. Mais si les hôpitaux ont nommé ces équipes qui s'occupent de la douleur « équipes antidouleur » c'est que l'accent est encore plus mis sur la lutte que sur l'écoute. Bien sûr, les soignants de ces équipes écoutent quand même (ils ne pourraient faire autrement).

Des médecins de SMUR m'ont déjà dit que **quand on demande à un patient de décrire sa douleur, souvent il a besoin de moins d'antalgiques.** C'est qu'en fait on a amené le patient à communiquer avec son corps. Ainsi son corps s'exprime moins violemment.

**La réglette utilisée par les soignants pour inviter les patients à évaluer leur douleur,** ne permet pas que d'évaluer la douleur. Pour l'évaluer le patient doit écouter son corps. La douleur qu'il « voit » alors n'est plus celle qu'il ressentait, mais celle qui reste quand il recomunique avec son corps... et c'est celle là qu'on soulage ensuite avec un remède adapté.

### 3.5.5. Association verbale et tactile

Le verbe peut s'accompagner d'un toucher et inversement. Quelque soit le canal, ce qui reste la clé, c'est le fameux projet initial énoncé au début de cet article.

Un toucher qui se pose avec l'idée de calmer est bien moins calmant qu'un toucher qui se pose pour « entendre ». Le toucher pourra accompagner les mots tels qu'ils ont été décrits dans cet article.

### 3.5.6. Un grand respect du patient

Il en va pour le toucher comme pour la parole. **Le respect des seuils d'indiscrétion doit y exister avec autant de délicatesse.** Il y a des personnes qui préfèrent ne pas parler, il y a aussi des personnes qui ne souhaitent pas être touchées, ni toucher. Il est impératif de profondément respecter les seuils que pose le patient.

Qu'il s'agisse de parole ou de toucher une "résistance" est toujours l'expression de quelque chose d'important et ne doit jamais être considérée comme un blocage, ainsi que nous l'avons vu précédemment.

## 3.6. Relation, Communication, Aide et Thérapie

**L'efficacité d'une aide n'a rien à voir avec la durée de l'échange,** comme nous avons pu le voir dans le chapitre « les 5 validations » au paragraphe « [le facteur temps](#) ».

Il est souhaitable que le soignant sache **affiner son positionnement.** Il doit savoir distinguer quand un échange est juste une relation, ou bien si c'est une vraie communication. Il doit aussi savoir **distinguer à partir d'où nous pouvons parler d'aide** et à quel moment nous franchissons le seuil de la thérapie.

### 3.6.1. Relation

La relation c'est quand nous sommes reliés. **C'est quand l'information échangée compte plus que les interlocuteurs** (émetteurs et récepteurs). La relation est source de **dépendance, d'attachement, d'affectivité et de vulnérabilité.** On y est fusionnel ou distant. Néanmoins, c'est un état de fonctionnement minimal qui ne pose pas de problème majeur dans les situations anodines. Une sorte de pilotage automatique libérant la pensée pour s'occuper d'autre chose. Cependant, quand une situation requière de l'attention, le niveau "relation" est très insuffisant et expose à de nombreux désagréments.

**Il n'y aura dans la relation que les deux premiers points de validation :** accusé de réception et message de compréhension. Nous n'y trouverons ni le message d'accueil, ni le message de gratitude, ni celui de cohérence.

Quand on dit « j'ai des relations », ce n'est jamais pour parler de ceux avec qui on a une qualité de communication, mais de ceux dont « on peut se servir ». **Relation signifie « relié », « relatif »**, c'est-à-dire que l'un exerce une action sur l'autre et réciproquement. L'état de l'un influence l'état de l'autre. Il y a de la vulnérabilité.

Quand il n'y a pas de communication, **la relation est la situation minimum incontournable**. Il ne peut pas ne pas y avoir au moins de la relation. Il y a des relations de pouvoir, des relations de pitié, des relations conflictuelles, des relations amicales, des relations amoureuses (voir l'article de février 2001 "[Passion](#)"), des relations professionnelles (voir l'article de janvier 2001 "[La bonne distance dans le management](#)"), des relations d'indifférence (dans lesquelles on s'évite activement)... toutes sont des **situations de dépendance dans lesquelles les émotions sont positives ou négatives** mais entraînent une réelle reconnaissance de l'autre dans ce qu'il est vraiment.

### 3.6.2. Communication

La communication, c'est quand on est ouvert. **C'est la situation où les individus comptent plus que les informations qu'ils échangent**. La communication est source **de liberté, de respect, de considération et de sensibilité (sans affectivité)**. On y est distinct sans être distant.

**Il y aura dans la communication les 5 points de validation au complet**. Nous y trouvons un message de cohérence qui valide les raisons immédiates, comme pour la pudeur, dans l'exemple de la vieille dame qui refuse la toilette « si vous êtes pudique, je comprends que vous soyez gênée qu'on vous fasse la toilette ».

Nous ne penserons jamais à dire que des personnes ont communiqué quand elles viennent de s'insulter. Nous dirons qu'elles viennent d'avoir une relation conflictuelle.

La communication, c'est quand l'information est proposée par l'émetteur et accueillie par le récepteur. **La relation c'est quand l'information est imposée par l'émetteur et subie par le récepteur**.

La communication, c'est quand les individus partagent vraiment ce qu'ils ressentent, sans crainte de jugement ou de reproche. **Il ne s'y trouve pas de pouvoir ni de manipulation**. La raison de chacun y est profondément respectée et peut être facilement partagée. C'est tout ce qui vient d'être décrit ci-dessus.

Un mot, peu usité, désigne exactement cette attitude et ces comportements : c'est l'**Assertivité**. J'y ai consacré tout un article en septembre 2001.

### 3.6.3. Aide

L'aide, **c'est quand celui qui écoute, accompagne vers une raison plus profonde** (généralement par le guidage non directif). Cette raison qui cherchait à émerger est alors validée. En fait, c'est comme la communication, sauf que **l'enjeu y est plus intime**, plus profond, plus signifiant. Il y s'agit vraiment de la reconnaissance d'une source profonde de vie et de ressenti en l'autre.

Celui qu'était le patient dans ce moment de vie passée y est pleinement reconnu. Dans le cas de la vieille dame qui refusait la toilette « l'enfant que vous étiez à trop souffert quand on lui a fait ces choses ? », puis « **S'il y a eu tant de douleur je comprends que vous ne supportiez pas qu'on vous fasse votre toilette** ».

Cette validation d'une raison profonde appartient au domaine de l'aide. Dans la communication, la raison validée se trouve plus en « surface » et est souvent d'importance plus modeste.

Passer à la thérapie, c'est encore autre chose.

### 3.6.4. Thérapie

**Le fait que l'action soit thérapeutique n'a rien à voir avec la durée de l'échange** (l'échange peut être très long et n'être que de la relation ou être court et être de la thérapie). Ce qui fait que l'on passe de l'aide à la thérapie, c'est qu'après la validation de ce que l'enfant a vécu (dans l'exemple ci-dessus), **le thérapeute invite la patiente à devenir une ressource pour l'enfant, douloureuse et seule, qu'elle a été.**

Ce peut être une **invitation à la visualisation suivante** : « Vous voyez cette enfant que vous étiez ?- Vous pouvez **imaginer** que la femme, que vous êtes, allez vers cette enfant ?- Que vous dit-elle ? Etes-vous d'accord pour l'entendre ?- Pouvez-vous lui dire que vous l'entendez – Pouvez-vous la prendre dans vos bras... ? » Toutes ces invitations, ici nommées successivement, ne se faisant chacune qu'après une validation par le patient, indiquant qu'il peut le faire.

**Puis vérifier** "Comment se sent l'enfant quand vous faites cela ?" puis "Comment vous sentez vous ?"

Cette description est très sommaire. Le déroulement peut se trouver émaillé de toutes sortes de nuances. Mais la description en est ici suffisante pour bien différencier une situation d'aide d'une situation de thérapie. Pour plus de détails sur ce sujet, lire l'ouvrage [l'écoute thérapeutique](#) chez ESF ou [Chaleureuse rencontre avec soi-même](#) chez Dangles, ou l'article [Résilience](#) sur ce site.

**La thérapie n'est pas ce qui est demandé au soignant s'il n'est pas psychothérapeute.** Il peut arriver néanmoins quelquefois que "le pas psychothérapeutique" soit si minime à ajouter qu'il se fasse presque naturellement. Je repense par exemple à **cette mère dont l'enfant de deux ans venait d'évoquer, lui-même, la douleur du bébé de 6 mois qu'il était, lorsque son grand père est mort.** Evoquant l'enfant de 6 mois qu'il était, il dit spontanément « le bébé pleure »... la mère lui a simplement dit « **Tu peux faire un bisou au bébé qui pleure ?** »... c'était là une invitation thérapeutique adaptée à un enfant de deux ans. La mère ne s'est ni forcée ni retenue... ça allait de soi et c'est de ne pas le faire qui n'aurait pas été naturel !

### 3.6.5. D'abord ne pas nuire

L'aide ou la thérapie se doivent d'apporter un plus, à celui qui en bénéficie.

Dans le cas contraire, il s'agit au moins de ne pas nuire. S'il est très dommageable qu'une situation d'aide ou de thérapie soit inefficace, ça l'est bien plus si elle cause une nuisance.

Pour, au minimum ne pas nuire, il importe de respecter les points suivants :

-Etre distinct sans être distant (chaleur sans affectivité)

**-Respecter le symptôme.** L'utiliser comme un chemin à emprunter et non comme une chose à combattre ou à effacer.

**-Respecter sa cause** Comprendre qu'il s'agit de réhabiliter et non de combattre ou enlever cette inestimable racine de vie.

**-Respecter les résistances** Ajuster le cheminement en suivant leurs indications. Ne jamais tenter d'effacer ces indicateurs. Respecter les seuils d'indiscrétion.

**-Ne pas interpréter.** Privilégier le non savoir. Seul le patient sait (article d'avril 2001 [Le non savoir source de compétences](#))

**-Avoir confiance en le patient.** Faire équipe avec lui – le soignant n'est pas seul.

**-Ne pas porter de jugement** ni envers le patient ni envers ceux dont il se plaint. Chacun a sa raison (article de juin 2003 "[Apaiser violence et conflits](#)")

Quand, malgré cela, le soignant atteint sa limite et ne sait pas faire mieux, il se doit de déléguer vers quelqu'un dont l'expérience permettra d'apporter l'aide nécessaire au patient.

### 3.7. Quelques cas

Je vais vous proposer ci-dessous quelques exemples d'entretien d'aide. Si vous le souhaitez, vous pourrez mesurer le temps réel qu'il faut pour chaque dialogue (une durée indicative figure à chaque fin de séquence).

Pour plus de détails, je vous invite à lire les articles correspondants à chaque thème ci-dessous.

S =soignant P= patient NV= non verbal

#### 3.7.1. Alcoolisme, Addictions

S : Vous consommez de l'alcool ?

P : Très peu.

S : D'accord. Ce que vous consommez vous semble peu ? (Sans jugement non verbal ni sous entendu, selon les règles de la [reformulation](#))

P : Oh oui ! Peut être juste un peu trop ?

S : Ok. En quoi est-ce important de boire, pour vous, à certains moments ?

P : Ça m'aide un peu.

**S :** (validation NV). Ça vous aide ?

**P :** Oui.

**S :** D'accord. En quoi cela vous aide-t-il ?

**P :** Depuis une vingtaine d'années, vous savez... ça n'a sûrement aucun rapport ! Mais je repense souvent à cette IVG. Je ne la voulais pas vraiment.

**S :** (validation NV). Ça a été difficile pour vous ?

**P :** Beaucoup.

**S :** (validation NV). Vous en avez déjà parlé à quelqu'un ?

**P :** Non jamais !

**S :** Alors je vous suis d'autant plus reconnaissant de me faire cette confiance. Qu'est ce qui a été le plus dure ?

**P :** En fait, je voulais cet enfant. Mais je n'ai pas osé. Tout le monde était contre moi.

**S :** (validation NV) C'était très douloureux pour la femme que vous étiez à ce moment là ?

Dire « la femme que vous étiez » est important. Ça lui permet de différencier celle qu'elle est aujourd'hui de celle qu'elle était au moment de l'IVG, afin qu'elle puisse « l'entendre » et la valider.

Actuellement elle souffre toujours « comme si » elle était encore cette femme (fusion pour ne pas l'oublier - [pulsion de vie](#)), tout en essayant de l'oublier et de la maintenir au loin (rupture pour ne pas trop souffrir – [pulsion de survie](#)). Il va s'agir qu'elle en devienne distincte pour ne plus en être distante et ne plus en souffrir (se réapproprier sa vie, se reconstruire – voir article sur la résilience)

**P :** Enormément.

**S :** D'accord. J'entends vraiment que vous me parlez de quelque chose de très douloureux. L'alcool vous a un peu aidé ?

**P :** Au fond, ça m'a un peu aidé à vivre.

**S :** (Validation NV) Vous pouvez accorder à cette femme que vous avez été, que l'alcool l'a aidée ?

**P :** (La patiente montre que oui)

**S :** (Validation NV) Comment vous sentez-vous ?

**P :** Je me sens plus légère.

Naturellement, cette patiente a bien d'autres choses à aborder, mais ce début est très apaisant pour elle.

**S :** Bien. Comment pourrions nous faire pour qu'aujourd'hui vous ayez moins besoin d'alcool ?

... La patiente vient d'être reconnue, le soignant sollicite la ressource de celle-ci, sans poser de jugement ni proposer de solution. Il peut ensuite déléguer vers un psy pour une aide plus approfondie.

L'alcool a été une béquille et ne doit pas être méprisée. Celle qui a bu était en souffrance et doit être chaleureusement reconnue et faire partie de sa structure psychique. Toute parole du genre « il ne faut pas redevenir comme ça » serait désastreuse et source de rechute (ceci est très important).

Durée 1mn 40

Voir article de mars 2003 [Aider le malade alcoolique](#)

### 3.7.2. Dépression, Suicide

**S** : Vous avez souhaité mourir ?

**P** : Oui, vous auriez mieux fait de ne pas me tirer de là (**violence**).

**S** : D'accord... Vous regrettez qu'on vous ait sauvé ?

**P** : Oui.

**S** : (Validation NV) C'était douloureux à ce point ?

**P** : Je n'en peux plus (**larmes**).

**S** : (validation NV). Qu'est ce qui est si douloureux ?

**P** : Ça ne sert à rien de vivre quand on ne vaut rien comme moi.

**S** : Ok... Vous avez le sentiment que vous ne valez rien ?

**P** : Vraiment rien du tout. Je ne suis qu'une merde (**dégoût**).

**S** : A ce point ? Qu'est-ce qui vous donne ce sentiment que vous ne valez vraiment rien ?

**P** : Personne n'a jamais fait attention à moi.

**S** : D'accord... Il y a des personnes particulières dont vous espériez l'attention ?

**P** : Mon père n'a jamais vu que j'existais.

**S** : (validation NV) Cela vous a beaucoup manqué ?

**P** : Oui

**S** : (Validation NV) Au point de vouloir mourir ?

**P** : Oui

**S** : J'entends vraiment que ça a été terriblement douloureux. Qu'est-ce qui a pu amener **l'homme qu'est votre père** à ne pas vous voir ?

Là aussi nous parlerons de "l'homme qu'était son père" et non de "son père" afin qu'elle mette son attention sur l'individu et non sur le statut familial.



P : Il avait trop de soucis. Vous savez il n'a pas eu une vie facile non plus.

S : Ok. Est-ce que quelqu'un a déjà fait attention à lui ?

P : Non. Lui non plus.

S : (Validation NV) Comment l'a-t-il vécu ?

P : Mal. C'est sûrement pour ça qu'il buvait.

S : (Validation NV). Vous pensez que ça a pu l'amener à boire ?

P : Oui, je me rend compte de ça.

S : D'accord. Comment vous sentez vous en évoquant tout cela ?

P : Ça me fait du bien. Je n'avais jamais vu mon père de cette façon. J'ai l'impression de me sentir plus près de lui. Je n'avais jamais imaginé qu'il a ressenti la même chose que moi.

S : Je vous remercie vraiment d'avoir partagé cela avec moi.

... la compréhension que le soignant vient de donner au patient contribue à le réhabiliter, ainsi que son père. Il sort ainsi un peu de la solitude et trouve une petite raison de vivre alors qu'il n'en avait plus. Aussi modeste que cela semble, c'est très important.

Si au contraire le soignant lui avait dit « Il ne faut pas dire ça » « Vous comptez certainement pour votre père » « Et puis il y a des gens qui vous aiment à qui vous manquez trop », le patient se sentant terriblement incompris aurait encore plus été tenté par la récurrence. Même si ces phrases sont justes, elles sont dangereuses quand elles viennent avant la validation du patient et de son ressenti. Elles ne peuvent être dites qu'après (si nécessaire).

Durée 1mn 40

Vois l'article de juin 2001 [Dépression et suicide](#)

### 3.7.3. Désorientation, Personnes âgées,

P : Je ne veux pas que vous vous occupiez de moi (colère).

S : D'accord. C'est mieux pour vous si je ne m'occupe pas de vous ?

P : Occupez vous plutôt de LUI Vous m'emmerdez (violence)

S : Ok. Qui c'est « lui » ? (car il n'y a personne, la dame âgée semble délirer)

P : Mais LUI. Il est tout seul (elle s'énerve de voir qu'on ne comprend pas ce qui devrait être évident).

S : D'accord. Qui est seul ?

P : Mais le petit (elle se calme voyant qu'on commence à comprendre).

S : (validation NV) Il y a un petit ?

P : Vous savez quand on me l'a enlevé, quand mes parents me l'ont pris, il a trop souffert de ne plus me voir.

**S** : Qui est ce petit ?

**P** : Mais c'est mon enfant (larmes)

**S** : Mon dieu. Vous avez été séparé ?

**P** : Oui et personne n'a compris à quel point nous avons souffert.

**S** : (Validation NV) Ça a été très douloureux pour vous deux ?

**P** : Oh oui !

**S** : Vous avez tellement souffert qu'on ne vous comprenne pas, vous et LUI ? Vous avez tellement souffert de cette séparation ?

**P** : Oh oui ! Vraiment vous êtes très gentil. Ça me fait tellement de bien d'en parler.

**S** : Je vous remercie aussi de m'avoir fait assez confiance pour me parler de cet enfant qui est si précieux pour vous.

Cette vieille femme ne perdait pas la raison. Elle était au contraire entrain de "retrouver la raison de son ressenti". Elle avait besoin qu'on l'aide à valider cette raison. Si le soignant lui avait dit « mais qui ça ? Vous voyez bien qu'il n'y a personne » ou « Mais madame, où êtes-vous ? Vous êtes à la maison de retraite » soit disant pour la ramener dans le présent... dans ces cas le soignant aurait malencontreusement contribué à lui faire perdre la raison (qu'elle était en train de retrouver) et à la conduire vers un peu plus de désespérance... et de démence.

Durée 1mn 10

Voir l'article de mai 2001 [Personnes âgées](#)

### 3.7.4. Autonomie

**S** : Vous venez à l'atelier de dessin ? (s'adressant à une dame âgée en maison de retraite)

**P** : Je n'ai pas envie d'aller à votre atelier.

**S** : D'accord. Ça ne vous dit rien ?

**P** : Non je ne veux pas (colère).

**S** : Ok.... Qu'est qui ne vous plait pas dans cet atelier ?

**P** : Je ne sais pas dessiner.

**S** : (Validation NV) C'est surtout parce que vous ne savez pas dessiner ?

**P** : Oui. Je n'aime pas me rendre ridicule (peur).

**S** : Ah oui... Vous craignez d'être ridicule ?

**P** : Je ne supporte pas qu'on se moque de moi.

**S** : Ok... On s'est déjà moqué de vous ?

**P** : Oh ! Souvent.

**S** : D'accord... Il y a une fois où l'on vous a particulièrement blessée ?

**P** : Ça je m'en souviens.

**S** : C'était quand ?

**P** : J'avais fait un gâteau toute seule pour faire plaisir à mes parents. Ce soir là ma tante était venue manger. Sur le gâteau, avec de la farine, j'avais dessiné un lapin. Devant tout le monde, ma mère m'a dit « t'es meilleure en cuisine qu'en dessin ! Ton lapin on dirait un crapaud ! ... et tout le monde a éclaté de rire »

**S** : (validation NV) Ça a été très douloureux pour l'enfant que vous étiez ?

Là encore, il est essentiel de l'amener à différencier la femme qu'elle est, de l'enfant qu'elle était. D'où la formulation « pour l'enfant que vous étiez » et non « pour vous »

**P** : Terrible, je ne savais plus où me mettre.

**S** : (validation non verbale) L'enfant, que vous étiez, a pu parler à quelqu'un de sa douleur ?

**P** : Certainement pas ! Il n'était pas question de se plaindre.

**S** : (Validation NV) Vous l'avez déjà dit à quelqu'un ?

**P** : Jamais.

**S** : Je suis très touché que vous m'ayez révélé cela... Comment vous sentez vous d'en avoir parlé ?

**P** : Ça me fait vraiment du bien. Vous croyez que si j'y vais ils ne vont pas se moquer (car la vieille dame commence à différencier le présent d'avec son histoire ancienne)

La personne reprend une possibilité de décider car elle a été respectée dans ce qu'elle ressent. En plus elle ne mélange plus le passé et le présent. Pour retrouver son autonomie, une personne doit être reconnue dans ce qu'elle ressent et dans ce qu'elle souhaite.

Durée 1mn 30

Voir l'article de mai 2001 [Personnes âgées](#)

### 3.7.5. Fin de vie

Après la découverte d'un diagnostic fatal et ayant passé les étapes de déni, de révolte et de compensation...

**P** : Je ne veux pas mourir.

**S** : (Validation NV) C'est terrifiant pour vous!?

Avec dans le ton une profonde reconnaissance de la dimension de ce que le patient vient de confier. Ici il est particulièrement important d'avoir intégré ce qu'est une reformulation, qui ne doit en aucun cas être trop interrogative... sous peine de devenir une agression, ou d'être vraiment ridicule.

**P** : Je ne peux pas accepter.

**S :** (validation NV) Qu'est-ce qui est le plus inacceptable ?

**P :** Je ne supporte pas l'idée de ne plus voir mes enfants.

**S :** Vous aimez beaucoup vos enfants ?

**P :** Oh oui ! Tellement ! Je me fais tellement de soucis pour eux. Ils ne supporteront pas. Et dire qu'ils vont tellement souffrir par ma faute. J'ai l'impression de les abandonner.

**S :** Oh... Vous pensez que c'est de votre faute ?

**P :** Eh non ! Je ne le fais pas exprès. Mais c'est quand même à cause de moi. Si je n'avais pas cette saloperie de maladie !

**S :** D'accord. Vous parlez avec eux de ce qu'ils ressentent ? Vous les invitez à partager avec vous ce qu'ils ont dans leur cœur ?

**P :** Non. Je n'ose pas. Je ne veux pas leur faire de peine.

**S :** D'accord. Vous pensez que c'est mieux pour eux de ne pas vous dire ce qu'ils ressentent ?

**P :** J'aimerais tellement qu'on puisse se prendre dans les bras, même si on doit pleurer beaucoup.

**S :** Ok... Vraiment... si vous le ressentez... je vous invite à ne pas manquer de le faire... pour eux autant que pour vous ! Ne manquez pas de vous rencontrer avec tendresse, même s'il y a beaucoup de larmes.

Durée 1mn 15

Vois l'article d'avril 2003 [Humaniser la fin de vie](#)

### **3.7.6. Maternité accouchements**

**P :** Je ne sais pas si je saurai m'occuper de mon enfant.

**S :** D'accord. Vous craignez de ne pas savoir vous en occuper ?

**P :** Oui

**S :** Ok. Qu'est ce qui vous fait craindre ça ?

**P :** Je ne suis pas sûre d'être capable.

**S :** D'accord. Capable de quoi ?

**P :** De me rendre compte de ce qu'il veut, d'être attentive comme il en aurait besoin, de savoir lui donner le sein quand il le faut, de m'y prendre de la bonne manière....

**S :** (Validation NV). En fait, qu'est ce que vous craignez le plus ?

**P :** J'ai tellement attendu ce moment, je me sens perdue maintenant qu'il (l'enfant) est là.

**S :** (Validation NV) Qu'est ce qui vous donne ce sentiment d'être perdue ?

P : Vous savez quand il était dans mon ventre, nous étions proches, je le sentais en moi. Maintenant je me sens vide, comme si je l'avais un peu perdu.

S : Ok. Vous avez un peu la sensation de l'avoir perdu en le mettant au monde ?

P : Oui.

S : (Validation NV) Il vous manque dans votre ventre ?

P : Oui.

S : (Validation NV) Vous pourriez le regarder, là ([en lui montrant l'enfant](#)).

P : (Elle le fait, elle se tourne vers l'enfant)

S : D'accord... Vous pouvez lui dire à quel point sa présence dans votre ventre était un merveilleux moment que vous avez partagé avec lui. Vous pouvez le remercier pour cela ?

P : (elle le fait)

S : Comment vous sentez vous ?

P : Cela me fait du bien, je me sens plus proche de lui.

S : Validation NV) Comment sentez vous votre peur de ne pas savoir vous en occuper.

P : J'ai l'impression que tous les deux (elle et le bébé) on va y arriver.

S : (Validation NV) Je suis très touché d'avoir été présent à ce moment de rencontre entre vous (le bébé et vous).

Le soignant lui témoigne sa gratitude pour ce privilège qui vient de lui être accordé.

Si le soignant avait dit pour rassurer la mère « Mais si, vous allez y arriver » il aurait laissé en plan ce manque de rencontre entre l'enfant et la mère et même, ne donnant pas existence à la mère... n'aurait pas permis à l'enfant de si bien bénéficier d'elle et de sa présence.

Durée 1mn 20.

Voir l'article de décembre 2001 [La mère et l'enfant](#)

## **3.8. Pour conclure**

### **3.8.1. Les composantes médicales**

**La qualité de l'aide psychologique ne doit naturellement jamais faire oublier les composantes médicales.** Il y a même, nous l'avons vu au début de cet article, des composantes somato psychiques dans lesquelles il faut s'occuper du corps pour apaiser l'esprit. Certains troubles psy, d'ordre psychiatrique nécessitent même une prise en charge médicamenteuse prescrite par un médecin psychiatre.

La qualité de l'aide permet de mieux mettre en œuvre les soins médicaux mais bien sûr ne les remplace jamais. Quand ces soins médicaux sont nécessaires, il ne remettent

cependant pas en cause le fait qu'un accompagnement psychologique peut avantageusement leur être associé.

### 3.8.2. Prendre soin de soi aussi

Quand on fait un métier où l'on s'occupe des autres, il importe aussi de savoir prendre soin de soi. Cette aide que l'on accorde à autrui, il importe de savoir se l'offrir à soi-même également.

Il est souhaitable de s'octroyer le droit de ne pas pouvoir ou de ne pas être dans un bon jour... le droit de ne pas être parfait ! Dans ce cas le soignant délèguera, ou fera pour le mieux, quitte à revenir plus tard auprès du patient. **Il est important pour rester efficace de ne pas sombrer dans la culpabilité (ni dans la culpabilisation des autres)**

**Le travail d'équipe devrait être une bonne opportunité pour palier les états variables de chacun des soignants**, de chacun d'entre nous. En effet, qui que nous soyons, aucun d'entre nous ne peut prétendre être toujours au top.

**Quand une circonstance traumatisante a été vécue avec un patient**, il importe de pouvoir en parler à quelqu'un qui peut l'entendre (sans nous donner de solutions ou de jugements). Là l'équipe joue un rôle important. Par exemple après le décès d'un patient auprès duquel les soignants étaient particulièrement investis.

Pour mieux comprendre comment prendre soin de soi, je vous invite à lire les articles [Stress et mieux-être](#) (novembre 2001) et [Résilience](#) (novembre 2003)

### 3.8.3. Les progrès et les regrets

A chaque fois que nous découvrons que nous pouvons faire mieux, nous nous laissons facilement envahir par le regret de ne pas avoir fait mieux plus tôt.

En lisant cet article ou en ayant suivi une formation sur ce thème, **il arrive souvent que le soignant se dise « Si j'avais su ! Pourquoi n'ai-je pas eu ces informations au début de ma carrière ?** Il y des patients que je n'ai pas aidés... et même certains à qui, sans le vouloir, j'ai fait du tort ! ».

Le risque alors est de glisser vers une sorte de culpabilité. Il importe de bien considérer qu'à chaque instant de notre vie nous avons toujours fait pour le mieux avec ce dont nous disposions à l'époque.

Progresser, c'est évidemment prendre le risque de découvrir qu'avant on faisait moins bien. Si pour éviter cela nous choisissons de ne pas progresser, ce serait évidemment aberrant.

**Les expériences antérieures, même mauvaises, sont fondatrices de tout ce que nous comprenons aujourd'hui** et mettent en exergue toutes nos capacités actuelles. C'est ainsi qu'un être humain se construit, c'est pour cette raison que l'on devient de plus en plus humain. Le progrès consiste aussi à **respecter nos imperfections antérieures afin de donner de bons fondements à nos capacités ultérieures.**

### 3.8.4. De nombreuses autres situations

Cet article ne peut évidemment évoquer toutes les situations possibles. Il vise juste à préciser un état d'esprit permettant de faire face aux diverses situations inattendues qui seront rencontrées.

**Aucune phrase clé ne peut être retenue comme modèle.** Même si je vous ai proposé de nombreux exemples, ils ne doivent surtout pas être utilisés comme stéréotypes. **Chaque situation requière un propos et une attitude adaptés.** Tous les exemples de cet article ont eu pour projet de vous faire approcher l'état d'esprit nécessaire plus que de vous faire développer des détails de vocabulaire performants.

La variété des situations d'aide couvre les innombrables petits échanges, comme le simple fait de dire bonjour jusqu'à des situations d'aide demandant plus de 30 minutes, 2 heures ou plus, pour accompagner une profonde douleur morale.

### 3.8.5. Rien n'est à appliquer

Il ne s'agit pas d'appliquer une technique. Dans cet article, je vous invite à ne rien considérer comme une technique à appliquer. **S'il vous plaît n'appliquez rien de tout cela !**

**Sachez simplement mieux positionner votre attention envers le patient et clarifier votre projet initial** (la première pensée) tel que je l'ai décrit au début de cet article. Le reste suit naturellement. Ce n'est plus alors qu'une question de temps et d'expérience, car **vous avez en vous les ressources nécessaires... le reste est chez le patient.**

Face au patient vous n'êtes pas seul... vous êtes avec lui et toutes ses ressources.

Thierry TOURNEBISE

*Dans les formations, le contenu théorique de ce document est complété par des expérimentations très précises.*

*Les outils pédagogiques que représentent ces mises en situation permettent d'approcher progressivement et respectueusement la finesse et la délicatesse du projet initial.*

*Tout ce qui fait la qualité d'un échange d'aide y est concrètement abordé ainsi que ce qui permet de ne jamais nuire, même par inadvertance.*





## ***Le positionnement du praticien***

Thierry TOURNEBISE



### **Le positionnement est un point essentiel**

L'efficacité, dans l'aide psychologique ou la psychothérapie, semble venir avant tout du « positionnement » du praticien et de la façon qu'il a de considérer la vie en général... et son interlocuteur en particulier. C'est plus une affaire de regard et d'attitude, que de connaissances. Je vous proposerai donc dans ces quelques lignes de pointer avec précision ce qui, dans notre attitude, peut nous rendre plus aidant.

### **La place des connaissances**

Le savoir et les connaissances ne sont pas inutiles (et même souvent assez nécessaires), mais à eux seuls, non seulement ils ne produisent pas d'aide, mais peuvent même parfois conduire à l'inverse.

### **Les points clés abordés**

Nous aborderons surtout ici ce qui concerne l'attitude et le positionnement du praticien, dont les points clés sont :

- Comment il perçoit son patient
- Comment il considère les symptômes psy- Comment il sait mettre son attention sur le patient plutôt que sur le traumatisme
- Comment il réagit face à une révélation importante
- Comment il a confiance en ce qui se passe, et est capable de se « réjouir » plutôt que de « s'affliger », de se sentir « touché » plutôt que de se sentir « affecté ».
- Comment il se laisse guider avec candeur et confiance vers la justesse à l'œuvre chez son patient.

### **La subtilité des moyens et des résultats**

Voici des nuances extrêmement subtiles, que je vais tâcher d'aborder avec autant de clarté et de simplicité que possible, en gardant à l'esprit que ce qui importe, c'est finalement ce que le praticien fera (et surtout sera), concrètement face à la personne qu'il accompagne. Ce qui importe, c'est le résultat, mais le résultat est à considérer également dans toute sa subtilité.

Décembre 2007 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF



# 1. Acquérir des connaissances

## 1.1. La nécessité

Il est naturellement nécessaire d'accéder à suffisamment de connaissances pour être capable d'apporter une aide psychologique à une personne en souffrance. La psyché a des fonctionnements qu'il importe de connaître. Pourtant, tous les praticiens ne l'abordent pas de la même manière. Certains l'aborderont par le corps, d'autres par la parole, d'autres par le psychodrame, d'autres par l'hypnose, d'autres par les mécanismes cognitifs, d'autres par les comportements...

Quoi qu'il en soit, il y a des connaissances à acquérir, mais lesquelles ? Nous pourrions penser qu'il est nécessaire de tout connaître de la psychopathologie (c'est à la mode en ce moment) Or, s'il y a des choses à savoir sur certains troubles psychiques, s'il importe de distinguer les états psychotiques, de comprendre les mécanismes de transfert, de projection, de déplacement, de libido, d'introjection, d'individuation etc... qu'en est-il quand on se trouve face à la personne en détresse ? Toutes ces connaissances nous servent-elles ? Jusqu'à qu'à quel point ? Parfois ne nous égarent-elles pas en nous donnant des idées préconçues, nous aveuglant ainsi à ce que nous avons sous les yeux, en nous fournissant des « grilles » de décodage... grilles qui risquent souvent de nous enfermer plus que de nous éclairer ! Ne nous conduisent-t-elles pas à ce que dénonce Donald Wood Winnicott dans son ouvrage « Jeu et réalité » (Folio Gallimard, 1975):

« L'interprétation donnée quand le matériel n'est pas mûr, c'est de l'endoctrinement qui engendre la soumission » (p.104)

## 1.2. Le mirage

Ce savoir tend trop souvent à nous faire regarder ce qui se passe dans la psyché sous un angle ayant une caractéristique particulière : nous regardons la psyché en considérant qu'il y a « quelque chose qui ne va pas ». La question trop souvent posée est alors « Qu'est-ce qui ne va pas ? », puis son corollaire « A cause de quoi ? » (quand ce n'est pas « à cause de qui ? »)

Nous nous rappellerons ici les propos de Jung et de Rogers sur les résistances des patients face à certains praticiens :

« Dans la littérature il est tellement souvent question de résistances du malade que cela pourrait donner à penser qu'on tente de lui imposer des directives, alors que c'est en lui que de façon naturelle, doivent croître les forces de guérison » (Jung, 1973, p.157)

« ...la résistance à la thérapie et au thérapeute n'est ni une phase inévitable, ni une phase désirable de la psychothérapie, mais elle naît avant tout des piètres techniques de l'aidant dans le maniement des problèmes et des sentiments du client. » (Rogers 1996, p.155)

Ces résistances viennent de la vision « a priori », qui produit une sorte de mirage, dans lequel nous croyons voir d'une part un problème et d'autre part sa cause. Il devient alors naturel de chercher la solution pour tenter d'éradiquer la cause. Si c'est cela qui conduit notre aide ou notre accompagnement psychothérapique, nous avons toutes les chances, dans le meilleur des cas de ne produire aucun résultat, et dans le pire des cas de causer une aggravation.

Cet aveuglement, ayant pour cause le savoir, fait penser aux dialogues écrits par René Descartes, dans « Recherche de la vérité par la lumière naturelle » :

Eudoxe (le sage) parlant de l'érudit (Epistémon) : « ...dès l'enfance il a pris pour la raison ce qui ne reposait que sur l'autorité de ses précepteurs... » (1999, p.898). Ainsi, pour lui, un enseignement qui impose une pensée n'enseigne pas, mais éteint « la lumière de la raison ». Il poursuit par : « Celui qui est, comme lui, plein d'opinions et embarrassé de cent préjugés, se confie difficilement à la seule lumière naturelle car il a déjà pris l'habitude de céder à l'autorité plutôt que d'ouvrir les oreilles à la seule voix de la raison. » (ibid. p.898) . Parlant de celui qui est moins érudit (Polyandre) et qui, grâce à cela, a gradé son bon sens, sa lumière naturelle, il ajoute que, chez lui : « ...tout cela s'effectue sans logique, sans règles, sans formules d'argumentations, par la seule lumière de la raison et du bon sens, qui est moins exposé aux erreurs, quand il agit seul par lui-même que quand il s'efforce anxieusement d'observer mille règles diverses (ibid, p.896).

S'il importe de savoir, il importe aussi, et surtout, de choyer sa liberté et sa candeur par rapport aux acquis intellectuels. Il semble sage de ne jamais enfermer la pensée dans aucune grille prédéfinie. L'intellect ne doit pas devenir le geôlier du bon sens !

### **1.3. L'imperceptible**

Il se trouve même que ce que nous allons aborder dans cette publication touche des choses pour lesquelles l'intellect est un cancre absolu. Celui-ci n'a en effet de talent que dans le domaine de la raison... il ne fréquente pas celui de la sensibilité. Si beaucoup de choses peuvent être énoncées en matière de communication, d'aide ou de psychothérapie, d'autres restent difficilement formulables et ne se découvrent, le plus souvent, que par l'expérience. En réalité elles sont formulables, si nous prenons le soin d'utiliser les mots justes, et si ces choses sont claires pour celui qui les énonce. Mais pour ceux qui les lisent, s'ils ne lisent que les mots et ne mettent pas en œuvre leur propre sensibilité, il y a peu de chance qu'ils en saisissent l'essence.

Le subtil, que nous aborderons ici, est quasiment imperceptible par l'intellect. Il s'agit de l'attitude intérieure, du projet intime, de la sensibilité à autrui et à soi-même, de la sensibilité à la vie, de la façon dont nous offrons notre regard à celui qui se confie à nous, de notre confiance. Par exemple, notre attention se porte-t-elle sur l'être ou sur son problème, sur les événements de sa vie ou sur la façon dont il les a vécus, projetons-nous de résoudre quelque chose ou juste d'offrir notre reconnaissance, nous affligeons-nous de cette confiance ou nous réjouissons nous de cette rencontre...etc. ?

Lao Tseu nous interpellait sur la simplicité et la subtilité 5 siècles avant JC : « Dans l'univers, les œuvres difficiles doivent se faire par le facile. Les grandes choses doivent s'accomplir par l'imperceptible » (Lao Tseu – Tao Te King, le livre du Tao et de sa vertu -éd Dervy, 2000

## **2. Vouloir Aider peut être une violence**

« Vouloir aider peut être une violence », voilà sans doute un propos surprenant. Le problème quand nous voulons aider, c'est que nous portons sur autrui un regard a priori négatif. Notre décodage de la situation, avec son a priori de « mauvais à réparer », fait que, quand l'autre paraît devant nous, nous lui offrons le regard de quelqu'un « qui voit quelque chose de mauvais ».

Cette notion de « regard porté sur notre interlocuteur » est le fondement majeur de tout accompagnement psychologique, qu'il s'agisse d'aide psychologique\* ou de psychothérapie.

\*Vous remarquerez que je n'utilise pas le terme « relation d'aide » car on n'aide pas avec la relation, mais avec la reconnaissance. Vous aurez tous les détails à ce sujet dans ma publication « Communication thérapeutique » développant, sur plus de 40 pages, comment on peut offrir un accompagnement psychologique de qualité et précisant la problématique du terme « relation d'aide » qui est une très mauvaise traduction du terme « counseling » utilisé par Carl Rogers. Le titre « Counseling and psychotherapy » a été traduit, hélas, par « relation d'aide et psychothérapie » (Rogers ESF).

### **2.1. Le problème du pouvoir**

Face à une personne en larme que souhaitons nous faire ? Le plus souvent nous avons pour projet d'apaiser son chagrin. Nous le souhaitons avec cœur, et pour son bien. Si nous en avons le pouvoir, nous allons alors investir notre énergie dans ce sens. Depuis 19 années que je forme des soignants, j'en ai tellement rencontré qui, avec cœur, tentent d'apaiser les larmes des patients !... ou même qui tentent de faire en sorte qu'il n'y ai jamais de larmes, car ils pensent que si la personne pleure c'est qu'on vient de commettre une erreur faisant remonter quelque chose qu'il vaut mieux ne jamais aborder.

Or il se trouve que ces larmes doivent davantage être reconnues que calmées... et qu'il convient de ne surtout pas les empêcher. Quand elles s'expriment enfin, vouloir les calmer revient à une sorte de déni de la peine ressentie. Lorsque nous avons du chagrin, une phrase ou une attitude du genre « Allez, ne pleurez pas, ça va aller » nous fait mal... un mal de « non reconnaissance », de « non compréhension ». Nous ressentons, avec un tel propos, un déni de la part de celui qui prétend nous soulager. Il ne nous soulage pas, il nous interdit simplement d'exister avec notre peine ! En vérité, il ne s'occupe pas de nous, mais de lui : il ne tente pas de reconnaître notre vécu, mais juste de calmer la peine que lui cause notre chagrin. Pour ne plus souffrir lui, il veut nous calmer nous... mais finalement, nous, qui nous entend ?

Ce qui se veut « douceur », devient alors « pouvoir »... une sorte de pouvoir contre nos larmes. Or ce pouvoir, très gourmand en énergie, est aussi illusoire que de vouloir

retenir une rivière ! Par ce pouvoir, l'aidant maladroit tente de retenir un flot de vie qui s'exprime dans son juste ressenti. En voulant l'empêcher ou le tarir, **il ne fait que faire « mourir » ce qu'il prétend « ranimer »**. Un être s'apaise toujours par la reconnaissance, jamais par le déni.

J'aime donner l'exemple du monsieur qui se laissait mourir et ne mangeait plus. Il était, comme on dit en « syndrome de glissement ». Toute la volonté et toutes les techniques mises en œuvre par l'équipe médicale pour le stimuler et l'encourager échouaient... jusqu'à ce qu'une soignante inspirée s'approche de lui et lui dise en toute simplicité, avec une très grande délicatesse et un ton de profonde reconnaissance : « Vous ne voulez plus ? » (sous entendant « vous ne voulez vraiment plus vivre ? Hein... c'est cela ? »). Cette simple reconnaissance lui redonna aussitôt le goût de manger. En effet, à quoi bon vivre dans un monde où personne ne nous entend ! Mais si une seule personne veut bien nous voir et nous reconnaître, veut bien nous rencontrer sans nous nier... alors ça vaut la peine. Le « pouvoir », mis en œuvre pour le stimuler, avait la violence d'un déni, alors que la reconnaissance de son ressenti était un délicat encouragement à vivre. Je développe ce thème en détail dans ma publication précédente [« Bientraitance »](#) (aout 2007) ainsi que [« Reformulation »](#) (novembre 2002)

## **2.2. « en faire » ou en « en être » ?**

Le subtil ne concerne pas le faire. Il se situe au niveau de l'être. Sans donner à ce mot une connotation métaphysique, je dirai simplement qu'il s'agit de présence, de projet intérieur, d'attention accordée, de reconnaissance offerte. Autant de choses qui ne peuvent en aucun cas faire partie d'un protocole technique définissant une action juste.

Être « en faire » consomme de l'énergie et peut être même consomme nos ressources intimes (enfer ?). S'il n'y a que le faire, il en résulte stress, épuisement, déception. Le « faire » n'est juste que s'il y a aussi de « l'être ». Il importe de souligner à quel point un individu a besoin de se trouver en être (en naître ?). Comme disait Jacques Rouxel avec humour dans ses Shadocks « l'enfer c'est là où on est enfermé ». Amusante définition. Les « grilles de décodage », sensées nous aider à aider, ne participent-elle pas souvent à cet enfermement ? Ne produisent-elles involontairement une sorte d'emprisonnement intellectuel ? C'est ainsi que les interprétations sont dénoncée par Winnicott, qui parle même d'un risque d'endoctrinement ! Alors, comme le dit Rouxel avec humour de ses Shadocks : « Et les pitoyables bêtes pompaient. Les Shadocks avaient des petites pompes pour les petits problèmes, des grosses pompes pour les gros problèmes et des pompes pour les cas où il n'y a pas de problème. Pour cette dernière, comme pour les autres, il ne se passait rien... mais c'était quand même une sécurité ! ». Ainsi, un patient ou un praticien, qui ne considère que l'aspect technique, risque de se retrouver en train de « pomper » avec l'une de ces trois pompes. Les techniques à elles seules, même parfaitement justes, ne peuvent conduire à l'état d'être qui rendra l'action efficace.

Ces techniques doivent être accompagnées d'un état d'être, d'un positionnement, d'une attitude, permettant une réelle qualité d'aide. Le projet de cette publication est de mettre en mots ce positionnement, de façon aussi précise que possible, tout en sachant que les mots ne peuvent pas tout en ce domaine. En effet, les mots sollicitent



l'intellect alors qu'ici il s'agit de solliciter la sensibilité. Le mot « sensibilité » sera entendu comme une faculté à percevoir le subtil (nous prendrons soin de le différencier de « l'émotivité » qui justement ne perçoit rien).

### **3. Le leurre des mauvaises causes**

Nous avons culturellement pour habitude de penser quand nous nous sentons mal psychologiquement, c'est à cause de quelque chose qui ne va pas, et surtout, à cause de quelque chose de nuisible qui nous a marqué. Il en découle naturellement que nous souhaitons nous mettre en quête de cette cause néfaste, afin de l'éradiquer. Nous poursuivons ainsi le but de retrouver le bien-être perdu (si toutefois nous l'avons déjà eu un jour !)

Parfois même, nous souhaitons retrouver un mieux être sans passer par la recherche de la cause, en ignorant totalement ce qui est en nous. C'est ce qui se passe dans une approche qui serait purement comportementaliste, tentant juste de reprogrammer un individu dans un comportement plus adapté. En réalité, les praticiens comportementalistes ont découvert, d'une part qu'il fallait beaucoup de respect et de progression (avec par exemple la désensibilisation systématique) et d'autre part qu'il fallait adjoindre des données cognitivistes tenant compte des raisons qui habitent le sujet (notamment avec la découverte guidée). Si les débuts du comportementalisme, avec le béhaviorisme, ont été hasardeux, et que des composantes existentielles lui ont fait cruellement défaut, nous nous devons de considérer qu'une telle démarche reste nécessaire quand il y a un besoin d'apprentissage. Le comportementalisme ne pose problème que quand il est utilisé seul, et dans l'ignorance des subtilités qui habitent un être.

#### **3.1. Le symptôme**

Les symptômes psy (phobie, mal-être, pulsion, addiction, déprime, troubles du comportements divers...) sont généralement sources, au moins d'inconfort, au pire de grandes douleurs. Il est donc naturel, par réflexe, de vouloir les éliminer. Notre pulsion de survie est ainsi faite que nous tentons d'éliminer ce qui fait mal.

Nous oublions que l'étymologie grecque de symptôme, c'est *sumptōma* c'est-à-dire « coïncidence des signes » (de *sumpiptein* « tomber ensemble »). Ce signe qui apparaît à l'extérieur, indique qu'il se passe quelque chose à l'intérieur, avec lequel il est en corrélation.

Dans le domaine médical, ces renseignements sont précieux concernant les maladies physiques. Les causes cachées peuvent ainsi se révéler et permettre les traitements adaptés. Dans le cas des maladies physiques, l'idée de combat d'une cause néfaste ou de recentrage d'un mauvais fonctionnement est bien ancrée. C'est sans doute souvent juste (par exemple dans les maladies infectieuses), mais là aussi, il arrive que des troubles fonctionnels, identifiés comme néfastes, soient en réalité un élan de l'organisme pour retrouver son équilibre (comme par exemple avec la fièvre). Le praticien en naturopathie connaît bien cela et prendra soin d'accompagner le corps plutôt

que de combattre ses réactions. La médecine et la naturopathie ne sont pas forcément en opposition, elles se complètent simplement. Les deux savent de toute façon (ou devraient le savoir) qu'il ne s'agit pas d'enlever le signe pour faire disparaître la cause. Par exemple la médecine sait très bien que faire disparaître une inflammation avec un anti-inflammatoire (qu'il soit chimique ou naturel), sans s'occuper de la source infectieuse, peut avoir des conséquences désastreuses : le mal continu sans le signe et, non seulement il n'y a plus de repère (état du symptôme), mais en plus l'organisme voit son système de défense détruit.

Si nous trouvons déjà de telles nuances sur le plan physique, nous y serons bien plus encore confrontés sur le plan psychologique !

Calqué sur le modèle physique, en psy, le symptôme est souvent vu comme l'expression de quelque chose qui va mal au plus profond de l'être. Adoptant inconsciemment le modèle des maladies infectieuses, nous souhaitons alors éradiquer la cause du mal psy, comme on éradiquerait un agent viral ou microbien.

Généralement, il est bien établi en psy qu'il ne s'agit pas de supprimer un symptôme sans s'occuper de la cause (encore que la prescription de psychotropes non accompagnée de psychothérapie laisse un doute à ce sujet !) Il y a donc une recherche de la cause, mais l'état d'esprit qui accompagne cette recherche est souvent tourné vers le fait de « se libérer de quelque chose », comme s'il y avait une sorte de processus d'élimination à accomplir. C'est là où il convient d'ajuster une certaine subtilité.

Même en médecine, vous remarquerez que quand un patient a une fracture, on n'élimine rien, mais on se contente de rassembler les parts du corps brisées. Dans les cas de souffrances psy, il s'agit le plus souvent de sortes de « fractures » de la psyché, dont les parts demandent à être rassemblées. N'y voyez pas d'état psychotique, ni de clivages au sens psychopathologique du terme, mais simplement des parts de soi maintenues à « distance » pour préserver temporairement d'une souffrance excessive.

(Les professionnels qui souhaitent des détails techniques, tant sur les symptômes que sur leurs causes, peuvent lire la publication d'avril 2008 sur la [psychopathologie](#). Ils y trouveront les rapports qu'il y a entre ce qui est décrit ici et ce qui est abordé en psychologie ou en psychanalyse)

### **3.2. La recherche de la cause**

Pour ceux qui pensent qu'il s'agit d'éradiquer une cause, la quiétude semble devoir s'atteindre grâce à une sorte de chasse aux « sorcières intérieures ». Nous remarquons ainsi que, d'une part le trouble ressenti est identifié comme mauvais, mais qu'en plus, ce qui l'a causé est aussi considéré comme nuisible. Nous en arrivons alors malencontreusement à vouloir guérir le symptôme en libérant le sujet de la cause néfaste. Loin de chercher à ressouder une fracture on se met alors à tenter une amputation de ce que l'on croit être « le mauvais en soi »

Une sorte de « purification », pour ne pas dire de *purgation* est ainsi envisagée (d'où les approches dites cathartiques). Se transformant en une sorte de « Monsieur Propre » de la psyché, le praticien va alors commencer son projet de ménage en profondeur, afin

de libérer le patient de sa souillure initiale (ça rappelle un peu la culture du péché originel).

Le regard du praticien risque alors d'être celui de quelqu'un qui est tendu vers du "mauvais à trouver". La question qui se pose aussitôt est de se demander comment se sent un patient face à quelqu'un qui a un tel regard. Il vient pour être reconnu, mais il se trouve face à quelqu'un qui est en quête de "mauvais à trouver". Il ne lit pas dans ses yeux de la reconnaissance, mais seulement l'éclat, un peu terne ou affligé, de celui qui cherche où est la faille, où est le problème, où est ce qui ne va pas. Loin de se sentir reconnu, le patient sent alors commencer une traque du « mauvais en soi » afin d'atteindre un état d'apaisement. Au mieux il se dira « Quand on aura enlevé le mal je serai mieux ». Au pire, il se sentira identifié à ce mal et ne se sentira toujours pas exister.

Le problème est ici la croyance initiale que la cause est quelque chose de mauvais. La principale difficulté, dans bien des domaines, est de savoir penser d'une manière différente de ce qui nous est habituel. Nous sommes repliés dans des schémas types qui ferment notre regard à d'autres possibilités (les fameuses grilles de décodage)

### **3.3. La nature de la cause**

Voilà une nouvelle possibilité : et si la cause n'avait rien à voir avec quelque chose de mauvais ? S'il ne s'agissait finalement pas de quelque chose à éradiquer, mais de quelqu'un à reconnaître, à entendre, à réhabiliter ? Si la cause ne concernait aucunement ce qui s'est passé dans l'histoire du sujet, mais juste la façon dont il l'a vécue ? Si, de plus, il ne s'agissait pas d'éliminer ce vécu, mais juste de le reconnaître ? Si, finalement, notre attention devait davantage se tourner vers celui qui a ressenti ce vécu, et surtout pas vers les circonstances, ni même vers la douleur qui en a résulté ?

Finalement cela se résume par « où se porte notre attention ? ». Notre attention se tourne-t-elle vers les problèmes, vers l'histoire et les événements, vers les ressentis douloureux ? Ou bien notre attention se tourne-t-elle avec délicatesse vers celui qui a eu ces ressentis, et qui s'est un jour trouvé dans ces circonstances ?

« Où se tourne mon attention ? », voilà la question importante que devra se poser le praticien, s'il veut apporter une aide. Quand nous regardons quelque chose d'horrible, il est naturel que nous n'ayons pas le même regard que quand nous regardons ce qui est précieux. Or chez un individu qui a souffert, ce qui est horrible c'est juste « ce qui lui est arrivé », alors que ce qui est précieux, c'est « lui à qui c'est arrivé ». Si son attention se tourne vers le sujet, le praticien est touché par cette rencontre et peut valider l'individu qui se révèle à lui. Si le praticien regarde au contraire ce qui est arrivé, au lieu d'être touché, il est affecté (*afectio*= impact).

Nous pouvons même considérer que la cause ne vient pas du tout de ce qui est arrivé sur le plan événementiel. Ce qui est trompeur, c'est que si cela ne s'était pas passé, il n'y aurait pas eu le trouble psychologique actuel... et pourtant, ce n'est quand même pas cela qui a causé le symptôme.

Le symptôme ne s'est pas créé et ne persiste pas « à cause de ce qui s'est passé ». **Il persiste « spécialement pour » qu'on n'oublie pas de prendre soin de « celui à qui c'est arrivé ».**

### **3.4. La localisation de la cause**

Ce qui est particulier ici, c'est que **la cause ne vient pas de l'événement antérieur, mais du projet que nous avons mis en place.** Comme ce projet concerne le futur, nous pourrions presque dire que « la cause est plus dans le futur que dans le passé ». Ce type de considération s'appelle « téléonomie » de *nomos*, règle et *télé*, à distance. Si je force un peu le trait ici par cette contradiction, c'est pour vous aider à regarder d'un autre point de vue, afin de sortir des grilles habituelles et d'explorer une autre possibilité.

Il ne s'agit donc pas de brasser ou de se rappeler le passé, mais de se rapprocher ou de s'ouvrir à celui que nous avons été dans ce passé et qui n'a jamais cessé d'être avec nous depuis tout ce temps.

Si nous prenons l'exemple d'un sujet qui a vécu un traumatisme étant enfant, il ne s'agit pas de se rapprocher de ce traumatisme, mais plutôt de l'enfant qu'il a été quand c'est arrivé. Et cet enfant n'a jamais cessé d'être en lui depuis tout ce temps, car il le constitue et fait partie de sa structure psychique. Mais il se trouve en lui « à distance », « coupé », « caché », « occulté ». L'adulte qu'il est devenu, se retrouvant ainsi « incomplet », **tend à produire des symptômes pour rapprocher de lui cet enfant** qu'il a du, jusque là, maintenir à distance pour des raisons de survie.

Dans cet exemple, il ne s'agit donc pas de trouver « où est le mal », mais « où est cet enfant »... et cet enfant n'a rien de mauvais... il est plutôt une précieuse part du Soi en devenir. C'est vers lui que se tourne l'attention du praticien, c'est pour le retrouver que le symptôme surgit. Ce symptôme trouve sa source dans ce précieux projet de rencontre et de réhabilitation et en aucun cas dans quelque chose de nuisible qui s'est passé. Ce symptôme est généré par le projet de réhabilitation et non par le traumatisme. **Ce symptôme survient « spécialement pour » cette rencontre et non « à cause de » ce qui s'est passé**

Vous noterez que cela change tous les fondements de l'approche du praticien et tous les ressentis du patient. C'est comme si d'un seul coup nous réalisions que nous avons à cheminer dans le sens opposé de ce qui est habituel. **Nous n'allons plus vers du « mauvais à éliminer », mais vers du « précieux à révéler ».**

## **4. Le regard bienveillant**

### **4.1. Le premier abord**

Au premier contact, un praticien qui a son attention tournée vers ce processus de réhabilitation a un regard particulièrement bienveillant et gratifiant. Vous noterez sans peine que s'il se tournait, au contraire, vers du « mauvais à guérir ou à redresser », il aurait forcément un regard grave et soucieux, alors que se tournant vers « un être en train

de compléter sa venue au monde », l'éclat de son regard est plus léger et validant pour le patient. Ce dernier sent ainsi que ce qui va émerger n'a rien d'inquiétant et il pourra se livrer plus aisément. Comme le faisaient remarquer Rogers et Jung, les résistances des patients viennent souvent de la façon de faire du praticien, plutôt que du patient lui-même. C'est sans doute ce point traitant de « vers où le praticien tourne son attention » qui détermine une grande part des résistances. Face à quelqu'un qui cherche « le mauvais en nous pour l'extirper », nous n'aurons pas la même tranquillité que face à quelqu'un dont nous sentons qu'il veut juste « nous accompagner dans notre venue au monde », dont nous sentons qu'il est, a priori, touché par cette émergence potentielle, et qu'il a confiance en ce que nous sommes.

**Le fait d'être capable d'être touché au cœur de sa psyché, est sans doute une qualité majeure du praticien.** Après que l'on ait longtemps débattu sur l'empathie d'un côté (se positionner comme si on était l'autre pour mieux le comprendre) et sur la « bonne distance » ou la « bonne proximité » (pour ne pas tomber dans l'affect), il apparaît que **la « bonne distance », c'est quand il n'y en a pas** et qu'il ne s'agit jamais de se mettre à la place de l'autre, mais à son contact. L'empathie, d'ailleurs, est initialement un concept venant de Theodore Lipps, repris par Sandor Ferenczi, où le mot allemand *Einfühlung* (empathie en allemand) qui contient l'idée de « tact psychique »

Ce regard « a priori » sur « l'être venant au monde » ne doit pas être considéré comme une attitude « angélique » ni comme un déni de la douleur ou de la gravité du vécu du sujet. Carl Rogers, qui préconisait une telle considération, ainsi que la confiance inconditionnelle envers chaque Être, a injustement été taxé « d'angélisme ». Ceux qui font une telle remarque, n'ont pas compris que le sujet est entendu dans sa souffrance... mais que ce n'est pas sur la souffrance que se porte l'attention du praticien. Ils n'ont pas non plus compris que l'histoire, parfois cataclysmique du sujet, est aussi entendue... mais que ce n'est pas non plus l'histoire qui retient l'attention du praticien. Ce qui retient l'attention du praticien, c'est le sujet qui a vécu cette histoire et qui a éprouvé ce ressenti.

Ainsi, même quand l'histoire ou le ressenti sont horribles (ça arrive souvent), l'individu, lui, n'est jamais horrible. C'est là un point clé pour que le praticien offre une présence et un accompagnement de haute qualité.

Dès le premier abord, le praticien ne se demandera donc jamais « où est le problème ? » ni « Qu'est ce qui ne va pas ? », mais plutôt, « En quoi ce que me montre ce patient est d'une grande justesse », « En quoi son symptôme est-t-il la pertinente expression de ce qu'il y a à entendre et reconnaître en lui » « En quoi ce qui a l'air de ne pas aller, en fait, va très bien pour réaliser cette venue au monde de lui-même, que la pulsion de Vie tente de réaliser »

## **4.2. La structure psychique**

Il est habituel de penser que tout cela vient du passé. Comme nous l'avons déjà vu, c'est un peu vrai... mais aussi très faux ! Ce qui vient du passé, c'est ce qui s'est produit. En effet, ce n'est pas un scoop que de considérer que ce qui s'est passé autrefois est dans le passé ! Cependant, comme nous venons de le souligner, ce n'est pas sur ce qui

s'est passé que se porte l'attention du praticien, mais sur celui qui a vécu ce passé. Or celui qui a vécu ce passé est dans le présent.

Notre attention se portera donc sur celui qui est présent, mais en y regardant de plus près, celui qui est présent est « plus ou moins assemblé ». Sa **structure psychique** comporte des clivages, des séparations, des fractures, des mises à l'écart. Tous « ceux que nous avons été » nous constituent et se trouvent dans le présent, mais s'y trouve soit « accueillis et intégrés » soit « coupés et mis à distance ».

**La pulsion de survie** nous permet de continuer après un choc douloureux en nous coupant de la part de soi qui a souffert, puis en masquant le manque de soi qui en résulte grâce à des compensations (voir la publication de novembre 2003 sur la [résilience](#)).

**La pulsion de vie**<sup>1</sup>, de son côté, prend soin de ces parts de soi mises à l'écart pour qu'elles ne soient pas perdues et les stocke dans l'inconscient qui en assure la « garde-rie ». La pulsion de Vie produira aussi les symptômes qui permettront de retrouver un accès vers ces parts de soi manquantes.

<sup>1</sup> La pulsion de vie ne doit pas être entendue ici au sens psychanalytique. En effet, il ne s'agit pas là d'une pulsion libidinale liée à la construction de l'égo, mais d'une pulsion existentielle liée à la réalisation du Soi (individuation). Voir à ce sujet la publication [« ça, moi, surmoi et Soi »](#))

Contrairement aux idées reçues à ce propos, ce n'est jamais vers les circonstances passées que retourne le patient, mais vers ces parts de soi manquantes qui tentent, en lui, de venir au monde (d'intégrer le présent).

La localisation de la source n'est alors pas une localisation dans le temps mais une localisation dans la structure psychique. Le mot « localisation », n'est d'ailleurs pas très heureux non plus, car il ne s'agit pas plus de se promener dans un espace que de voyager dans le temps<sup>1</sup>... il s'agit juste de rencontrer quelqu'un, de rencontrer celui qu'il est maintenant, et celui qu'il a été au moment d'un trauma, afin de leur permettre de se réassembler. Celui qu'il a été au moment du trauma ne se trouve pas dans le passé, et n'a jamais cessé d'être avec lui, à chaque instant, depuis tout ce temps... il s'est toujours trouvé « avec lui », tout en étant « coupé de lui ».

<sup>1</sup> J'ai terminé l'écriture d'un manuel de psychothérapie qui traite de cette notion selon laquelle la psyché n'est concernée ni par l'espace ni par le temps. Cet ouvrage, destiné aux professionnels psy et aux étudiants dans ce domaine, paraîtra en 2008 ou 2009 selon les possibilités de l'éditeur.

Même quand le praticien sera amené à demander ce qui s'est passé autrefois, ce ne sera alors jamais pour aller dans cet « autrefois », mais toujours dans le projet de la rencontre de cette part de soi qui est là, maintenant, mais dont le sujet est coupé.

Si la personne dit « j'ai été violée à dix ans » il est hors de question de retourner vers ce viol, mais seulement d'aller vers cette enfant qui l'a vécu et qui est là, maintenant. Le sujet s'est coupé de cette part de soi trop douloureuse, car trop identifiée à la circonstance. Nous ne perdrons jamais de vue que ce qui est horrible, c'est la circonstance, et non l'enfant. Un praticien qui se tournerait vers cette circonstance pour apporter son

aide serait très maladroit car il entretiendrait cette confusion selon laquelle l'enfant et l'événement sont mêlés.

Celui qui met, a priori, son attention vers l'enfant et non vers le viol, commence à permettre une sortie de la confusion. Il rend honneur à cette enfant qui a dû se cacher jusque là. **Il se doit même d'être touché par cette révélation de soi**, par ce contact de vie, par cette venue au monde. Il se doit d'être touché par le fait que cette enfant, qui jusque là a dû se cacher, peut enfin se montrer à l'air libre en toute confiance, en toute sérénité, avec l'assurance qu'on ne la mélangera plus à la circonstance.

Pour être thérapeutique, le praticien doit se sentir touché par cette émergence de l'enfant. Si c'est vers l'enfant qu'il se tourne il se sentira naturellement touché. Si, au contraire, c'est vers le viol qu'il se tourne, il se sentira naturellement affecté, et... ayant compris qu'il doit cependant faire bonne figure, il risquera alors de refouler ce ressenti et de se couper de son patient, autant que de lui-même... il perdra ainsi toute congruence. « Etre touché » c'est rencontrer la vie, alors qu'« être affecté », c'est recevoir un impact. Cela nous conduit tout naturellement à la notion de contact.

Avoir du « tact » c'est être dans la délicatesse, c'est donner de l'attention, c'est être attentionné. C'est pourquoi je citais précédemment le mot *Einfühlung* (mot désignant à l'origine le concept d'empathie en allemand, où *Fühlen* signifie « tact, sensibilité », par ailleurs à « feeling » en anglais (voir ma publication sur le focusing). Frans Veltmann dans l'haptonomie, a particulièrement mis son attention vers de « tact psychique ». J'ajouterai, quand à moi, avec la maïeusthésie, que **ce tact, en thérapie est dans le sens de « se sentir touché » et non de « toucher l'autre »**. Le praticien se sent touché par cette émergence de vie en l'autre. C'est cela qui le rend accompagnant, c'est cela qui valide l'existence de son interlocuteur.

### **4.3. La rencontre, le contact**

Quand la part de soi surgit, le praticien s'en réjouit. Il s'en réjouit comme d'une venue au monde. C'est cela qui a un effet thérapeutique. Il importe cependant de comprendre que cela ne peut se résumer à des considérations techniques. La subtilité y est telle, qu'une réjouissance non authentique peut prendre des allures de niaiseries insupportables pour le patient. Dans ce cas, cela ne peut en aucun cas avoir un effet thérapeutique... cela peut même avoir un effet anéantissant pour le patient.

Le praticien qui est dans cette réjouissance a de la présence et de l'assurance. Son assurance, il la doit essentiellement à la confiance qu'il a envers son patient, plus qu'à sa technicité ou à son savoir. Certes il connaît des choses concernant la psyché, mais ce qui compte pour lui c'est cette « révélation » de l'individu et sa rencontre. Le mot « révélation » n'est pas à entendre ici dans son sens mystique, mais simplement dans le sens de « mise au jour de ce qui est caché ».

Il en résulte que la localisation s'est faite rapidement, car le praticien ne cherchait pas « où est la faille », mais « où est la justesse ». Le patient va plus aisément et plus spontanément vers la justesse que vers la faille.

Quand la part du Soi émerge chez le patient, la réjouissance du praticien n'est ni surfaite, ni euphorique. Elle est le juste témoignage d'une rencontre : pas d'une rencontre avec les circonstances (parfois horribles), mais d'une rencontre avec l'être qui les a vécues, jusque là dissimulé derrière elles.

Cette réjouissance est une sorte de « venue au contact ». Comme une amicale « embrassade » (se prendre dans les bras). Naturellement les attitudes exprimées concrètement en thérapie seront discrètes. Il s'agit plus d'un état d'esprit que d'une manifestation extravertie de quelque nature que ce soit. Cette réjouissance est une manifestation avant tout non verbale, qui tient plus dans le regard ou dans l'expression du visage, que dans le moindre geste.

Tout se passe comme si l'on avait en présence le praticien, le patient, et celui qu'était le patient à un moment de sa vie. Il se joue là une sorte de psychodrame mental (action psychique). Dans l'imaginaire, de façon tout à fait subjective, il y a rencontre et reconnaissance. Ici, curieusement, ce qui est vécu comme étant « le réel », c'est « le subjectif ».

La notion d'imaginaire comporte hélas des connotations péjoratives. La tendance est de croire que le patient n'a qu'à penser ce qui l'arrange pour que tout aille mieux. C'est mal connaître ce type de réalité. Bien, qu'il s'agisse d'imaginaire, nous n'y faisons pas ce que nous voulons. Nous y trouvons de la fluidité ou des résistances en fonction de la justesse de ce que nous y faisons. Cet imaginaire n'a rien de fantaisiste.

Cet imaginaire devrait être plutôt qualifié « d'espace psychique » ou mieux encore de « dimension psychique ». Dans cette dimension psychique, subjectivement, le patient a le sentiment de se trouver « avec celui qu'il était », « comme s'il était là ».

Je vous invite à ne pas supposer ici de choses saugrenues ou surnaturelles. Cette présence, de celui qu'il était, est une sensation subjective très concrète qui n'a rien d'une « apparition ». Rien n'est ici incompatible avec la raison ordinaire. Le sujet est tout à fait conscient, d'une part de la réalité matérielle dans laquelle il n'y a que le praticien et lui, et d'autre part de la réalité subjective dans laquelle il y a le praticien, lui, et celui qu'il a été.

Ces notions de « dimension psychique » et de « contact » ne sont pas accessoires. Elles sont même un fondement majeur en maïeusthésie. La psyché a été clivée du fait de la pulsion de survie (contact coupé avec une part de soi trop douloureuse) et tend à s'assembler du fait de la pulsion de vie (les symptômes tendent à restaurer le contact). Le sujet est présent simultanément avec celui qu'il a été et restaure ainsi une intégrité perdue. Il y parvient d'autant mieux que le praticien l'accompagne dans ce sens.

#### **4.4. La réjouissance comme source thérapeutique**

Cette émergence chez le sujet est source de réjouissance pour le praticien. Comme je l'ai déjà indiqué, il ne s'agit pas d'une réjouissance niaise ou euphorique. Il s'agit plutôt d'une réelle sensation de « toucher la vie », comme si, là, nous étions exactement « là où il faut », à la juste place. Il en résulte une sorte de bonheur intime et discret pour le praticien, qui est une dimension fondamentale de son soutien psychologique. C'en est le



fondement majeur car, sans cela, toutes les techniques et les savoirs les plus aboutis en psy, ne produiront aucuns résultats tangibles qui soient durables.

J'ai déjà entendu des praticiens dire « si la thérapie est rapide, même si elle est de qualité, elle ne peut être profonde ». Il manque certainement à ces praticiens la dimension ci-dessus. Justement la thérapie peut être ici non seulement rapide, mais aussi riche d'une grande profondeur. La durée et la profondeur ne sont pas des dimensions proportionnelles. Dans tous les cas, aucune thérapie (même longue) ne peut prétendre visiter la totalité d'une vie. La réalité est qu'une thérapie (longue ou courte) peut être soit superficielle, soit profonde, et que cela n'a rien à voir avec sa durée.

La difficulté est que cette profondeur est quasiment indicible. J'ai tenté dans cette publication de la mettre en mots, en prenant le risque que quelques esprits revêches n'en profitent pour réduire en dérision ces choses subtiles et précieuses.

Pour le praticien, il importe de comprendre que le fait de rencontrer et d'accorder de la reconnaissance, compte bien plus que le projet de résoudre quoi que ce soit. Cela compte bien plus que de chercher à apaiser. La volonté d'apaiser serait même une maladresse extrême, car elle reviendrait à vouloir faire taire ce qui attend écoute et reconnaissance.

Rencontrer et non chercher à apaiser, voilà ce qui compte. L'apaisement suit naturellement cette reconnaissance, mais on ne peut commencer par la quête de cet apaisement. Vouloir apaiser met de la gravité et de la superficialité, alors que rencontrer met de la légèreté et de la profondeur.

La rencontre se fait par le tact et le contact. Rappelons-nous que l'empathie est initialement *Einfühlung* (tact psychique). De ce tact émerge la chaleur humaine, la reconnaissance, et surtout le fait d'être touché (feeling). La réjouissance authentique du praticien vient du fait qu'il « est touché ». Je rappellerai la différence fondamentale entre le fait « d'être touché » et celui « d'être affecté » : on est touché par l'individu, on est affecté par son problème ou son histoire. Selon la direction où le praticien porte son attention, il sera soit touché, soit affecté. Comme nous l'avons déjà vu s'il est affecté il ne peut produire d'effet thérapeutique... il risque même d'être déstructurant et d'aggraver ce qu'il prétend résoudre..., la thérapie en devient insatisfaisante et surtout interminable. S'il porte son attention vers le sujet, si il est touché par le fait que celui-ci manifeste une part de lui, il aboutit spontanément à cette réjouissance, si nécessaire à l'effet thérapeutique.

## **5. Spécialement pour**

### **5.1. L'attitude initiale**

Dès le départ, et tout au long de son accompagnement, le praticien aura avantage à raisonner en terme de « **spécialement pour** ». Cela n'est pas forcément aisé, car nos habitudes culturelles nous poussent à l'inverse. Comme nous l'avons vu dans « le leurre des mauvaises causes » notre imprégnation culturelle nous invite à penser que, quand il y a un symptôme, c'est « à cause de » quelque chose qui ne va pas. Je vous ai justement

proposé de considérer le contraire. Il ne s'agit pas de chercher ce qui ne va pas, mais de chercher « en quoi ce qui se passe comporte de la justesse », « en quoi cela est utile », « en quoi cela conduit l'individu vers un plus d'individuation ».

**Le ressenti du patient ne sera pas vu sous l'angle de « à cause de quoi ? », mais sous l'angle de « spécialement pour quoi ? ».** La question est de trouver ce qui s'accomplit de juste. Le cheminement se déroulera avec cet a priori (nous ne sommes donc pas, ici non plus, libre de tout a priori !).

A chaque pas de l'entretien, cette idée ne devrait pas quitter le praticien. Chaque pas est ainsi vécu par lui comme une révélation potentielle. Il n'est jamais inquiet car quoi qu'il se passe, cela le rapproche de ce qui importe, et il sait que cela se réalise spontanément par le chemin le plus juste. **Quand le sujet ne trouve pas, le praticien n'est pas gêné et valide cela.** Il invite seulement le patient à exprimer ce qu'il ressent quand il essaye de trouver ce qu'il ne trouve pas. Ce ressenti est le meilleur guide, et vient à bout de ce qu'on appelle habituellement « blocage » ou « résistance ».

Pour le patient il est tellement plus aisé de suivre un praticien qui le conduit vers une justesse en accomplissement, que de suivre un praticien qui veut à tout prix le conduire vers des failles à combattre ou vers de mauvaises choses en soi à éradiquer.

## 5.2. Exemples

**Exemple 1 :** Une personne est pudique de façon si extrême, qu'elle semble avoir subi un jour quelques blessures au sujet de son intimité. Le praticien se demandera-t-il « Que lui est-il arrivé de si douloureux qu'elle en soit devenue ainsi tellement pudique ? », ou bien se demandera-t-il : « Qu'est-ce que cette pudeur exprime de juste en elle ? Quelle part d'elle-même nous fait ainsi signe avec justesse, afin qu'on la rencontre et qu'on en reconnaisse le vécu et le ressenti ? ». Le premier positionnement est néfaste car le praticien se met ainsi à rechercher « où est-ce que ça ne va pas » et insinue qu'il y a quelque chose de sombre dans la psyché de son patient. Le second, lui, s'attend à une rencontre et a confiance en le fait que le symptôme (pudeur excessive) nous conduit exactement là où il faut. De plus il sait parfaitement qu'il ne s'agit pas d'enlever le vécu douloureux antérieur mais de le reconnaître. Nous y reviendrons un peu plus loin.

**Exemple 2 :** Une personne ne mange plus et manifeste une attitude anorexique. Le praticien se demandera-t-il « que s'est-il passé dans la vie de cette personne de si traumatisant qu'elle en ait cessé de manger ? Comment peut-on réparer cela ? » ou bien se demandera-t-il « Qu'est-ce que cette personne exprime de juste en ne mangeant pas ? Quelle part d'elle-même attend ainsi d'être rencontrée, entendue et reconnue dans le vécu qui fut le sien ? » ([voir la publication de juillet 2006 sur l'« Anorexie »](#))

**Exemple 3 :** Une personne souffre de maladie alcoolique. Le praticien se demandera-t-il « Que s'est-il passé dans la vie de ce sujet pour qu'il en soit venu à boire ? Comment allons-nous pouvoir le libérer de cette addiction ? », ou bien se demande-t-il « En quoi boire fut pour lui la meilleure solution ? Qu'est-ce qui s'exprime de juste en lui en buvant ? Quelle est la part de lui qui appelle, afin qu'on l'entende, et qui est pourtant si difficile à rencontrer ? » ([voir la publication de mars 2003 « aider le malade alcoolique »](#))

**Exemple 4 :** Une personne souhaite mettre fin à ses jours et a même fait une tentative de suicide. Le praticien se dit-il « Quelle est cette souffrance qu'il faut apaiser ? Comment détourner cette personne de son funeste projet ? », ou bien se dit-il « Quelle est cette souffrance que personne n'a entendue au point qu'elle veuille mourir ? Je souhaite la rencontrer avec son ressenti afin d'en reconnaître la dimension. Elle m'expliquera en quoi la mort était si importante pour elle à ce moment là. ». ([voir la publication de juin 2001 « dépression et suicide »](#)).

Nous voyons dans chacun de ces exemples que le praticien peut adopter des positionnements complètement opposés. Pour chacun des cas évoqués, dans les premiers positionnements, les intentions sont généreuses. Pourtant, elles ne peuvent être aidantes. Seules les secondes attitudes décrites ont un impact thérapeutique et constituent une réelle invitation à la rencontre et à la reconnaissance.

## 6. La reconnaissance

### 6.1. Une clé majeure

La reconnaissance est une clé aussi importante que la notion de « spécialement pour ». **Trop souvent la réaction spontanée est de vouloir apaiser, alors qu'il convient plutôt de reconnaître.** Même si c'est un peu difficile à concevoir a priori, « vouloir apaiser revient à nier ».

Vous avez sans doute remarqué que quand vous avez une souffrance psychologique, une personne qui vient vers vous avec l'intention de vous calmer est énervante. Vous avez besoin d'abord qu'elle entende et reconnaisse l'ampleur de votre ressenti.

Ce qui vaut pour celui que nous sommes aujourd'hui, vaut aussi pour tous ceux que nous avons été au cours de notre existence. Quand nous « retrouvons » l'enfant que nous avons été, et que nous constatons à quel point celui-ci a été marqué par une situation et en a éprouvé une souffrance, notre réaction spontanée est d'aller vers lui pour le consoler.

Pour ceux qui n'ont pas lu ma publication sur la communication thérapeutique, je préciserai *qu'aller vers celui que nous étions* revient à mettre en œuvre une sorte de « psychodrame mental », c'est-à-dire *une action dans l'imaginaire*.

Cette propension à vouloir consoler n'est pas très heureuse, car « consoler » revient aussi à « nier ». Celui que nous étions n'a jamais été, ni entendu, ni reconnu, dans son ressenti. Il est resté dans la non-reconnaissance car tout le monde a voulu le calmer (dans le meilleur des cas) et personne n'a songé à l'entendre. Or, cette reconnaissance, c'est cela même que nous avons à faire quand nous le retrouvons. Nous ferons un « acte mental » de reconnaissance et nous ne tenterons pas d'effacer ce qui a été ressenti car, malencontreusement, nous risquerions alors d'effacer en même temps celui que nous étions au moment de ce ressenti.

## **6.2. Différencier l'être et la circonstance**

Si nous peinons à spontanément reconnaître celui que nous étions dans une circonstance douloureuse, c'est que nous avons encore tendance à confondre la circonstance elle-même, avec celui que nous étions. Comme je l'ai déjà mentionné plus haut, même quand la circonstance est horrible, c'est la circonstance qui est horrible et en aucun cas celui que nous étions lorsqu'elle s'est produite. Il ne s'agit bien évidemment pas de valider la circonstance, mais juste d'offrir à celui que nous étions le droit d'être au monde, de le débarrasser de cette identification à l'horreur, de lui donner tendrement cette place auprès de soi, qui va nous permettre de parfaire notre individuation.

Avoir compris cela, conduit naturellement le praticien à toujours tourner son attention vers l'être en train de se révéler. Le praticien se réjouit ainsi de chaque émergence comme d'une venue au monde. C'est justement cette réjouissance (ni naïve ni euphorique) du praticien qui cautionne le droit d'être au monde de celui qui se révèle devant lui. De même que chez Donald Wood Winnicott ou chez Frans Veldman on parle de la validation de l'enfant par la nature du regard de la mère, nous trouverons ici la validation du patient par le regard du praticien.

Certains praticiens seront si « attachés » au dogme psy concernant l'attachement et le lien qu'ils trouveront là une attitude infantilisante et trop maternante, risquant de freiner l'individuation authentique du sujet. De tels praticiens sont victimes d'un dogme, car un être est souvent si perdu qu'il a besoin de cette validation extérieure pour commencer à s'accueillir lui-même. Freud, qui n'est pourtant pas un modèle concernant la notion de validation, disait même :

« ...la collaboration des patients devient un sacrifice personnel qu'il faut compenser par quelques succédanés d'amour. Les efforts du médecin, son attitude de bienveillante patience doivent constituer de suffisants succédanés » (Freud, 1979, p.68)

Certes, il n'a pas été jusqu'à cette profonde idée de reconnaissance, mais nous constatons qu'il en a pointé les prémices. Naturellement, il parle de « sacrifice personnel » car il est convaincu que nous allons, en nous-mêmes, vers des choses difficiles et peu avouables ! Nous trouvons là une grande différence entre les propos de Freud et ceux que je tiens dans cet article.

Il est vrai cependant que l'apaisement du sujet ne viendra réellement que de sa propre validation et non de celle réalisée par un autre. Il se trouve simplement que la validation qui lui est donnée par le praticien l'accompagne dans la validation qu'il va pouvoir s'accorder à lui-même. C'est même une étape thérapeutique majeure. Quelqu'un ne peut s'accueillir lui-même, quand il est vu par l'autre comme étant un problème ambulante.

### 6.3. Une façon d'être face au « patient »

L'attitude du praticien, et ce vers quoi il tourne son attention, sont ainsi profondément déterminant dans l'efficacité de son action psychothérapique. Mais nous remarquons qu'il s'agit plus d'une attitude que d'une action et même qu'il ne s'agit pas de thérapie, au sens habituel du terme, car **le propos n'est pas d'y guérir une maladie, mais d'y permettre à un être de venir au monde.** Nous noterons avec soin qu'une sage femme ne guérit pas la parturiente de sa grossesse quand elle l'accouche ! Elle permet juste à son enfant de venir au monde. **Elle accompagne ce qui est déjà en train de se faire.** Elle accompagne sa parturiente vers l'heureux événement en accomplissement. Il en sera de même du praticien en psychothérapie. Il ne guérit pas une psychopathologie, il permet juste à son patient de venir au monde. Il accompagne « l'heureux événement en cours » dont le symptôme constitue le signe précurseur et le guidage. Du coup, en psychothérapie, nous aurions avantage à parler de « parturients » plutôt que de « patients » et c'est pourquoi j'ai posé (et déposé) le terme « maïeusthésie » pour définir un tel accompagnement (du grec *maieutikê* « art d'accoucher » et *asthêsis* « sensibilité »)

Voir sur le site [étymologie](#)

## 7. Pour conclure

Que vous soyez des praticiens expérimentés en psy recevant des patients, des soignants apportant aide et soutien aux soignés, ou des personnes en quête d'une meilleure compréhension de ceux qui les entourent ou d'elles-mêmes, ces quelques lignes ne prétendent qu'accompagner votre réflexion et votre expérience existante, en vous appuyant sur votre propre sensibilité. S'il en résulte d'importantes remises en cause, ces remises en cause ne doivent en aucun cas vous faire abandonner vos propres fondements personnels. Les nouveaux concepts ne sont sensés que s'ajouter aux anciens, sans les rejeter, car ces derniers constituent, bien sûr, votre base.

Nous serons reconnaissants à des praticiens comme Winnicott ou Veldman qui ont mis notre attention sur l'importance du regard porté sur l'enfant, Rogers ou Gendlin qui nous ont permis de comprendre qu'il s'agit plus de reconnaissance que d'un combat, Jaspers, Rollo May, Gordon, qui ont tourné notre attention vers le côté existentiel, Jung qui nous a révélé l'importance du Soi et de sa réalisation, Muccihelli et Abric qui nous ont fait remarquer l'importance de poser des questions portant sur l'Être et non sur l'histoire, Bruner qui nous a mis en garde contre ce qu'il appelle « méthodolâtrie », Lipps et Ferenczi qui nous ont donné le concept de « Einfühlung »...etc

Tant de praticiens ont œuvré pour éclairer le chemin... nous ne pouvons que leur être reconnaissants et considérer que chaque pas supplémentaire que nous ajoutons ne fait que continuer un chemin déjà commencé, auquel nous participons humblement.

J'ai à cœur de préciser, en tant que praticien ou en tant que formateur, combien nous devons aux personnes que nous aidons ou enseignons. Sans eux notre cheminement professionnel ne se serait jamais précisé avec autant d'acuité.

Thierry Tournebise

NB : Pour ceux qui trouveraient nécessaire de reprendre les éléments clés de ce texte, j'en propose ci-dessous une récapitulation en quelques lignes.

## **Résumé des points clés**

Résumons les points principaux de l'article. Il s'agit simplement ici de revisiter en bref où se porte l'attention du praticien et dans quel projet.

### **Des connaissances mais pas d'enfermement**

Des connaissances sont utiles, mais elles ne constituent pas le fondement de la capacité à aider. Elles peuvent même parfois enfermer dans des a priori entravant la compétence et le bon sens du praticien. Le praticien aura avantage, tout en restant riche de ses connaissances, à rester ouvert aux points évoqués ci-dessous

### **Ne pas aider, mais rencontrer et reconnaître**

Le projet n'est pas d'aider, mais de rencontrer. Et cela se fait dans le but de reconnaître et non de résoudre.

Vouloir résoudre consiste à se tourner vers le problème plutôt que vers celui qui a le problème et revient à une sorte d'ignorance de qui est notre interlocuteur. Se trouvant identifié au problème, ce dernier se sent alors dévalorisé.

Le praticien, tournant résolument son attention vers l'individu, lui permet de sortir de cette identification et tout simplement « d'être au monde ».

### **Se tourner vers la vraie source**

La source n'est pas la circonstance, ni la douleur éprouvée jadis, mais le projet de retrouver celui qu'on était lors de la circonstance et de la douleur. C'est cela qui produit le symptôme, « spécialement pour » ne pas manquer la réhabilitation de soi.

Ayant autrefois identifié celui que nous étions avec la douleur et la circonstance, nous avons eu une pulsion à nous en couper (pulsion de survie).

Quand l'attitude du praticien est juste, le fait de différencier le patient de la circonstance et de la douleur, rend ce dernier de nouveau « rencontrable ».

La source du symptôme n'est pas dans le passé, mais dans le projet de réhabilitation

### **Spécialement pour**

Face au symptôme, il convient pour le praticien de ne pas chercher « à cause de quoi » ou « à cause de qui », mais de chercher « quel est le juste projet en train de se réaliser » et « Quelle part de l'être se manifeste avec justesse, grâce à un symptôme afin d'être enfin rencontrée et reconnue ». Il ne s'agit donc pas de repérer les failles ou les dysfonctionnements à réparer, mais les mécanismes de justesse à l'œuvre. Il importe de comprendre que le symptôme ne se produit pas « à cause de », mais « spécialement pour »

### Projet de reconnaissance

Il importe également, pour le praticien, de clairement positionner son projet. Ayant compris qu'il s'agit « d'une part de l'être tendant à se manifester », une fois trouvée, celle-ci recevra reconnaissance. Il ne s'agit en aucun cas de l'apaiser, mais de lui permettre d'être là, avec ce qu'elle éprouve.

Voilà le projet : « la reconnaissance de l'être et de ce qu'il éprouve » et en aucun cas la suppression de son ressenti. Cependant, soyons vigilants : le praticien est sensé tourner prioritairement son attention vers l'être, et non vers le ressenti de celui-ci ! Ainsi, cette « rencontre » est vécue par le praticien comme un privilège. Si, au contraire, son attention se tournait prioritairement vers le ressenti douloureux, il y aurait encore une dérive : il se sentirait affligé face à la souffrance, qui finalement, occulterait la précieuse présence de celui qui l'éprouve. Ce dernier se trouverait alors injustement identifié à sa blessure et n'aurait plus le goût de se révéler.

Offrir son attention prioritairement à l'individu, au sujet, à l'être, est une attitude validante, accompagnant harmonieusement celui qui se révèle enfin au monde.

Une fois l'être reconnu et accueilli avec ce qu'il éprouve, son ressenti s'apaise naturellement, alors que quand on veut enlever son ressenti, on ne fait que l'ancrer plus solidement.

La reconnaissance vient à bout de la plupart des résistances et ouvre bien des chemins avec simplicité et sans n'y engager aucune énergie. La notion de counseling ou de partenariat y est particulièrement présente. Les deux présences du praticien et du patient sont en équivalence et en reconnaissance sans qu'aucun des deux ne soit supérieur ou inférieur à l'autre. D'humain à humain il se passe un moment de rencontre, accompagnant l'individuation du sujet en thérapie.

Le conte de Gabrielle Suzanne de Villeneuve, repris en 1557 dans « le Magasin des enfants » par Jeanne Marie Leprince de Beaumont est une excellente illustration de ce principe : « La Belle et la Bête » nous explique comment la bête cesse d'être une bête, non pas quand on veut la tuer, la fuir ou la changer (on risque même alors de devenir comme elle), mais quand on l'aime en l'état. Il en va de même des parts de soi à naître : elles prennent leur juste dimension quand on les accueille en l'état. Elles peuvent alors se déployer et venir parfaire notre individuation. Le conte peut être revisité en considérant que la Belle, c'est celui que nous sommes, invité, grâce au symptôme, à rencontrer la Bête qui est celui que nous étions. Celui que nous étions, attend d'être aimé en l'état pour être libéré du sortilège qui le maintient à l'écart de la vie. Notons la fin du conte : « ils vécurent heureux et eurent beaucoup d'enfants ! » Nous pouvons entendre ainsi l'illustration du fait que l'union de celui que nous sommes avec celui que nous étions va pouvoir engendrer tous ceux que nous



allons devenir !... une réalisation de notre quête d'individuation, une réalisation de Soi, nous permettant d'aller avec plus de plénitude vers autrui.

### **L'attitude en thérapie**

Nous découvrons donc au fil de ce texte combien la notion d'efficacité en psychothérapie est loin de se résumer à une notion de connaissances, ni même à celle de « savoir faire ». Il se peut même que, parfois, les connaissances éloignent de l'attitude juste, à cause des « grilles de décodage » qui enferment le bon sens, et que le « savoir faire » entraîne dans des « attitudes types » inadaptées, car non ajustées à la situation qui se présente sur le plan existentiel. Naturellement il n'est pas question de prétendre, ni même de sous-entendre, que le « savoir » ou le « savoir faire » sont sans valeur. Il s'agit simplement de remarquer que le pôle majeur d'efficacité se tient ailleurs.

Pour résumer, nous dirons du praticien que :

-Il ne cherche pas à aider mais à rencontrer

-Il ne voit pas un problème à résoudre mais un être en émergence

-Son projet est la reconnaissance de la justesse et la réhabilitation de l'individu présent ou passé, et non l'extraction de quoi que ce soit de mauvais

-Il est habité par la confiance en son patient et se laisse guider par la justesse de ce dernier.

-Il a la capacité subtile à se sentir touché par cette rencontre, qu'elle soit potentielle ou effective

-Il n'est pas affecté car son attention ne se porte pas sur ce qui ne va pas, ou sur les failles, mais sur les émergences en cours, sur la pertinence, sur l'être en devenir. Cela ne l'empêche aucunement de reconnaître la dimension des vécus douloureux (bien au contraire) mais son attention se porte toujours vers l'être qui souffre et non sur la souffrance elle-même. Le patient se sent ainsi toujours regardé de façon gratifiante et réhabilitante.

Tout cela guide naturellement les pas du praticien. Nous ne saurions naturellement oublier qu'il doit aussi avoir vécu cela envers lui-même pour être dans cette capacité à le réaliser envers autrui. Même s'il n'a pas atteint de perfection en ce domaine (qui pourrait le prétendre ?), il doit néanmoins avoir ce regard sur lui-même afin d'être en état de l'avoir sur autrui.



# ***Validation existentielle***

Thierry TOURNEBISE



Il y a déjà de nombreuses années que la validation est au cœur de mon approche de la communication, de la psychothérapie et de l'accompagnement psychologique telle que je la propose en maïeusthésie. Mais il n'y a pourtant pas si longtemps que je suis en mesure d'en formuler le principe sur le plan existentiel, avec une précision suffisante pour ne pas la dénaturer, surtout par écrit, dans une publication.

En effet la validation existentielle est tout sauf technique. Elle ne peut se ramener à quelques explications ou méthodologies, aussi précises et délicates soient-elles. Il s'agit d'ouverture, de sensibilité et de reconnaissance (ça je l'ai déjà souvent évoqué dans mes écrits), mais avec des nuances supplémentaires essentielles.

Je vais tenter ici de la mettre en mots afin d'offrir aux praticiens quelques aspects de cette validation, dont certains reconnaîtront des choses qu'ils pratiquent, et dont d'autres pourront ajouter ces nouvelles nuances à la façon d'aborder leurs patients. Les usagers de l'aide psy sont aussi concernés ici pour comprendre ce qui fait les ressentis de celui qui reçoit une telle aide

10 septembre 2008 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF



# 1. Notions existentielles

## 1.1. Divers auteurs

La validation n'est pas un phénomène nouveau. De façon implicite, divers praticiens l'approchent à leur façon, sous l'angle de leur expérience ou de leurs recherches.

C'est avec bonheur que nous lisons **Carl Rogers** nous invitant à une reconnaissance inconditionnelle du Soi, entre autre avec l'exemple de Mrs Oak (2005, p.57). **André de Peretti**, ami personnel de Rogers le cite dans son ouvrage *Présence de Carl Rogers* : « Pour moi l'individu qui parle est plein de valeur (*worthwhile*), digne d'être compris, en conséquence il est plein de valeur pour avoir exprimé quelque chose. Des collègues disent qu'en ce sens je "valide", la personne » (de Peretti - 1997, p.211). Rogers, dans son ouvrage *La relation d'aide et la psychothérapie*, nous énonce ce qui entrave la validation « Souvent le début d'une étude diagnostique d'un individu, barre effectivement la route à une aide satisfaisante » (Rogers, 1996, p.63). En effet, une idée préconçue ne permet pas de valider le patient dans ce qu'il est, ni dans ce qu'il ressent. Nous avons trop souvent confondu la psychologie « qui mesure afin de diagnostiquer », faisant du praticien une sorte de géomètre de la psyché, et la psychothérapie « qui accompagne le sujet en souffrance », faisant du praticien une sorte d'accoucheur de la psyché.

**Abraham Maslow**, docteur en psychologie, nous interpelle sur le fait que « la majeure partie de nos connaissances sur la motivation humaine ne provient pas des psychologues, mais de la pratique des psychothérapeutes » (2008, p.55). Naturellement ce clivage un peu dichotomique des deux professions n'est pas toujours juste car certains psychologues sont aussi psychothérapeutes. Cependant, à la base, il ne s'agit pas vraiment des mêmes métiers.

Parlant de son approche humaniste en psychothérapie, **Carl Rogers** précise : « Cette nouvelle perception, cette compréhension et cette acceptation de soi constituent le plus important aspect de la méthode » (Rogers - 1996, p.53). **De Peretti** le cite « Il est relatif à moi qui me réjouit du privilège d'être la sage-femme d'une nouvelle personnalité, qui assiste avec un stupeur sacrée à l'émergence d'un moi, d'une personne, qui voit se dérouler une naissance à laquelle j'ai pris une importante part de facilitation » (De Peretti, p.1997, p.17) ajoutant « ... nous portons une attention émerveillée aux forces puissantes et ordonnées qui sont évidentes dans toute l'expérience, forces qui semblent profondément enracinées dans l'univers total » (*ibid.*) Je parlerai plutôt d'émergence d'un « Soi », que d'émergence d'un « moi », dans l'expérience rapportée par Rogers, mais je ne peux que partager son propos sur de nombreux points. J'ai déjà abordé cela en détail dans ma publication d'avril 2008 « [Psychopathologie](#) ».

Nous aurons le même bonheur à découvrir que **Roger Muchielli** nous invite à la reconnaissance du vécu plus que de l'événement, en ne posant que des questions sémantiques (questions décontextualisées, portant sur le ressenti) permettant d'identifier des *patterns* (liens émotionnels entre plusieurs situations différentes) (p.65, 2004) De son côté, **Jean-Claude Abric** nous rappelle « l'orientation non directive » de Rogers où le « client » se sent accepté et peut ainsi communiquer avec lui-même (2004 p.38)

Nous pouvons aussi nous réjouir particulièrement du propos de **Karl Jaspers** nous confiant dans son ouvrage *Psychopathologie générale* : « Dans la vie psychique malade comme dans la vie saine, l'esprit est présent » (2000, p274). Il nous montre ainsi notre interlocuteur en attente de reconnaissance, toujours présent dans toutes les situations, pourvu que sa pathologie ne nous aveugle pas sur le fait que lui, il est bien là.

Nous ne pouvons aussi qu'être touché de lire avec quelle humilité **Donald Wood Winnicott** nous confie comment il a manqué la reconnaissance de certains de ces patients : « Je suis consterné quand je pense aux changements profonds que j'ai empêchés ou retardés chez les patients appartenant à une certaine catégorie nosographique par mon besoin personnel d'interpréter. [...] C'est le patient et le patient seul qui détient les réponses » (1971, p.163). Il s'est aperçu, comme Rogers combien la connaissance en psychopathologie peut conduire à l'inverse de ce pour quoi on l'utilise.

S'approchant au plus près de la notion de validation nous trouverons surtout avec un grand délice **Noami Feil**. Elle nous apprend à reconnaître une valeur inestimable dans les propos apparemment incohérents d'une personne démente de type Alzheimer. Elle nous montre qu'on n'a pas besoin de savoir de qui parle le sujet pour valider l'importance que cet « autre » a pour lui. Je vous invite à ce propos à découvrir la touchante histoire de *Florence Trew*, qu'elle nous rapporte dans son excellent ouvrage « Validation mode d'emploi » (1997, p.19)

Dans la notion existentielle, nous pourrions aussi parler de **Martin Heidegger** avec le **Dasein** (« l'être là » ou « l'être au monde »), **Eugène Gendlin** avec le focusing (2006), ainsi que **Gordon Allport** et **Rollo May** (1971) ou, en psychanalyse, **Jung** introduisant la notion du Soi (voir à ce sujet la publication « [ça, moi, surmoi et Soi](#) » de novembre 2005). Ces praticiens et auteurs nous proposent une prise en compte de l'Être, plus mise en avant que la psychopathologie.

**Abraham Maslow**, est hélas trop souvent évoqué de façon réductrice avec la fameuse « pyramide des besoins »... alors que cette illustration « pyramidale » ne vient pas de lui mais de quelques successeurs qui ont interprété son propos. Maslow propose, en fait, un **regard très sensible sur l'humain, très nuancé et rempli d'humanité**. Il se désolait qu'on mette son attention sur la pathologie plutôt que sur les potentialités, que la psychologie ait passé tant de temps sur ce qui fait la maladie, au lieu de se demander ce qui fait la santé. Concernant l'enfant il nous fait même remarquer que le regard porté par les praticiens ressemble à une projection des problèmes de l'adulte sur l'enfant, dont ils ignorent la richesse fondamentale (2008, p.151)

Nous ne pouvons qu'être profondément reconnaissant à tous ces praticiens qui ont attiré notre attention vers l'être comme comptant plus que les idées ou les techniques, même en cognitivisme, avec par exemple **Jérôme Bruner** qui dénonce ces dérives « psychotechnologiques » comme étant de vulgaires « méthodolâtries » nous éloignant de la réalité de l'individu (1997, p.13). Dans un autre domaine nous serons sensible à **René Descartes** qui insistait sur l'importance que les potentialités ne soient pas assombries par le fait de suivre aveuglément ses précepteurs : « Je suis né, je l'avoue, avec une tournure d'esprit telle, que le plus grand plaisir de l'étude a toujours été pour moi, non pas d'écouter les raisons des autres, mais de les trouver par mes propres moyens » (*Règles pour la direction de l'esprit*, Règle X, 1999, p.69) et parlant de celui qui se laisse



piéger par les dogmes « ...dès l'enfance il a pris pour la raison ce qui ne reposait que sur l'autorité de ses précepteurs... » (1999, p.898). Il avait remarqué à quel point un échafaudage intellectuel assombrit les potentialités du bon sens et de la valeur d'un individu. Il aurait tout aussi bien pu, comme Bruner, parler des pièges de la « méthodolâtrie ».

**Abraham Maslow** nous fait, lui aussi, remarquer que « Une personnes qui se soumet volontiers aux forces de distorsion présentes dans la culture (c'est-à-dire un sujet conforme aux normes établies) peut parfois se révéler moins saine qu'un délinquant, un criminel ou un individu névrosé prouvant par ses réactions qu'il possède suffisamment de courage pour défendre son intégrité psychique » (2008, p.110). Certains penseront qu'il va un peu loin, mais les exemples ont besoin d'être forts pour réveiller l'endormissement de la pensée auquel nous nous sommes parfois accoutumés. Un petit aiguillon caricatural est, en effet, un excellent stimulant.

Ainsi, beaucoup d'êtres humains ont abordé ce thème d'une façon ou d'une autre et je ne peux tous les évoquer (je ne les connais pas tous non plus). Nous nous devons de leur en être très reconnaissants.

## **1.2. *Feed-back: notion trop floue***

La validation est finalement un cas particulier de ce que certains se plaisent à nommer « feed-back ». Ce mot signifie littéralement « nourriture » et « arrière » (nourrit par ce qui s'est passé avant). En français on parlerait de « rétroaction » où ce qui suit est ajusté par ce qui précède. La validation est un cas particulier où ce qui suit s'ajuste à ce qui précède. L'idée rétroaction ou de feed-back est en effet très générale, puisque un sujet énonçant quelque chose peut aussi conduire le praticien à lui poser une question et non à donner une validation... ou à faire les deux. Le fait de poser une question est aussi une forme de « rétroaction » et c'est même le principe du guidage non directif utilisé en maïeusthésie (proche de la découverte guidée des cognitivistes) où le praticien qui demande, se laisse guider par les réponses de son patient pour poser les questions appropriées qui en découlent (voir publication « [Communication thérapeutique](#) » d'avril 2004 à « [Guidage non directif](#) »).

Si nous parlons de validation, nous ne pouvons nous contenter des termes « feed-back » ou « rétroaction ». En effet, même un coup de poing en réponse à un propos pourrait être une forme de feed-back... naturellement nous sommes alors loin de la validation... et encore plus de la validation existentielle ! La validation est un type particulier de feed-back : un retour offrant une confirmation, une reconnaissance.

Mais même en utilisant le mot « validation », **il apparait que celle-ci peut n'être que partielle**. Ce mot, lui non plus, ne fait pas assez ressortir les différents plans sur lesquels se fait le « retour ». Le terme consacré « d'accusé de réception » est bien pâle, lui aussi, pour refléter l'ensemble des possibilités.

## **1.3. *Précisions sur les types de validation***

Pour ma part, déjà avant 1988, j'avais pointé que, ne serait-ce qu'en communication, il convient de valider ce que nous adresse notre interlocuteur sur quatre plans : la récep-

tion, la compréhension, l'accueil et la cohérence. Un cinquième plan existait de façon implicite, mais je ne l'ai énoncé de façon explicite qu'en 1996 dans [« Chaleureuse réception contre avec soi-même »](#) (Dangles) : il s'agissait de la gratitude... car **aucune confiance, ni aucune réponse, ne nous sont dues**.

Dans ce cas il ne suffit plus seulement d'accueillir mais aussi de remercier notre interlocuteur pour la réponse qu'il nous adresse. Nous avons alors cinq zones de validation : la **réception** (confirmée par un accusé de réception), la **compréhension** (confirmée par un message de compréhension), l'**accueil** (confirmé par un message d'accueil), la **gratitude** (confirmée par un message de gratitude), la **cohérence** (confirmée par un message de cohérence, ou validation cognitive).

Chacune de ces validations n'implique pas forcément la suivante. Ainsi, on peut très bien recevoir sans comprendre, ou comprendre sans accueillir, ou accueillir sans remercier, ou remercier sans valider la cohérence. Ce qui est troublant, c'est que ces validations sont le plus souvent exprimées **juste en non verbal** et ne sont généralement portées que par un seul mot ordinaire, négligeable, du genre « ok » ou « d'accord ». **Ces différents niveaux de validation voyagent en même temps et non successivement !** C'est sans doute ce qui fait qu'on a peiné à les différencier et qu'on en a globalisé l'ensemble sous la dénomination de « feed-back » ou « d'accusé de réception ». En analyse transactionnelle (fondée par Eric Berne), le feed-back spécifique est désigné avec plus de précision par le mot « stroke », et est considéré comme une sorte de **« caresse psychologique »** où nous nous rapprochons de la dimension existentielle, et surtout de la notion de « tact psychique » si bien défini dans le mot **« empathie »** vu sous son origine allemande « *Einfühlung* » (où *fühl* signifie justement « tact psychique »).

La différenciation de « recevoir », « comprendre », « accueillir », « remercier » et « valider la raison » est spécifique à la maïeusthésie. Nous y remarquons que s'il n'y a que « recevoir » et « comprendre », nous ne dépassons pas le niveau de la « relation » où l'information (objet) compte plus que les êtres, alors qu'à partir d'« accueillir », nous entrons dans les niveaux de « communication » où l'interlocuteur (l'être) compte plus que l'information (objet). Vous trouverez des détails précis sur les différences entre « relation » et « communication » dans la publication de septembre 2001 [« Assertivité »](#). Nous voyons, bien sûr, qu'il s'agit plus d'une attitude que d'une action ou d'une verbalisation particulière.

Dans les formations que je dispense, ces différents points et niveaux de validation sont largement mis en œuvre, nuancés et expérimentés avec précision, ainsi que le vécu résultant de leur présence ou de leur absence.

Pourtant, la notion de validation contient de façon implicite un niveau supplémentaire : le **niveau existentiel**. Il ne s'agit plus simplement de recevoir, comprendre accueillir, remercier ou valider la raison, mais aussi de donner de la reconnaissance à son interlocuteur. Pas seulement une reconnaissance de ce qu'il nous envoie, mais une reconnaissance de « Lui », en tant qu'individu.

Ceci peut sembler une évidence pour quiconque souhaite offrir un peu de délicatesse dans ses rapports humains... pourtant il y a là d'importantes précisions à apporter pour bien cerner ce qu'on peut entendre par « validation existentielle », grâce à un « message de reconnaissance ». Il se trouve que cette reconnaissance ne vient pas forcément

de quelque chose (même de très délicat) qu'on donne à l'autre... et c'est là la précision importante.

## 2. Le pas existentiel

### 2.1. Définition de « existentiel »

La psychologie existentielle et la psychologie humaniste ont bien mis l'accent sur l'être humain. Les praticiens et auteurs, cités plus haut, en sont quelques représentants, ayant œuvré avec toute la délicatesse que leur expérience, leur sensibilité et leur professionnalisme leur ont permis de mettre en œuvre.

Le mot « exister » vient du latin *existere* signifiant « se manifester », « sortir de » où nous avons *ex* signifiant « hors de » et *sistere* signifiant « être placé », venant de la racine indoeuropéenne *sta* signifiant « être debout » (le Robert, dictionnaire historique de la langue française). Au XVIIe le mot « exister » est utilisé pour dire **qu'on a de l'importance, de la valeur, pour quelqu'un\***. Le mot « existence », quant à lui, a été utilisé au XVIIIe pour désigner le fait d'exister, mais aussi **l'ensemble de la vie de celui qui existe, considérée dans sa durée et dans son contenu\***. Au XXe, avec Bergson, le mot « existentiel » apparaît en philosophie, et est utilisé pour définir **l'ensemble de la réalité vécue par un individu\***. Karl Jaspers fut parmi les praticiens qui accordèrent une importance toute particulière à ce concept.

(\* Le Robert - Dictionnaire Historique de la langue française)

Tenir compte de l'humain n'est pas tâche aisée pour un praticien qui serait exagérément soucieux de l'opinion de ses confrères. Nous atteignons souvent ce paradoxe qui fait que le psy qui choisit de considérer l'humain, non comme un objet d'étude scientifique, mais comme un être à considérer et à rencontrer, peut se retrouver taxé d'idéaliste tourné vers de « gentilles mièvreries ». « Rogers fut pris à partie pour ses conceptions qualifiées "d'angéliques" », le mot étant bien sûr ici avant tout péjoratif (de Peretti, 1997, p.116). Cette propension à trouver un peu naïve l'idée qui consiste à considérer l'être humain est sans doute une juste réaction face à certaines dérives métaphysiques sur le sujet, certes ! Mais prétendre s'occuper de l'humain sur le plan de sa psyché, sans considérer l'humain, semble une aberration absolue, toute aussi naïve !

Abraham Maslow, qui avait été séduit, au début de ses études et de sa carrière, par les behavioristes (comportementalistes) du fait de la possibilité expérimentale de cette approche, s'est vite rendu compte que leur approche fonctionne mieux en laboratoire qu'en réalité. Il remarqua surtout combien il est désolant qu'on se limite à considérer l'humain dans ce qui ne va pas en lui, en continuant à ignorer ses potentialités. Il remarquait que si on a beaucoup écrit sur la psychopathologie, on n'a quasiment rien dit sur la santé mentale, soulignant **qu'on ne peut se satisfaire de définir la notion de santé simplement par l'absence de maladie**. Il dit par exemple : « A ceux qui préfèrent voir plutôt qu'être aveugle, se sentir bien plutôt que se sentir mal, l'intégralité de l'être plutôt que l'infirmité, on peut conseiller de chercher la santé psychique » (2008, p.34) Il ajoute un

peu plus loin : « La démonstration qu'il peut exister et qu'il existe réellement des gens merveilleux –même s'ils sont rares et s'ils ont des pieds d'argile- suffit à nous donner le courage, l'espoir, la force de continuer à lutter, à avoir foi en nous-mêmes et dans nos propres possibilités de croissance »

Rappelons-nous que **nous avons tendance à aller là où nous regardons**. Quand il y a un obstacle sur la route il est plus aisé de regarder vers où nous devons aller pour l'éviter, que de regarder l'obstacle lui-même. C'est pour cette raison que, en tant que piéton, il est recommandé de ne pas marcher à l'intérieur de la barrière de sécurité d'une autoroute, car nous regardant par curiosité, il finit par y avoir un chauffeur qui involontairement nous fonce dessus (durée de vie moyenne estimée pour une personne marchant du mauvais côté de la barrière de sécurité : 20mn !)

De la même manière si nous prenons le parti de regarder la psychopathologie c'est vers la psychopathologie que nous allons (gare à l'accident !). Si, au contraire, nous prenons le parti de regarder l'individu, c'est vers l'individu que nous allons. Naturellement, il ne s'agit pas de ne pas voir la psychopathologie (comme pour l'obstacle sur la route), mais de ne pas fixer notre attention dessus et de la tourner préférentiellement vers là où nous sommes sensés aller : c'est à dire vers l'individu, vers l'être, vers le quelqu'un à qui nous apportons un accompagnement psychologique. Regardons là où nous sommes sensés aller ! Il n'y a là que du simple bon sens qui, non seulement ne retranche rien au professionnalisme, mais au contraire fait du praticien en psy un professionnel confirmé, ne se laissant pas distraire de l'essentiel de son travail.

## **2.2. De la validation cognitive à la validation existentielle**

Après avoir reçu, compris, accueilli et remercié, le cinquième point de validation porte, en maïeusthésie, sur la reconnaissance de la cohérence. Je parlerai là de « **validation cognitive** », quand nous sommes capables de dire à notre interlocuteur « s'il y a eu ceci, je comprends qu'il y ait maintenant cela ». Le « **guidage non directif** », permettant de parvenir à ce point, ressemble à la « découverte guidée » utilisée par les cognitivistes (Daniel Nolle, 2004, p.161), mais aussi en diffère beaucoup. Elle y ressemble par la candeur des questions (un très juste « **non savoir a priori** »), par le non jugement, par le respect, par la liberté de réponse donnée au patient. Elle en diffère cependant grandement par ce que l'on fait de ce qu'on a trouvé... par ce qu'on fait de la raison, du fondement cognitif, ainsi mis à jour. Le projet avec la découverte guidée est de conduire la patient vers ses « propres illogismes ou perceptions erronées ». Ainsi, le cognitiviste tentera de trouver le fondement cognitif source du trouble pour, le démasquant, « libérer la personne de son erreur ». De son côté, le praticien en maïeusthésie, s'en sert différemment. Il l'utilisera pour offrir à celui qu'il aide un supplément de fondement et de reconnaissance. **Il y pointe une pertinence et non une erreur**. De ce fondement de la raison (de la cause), il résulte une assise plus stable de son patient, lui permettant spontanément de reconsidérer sa perception, mais sans que rien n'ait été dévalorisé.

Cette validation cognitive peut porter sur des choses récentes, comme sur des choses anciennes. Par exemple « Si vous vous êtes fâché avec cette personne tout à l'heure, je

comprends que vous soyez encore en colère maintenant », aussi bien que « Si vous vous êtes senti à ce point abandonné quand vos parents vous ont laissé chez votre grand-mère, je comprend qu'aujourd'hui vous soyez si sensible au fait qu'on vous ignore ». L'idée de la validation cognitive (ou message de cohérence) est de **confirmer que nous comprenons parfaitement que « s'il y a eu ceci, ça puisse impliquer que maintenant il y ait cela »**. En cas d'exactions, il ne s'agit jamais ici d'excuses ou de déresponsabilisation, mais au contraire de reconnaissance et de compréhension permettant au sujet de mieux se responsabiliser. En effet, pour être responsable, pour se mettre aux commandes de sa propre vie, il convient déjà de se sentir exister... et pour mieux exister il convient de se sentir reconnu.

La notion de validation cognitive, aussi fondamentale soit-elle, ne rend pourtant pas compte d'une certaine dimension supplémentaire : celle du contact avec l'individu, celle de la réhabilitation, celle de la reconnaissance... celle de l'existentiel

Il y a déjà bien longtemps que j'insiste sur le fait que face au patient se « révélant », **le praticien compétant est sensé être « touché » et même « se réjouir »**. Je n'hésite pas à même affirmer **que le « moment thérapeutique » est celui où le praticien ressent et laisse paraître cette « réjouissance »**... et que sans cette réjouissance, il n'y a pas vraiment d'aide, ni de soutien, ni de thérapie pour celui qu'on accompagne, ou que s'il y a une aide, celle-ci n'a pas la portée attendue.

Naturellement cela va à l'encontre de la notion de « distance thérapeutique » ou de « distance professionnelle », du moins quand ces concepts sont insuffisamment précisés. Pour être bien comprise cette notion de « réjouissance » mérite quelques précisions car il ne s'agit aucunement d'une familiarité ou d'une niaise expression béate. Il s'agit de quelque chose de discret, de profond, de respectueux, de jamais déplacé et qui ne peut être feint. L'expliquer, sans choquer ni susciter de sarcasmes, est tellement une gageure que j'ai attendu jusqu'à maintenant pour la mettre en mots... et je dois avouer aussi que je ne disposais pas encore d'une perception suffisamment claire de ce que je faisais (même si je le faisais depuis longtemps) et ressentais en thérapie pour, en tant que praticien, l'énoncer avec la clarté nécessaire. Passer du praticien au théoricien demande souvent une longue maturation de ce qui est expérimenté.

### **3. La validation existentielle**

La validation existentielle dépend 1/ de ce que nous regardons (vers où nous portons notre attention), 2/du fait de savoir être touché (et non affecté), 3/De la capacité de réjouissance du praticien, 4/Du sens du flux

#### **3.1. Ce qu'on regarde « fait notre regard »**

Nous venons de voir que nous avons tendance à « aller » vers « où nous regardons » (en voiture il est extrêmement difficile de rouler droit tout en regardant sur le côté). Donc, si nous regardons vers la psychopathologie, nous allons spontanément vers la psychopathologie... et risquons ainsi de manquer l'individu que l'on prétend aider.

Cela peut conduire à une dérive consistant à faire du sujet aidé une sorte « d'objet de soin ». Le praticien devient alors une sorte d'habile « technicien de la psyché » ... s'occupant d'un objet qu'il épure, qu'il libère ou qu'il ajuste (pour satisfaire à ce que prédisent les théories, comme nous le fait remarquer Winnicott cité plus haut). Il manque alors de s'occuper de quelqu'un venant au monde, accédant à lui-même... il manque de permettre à ce qu'il est vraiment d'émerger.

Il s'agit là de nuances extrêmement importantes puisqu'elles conduisent le praticien soit à combattre quelque chose qui ne va pas (combattre le « mal » ?), soit à accompagner un individu venant au monde, faisant émerger une précieuse part de lui-même. En caricaturant le propos : le praticien sera-t-il dans l'ancestrale culture des exorcistes, des purgateurs ou des « saigneurs » (ceux qui font les saignées pour enlever le mauvais sang) ?, ou bien sera-t-il dans l'élan de la sage femme permettant à la mère de mettre au monde son enfant ?

Cette façon de concevoir la thérapie ferait sans doute plaisir à Maslow, qui se désolait que la psychologie ait opté trop souvent et depuis trop longtemps pour un « **façonnage, en vertu du principe que les profondeurs de la nature humaine sont dangereuses, maléfiques, prédatrices et voraces** » (2008, p.202). Il souhaitait ardemment que la psychologie revisite ses fondements et il y a lui-même grandement contribué.

Voilà donc une précision majeure dont on pourrait penser qu'elle est suffisante tant elle est essentielle. Et bien pourtant, il s'y ajoute quelque chose d'encore plus important, pourtant si discret qu'on pourrait le manquer. C'est même ce qui fait toute la différence ! On ne peut ici se contenter d'un protocole technique, aussi généreux soit-il.

Concernant la conséquence qu'il y a à se tourner vers la pathologie plutôt que vers le sujet lui-même, le point le plus important est **le regard que cela produit de la part de celui qui regarde**. Se sent-il affecté, ou se sent-il comblé ?

Doit-il cacher sa réaction d'affect et devenir froid et non congruent ? Doit-il au contraire laisser voir franchement sa réaction d'affect afin de rester congruent ? Ni l'un ni l'autre ! S'il porte son attention sur le sujet lui-même, il n'a ni à cacher ni à montrer sa réaction d'affect, tout simplement parce qu'il n'en a pas. Il n'est pas froid pour autant car, **au lieu de se sentir affecté (impact psychologique), il se sent touché (rencontre de l'autre dans sa justesse, rencontre de la vie)**. Naturellement encore faut-il avoir clairement différencié le fait d'être affecté et le fait d'être touché, afin, pour éviter d'être affecté, de ne pas s'empêcher d'être touché ! **Un praticien qui ne se sent pas touché ne sera pas capable de la validation existentielle** dont nous allons parler.

Nous retiendrons simplement que celui qui regarde ce qui ne va pas chez l'autre a naturellement le regard de quelqu'un qui voit ce qui ne va pas, et que celui qui regarde l'autre en tant qu'individu a naturellement le regard de celui qui voit un individu.

Si nous prenons l'exemple d'une personne confiant à son praticien qu'enfant elle a été maltraitée ou violée : dans le premier cas le praticien aura les yeux de quelqu'un qui regarde une maltraitance ou un viol (c'est-à-dire qu'il sera naturellement horrifié... ou blindé) ; dans le deuxième cas, au lieu de se fixer sur la circonstance (qu'il n'ignore pas pour autant), il regarde l'enfant qui a vécu cela, il voit simplement cette enfant que son

patient lui présente et il se sent heureux de la rencontrer... car ce qui est horrible, c'est ce qu'on lui a fait, pas elle !

Voilà justement le problème qu'a eu le sujet tout au long de sa vie : à chaque fois qu'elle a évoqué cette enfant, comme ses interlocuteurs avaient tendance à ne voir que l'horreur des circonstances... c'est un peu comme si l'enfant était elle-même une horreur. C'est du moins ce qu'elle lisait dans leurs regards et, finalement elle ne pouvait plus la montrer sans craindre de faire peur.

Au contraire, face à quelqu'un qui voit plus l'enfant que la circonstance, elle n'a plus besoin de la cacher, car le regard qu'elle reçoit montre le bonheur de la voir. A partir de là, **elle pourra réduire la fracture qu'elle avait gardée dans sa psyché** entre elle-même et cette enfant qu'elle fut. Les symptômes initiaux disparaissent alors, car le rôle initial qu'ils avaient, de permettre de retrouver cette enfant qu'elle fut, n'a plus lieu d'être (voir la publication d'avril 2008 [« Psychopathologie »](#) au chapitre [« le regard maïeusthésique »](#))

### 3.2. **Savoir "être touché"**

La distance thérapeutique ! Voilà un mythe tenace. Il a cependant son juste fondement, comme chaque chose qui, au premier abord ne semble pas exacte. Pour le praticien qui choisit de se tourner préférentiellement vers le problème à résoudre, vers la douleur à calmer, ou vers les attitudes à corriger, ou vers la circonstance à éliminer (surtout si elle est horrible), il semble juste de maintenir une « bonne distance ». Mais nous noterons que **la distance doit être prise avec le problème ou avec la circonstance... jamais avec l'individu qui a vécu cette circonstance**. Encore faut-il les avoir clairement différenciés l'un de l'autre ! Sinon le praticien se retrouve en train de prendre une distance avec son patient et cela ne peut être satisfaisant.

Nous nous rappellerons que l'empathie, à l'origine, en allemand, se dit *Einführung* où *föhlen* signifie « tact psychique » (Theodor Lipps, Sandor Ferenczi), presque au même titre que l'*hapsy* en haptonomie (Frans Veldmann, 2001, p.71).

**Le « courant » ne passe que s'il y a contact** et non s'il y a distance (aussi petite soit elle). Le « courant », ici, pourrait être assimilé au « flux existentiel » (ou flux de vie) dont le patient a profondément besoin pour se construire. Il le reçoit du praticien, sans rien lui ôter, car la vie n'est pas comparable à l'énergie. La vie est « être » alors que l'énergie est « faire ou avoir ». Ceux qui se tournent vers un problème à résoudre, ou vers une erreur à corriger, sont obligés d'investir leur énergie et peuvent se trouver en situation de devoir se protéger pour ne pas s'épuiser. **Ceux qui ont fait la différence d'avec le flux de vie** et se tournent préférentiellement vers l'individu, vers l'être, ne ressentent pas d'épuisement, tout en donnant beaucoup, sans jamais rien perdre, et aussi sans jamais se charger de quoi que ce soit.

Être touché c'est se trouver face à un individu et avoir le sentiment de se trouver face à la vie. Il y a là une grande différence avec le fait d'être affecté. Car **celui qui est affecté reçoit un impact, alors que celui qui est touché rencontre la vie**. La sensation n'est pas du même ordre. L'une nécessite de se protéger alors que l'autre est même une ressource. Le praticien, lorsqu'il est touché, reçoit une ressource. Il reçoit sans rien prendre

à son interlocuteur, bien au contraire. Cela peut sembler un paradoxe et mérite quelques précisions supplémentaires.

### **3.3. Ressentir une réjouissance affirmée**

**Quand le praticien est « touché », il reçoit une ressource sans rien ôter à son interlocuteur.** Cela lui permet d'exercer son métier sans épuisement et avec une plus grande efficacité. Cette plus grande efficacité ne vient pas seulement du fait que cela lui demande moins d'énergie, mais aussi du fait, qu'en même temps, cela apporte beaucoup à son interlocuteur.

Cette règle n'existe pas qu'en psychothérapie. Qu'il s'agisse de Winnicott ou de Veldman, le rôle que joue le regard de la mère auprès de l'enfant est évoqué comme étant très important. L'enfant se sent-il regardé comme source de soucis, ou bien comme source de réjouissance ? Selon ce que l'enfant « lira » dans le regard de sa mère (et de ceux qui l'entourent), il se sentira confirmé ou non, dans la base (le fondement) de son existence au monde. Cela lui donne sa place. Nous trouvons ainsi la confirmation de l'« être au monde » ou de l'« être là » des psychologues existentiels ou du « Dasein » (ce qui veut dire la même chose), des praticiens de la Dasein-analyse.

**Nous devons comprendre que quand le patient évoque qu'à un moment de sa vie il a souffert, ce n'est ni ce qui s'est passé, ni sa souffrance qu'il nous présente, mais celui qu'il était à ce moment là.** Il ne s'agit en aucun cas du contact avec un événement traumatisant, mais d'une rencontre avec celui qu'il était. Quand il présente celui qu'il était au praticien qu'il consulte, il a besoin que ce praticien soit heureux de le rencontrer. Bien involontairement le patient « guette » la réaction du praticien, afin de vérifier si cette part de lui qu'il vient de lui présenter lui est agréable à rencontrer ou non.

La praticien qui aura son attention fixée sur un problème à résoudre, sur une psychopathologie à guérir, sur un traumatisme dont il faut se libérer, sur un processus cognitif qu'il faut modifier ou un comportement nouveau à acquérir pour en remplacer un mauvais... n'aura pas, dans son regard, l'étincelle de réjouissance que l'on a naturellement quand on fait une belle rencontre. Or, du moins dans un premier temps, cette étincelle est tout ce dont le patient a besoin. Naturellement cela est à la fois très simple et très difficile, car une telle étincelle n'est pas une chose qui se décrète dans un protocole thérapeutique. Il s'agit juste d'un positionnement, d'un projet et d'une orientation de l'attention (voir la publication de décembre 2007 [« Le positionnement du praticien »](#))

**Savoir recevoir la vie émanant de l'autre, donne une place à cette vie en lui.** Cette réjouissance ne peut être feinte. La congruence, mise en exergue par Carl Rogers comme nécessaire attitude du praticien, est ici plus qu'évidemment incontournable. Toute réjouissance feinte deviendrait une insupportable et indigne niaiserie. Quand cette notion de réjouissance est ainsi mal comprise, elle peut d'ailleurs nourrir les gogos des détracteurs de cette notion, chez qui la sensibilité ne permet pas encore de saisir cette nuance dans toute sa dimension humaine. Il est bien évident, à leur décharge, que sans la nuance, cela n'a pas de sens.

Pourtant quand l'autre nous présente ce qu'il y a de plus précieux en lui (c'est-à-dire cette part de lui-même qu'il a, jusque là, dû maintenir dans l'ombre) il a profondément



besoin de sentir que son interlocuteur en éprouve un certain bonheur. Il est fondamental pour lui de ne pas avoir la désagréable sensation de nous avoir présenté une horreur. **Tout se passe comme s'il avait dû garder à l'abri des regards, dans une sorte de « placard de la psyché », cette part de lui, jusque là jugée comme « non présentable ». Si dans un élan de confiance en son thérapeute il la montre, il ne supportera pas que celui-ci s'en afflige. Car cela confirmerait la « non- présentabilité » de cette part de soi et le conduirait à l'enfouir plus profondément.** Il est même désolant que certains praticiens visent même à l'en débarrasser, en tentant de provoquer une plus grande distance d'avec « cela », par de douteuses visualisations.

Par exemple cette psychothérapeute qui permet à sa patiente de retrouver l'enfant qu'elle était, bébé, face à sa mère veuve. Comme l'enfant avait été éprouvée par le deuil vécu par sa mère, qui alors lui montrait trop de tristesse, la thérapeute invite sa patiente à « dire » à l'enfant qu'elle était « Il s'agit de la douleur de ta mère, pas de la tienne. Elle ne te concerne pas et tu n'as pas à en souffrir ! ». Or il se trouve que la mère fait partie de la structure psychique de l'enfant et que l'amputer de cette part revient à la déstabiliser. Ici le praticien aurait pu se sentir touché par cette femme qu'était la mère et dont probablement personne n'a jamais entendu la souffrance. Elle aurait dû se réjouir de cette émergence de l'être et inviter sa patiente à dire à l'enfant de regarder cette femme qu'est sa mère et de lui « dire » qu'elle entend combien son deuil est douloureux. Cela aurait amené, dans la dimension psychique, un apaisement chez la mère et chez l'enfant, puis chez la patiente, dont le symptôme d'angoisse actuel ne faisait qu'inviter à faire ces rencontres et réhabilitations.

Dans cet exemple, si le praticien voit le deuil, il est spontanément et naturellement affecté. Il tendra alors à vouloir libérer sa patiente de ce poids. Si par contre il voit une femme que personne n'a jamais entendu et qui se présente là, démunie, « inexistante, comme venant au monde pour la première fois » (c'est en quelque sorte sa première sortie hors du « placard » de la psyché), il se sentira spontanément touché par cette émergence de vie, et cette étincelle qui apparaîtra naturellement dans son regard produira un effet thérapeutique. Nous voyons là qu'il s'agit plus d'un état que d'une action et que toute action envisagée sans l'état ne peut donner de résultats satisfaisants.

On pourrait penser que cette faculté d'être touché est une sorte de marque « d'amour » au sens le plus noble du terme, c'est-à-dire de considération, de générosité, de reconnaissance... Pourtant la notion de validation existentielle ne peut se contenter de cela. Mais si la notion « d'amour » n'est pas suffisante, alors qu'y a-t-il au dessus ? En effet nous avons déjà le sentiment d'avoir été bien loin, d'avoir fait voler en éclat les présupposés de distance thérapeutique, sans pour autant tomber dans aucune affectivité, ni aucune familiarité, nous avons donné une grande considération... que peut-il y avoir de plus ? C'est ce que nous allons aborder dans le chapitre suivant : « le sens des flux »..

### **3.4. Le sens des flux**

Dans tout ce qui précède, nous avons pu explorer la sensibilité et la générosité du praticien face à son patient. Nous en avons parcouru de nombreuses subtilités sur le

plan existentiel... et pourtant il y manque une composante fondamentale sans laquelle tout le reste ne peut être suffisamment porteur.

Cette composante, c'est le sens du flux. Quand le positionnement du praticien est correct, quand il tourne son attention vers le sujet plutôt que vers le problème et quand son projet est la rencontre plutôt que la solution, nous voyons à quel point il peut émaner d'un praticien générosité, reconnaissance, « amour », considération...etc. Mais **ce qui ne doit pas nous échapper**, c'est qu'ici **le sens du flux de générosité va surtout du praticien vers son patient, plus que du patient vers le praticien.**

La précision supplémentaire est là : le flux de générosité doit aussi aller du patient vers le praticien et le praticien se doit de le recevoir.

Quand le praticien voit son patient, ainsi que cette part de lui-même que celui-ci lui présente, **il se doit d'être touché et d'en manifester une réjouissance.** Je ne fais ici que répéter ce que j'ai déjà dit plus haut, mais je souhaite y ajouter une subtilité fondamentale. **Tout « l'amour » qu'on peut donner, avec la délicatesse la plus absolue, peut se transformer en une sorte de « douce violence », si celui qui envoie ce flux vers l'autre ne montre pas qu'il reçoit lui-même quelque chose d'infiniment précieux.**

Recevoir tant de générosité de la part de l'autre alors qu'on pense ne pas avoir de valeur soi-même peut avoir un effet néfaste, car le sujet se sent ainsi redevable, assombri... comme s'il ne pouvait mériter une telle chose. Il ne s'agira pas de le convaincre qu'il mérite cette générosité... mais de le lui montrer. Et la façon de le lui montrer est simplement de **permettre au flux de circuler aussi de lui vers soi.** C'est-à-dire que le praticien adresse à son patient toute cette considération et cette générosité, mais qu'il reçoit en même temps de lui le fait d'avoir le privilège de le rencontrer, **le fait de se trouver en contact avec la vie, le fait de recevoir ce qu'il y a de plus précieux en l'autre... c'est-à-dire l'autre lui-même.**

**Note :** J'ai déjà vu dans les formations que j'anime pour de praticiens, que toute la générosité et la considération peuvent être là, de façon approfondie, avec une grande qualité... et que cependant si cette notion de « réjouissance » face à ce qui est précieux en l'autre n'est pas présente... alors le moment thérapeutique ne se produit pas avec la dimension souhaitable.

Comme vous le constatez, la mise en mots d'une telle subtilité est risquée car elle peut vite se trouver dévalorisée par quelques détracteurs qui n'en perçoivent pas la profondeur. Cette profondeur n'ayant rien de technique, peine à être nommée et peut se retrouver la proie facile de ceux qui ne veulent pas regarder par là. Cela me fait penser à **Maslow** parlant des besoins fondamentaux pour finir en évoquant les besoins élevés concernant l'être, ou « besoins ontiques » (amour, respect, connaissance, sagesse, accomplissement de soi) en soulignant « ...plus les besoins sont élevés, plus ils sont faibles instables et fragiles. Nous en arrivons à ce paradoxe que nos instincts humains, du moins ce qu'il en reste, sont si faibles qu'ils doivent être protégés contre la culture, contre l'éducation, contre l'apprentissage – en un mot, contre le risque d'être étouffés par l'environnement » (2008, p.119). Il met en évidence le paradoxe entre la force des besoins les moins élevés et la fragilité des autres. Nous avons les moins élevés (très puissants) en commun avec les animaux, et les autres qui sont propres aux humains, et qui obéissent aussi à une logique instinctuelle, mais d'une nature différente (c'est de cet

instinct subtil dont il parle ci-dessus). Ces besoins élevés sont en quelque sorte le sens de la vie de l'humain, son aspiration profonde, même si ceux-ci ne peuvent se révéler que quand les autres besoins sont devenus moins prégnants, car suffisamment satisfaits. Nous pourrions ici parler d'une sorte de pulsion existentielle venant du Soi (voir publication de novembre 2005 sur [« ça moi, surmoi et Soi »](#) )

Il s'agit finalement de cette validation du « bon en soi présent et à venir », comme nous le propose Veldman.

## **4. Incidence dans l'aide psychologique**

### **4.1. Chercher la justesse et non l'erreur**

**Abraham Maslow** s'est désolé qu'on ne pointe pas assez ce qui se produit avec justesse chez l'être humain, et qu'on prenne trop le parti de chercher les travers et les psychopathologies en négligeant les ressources permettant la santé psychique.

La psychologie positive semble en partie y remédier, car elle prend le parti de mettre l'attention sur ce qui va. Sonja Lyubomirsky (2008), directrice du laboratoire de psychologie positive de l'université de Californie, s'appuyant sur différentes études, nous invite à trouver, par exemple, des motifs de réjouissance et à exprimer notre gratitude chaque jour pendant une semaine (p.97-98). Cette attention sur le « positif », associée à une attitude de reconnaissance active, est semble-t-il une belle ressource puisque, dit-elle, on parvient ainsi à mieux remonter des déprimés qu'en cherchant en eux ce qui ne va pas. Après tout, tout ce qui fonctionne pour procurer du mieux être ne peut qu'être pris en considération. Pourtant, la psychologie positive doit aussi être utilisée avec discernement, car il ne serait pas souhaitable qu'elle soit utilisée pour occulter ce que nous sommes sensés réhabiliter en nous.

La **psychologie positive** nous ressource, mais risque de nous éloigner de nous-mêmes, en nous distrayant de ce que nous avons à réhabiliter en soi. Les **thérapies de type analytique**, au contraire, nous font aller profondément en soi, mais elles remuent des douleurs qui risquent de nous enfoncer plus bas.

**Nous devrions trouver une façon de procéder qui tient un peu des deux**, mais ne correspond exactement à aucune d'elles. Finalement **nous le réaliserons en ayant cette réjouissance**, mais cela se fera en retrouvant celui que nous avons été, et non en l'occultant avec un détournement d'attention. **Nous ne négligerons pas ce qui fait nos bases et doit être réhabilité**, mais comme nous nous tournerons vers celui que nous étions et non vers ce qui s'est produit autrefois (vers l'être et non vers l'événementiel), **nous aurons en même temps la réjouissance et la réhabilitation.**

La psychologie positive, comme les démarches analytiques et bien d'autres, en sont bien trop souvent (pour ne pas dire « toujours ») à vouloir éliminer ou corriger quelque chose. Les deux approches n'ont pas les mêmes avantages, ni les mêmes inconvénients, mais nous interpellent toutes deux sur des fondements majeurs : **d'une part nous ne pouvons vivre sans nous ressourcer à ce qui nous réjouit, d'autre part nous ne pouvons vivre sans réhabiliter ce qui, en nous, attend de trouver sa place.**

La validation existentielle nous apporte les deux avantages en même temps : une **source de réjouissance** et une **réhabilitation de soi**.

Pour parvenir à ce résultat, le praticien devra considérer son patient comme quelqu'un allant naturellement vers ce qui est juste en lui, et considérer ses symptômes comme des « signes » adressés par des « parts de lui en attente de réhabilitation ».

Face à un symptôme, le praticien ne se demandera pas « Qu'est ce qui fait que ça ne va pas, afin d'y remédier ? », mais plutôt « **En quoi cela va très bien, en quoi cela est-il juste pour aller vers une part de soi à réhabiliter, afin d'accomplir une réhabilitation ?** ».

**Il ne fera ainsi qu'accomplir un pertinent cheminement déjà en cours** et n'aura à investir aucune énergie pour faire corriger ou faire éliminer quoi que ce soit chez son patient. Il ne sera que l'accoucheur, permettant à une naissance en cours de se réaliser. **Il cherchera la justesse en cours d'accomplissement et non le travers source de déséquilibre** (voir la publication d'avril 2008 « [Psychopathologie](#) » au chapitre « [le regard maïeusthésique](#) »).

## **4.2. Autonomie et sérénité du patient**

La vie d'un être humain comporte une ambiguïté majeure : il doit **d'une part** s'affranchir de la dépendance à autrui en développant une affirmation de soi le rendant moins vulnérable à son environnement... il doit **d'autre part** intégrer qu'il n'existe pas sans les autres (même les gêneurs), car l'existence des autres a, d'une certaine façon, induit la sienne.

**Il existe ainsi entre les êtres une synergie (système) où chacun n'existe que du fait que d'autres existent.** Pourtant cette reconnaissance des autres n'est possible qu'avec suffisamment d'affirmation de soi ! La contradiction semble insoluble, mais le paradoxe se doit d'être abordé avec sérénité, car **aucune des deux parties ne peut être occultée**.

L'existence « a priori, hors de tout contexte » semble difficile à envisager (pour ne pas dire impossible)... et pourtant il arrive souvent, de toute évidence, que le contexte empêche, ou entrave, l'émergence de soi !

Même en génétique, **Denis Noble**, pionnier de la biologie des systèmes, nous explique que sur le plan de l'organisme, on a cru à tort que la source est exclusivement le génome. Il nous précise « **ce qui est impliqué dans le développement d'un organisme est bien d'avantage que le génome. S'il existe une partition de la musique de la vie, ce n'est pas le génome, ou du moins il n'est pas seul. L'ADN n'agit jamais en dehors du contexte d'une cellule. Et nous héritons de bien plus que de notre seul ADN. [...] Nous héritons aussi (simple bagatelle...) du monde.** » (*La musique de la vie*, 2007, p.77)

Denis Noble, dans tout son ouvrage, insiste sur le fait de l'interdépendance entre le monde et l'individu. Nous dépendons de ce qui est dans notre environnement immédiat, mais ne sommes pas pour autant affranchis de notre environnement lointain. **Les autres humains jouent un rôle dans l'existence de chacun, et chacun joue un rôle dans l'existence des autres humains** (ça fait déjà beaucoup), mais les humains n'existeraient pas sans leur planète, qui elle-même n'existerait pas sans son soleil, qui lui-même ne se-

rait pas sans la galaxie qui le porte, qui elle-même ne saurait « être » sans l'univers qui la contient avec ses innombrables consœurs...etc.

Nous pourrions faire la même observation sur le plan psychologique. Nous dépendons, au minimum, de ce qui est proche de nous, mais aussi de ce qui est (apparemment) plus loin de nous. Notre état d'esprit du moment dépend de ce qui nous entoure maintenant, mais aussi des ressentis de celui que nous étions quelques instants plus tôt. Par exemple une colère récente influe sur notre façon de percevoir le monde présent. Mais cette façon de percevoir le monde présent est aussi influencée par celui que nous avons été dans les différents moments de notre vie, depuis notre conception (ça fait beaucoup aussi !). Et il semble que nous portions en nous également, sur le plan **trans-générationnel**, les vécus de ceux que furent nos ascendants, et que certains de nos symptômes ne soient là que nous aider à leur donner leur juste place. **Ce ne sont pas leurs fardeaux que nous trainons, mais un précieux moyen de ne pas manquer leur réhabilitation** (car ils font partie de la structure de notre psyché).

Donc nous sommes sensés aboutir vers un supplément d'affirmation de soi (autonomie) afin de mieux vivre dans le monde qui nous entoure... duquel (qu'on le veuille ou non) nous sommes issus. Le paradoxe est **que pour être soi il convient de valider ses bases, et que pour valider ses bases il convient déjà (au moins un peu) d'être soi**.

Quand, en thérapie, le praticien donne de la reconnaissance par la réjouissance qu'il laisse se manifester, il permet à son patient une suffisante affirmation de soi pour accueillir les bases qui lui manquent (ces bases qui le constituent, mais dont il s'est coupé). D'autre part, quand le patient présente ces bases à son praticien, guettant sa réaction, il leur donnera plus volontiers leur place face à celui qui s'en réjouit, que face à celui qui s'en afflige.

**Le praticien donne ainsi place non seulement à son patient, mais aussi à toutes ces parts qui émergent** et sont autant de fondements à restaurer dans leur juste place. Sans ces fondements, le patient ne peut pas « être » de façon stable et c'est là la source de ses symptômes. Ils lui servent à ne manquer aucune de ces parts (ou à pouvoir vivre sans elles, en attendant qu'une maturité nouvelle lui permette leur réhabilitation)

Nous entendons souvent parler d'affect en psychologie, de dépendance, de cordon... puis d'autonomie, de couper le cordon...etc. En étant plus attentif, nous remarquerons avec précision que le cordon représente **un nécessaire attachement pour ne pas perdre ce que nous ne sommes pas encore en mesure de rencontrer**.

Le cordon est un attachement qui nous évite de nous éloigner, tant qu'un canal existentiel n'est pas ouvert. Plus un enfant et une mère se voient en tant qu'êtres (et non en tant que « mon parent » ou « mon enfant ») moins ils ont besoin du cordon.

Le **cordon libidinal de besoin** (qui est une « attache » non sexuelle<sup>1</sup>) se défait naturellement quand un **canal existentiel de rencontre** s'est ouvert. Car, là, on sait désormais qu'on ne se perdra jamais !

---

<sup>1</sup> Pour plus de précision sur cette notion, lire sur ce site [« Libido, amour et autres flux »](#) (mars 2005) et [« le ça, le moi, le surmoi et le soi »](#) (novembre 2005)

Nous retrouvons cela dans le couple, de la « passion besoin » où l'on est fortement attaché faute d'avoir encore su ouvrir un canal existentiel... jusqu'à « l'amour rencontre » où cela a pu s'accomplir (voir à ce sujet la publication de février 2001 [« Passion »](#)). Même aussi dans le deuil où le « cordon obsessionnel de la douleur » permet d'avoir l'assurance de pas oublier l'être perdu, jusqu'à ce que l'ouverture d'un canal existentiel posthume envers lui, donne une telle assurance. Généralement le deuil se termine à ce moment là (voir la publication d'avril 2003 [« Humaniser la fin de vie »](#)).

L'autonomie ne vient pas du fait de « couper un lien », mais d'« ouvrir un canal ». **Quand le canal existentiel s'ouvre, le lien disparaît naturellement** car il avait juste pour rôle de nous éviter de manquer cette réalisation.

Par sa réjouissance, **le praticien** ne crée donc ici ni transfert ni dépendance chez son patient, ni lien, ni rupture de lien. Cette réjouissance ne signifie en aucun cas que le praticien est dans une quelconque affectivité, mais plutôt qu'il est « touché ». **C'est parce qu'il est touché que la vie « s'allume » chez son patient et que celui-ci peut exister en tant que lui-même.** Ainsi il s'approche d'une autonomie telle qu'au bout d'un moment, il peut valider en lui des parts de soi sans passer par son thérapeute. Un tel cheminement lui permet de trouver sa propre place, dans son propre environnement intérieur, afin de plus aisément rencontrer le monde extérieur.

### 4.3. **Besoins élevés et accomplissement**

**Abraham Maslow** insiste sur la hiérarchie des besoins, en distinguant les « besoins fondamentaux » (nourriture, sexe, sécurité, estime...) et les « besoins ontiques » (amour, considération, accomplissement de soi, ...). Ces besoins sont le plus souvent illustrés par une pyramide où les besoins fondamentaux constituent une base large, et les besoins ontiques une pointe étroite. Nous noterons cependant que **Maslow lui-même n'a jamais fait cette illustration pyramidale des besoins** et que nous la devons seulement à ceux qui, ultérieurement, ont prolongé son propos. Si la hiérarchie des besoins semble une réalité plus que pertinente, surtout si on ne manque pas d'approfondir la notion de besoins ontiques, la représentation en pyramide me paraît mal adaptée, et parfaitement significative de là où nous mettons nos priorités.

Avant de poursuivre le propos, rappelons nous que ce que Maslow appelle « **besoins fondamentaux** » c'est l'ensemble de la catégorie des **besoins physiologiques** (nourriture, survie corporelle), et des **besoins socio-psychologiques** (de sécurité, appartenance, estime). Ensuite, ce qu'il appelle les « **besoins ontiques** », ce sont ceux qui appartiennent à la catégorie des besoins d'**amour**, d'**accomplissement de soi**, mais aussi d'**esthétique**, de **justice**, de **cognition**... etc. (2008, p.57-68).

Concernant la hiérarchie il précise : « **Nous nous sommes jusqu'à présent exprimés comme si cette hiérarchie répondait à un ordre fixe mais, en fait, elle est bien moins rigide que nous avons pu le laisser entendre** » (*ibid*, p.72). Il observe seulement une sorte de rapport entre les deux types de besoins (fondamentaux ou ontiques) « **les individus qui ont connu les deux tiennent généralement le respect de soi-même pour une expé-**

rience subjective de plus grande valeur que le fait d'avoir le ventre plein » (Maslow, 2008, p.116-117)<sup>2</sup>.

Par la « validation existentielle », nous satisfaisons à ce besoin essentiel d'existence, d'estime de soi et d'amour (besoin ontique). Cela permet d'examiner tout le reste avec plus de sérénité, plus de confiance et même plus d'autonomie.

**Avoir bien compris la notion de sens des flux est primordial pour le praticien.** Car un praticien qui veut « tellement aider » deviendrait maladroit. Par cet « éclairage » qu'il voudrait produire chez son patient il ne ferait qu'augmenter l'ombre que ce dernier porte en lui. L'art pour le praticien est « d'éclairer sans produire d'ombre » et **il réalise cela par sa propre réjouissance, par le fait qu'il est touché et non par le fait qu'il essaye de toucher l'autre ou d'avoir un effet sur lui** (je m'étais amusé à rédiger une publication sur ce paradoxe en décembre 2000 « [Eclairer sans produire d'ombre](#) ». Vous en avez une version plus élaborée dans celle d'août 2007 « [Bientraitance](#) »)

La validation existentielle est le moyen sécurisé par lequel un patient se révèle, avec une sensation de bien être et de plénitude... Même s'il passe par des moments émotionnels forts, cette validation permanente des besoins supérieurs fait que le flux de vie s'écoule de nouveau en lui. Il peut se sentir « vidé » (d'énergie), mais « plein » (de ce qui est, avec justesse, en lui). Il se sent à la fois plus plein et plus léger, mais aussi mieux posé et moins attaché (encore des paradoxes). Il ne se sent vidé d'énergie qu'à cause de ces années de lutte qu'il a livré contre lui-même, soit spontanément, soit en y étant encouragé par un entourage maladroit.

#### 4.4. **Durée et profondeur des thérapies**

L'on croit quelque fois que la profondeur de la thérapie peut être associée à sa durée. Il est bien évident qu'il ne suffit pas d'une durée pour avoir une certitude de qualité. Mais la question est de savoir si une thérapie courte peut avoir une profondeur suffisante pour conduire de façon stable un individu vers lui-même.

Mieux vaut sans doute une thérapie courte conduisant à des réhabilitations qu'une thérapie longue et laborieuse visant à des éliminations ou corrections. Les résistances qu'on y trouverait ne seraient pas l'œuvre du patient, mais la juste conséquence d'une sorte de chemin « à l'envers » du praticien tentant d'inculquer ses propres projections théoriques. « ...la résistance à la thérapie et au thérapeute n'est ni une phase inévitable, ni une phase désirable de la psychothérapie, mais elle naît avant tout des piètres techniques de l'aidant dans le maniement des problèmes et des sentiments du client. » (Rogers, 1996, p.155) [Rogers a remplacé le mot « patient » par « client »] « Dans la littérature il est telle-

---

<sup>2</sup> J'ai consacré une autre publication à Maslow et à son développement si précis et délicat de la psychologie humaniste. Vous y trouverez toutes les précisions nécessaires concernant la hiérarchie des besoins fondamentaux et ontiques et même une représentation graphique non pyramidale originale. (septembre 2008)

ment souvent question de résistances du malade que cela pourrait donner à penser qu'on tente de lui imposer des directives, alors que c'est en lui que de façon naturelle, doivent croître les forces de guérison » (Jung, 1973, p.157)

Avec la validation existentielle nous avons cette potentialité d'aller vers ce qui est juste et précieux en le patient afin de le réhabiliter, et non vers ce qui est mauvais en lui pour l'en défaire. Nous avons alors, de sa part, une participation spontanée et généreuse. Il « va » très vite, en lui, là où c'est important. D'autant plus que le chemin en est balisé par les symptômes et les résistances, comme avec une sorte de fil d'Ariane, qu'il suffit de suivre avec confiance pour aboutir à destination... à destination de la part de soi en attente d'être rencontrée;

« Ce vers quoi nous dirigeons notre attention ! », voilà le point que nous avons déjà évoqué plus haut. Si un praticien propose de retrouver le mauvais en soi pour s'en défaire, c'est évidemment vers ce « mauvais » qu'il va avec son patient. Il est alors naturel que cela soit source de craintes. Si au contraire le patient se sent invité à aller vers ce qui est précieux en lui, même s'il rencontre des difficultés il y va volontiers. Cela permet souvent, dans le cadre d'un seul entretien, d'aller très en profondeur et parfois même d'accomplir une réhabilitation majeure. Le plus souvent quelques entretiens sont ici nécessaires... mais peu. Nous sommes donc en situation de thérapie courte, pour ne pas dire « très courte ».

Nous devons cependant différencier une personne qui consulte à cause d'une sensation, d'une phobie ou d'une pulsion précise, et celle qui consulte pour accéder à une vie plus remplie, plus accomplie en comprenant et vivant mieux les enjeux qui sont en elle. Ce deuxième cas donnera place à des thérapies plus longues, dont le projet est différent.

Cependant l'autonomie doit toujours rester en conscience, car créer une dépendance ne serait pas acceptable. C'est d'ailleurs un des points importants de la **charte du praticien** (publiée prochainement en septembre 2008 sur le site, avec les processus de certification, pour la première session en juillet 2009).

#### **4.5. Néanmoins toute une vie pour le « Soi »**

Toute une vie vers « Soi », libre du « moi », capable de mieux rencontrer les autres (lire la publication de novembre 2005 [« le ça, le moi, le surmoi et le Soi »](#)). Naturellement nous aurons la prudence de considérer que quelque séances ne font pas l'aboutissement absolu... mais l'absolu, c'est quoi ?

Si nous revisitons la pyramide des besoins, injustement imputée à Maslow, la large base des besoins fondamentaux n'a de sens que si on considère la **large étendue et la ressource que constituent les besoins ontiques** qu'un tout petit sommet ne convient pas à représenter (cela sera abordé avec précision dans ma prochaine publication). Que veut dire « l'aboutissement d'un accomplissement de soi ? ». Maslow nous propose « Etre ce qu'on a à être »... le projet est juste, mais il se peut qu'il représente l'ensemble d'une vie et ne puisse entrer dans un processus psychothérapique. La psychothérapie initialise le processus, l'individu le poursuit tout au long de son existence.



Il est tout à fait possible d'apporter en quelques séances de thérapie (parfois en une seule) une réhabilitation très profonde de l'individu dans sa psyché, sans rien occulter ou déplacer, sans rien ignorer... tout cela en accomplissant avec respect ce qui se fait déjà en lui ! Nous ne pouvons cependant pas en déduire que cela est suffisant !... Pas plus que nous ne pouvons en déduire que cela doit forcément durer plus longtemps !

L'accompagnement est nécessaire sur des points clés, sur des zones délicates, mais le reste se fait par le principe même de la vie. L'existence, telle qu'elle se présente à l'individu, est source de croissance, pourvu qu'on ne l'entrave pas avec des pensées uniques, des croyances ou des idées fixes qui conduiraient les praticiens à se désoler d'avoir empêché ces patients d'accéder à eux-mêmes (comme Winnicott nous le dit pour lui avec tant de générosité et de franchise)

Nous nous rappellerons surtout que **la validation existentielle ne provient pas d'une générosité du praticien, mais d'une sensibilité qu'il a face à la générosité de son patient qui se montre et qui lui offre à rencontrer ces précieuses parts de lui-même** (thème déjà abordé dans la publication d'août 2000 [« Le mythe de la transaction »](#))

**L'importance du sens du flux ! Voilà ce qu'il convient de se rappeler principalement.**

Plus on veut « envoyer » quelque chose vers l'autre pour l'aider, plus on risque de faire de l'ombre en lui, plus on risque de le dévaloriser. Quand le patient se montre, **le praticien est sensé être touché par cette précieuse émergence, avant même que le patient n'ait eu lui-même conscience de cet aspect précieux.** C'est ce qu'il lit dans le regard (de celui qui l'accompagne) qui le porte, qui le conduit vers ce « bout de soi » qui l'attend (plus qu'il ne l'attend) pour qu'on lui rende son intégrité, pour fortifier ses bases, pour lui donner le sentiment de plénitude attendu.

Ce processus existe dans la vie naturelle, à chaque fois que quelqu'un est heureux de nous voir. En thérapie, le professionnel se doit d'être particulièrement compétent sur ce point, en ce sens qu'il sera aussi dans cette attitude face à chaque part de vie qui lui est présentée.

**Le praticien perçoit celui qui le consulte avec toute la profondeur d'une vie entière.** Il n'offre pas son attention seulement à celui qu'il a en face de lui, mais aussi à tous ceux que celui-ci a été, et même à tous ceux dont celui-ci est issu.

Quoi qu'il se soit passé, il veille tout particulièrement à ne rien abimer et se gardera de toute culpabilisation de qui que ce soit (lire à ce sujet la publication de novembre 2004 [« Ne plus induire de culpabilisation chez les patients ou les parents »](#))

On peut même imaginer que l'attention du praticien se porte vers celui « en devenir » qu'est son patient. Ne voyez là aucune lecture du futur, mais une simple confiance en la potentialité de l'homme.

Cela me fait penser au propos de l'astrophysicien Trinh Xuan Thuan (1991, p.278) nous parlant d'« **anthropie** » pour l'univers (de *anthropos* « humain »). Dans la suite de l'astronome britannique Brandon Carter, Il définit l'« anthropie » comme le fait que l'univers contienne déjà « l'homme en devenir » dès ses débuts, et que d'une certaine façon l'homme fait partie de son « projet ». Il ne se base pour cela sur aucune métaphysique, mais sur des données statistiques, indiquant la probabilité qu'il y avait à ce que

l'homme apparaisse, et la précision nécessaire dans les composantes initiales pour que le « miracle » se produise : « la précision stupéfiante du réglage de la densité initiale de l'univers est comparable à celle que devrait montrer un archer pour planter une flèche dans une cible carrée d'un centimètre de côté qui serait placée aux confins de l'univers, à une distance de quelques 14 milliard d'années-lumière. » (2008, p.43). Les auteurs Thrin Xuan Thuan et Carter se sont amusés avec ce mot « **anthropie** » qui définit un **ordre croissant** par opposition au terme « **entropie** » (deuxième principe de la thermodynamique) qui désigne un **désordre croissant**. On pourrait dire que l'« anthropie » correspond à une pulsion existentielle (vie) et que l'« entropie » correspond à une pulsion énergétique (libido).

Ainsi le praticien se tourne vers son patient en devenir (qui est une sorte de ressource organisationnelle et existentielle), autant que vers celui qu'il a été, autant que vers ceux dont il est issu (constituant ses bases)... **Il se réjouit à chaque émergence** dont il se laisse toucher. Il a confiance dans le « projet anthropique » qui pousse son patient dans le juste sens. Sa réjouissance « allume » la vie à chaque émergence en son interlocuteur qui peut ainsi « réunir » sa psyché, souvent victime de nombreuses fractures intérieures.

Le praticien ne fait que se laisser conduire par son patient là où c'est juste en lui. D'ailleurs ne dit-on pas « suivre son patient » (et non pas « se faire suivre par son patient ») ! Je terminerai en soulignant que Maslow a pointé la **faculté d'émerveillement** comme signe de santé psychique (2008, p.209 et 220) et cet aspect est le moins qu'on puisse attendre d'un praticien.

Thierry TOURNEBISE

***Ne plus induire de culpabilisation***  
***chez les patients ou les parents***

Thierry TOURNEBISE



Il est depuis longtemps admis en psy, qu'un thérapeute ne doit pas induire les pensées de son patient. Il s'agit ainsi de ne pas amener, chez celui-ci, ce qui ne lui appartient pas et ne serait qu'une projection des pensées du praticien.

L'intention de ne pas induire est juste et louable ! Nous trouvons cependant des situations thérapeutiques qui se révèlent être loin de ce projet. Cela est hélas particulièrement vrai en ce qui concerne la culpabilisation du patient ou de ses parents. Qu'il s'agisse de maladresses, d'erreurs, ou de croyances théoriques, trop de patients subissent encore quelques assertions, ou sous entendus, indécis conduisant à de la culpabilisation. Il semblait que nous avons fini avec une certaine culture de la culpabilité... nous en trouvons pourtant encore des vestiges... là où on ne l'attendait pas. Malgré leur investissement, leur générosité et leur dévouement, il arrive aux soignants (même en psy), d'altérer l'intégrité des patients ou de leurs ascendants.

Novembre 2004 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF



# 1. Tendances culpabilisantes

*Habitudes culturelles conduisant à culpabiliser autrui  
et à se culpabiliser soi-même*

## 1.1. Création ou aggravation d'un manque

### 1.1.1. Parents maladroitement mis en cause

De nombreuses personnes se sont entendues dire en psy que c'est à cause de leurs parents. Votre mère a trop (ou pas assez) été ceci, votre père a trop (ou pas assez) été cela. Même quand cela n'est pas dit... il suffit que cela soit pensé par le thérapeute pour que son non verbal génère une pression chez le patient.

A défaut d'aider vraiment, **pour au moins ne pas être néfaste le non jugement est impérieux**. Non jugement envers le patient (évidemment)... mais aussi envers ceux dont il se plaint, surtout quand il s'agit de parents ou d'enfants... Naturellement, **ce non jugement est encore plus impérieux quand le patient ne se plaint pas d'eux !**

Le manque de parent est toujours aggravé par un jugement, voir même généré quand celui-ci n'existait pas avant. Au minimum, cela sème le doute dans l'esprit du patient !

Puisqu'il **est d'actualité de « surveiller » la pratique des psy... il devrait au moins y avoir vigilance sur ce point**. Non qu'il y ait des malveillances de la part des thérapeutes (ou alors il ne s'agit plus de thérapeutes) mais seulement une **dérive quand à la compréhension du rapport qu'il y a entre un symptôme chez un patient et ce qu'il a vécu dans le passé, en particulier avec ses parents**.

Ce rapport existe bien, mais c'est la nature de ce rapport qui est perçue confusément et conduit à des attitudes thérapeutiques pouvant causer des nuisances involontaires.

### 1.1.2. « Couper le cordon », éviter l'idée préfabriquée

Une patiente adulte me dit que depuis 12 années de soin psy auprès de plusieurs praticiens expérimentés (dûment formés, diplômés et supervisés), chaque thérapeute **lui a dit que c'est « à cause de sa mère »**. De façon récurrente, ils l'invitèrent à prendre de la distance avec elle... et l'un d'eux a même dit à la mère qu'il faudrait qu'elle fasse des efforts, car si sa fille en est là c'est « un peu » à cause d'elle... pour enfin **leur demander de « couper le cordon »...** Tous les praticiens ici en question sont des psychologues ou des psychiatres sérieux qui ne peuvent en aucun cas être suspectés de fantaisies.

Pendant, **elle n'en pouvait plus de rencontrer des thérapeutes qui, pour l'aider, abîmaient sa mère**. Cela devenait comme un sorte d'insupportable refrain... toujours prévisible, mais toujours aussi incohérent par rapport à son intime ressenti ! Une sorte de discours préfabriqué plutôt inadapté à son cas.

Or dès la première consultation nous découvrons que justement le problème est « qu'il n'y a jamais eu de cordon » et que la mère et l'enfant passent leur temps à essayer de réparer cela. **Le projet ne devait pas alors être de couper le cordon mais de permettre d'abord qu'il y en ait un...** pour ensuite aller vers l'individuation qui consiste à devenir distinct sans pour autant être distant et à mettre du soin là où il doit y en avoir.

J'ai plusieurs fois rencontré ce genre de situation. Quand déjà il y a de la souffrance et qu'en plus on porte atteinte à l'intégrité des parents... il y a dommage envers le patient. Quand il se trouve que le patient a manqué de ses parents et qu'en plus on les lui abîme... son manque s'en trouve aggravé... et ses symptômes aussi. En effet ses symptômes n'ont pour but que d'alerter sur ce manque et quand on aggrave celui-ci, le symptôme va tout naturellement se déplacer ou s'amplifier pour remédier à ce déni.

## 1.2. Evolution sociologique de la culpabilisation

Peut être en sommes nous arrivés là car trop emprunts d'une **culture de la culpabilisation dans laquelle nous baignons depuis si longtemps. La culpabilisation a, malgré tout, permis aux êtres humains de « s'assagir » un peu** quand à leur violence envers autrui. **L'effet secondaire en a été qu'ils se sont mis à retourner vers eux-mêmes cette violence** initialement dirigée vers les autres. L'évolution de la psychologie permet entre autre de remédier à cet effet secondaire indésirable... mais **quelques fois en en produisant un autre : culpabiliser les parents.**

### 1.2.1. La culpabilisation, est un garde fou

**L'être humain peine à s'humaniser.** J'ai longuement abordé ce sujet dans mon article de juin 2003 [« Apaiser violence et conflits »](#). L'attitude spontanée d'un individu est souvent de tenter d'éliminer le gêneur ! Afin d'y mettre un peu d'ordre et de permettre une vie sociale plus acceptable, la notion de morale (d'abord religieuse, puis laïque) est venue inciter l'homme à s'humaniser. Faute de le faire par conscience, **il le fait alors par obligation morale.**

**Ceci représente un excellent garde fou,** mais il naît ainsi une **culture du mal** dont l'effet secondaire est de générer la **culpabilisation de soi par soi**. En effet, s'il y a moins d'actes néfastes, les pulsions demeurent tout de même. Elles sont contenues, mais l'individu moralisé se sent alors coupable de les avoir eues.

D'où toute **une culture qui consiste à tenter de chasser ce mal qui est en soi** (il ne s'agit plus alors de violence envers l'autre mais d'auto violence envers soi-même). Cette culture fut d'abord religieuse avec la notion de péchés et de pénitences, puis s'y ajoutèrent ses aspects laïcs avec toutes les **techniques de maîtrise de soi... et d'élimination ou de domination de ce qui est mauvais en nous**. Sans s'en rendre compte, les artisans de ces nouvelles méthodes n'ont fait, hélas, que relooker l'ancienne culture de lutte contre le mal qui est en soi, alors qu'il serait souhaitable d'apporter une réelle innovation.



## 1.2.2. L'inconscient, nouvelle cible

Après avoir voulu **tordre le cou de son voisin gêneur** (par violence), puis **de s'en être retenu** (par morale) l'individu, désormais « conscient » de ce qui est bien et de ce qui est mal, va donc maintenant **se culpabiliser d'avoir eu de telles pensées** et tendra à **tourner cette violence envers lui-même** (pour se punir, se libérer ou se dominer).

Comme cette situation est encore très insatisfaisante, **la notion** d'inconscient **vient alors à son secours**. A partir de là, il ne s'agit plus de lutter contre ce voisin (le gêneur), ni contre soi-même (habité par le mal) mais contre cet inconscient qui est la source de tout ce marasme. Par un ingénieux tour de passe-passe, le « démon » a été remplacé par « l'inconscient », mais **la base culturelle reste hélas la même : éliminer ce qu'il y a de mauvais en soi, s'en libérer, lutter contre ce qui nous habite**. Comme si nous avions inventé une sorte de nouvel obscurantisme, une nouvelle espèce de chasse aux sorcières... une chasse aux « sorcières intérieures ».

De plus, dans cet inconscient, il y a... un enfant de 5 ans qui veut coucher avec maman et tuer papa (Œdipe)... plus mille autres choses « délicieuses »... De quoi se demander si on a tellement progressé par rapport au fameux « bon vieux démon » !

Nous trouverons souvent dans cet inconscient **une mère qui ne veut pas lâcher son enfant, un enfant qui, devenant adulte, ne veut pas lâcher sa mère...** L'imagerie symbolique allant bon train ; nous dirons vite alors qu'ils **n'ont pas su « couper le cordon »... leur reprochant ainsi, sans s'en apercevoir, d'avoir eu un manque prénatal**, qui n'est reconnu ni chez la mère ni chez l'enfant. **A ce moment là c'est le thérapeute qui devient culpabilisant !** Les enjeux systémiques existants entre parents et enfants étant mal décodés dans leur pertinence, ce décodage se transforme rapidement en conseils péremptaires, en analyse désobligeante, en **jugements prononcés « au nom du bien »... mais abîmant celui ou ceux qui le reçoivent.**

## 1.2.3. Curieux retour au « jugement premier »

De cette façon, via l'inconscient, **la nouvelle cible devient souvent les parents. Un tel cheminement ne résout pas les problèmes de violence, il ne fait que les déplacer**. Initialement dirigés vers le voisin, ils migrent progressivement vers les ascendants

**Cela avait déjà été fait autrefois en fustigeant la « bonne vieille Eve »,** donnant ainsi un alibi pour suspecter les femmes d'avoir hérité d'une certaine nuisante influence. La légende a fait long feu, mais accablant les parents, nous assistons à **un étonnant « re-make » de la vieille histoire** (y aurait-il des psy qui n'auraient pas coupé le cordon avec leur culture ?)

Il est évident qu'aucun thérapeute n'a le projet de nuire aux parents (sinon il ne peut s'agir de thérapie), mais **le fait de les tenir pour responsable produit des déstabilisations familiales, là où il faudrait au contraire de la construction.**

En réalité **il ne s'agit pas de chercher un coupable, mais de donner du soin à chaque part de soi qui a été blessée**. Pour plus de détails lire mon article d'avril 2004 [« La qualité de l'aide » au chapitre approche préalable](#)

#### 1.2.4. Responsabilité de celui qui représente une référence

**Le climat moralisateur a progressivement généré un phénomène d'auto culpabilisation**, qui est une sorte de constante sociale plus ou moins prononcée en fonction des individus. Elle est ensuite **renforcée par des culpabilisations venant de l'extérieur**.

**Ceci est d'autant plus néfaste quand cette source extérieure est une personne qui fait autorité en la matière et à laquelle le patient attribue un savoir et accorde un pouvoir**. Un parent en détresse, qui demande de l'aide pour ses enfants est souvent fragilisé et très démuni. Il n'a pas donc besoin qu'on le charge de culpabilité. Un enfant qui manque de ses parents n'a pas non plus besoin qu'en plus on les lui abîme.

Nous voyons hélas des **parents rendus coupables de trop se soucier de leur enfant, et des enfants devenus « grands » rendus coupables de ne pas prendre avec eux la distance souhaitable...** Plutôt que de fustiger ceux qui ont de telles attitudes il serait plus juste d'en rechercher le fondement pertinent. Celui qui recherche le sens pertinent d'une telle attitude ne la trouvera pas dans des théories... mais uniquement en celui qui a cette attitude ! **Aucun éclairage ne peut venir d'une culpabilisation de qui que ce soit !** De toute façon, **la déontologie ne commence-t-elle pas par la non culpabilisation des êtres, et de leurs proches**, surtout de la part de ceux qui sont sensés faire autorité en la matière ?

### 1.3. Chercher un coupable ne guérit rien

Le seul fait d'attribuer à une cause extérieure la responsabilité de ce qui se passe en soi revient déjà à perdre un peu de soi

#### 1.3.1. Nuisance du « à cause de »

**Pensant mieux s'affirmer**, un être attribue volontiers à ceux qui l'entourent la responsabilité du mal-être qu'il ressent : « D'accord, je me suis énervé... ! Mais tu n'as pas vu ce qu'il m'a fait ? », « Comment veux-tu que je me sente bien, vu comme il se comporte avec moi ! », « Si tu te comportais autrement avec moi, je n'en serais pas là ! »...

Quand un mal être apparaît en nous et que nous sommes portés à **dire que c'est à cause de l'autre, c'est un peu comme si nous accordions soudain à cet autre un grand pouvoir sur notre vie**. C'est un peu comme si nous lui donnions les clés ou les commandes de notre existence... qui alors ne nous appartient plus !

Pensant nous affirmer en accusant quelqu'un, pensant nous libérer de notre responsabilité, **nous ne faisons en fait que quitter les commandes de notre vie et les laisser à cet autre que justement nous accusons**.

**Il en résulte une fragilité accrue, un vide intérieur plus vaste et une affirmation de soi affaiblie.** En effet on ne peut en même temps préserver son affirmation de soi et donner les commandes de son existence à autrui. **Une attitude « à cause de l'autre » dépossède de sa propre existence.** Dire « c'est à cause de l'autre, je n'y suis pour rien » revient involontairement à affirmer « je ne suis rien ! »

### 1.3.2. Individuation pour être aux commandes de sa vie

Que cet autre que l'on accuse soit un étranger ou un proche ne change rien au fait que cela nous dépossède de notre vie... si ce n'est que **quand il s'agit d'un parent la situation est encore aggravée.** En effet un ascendant fait partie de notre structure psychique et non seulement en l'accusant nous nous dépossédons des commandes de notre vie, mais en plus **nous nous amputons de ce qui est censé constituer notre base pour assurer notre équilibre.**

**L'affirmation de soi, c'est l'accueil de soi, de tous ceux qu'on a été depuis qu'on existe et... de tous ceux dont on est issu.** Toute la problématique psychologique d'un individu consiste à **s'individualiser sans se mettre en rupture et à se rapprocher sans se mettre en fusion** (sans s'attacher). Je reviendrai sur ce point dans le chapitre suivant.

Tant que cet équilibre n'est pas atteint, un individu oscille entre ruptures et fusions (ou attachements), tout en compensant son manque d'affirmation de soi par de l'ego... et quand il n'a pas eu l'énergie pour se construire un ego suffisant il en viendra à s'effacer dans une grande timidité en attendant de trouver un autre moyen.

### 1.3.3. Ce qui se passe en soi vient de soi

**Les mal-être, que nous portons, viennent plus de ce que nous avons fait de notre vécu que de ce qui est arrivé.** Ce ne sont pas nos blessures antérieures qui sont la cause de nos mal-être actuels, mais ce que nous en avons fait. Justement, si une psychothérapie peut apporter des résultats, c'est qu'**à chaque moment de notre vie, nous pouvons nous mettre à en faire quelque chose de différent.** Voir à ce sujet [l'article « Qualité de l'aide » chapitre remonter du symptôme à la source.](#)

Cela est même vrai pour ce qui se passe psychologiquement dans le présent. L'autre est responsable de ce qu'il nous fait et nous, nous sommes responsables de ce que nous en faisons (sauf dans les cas de blessures physiques, bien sûr).

**Quand quelqu'un nous lance une insulte, libre à nous de nous positionner « contre lui »,** de ruminer des reproches ou de lui envoyer, à notre tour, un lot de mots blessants. Mais **dans ce cas nous en porterons un poids et nous nous « attacherons » à cette situation qui désormais nous « habitera un peu trop ».** Vous remarquerez que dans les conversations nous parlons, ensuite, plus des gens qui nous pèsent que des autres ! Cela constitue un attachement bien surprenant et bien encombrant !

Plutôt que d'opter pour le combat, **nous étions tout aussi libres de choisir d'accompagner cette expression de son mal être,** manifesté à travers son agressivité. Cela aurait désamorcé la violence sans investir aucune énergie et sans garder d'attachements indésirables à cette situation.

De la même façon, **quoi qu'il se soit passé avec les parents, c'est ce que nous en faisons qui compte et non ce qu'ils nous ont fait**. Les culpabiliser ne sert à rien, d'une part parce que ce serait se déposséder de soi et d'autre part parce que ce serait perdre une part des fondements dont nous avons besoins. Nos parents font partie de notre structure psychique et **l'affirmation de soi, ainsi que l'individuation, consistent à leur donner leur juste place dans cet édifice intérieur qui nous constitue**.

## 2. Fonctionnements psychiques

*Pour sortir de la culpabilisation des autres et de soi-même, il importe de comprendre certains aspects de notre fonctionnement psychique*

### 2.1. Intégrité de la structure psychique

Quand nous voyons un individu ou quand nous nous considérons nous-mêmes, nous peinons **un peu à mesurer toute l'ampleur de ce qui constitue un être**. Nous ne voyons la plupart du temps que ce qui est immédiatement visible. **Réactions et comportements nous sont alors incompréhensibles**.

Ce qui est apparent n'est qu'une infime partie d'un vaste ensemble. **Un être est aussi constitué de tous ceux qu'il a été depuis qu'il existe et de tous ceux dont il est issu depuis qu'ils existent**. Ce qui n'apparaissait au départ qu'en deux dimensions, d'un seul coup prend un sacré relief. Un photographe dirait que la profondeur de champs, initialement inexistante, vient de passer à l'infini

#### 2.1.1. Soi et ceux qu'on a été

Il s'agit de ce Soi que nous sommes aujourd'hui, de celui que nous étions hier, puis la semaine dernière, l'année dernière, il y a dix ans, vingt ans, et aussi quand nous étions enfant, bébé et même dans le ventre de notre mère. **A chacun de ces instants de notre vie celui que nous étions fut différent de celui que nous sommes aujourd'hui**. Par exemple l'enfant que nous étions est différent de l'adulte que nous sommes devenus.

Il s'agit toujours du même individu (soi), mais **ce soi d'autrefois est distinct du soi d'aujourd'hui**. De même que **chaque partie de notre corps est différente de chaque autre partie de notre corps** (mais il s'agit toujours du même corps), **chaque partie de notre vie est différente de chaque autre partie de notre vie** (mais il s'agit toujours de la même vie).

#### 2.1.2. Soi et ceux dont on est issu

A tous ceux que nous avons été **s'ajoutent tous ceux dont nous sommes issus... et tous ceux qu'ils ont été depuis qu'ils existent** (parents, grands parents.... etc). Naturellement cela fait beaucoup de monde ! Mais ces ascendants nous constituent et **bien des choses qui surgissent dans le présent sont en rapport avec eux**.

**Ce n'est pas pour autant "la faute de nos ancêtres"**. Nous verrons plus loin comment considérer ce rapport entre le « passé » et le « présent ». Que nous le voulions ou non, ils constituent la base de notre tissu psychique et **les rejeter, supprimant cette base, nous fait « perdre l'équilibre »**.

### 2.1.3. Les zones de fractures

Quand une part de soi a eu trop mal, notre [pulsion de survie](#) nous porte à l'éloigner de nous. Cela provoque en soi une **fracture entre celui qu'on est et celui qu'on a été**. Cette zone de conflit fait qu'une part de soi nous manque et fragilise notre équilibre. Cela peut se produire également au sujet d'un de nos parents dont nous nous coupons quand nous lui en voulons. Nos propres parents peuvent aussi être eux-mêmes habités par de telles fragilisations et participer à l'instabilité de l'édifice (notons ici qu'ils ont plus besoin d'être compris que culpabilisés)

La pulsion [de survie](#) a **intelligemment produit ces fractures pour nous protéger de la douleur** (mais avec l'inconvénient de l'amputation temporaire d'une partie de soi). Il ne s'agit pas de pulsion de mort cherchant à éliminer une part de soi, mais de **pulsion de survie mettant en « réserve » cette zone douloureuse** afin de **nous épargner d'avoir mal... mais aussi nous préserver de la perdre**.

Notre [pulsion de vie](#) s'animera ensuite spontanément, et tout aussi intelligemment, **en sens inverse** (comme la réaction d'un élastique) pour nous faire **recupérer ces précieuses parts de l'être manquantes**, qui étaient restées en réserve dans l'inconscient.

La [pulsion de vie](#) s'exprime en générale quand l'énergie vient à nous manquer et ne nous permet plus de nous y opposer. **Son but n'est pas de nous ennuyer, mais de nous aider à reconstituer notre intégrité. C'est cette pulsion de vie qui génère des symptômes psy**. Ces symptômes sont, à tort, souvent considérés comme nuisibles, alors qu'ils sont une clé pour localiser les parts de soi manquantes! Pour plus de détails, lire à ce sujet [l'article d'avril 2004 « Qualité de l'aide » au chapitre remonter du symptôme à la source](#).

### 2.1.4. Localisation dans le temps : le présent ou le passé ?

**Notre intuition nous dit que ceux qu'on a été et ceux dont est issu sont dans le passé**. Cela nous porte parfois à dire « ce qui est passé est passé, tournons nous plutôt vers l'avenir ». **Sur ce point notre intuition n'est pas juste**.

Pour aller vers l'avenir (et d'abord vivre le présent) il s'agit d'y être en entier. En réalité **tout est dans le présent !**

**Ce qui est dans le passé**, ce sont seulement **les événements qui sont arrivés** et en effet il peut être utile de s'en détacher. Ils sont passés et ne sont plus. Par contre, celui que nous avons été lors de ces événements n'est pas dans le passé. Il est là, avec nous, et n'a jamais cessé d'y être. Ne pas prendre soin de cette part de soi peut nous priver de correctement vivre le présent et nous alourdir. Nous sommes alors handicapés pour aller correctement vers l'avenir. Notons cependant qu'**aller vers l'avenir n'est pas sensé être un moyen de fuir le présent... sinon il n'y a jamais de vie !**

**Dans le présent, nous trouvons deux éléments.** D'une part l'enregistrement **mnémorique de la circonstance passée**, un peu comme une « vidéo » bénéficiant de toutes les dimensions (visuel, olfactif, kinesthésique, auditif... constituant notre imagerie mentale). D'autre part, il y a aussi **celui que nous avons été lors de cette circonstance**.

**Il ne s'agit en aucun cas de revenir dans ce passé** (ce qui reviendrait à se meurtrir), ni même de revisiter l'enregistrement (« vidéo ») de cet événement (ce qui ne serait qu'intellectualiser)... **il s'agit plutôt d'enfin « rencontrer » et « entendre » celui que nous avons été lors de cet événement et de valider son vécu**, ce qu'il a éprouvé, ce qu'il a ressenti. Celui que nous avons été n'est en aucun cas dans le passé mais, **bien présent en nous et avec nous... et il n'a jamais cessé de l'être depuis cet événement**. Je ne développerai pas de détails sur ce point, puisque vous en trouverez toutes les nuances dans [mon article d'avril 2004 sur l'aide au chapitre remonter du symptôme à sa source](#)

Je préciserai juste que ce qui nous porte à garder longtemps de la distance (survie) avec celui que nous avons été, **est que nous le confondons, à tort, avec l'événement, avec la circonstance autrefois survenue**.

Aussi terrible que fut cet événement, celui que nous avons été, lui, reste infiniment précieux. Se tourner vers l'événement c'est parfois se tourner vers l'horreur alors que se tourner vers celui qui l'a vécu, c'est se tourner vers ce qui est d'une grande valeur au point d'en être inestimable. Cette part de soi attend juste de nous un regard chaleureux, concerné, généreux et attendri (mais en aucun cas d'être plainte ou consolée).

## **2.2. Nature du lien entre symptômes et parents**

### **2.2.1. Simple comme un appel téléphonique**

Il est intéressant de **considérer le symptôme comme un « appel » de l'inconscient** nous invitant à nous occuper d'une partie de soi. Ce symptôme ne se produit pas à cause de ce qui est arrivé autrefois, mais **spécialement pour retrouver et réhabiliter une part de soi blessée « cherchant à nous contacter »**. Un peu comme si ce symptôme n'était qu'une sorte de « coup de fil », réitéré jusqu'à ce que nous acceptions de répondre. Mais il est vrai que concernant les symptômes, nous avons trop tendance à croire qu'ils sont reliés à de mauvaises choses ! Nous sommes alors plus enclin à vouloir nous mettre sur liste rouge qu'à répondre à l'appel !

**« Spécialement pour » et non « à cause de » est une base majeure pour aider.**

**« A cause de »** signifie maladroitement que l'on recherche du mauvais à éliminer, alors que **« Spécialement pour »** indique clairement qu'on recherche du précieux à réhabiliter.

Le symptôme que nous emmenons partout est comme un téléphone mobile qui **nous relie en permanence à ce qui est précieux en nous (et non à ce qui est mauvais)**. Quand nous croyons que cela nous relie à de mauvaises choses, c'est que nous mélangeons encore les circonstances et celui que nous étions quand elles sont survenues.

Ces « appels » peuvent concerner notre histoire personnelle ou notre histoire familiale.

### 2.2.2. Blessures personnelles

Dans les circonstances où nous avons été blessés, notre pulsion de survie nous a porté à prendre de la distance avec la part de soi douloureuse. **Cette fracture nous ampute, mais nous préserve de la douleur.** Par exemple nous tenterons d'éloigner de notre pensée et de notre « cœur » l'adulte que nous avons été lors de telle épreuve insupportable, l'enfant que nous avons été lors d'un vécu dramatique, ou plus inconsciemment, le fœtus qui a traversé une étape prénatale traumatisante.

Là où le rapport avec les parents intervient, c'est quand, dans cette zone, les douleurs vécues amènent à rejeter un parent (ou les deux). Les parents **à partir de ce moment ne manquent plus seulement à cause d'une éventuelle insuffisance de leur part... mais parce que nous n'en voulons plus !** Cela permet de prendre de la distance avec la douleur... mais aggrave le manque de parents.

#### Exemple d'une blessure personnelle en rapport avec un parent :

un homme, quand il était enfant, a souvent été critiqué par sa mère. Il lui en a voulu et, tout en la cherchant (car il voudrait lui plaire pour être reconnu), il l'a rejetée en lui en voulant. Le manque de mère ne vient plus alors de l'attitude de la mère mais du rejet que l'enfant a dirigé envers elle. Ultérieurement, il aura avec elle des rapports « normaux », mais toujours avec quelque chose d'un peu brisé. Tentant d'être fort, cet homme tentera même de ne plus penser à l'enfant douloureux qu'il a été et se trouvera non seulement amputé de sa mère mais aussi de l'enfant qu'il fut. Plus tard, des symptômes viendront l'inviter à recontacter ces parts manquantes afin de les réhabiliter. Par exemple il éprouvera le symptôme de se sentir immédiatement et exagérément rejeté par quiconque lui fera une réflexion. Si au lieu de combattre ces symptômes il s'en sert pour localiser ce qui, en lui, l'appelle. Il découvrira ainsi la valeur de l'enfant qu'il était et celle de la femme qui était sa mère. Il comprendra la raison de chacun et leur donnera leur juste place dans « l'édifice » psychique qui le constitue. Aussitôt le symptôme cessera car il ne sera plus nécessaire.

### 2.2.3. Blessures de l'ascendant

Il arrive que le parent ait vécu lui-même des douleurs telles, que celui qu'il a été lors de ces circonstances a été enfoui pour assurer une survie émotionnelle optimum. La douleur a ainsi été en partie évitée, mais il en a résulté l'amputation d'une part de cet ascendant. Il se peut que cette part manquante produise un symptôme chez un descendant. **Ce symptôme ne résulte en aucun cas d'une sorte de pollution transgénérationnelle, mais d'une opportunité qui reste offerte de réhabiliter une part de l'être autrefois nié.** Cela permet de consolider la structure psychique en lui faisant retrouver son intégrité.

#### Exemple d'un symptôme personnel en rapport avec la blessure d'un ascendant :

Une femme a le symptôme phobique de ne pouvoir s'éloigner de plus de quelques kilomètres de son domicile sans éprouver une forte angoisse (celle de ne plus pouvoir retourner chez elle). Nous retrouvons que sa mère à neuf ans vécut le décès de sa propre mère... et à cause de l'insuffisance de son père a été placée en institution... elle n'est jamais rentrée chez elle, perdant ainsi sa mère et son foyer. Cette femme se « tournant » vers l'enfant qu'était sa mère pu parfaitement comprendre le vécu de celle-ci, car elle l'a si souvent éprouvé « grâce » à sa phobie. Cette réhabilitation de l'enfant qu'était la mère produit immédiatement une disparition du symptôme phobique. Son rôle était juste de faire en sorte que l'enfant qu'était la mère lors du deuil et de la perte du foyer ne soit jamais oubliée. Une sorte de « devoir de mémoire » accordé à des êtres qui n'ont jamais été entendus par quiconque. Il s'agit d'un processus rempli de délicatesse qui ressemble plus à une histoire d'amour qu'à une pollution de l'inconscient.

### **2.3. Evolution normale de la fusion vers l'individuation**

En dehors de toute zone de douleur majeure, il se produit divers phénomènes courants et normaux : **Idéalisation** (fusion)... **Désillusion** (rupture)... **Découverte**... (rencontre) et enfin **Réconciliation** (capacité à aimer et apprécier). Ces étapes normales se succèderont dans différentes séquences plus ou moins tumultueuses.

Il est important de comprendre qu'il ne s'agit pas d'amour initial qui se transforme en haine, puis en retrouvailles, mais **d'un amour qui se construit progressivement dès le départ**. Il commence par une idéalisation fusionnelle aveugle, continue par une déception pseudo lucide normale, pour enfin aboutir à une rencontre permettant de développer la capacité à apprécier vraiment l'autre.

#### **2.3.1. La fusion (attraction)**

De même que pour se construire l'enfant a d'abord été dans le ventre maternel, il va ensuite se trouver dans le « sein familial ». **Ce passage fusionnel est une étape naturelle de maturation dans laquelle l'enfant idéaliser ses parents**, qui constitueront pour lui un modèle. Contrairement à l'apparence, cette idéalisation est une forme de rupture, de distance et de non reconnaissance de l'autre. Celui qui idéalise ne voit pas encore l'autre. Il n'en perçoit que la représentation qu'il s'en fait. **Une sorte de rupture « positive ».**

#### **2.3.2. La rupture (répulsion)**

**La désidéalisation (désillusion) résulte d'une maturation de la lucidité. Mais celle-ci est encore insuffisante pour percevoir l'autre vraiment.** Cet autre devient alors **source de déception car il se révèle trop différent de ce qui a été imaginé.** Le besoin de repère s'en trouvant bouleversé et l'habitude culturelle étant d'attribuer la cause de notre mal être à autrui, il en résulte des reproches, des colères, des révoltes et un état de rupture. Cette étape est particulièrement présente à l'adolescence et est une des causes de fractures survenant à cette étape de la vie. **Cette désillusion est cependant un moyen pour l'adolescent de se trouver en prenant de la distance.** Nous remarquerons que les rup-



tures ne proviennent pas forcément de blessures mais parfois seulement d'un phénomène naturel de "désidérialisation".

### 2.3.3. La rencontre (lucidité)

Construisant progressivement plus d'affirmation de soi, évoluant dans son individuation, l'adolescent devenu adulte va progressivement **découvrir la Femme qu'est sa mère** et **l'Homme qu'est son père**.

**Au début il ne** percevait **qu'une mère et un père, c'est-à-dire**, sans s'en apercevoir, **surtout des statuts familiaux**. Il devra atteindre une certaine maturité pour voir plus que ces statuts. Même à un âge avancé il se peut qu'il reste, soit en fusion (idérialisation), soit en rupture (rejet), estimant que tout lui est dû, sans prendre en compte que ses parents sont aussi un Homme et une Femme qui ont une vie qui leur est propre, avec de multiples ressentis, toute une histoire depuis leur enfance à eux, ainsi que des joies et des peines propres à tous les êtres humains.

Il est à noter que de **leur côté, les parents font le même chemin et passent de l'idéalisation de leur enfant, à la découverte de l'être inattendu qu'il est** (notamment à l'adolescence). **L'enfant quitte alors à leurs yeux le statut "enfant" pour devenir un individu à part entière**. Chez les parents, cette phase de maturation se fait parfois avec quelques grincements de dents car autant l'enfant a eu besoin d'idéaliser ses parents, autant les parents ont eu besoin d'idéaliser leurs enfants. Quoiqu'adultes, les parents, grâce à leurs enfants, poursuivent leur maturation qui est naturellement en perpétuelle évolution.

### 2.3.4. Devenir distinct sans être distant (individuation)

Ce qui caractérise l'individuation, c'est l'arrivée dans cette **lucidité qui permet de vraiment voir l'autre et d'exister soi-même**. **Il n'y a plus d'idéalisation fascination ni de rupture déception**. Il y a rencontre de cet autre dans toute sa dimension d'Homme ou de Femme avec tout ce qui fait la sensibilité de la vie d'un être. **L'adolescent n'a su être distinct qu'en étant distant**. Ce fut sa façon de quitter la fusion. **Dans l'individuation, il apprend à être distinct sans être distant** ou à **être proche sans être fusionnel et à apprécier sans admirer**. Quand il aboutit à cette individuation, il devient capable d'**assertivité**, c'est-à-dire d'affirmation de soi dans le respect d'autrui. C'est ce qu'on peut appeler « affirmation de soi », à ne pas confondre avec l'ego qui ne fait qu'en compenser le manque. **Plus quelqu'un a besoin d'ego, plus cela signifie qu'il manque d'affirmation de soi** (c'est-à-dire d'accueil de celui qu'il est, de tous ceux qu'il a été et de ceux dont il est issu).

### 3. Types d'impacts et stratégies

*Pour sortir de la culpabilisation des autres et de soi-même,  
il convient également de comprendre la nature des impacts douloureux  
et les stratégies spontanément mises en œuvre*

#### 3.9. Cas de blessures

Concernant le vécu avec les parents nous trouverons **deux types de blessures** : par trop d'absence ou par trop de dureté

##### 3.1.1. Blessures par manque (absence)

Pour des raisons liées à sa propre vie et à la façon dont il s'est construit, en fonction de ses vécus et ressentis, le parent peut avoir adopté une attitude trop lointaine vis-à-vis de son enfant. **Cette absence peut donner à l'enfant le sentiment qu'il « ne vaut pas la peine » qu'on s'occupe de lui.** Pour se défendre de cela **estimant que son parent ne l'a « jamais » aimé, il peut se mettre à lui adresser des reproches et à lui en vouloir profondément.** Il peut aussi se sentir délaissé par un divorce, un remariage, l'arrivée d'un frère ou d'une sœur ...etc.

**Le manque ne vient plus alors seulement de l'attitude distante du parent, mais aussi du rejet que l'enfant lui adresse.** Ce rejet est néanmoins la juste expression de sa douleur.

##### 3.1.2. Blessures par chocs (brutalités)

Egalement compte tenu de ses vécus et ressentis, **le parent peut être amené à diriger contre l'enfant des mots durs, des remontrances blessantes et fréquentes ou même des violences physiques.** Ces violences verbales ou physiques peuvent n'être que « éducatives » mais elles peuvent aussi être pulsionnelles. Dans les deux cas elles ne sont pas souhaitables, mais elles **échappent à la volonté du parent soit par la pression culturelle, soit par la pression pulsionnelle.** Quand le côté pulsionnel prend le dessus ces violences parentales peuvent parfois aller jusqu'à prendre des proportions dramatiques (maltraitance). De la simple remontrance jusqu'aux critiques verbales blessantes, de la simple gifle ou fessée jusqu'à la maltraitance, nous avons des attitudes parentales fort différentes et des situations dont la gravité n'est aucunement comparable.

Ces notions de dureté plus ou moins accentuée du parent envers l'enfant ne sont **pas la seule cause de choc** : L'enfant peut se sentir choqué de la dureté des parents entre eux. Un autre cas de brutalité sera **par exemple la mort du parent.** L'enfant peut être amené à vivre ce deuil comme un rejet, un abandon, une agression de la part du parent envers lui. Cela peut être encore plus fort quand la cause de la mort a été un suicide.

**Ces chocs amènent l'enfant à en vouloir à son parent et le portent à le rejeter** (aggravant ainsi son manque, tout en essayant d'atténuer sa souffrance). Il est important de comprendre que **l'enfant aura besoin qu'on entende sa souffrance** (pour le réhabiliter), **qu'on identifie l'acte inacceptable**, quand il existe (pour trouver ses repères), **mais aussi qu'on ne juge pas son parent**, et même qu'on le réhabilite (pour constituer une structure psychique acceptable).

**Attention : l'acte le plus inacceptable aux yeux de l'enfant n'est pas forcément ce qu'on croit.** J'ai déjà reçu une patiente qui fut autrefois plus blessée par le manque d'amour de son grand-père que par la situation incestueuse qui s'était produite avec un oncle. Les deux points étaient de grosses blessures, mais la zone de la blessure la plus forte n'était pas celle qu'on aurait pu prévoir.

**Il n'y a que le patient lui-même qui connaisse la dimension des blessures qui sont en lui.** Lui en imposer une évaluation extérieure reviendrait à le nier, à l'éloigner de lui-même et à lui faire perdre le goût de se confier à qui que ce soit... ou pire encore : rester avec une blessure augmentée par le déni du thérapeute.

### 3.1.3. Sources de la douleur restante

**Les parents sont naturellement responsables de ce qu'ils font et de ce qu'ils ont fait ou n'ont pas fait**, même si cela s'est produit par inexpérience, par fatigue, par pulsion ou pour toute autre raison. Mais **ils ne sont en aucun cas responsables de ce que l'enfant en fait ultérieurement.** Nous ne pourrons jamais changer le fait que ce qui s'est passé s'est passé, mais nous pourrons toujours aider l'enfant à faire autre chose de ce vécu.

Gardons bien à l'esprit aussi qu'un enfant qui a souffert à cause de ses parents manque d'eux, et ne souhaite pas qu'en plus on les lui abîme (même quand il les détecte).

### 3.1.4. Le mythe de la « bonne vie »

Nous aimerions savoir définir avec certitude ce qui est bon et ce qui est mauvais. Pourtant, si nous y regardons bien, on peut très bien faire **une « mauvaise » vie à partir d'un « bon » vécu** et **une « bonne » vie à partir d'un « mauvais » vécu.** Dans les extrêmes, il nous semble simple de définir ce qui est bon et ce qui est mauvais (et encore !). Mais dans les innombrables situations de l'existence qui ne rentrent pas dans les petites cases de nos références étriquées, cela est beaucoup plus difficile... et même impossible.

Si nous remarquons que **des êtres se trouvent grandis suite à une situation douloureuse**, comment pouvons nous dire pour autant que ce fut une bonne situation ... ? Mais **nous ne pouvons pas d'avantage dire que ce fut une mauvaise situation ! Cela force notre humilité et n'autorise pas de jugements simplistes.** Cette réflexion a été menée de façon très pertinente par **Françoise MOLENA** (pédopsychiatre et psychanalyste) dans son ouvrage « Pour une éthique de la prévention » édition Erès.

## 3.2. Répétitions et projets de réhabilitation

Ce qu'on appelle ultérieurement symptôme, nous l'avons vu, n'est qu'un moyen de ne pas perdre le contact avec la part de soi blessée, dans le but de la réhabiliter et de lui apporter le soin nécessaire. Pour y parvenir, un individu blessé dans l'enfance aura inconsciemment à sa disposition **plusieurs possibilités de stratégies**. Ces stratégies ne trouveront apaisement que par des reconnaissances et validations, jamais par une aggravation des fractures ou rejets.

### 3.2.1. Quelques stratégies involontaires ultérieures

**Conjugale** : Ultérieurement, une personne ayant souffert dans l'enfance peut être amenée à rencontrer un conjoint qui a des défauts similaires au parent incriminé. Pour comprendre le parent et apprendre à l'aimer, **l'attirance s'est involontairement portée vers quelqu'un qui a le même défaut**. Si le sujet est un homme ayant eu un problème avec son père, il peut très bien rencontrer une femme qui a les mêmes défauts que ce dernier. Il est inutile de rechercher la même sexuation. Le **transfert** s'opère quand même par analogie des comportements et permet la réactivation des parts de vie recherchées.

**Parentale** : Un autre chemin a pu se présenter et l'être devenu adulte peut **avoir un enfant dont les défauts se révèlent rappeler le parent autrefois rejeté**. Là il y a le sentiment de se sentir cerné entre son parent et son enfant. Mais l'un permet de mieux comprendre l'autre et de s'en rapprocher. Comme pour le cas du conjoint, la sexuation importe peu. Une femme peut avoir eu des problèmes avec sa mère et avoir un fils qui la lui rappelle.

**Par Identification** : Un autre chemin peut encore se présenter, et il se peut que devenue adulte, la personne soit amené à **avoir envers son enfant des comportements ressemblant à ceux du parent incriminé**. Notre enfant peut nous conduire à avoir envers lui, les mêmes attitudes que celles que nous avons autrefois reprochées à notre père ou à notre mère. C'est une façon de nous en rapprocher pour les comprendre et leur rendre leur place en nous. Il s'accomplit en même temps autre chose : voyant souffrir notre enfant, c'est une façon de mieux mesurer la souffrance de l'enfant que nous étions à la même époque afin de lui permettre de sortir de l'ombre et de trouver, lui aussi, sa juste place dans notre édifice psychique.

**Professionnelle** : Quand les zones familiales sont épargnées, il reste d'autres stratégies dans lesquelles nous nous mettons en situation de devoir **fréquenter des collègues dont les traits de caractères ressemblent au parent incriminé**. Nous nous offrons ainsi inconsciemment des opportunités de transfert : par exemple en nous retrouvant avec des collègues qui rappellent l'ancienne situation familiale.

**Diverses** : Sans qu'il y ait les cas de figure décrits ci-dessus, l'individu devenu adulte peut tout simplement développer des **symptômes identiques au vécu du parent, per-**

**mettant ainsi de s'en rapprocher**, comme dans le cas de la femme qui avait la phobie de s'éloigner de chez elle... « spécialement pour » comprendre l'enfant qu'était sa mère quand à 9 ans, perdant sa propre mère, elle fût retirée de son foyer.

### 3.2.2. Les répétitions

Ces situations se produisent... et se reproduisent, sans que la réhabilitation n'est pas faite. Comprenons qu'**elles ne se reproduisent pas « à cause de » la zone blessée, mais « spécialement » pour qu'on n'oublie pas de la revisiter**. Une sorte de commémoration régulière qui est à chaque fois **une invitation à faire « venir au monde » cette part de soi oubliée**, abandonnée, jamais considérée, afin de lui rendre sa juste place et la reconnaissance qui lui sont dues (dont nous avons besoin pour restaurer l'intégrité de notre structure psychique).

### 3.2.3. Une histoire d'amour

Il y s'agit plus d'une histoire d'amour que d'une enquête policière. **Il ne s'agit jamais de rechercher un coupable** (nous avons vu le risque du « à cause de »), **mais de donner sa place à chacun...** sans oublier personne... tout en respectant les éventuelles résistances (je parlerai du rôle majeur des résistances un peu plus loin).

**J'ai par exemple eu en consultation un homme violent (comme son père)**. Quand il mit du soin et de la reconnaissance sur l'enfant douloureux qu'il fût (il n'avait jamais été reconnu dans son vécu) et qu'il comprit son père (auparavant, il n'avait naturellement pu que le détester), nous vîmes aussitôt sa propre violence disparaître. Sa propre violence n'avait pas existé « à cause de » celle de son père, mais « spécialement pour » qu'il n'oublie pas de s'occuper de l'enfant qu'il fût et de comprendre cet homme qui fut son père.

**Je repense aussi à cette femme qui constitua plusieurs couples avec des hommes violents et alcooliques**. Cette situation cessa aussitôt quand elle pu, d'une part s'occuper de l'enfant qu'elle était, et d'autre part comprendre l'homme violent et alcoolique que fut son père ainsi que les raisons qui, dans sa vie d'homme, l'avaient conduit là.

Dans tous ces cas, ce qui est d'actualité, **ce n'est pas « comment s'en débarrasser », mais « comment réhabiliter »**. La **pulsion de survie** avait fait rejeter tout cela pour atténuer la douleur. La **pulsion de vie**, elle, a **tout mis en œuvre en sens inverse pour éviter la perte intempestive de ces parts précieuses de l'être**. Toute la problématique tient en cette **opposition naturelle** entre la **pulsion de survie** (pouvoir continuer malgré la douleur) et la **pulsion de vie** (ne pas perdre une part de soi). **L'énergie de la première s'oppose à l'élan naturel de la seconde**. Dans des moments de moindre énergie, la pulsion de vie reprend ses droits et peut accomplir son projet de restauration.

### 3.3. *Transgénérationnel et psycho généalogie*

Comme nous l'avons vu dans le chapitre « intégrité de la structure psychique », le symptôme, souvent relié à celui qu'on a été, peut aussi être **relié à ceux dont on est issu**. Quand c'est le cas nous parlons de transgénérationnel et une approche thérapeutique qui s'en occupe est la psycho généalogie. Derrière ce mot il y a simplement une **approche permettant de mieux localiser puis réhabiliter une part de l'architecture psychique constituée par la vie d'un ascendant proche ou lointain**.

**L'écueil dans une telle approche serait de considérer l'histoire familiale plutôt que le vécu des individus**. Rappelons nous que **les événements sont dans le passé**, et que **celui qui a éprouvé le vécu, lui, est là dans le présent et n'a jamais cessé d'y être depuis que c'est arrivé**. Difficile de dire comment une telle « présence » ou « information » est arrivée là, mais l'observation montre qu'elle s'y trouve vraiment. Ce qui est observable, objectivable et concret, c'est que **quand cette part de vie est réhabilitée, le symptôme disparaît**. C'est là le côté pragmatique du transgénérationnel. Par contre, les interprétations qui peuvent en être faites, ne comportent pas forcément de preuves objectives.

Précédemment, je vous ai cité un exemple de transgénérationnel : le cas de cette femme atteinte d'une phobie très forte lui interdisant de s'éloigner de sa maison sous peine d'angoisses importantes. Elle retrouva l'enfant que fut sa mère quand, à neuf ans, celle-ci perdit sa propre mère et fut retirée de son foyer où elle ne revint jamais.

**Le symptôme disparut dès qu'elle accepta de valider le vécu de l'enfant que fut sa mère par une visualisation**. Cette visualisation **met en jeu un imaginaire** dans lequel la femme qu'elle est aujourd'hui « vient » près de l'enfant que fut sa mère juste « pour lui dire » : « J'entend vraiment ce que ça peut représenter pour toi de ne pas rentrer à la maison ! ». **Elle peut le faire d'autant mieux que sa phobie l'a parfaitement renseignée sur la nature de ce ressenti** et en fournit la juste mesure.

Aussitôt après, **la phobie a cessé (c'est là le côté pragmatique)**. Le symptôme a cessé, **comme si s'était accompli, ce à quoi il était destiné**: que l'enfant que fut la mère à neuf ans ne soit pas oubliée, qu'elle soit enfin un jour validée, quand bien même ce serait à titre posthume (**c'est là le côté interprétation**).

## 4. Humaniser les approches psys

*Culpabilisations et dévalorisations  
seront avantageusement évitées par la compréhension  
de certains enjeux thérapeutiques fondamentaux*

### 4.1. Risque d'une réhabilitation trop précipitée retour

**Bien que la réhabilitation soit le projet, elle ne doit en aucun cas se réaliser en force.** Il serait inopportun, ou même nuisible, de forcer la réhabilitation de l'enfant que fut le patient, autant que de l'homme et de la femme que furent ses parents.

Pour ne pas risquer cette maladresse, **il suffit de respecter les « résistances » du patient.** Ce qui est maladroitement appelé « résistance », n'est en fait qu'un guidage pour respecter le meilleur chemin à suivre. **Le fait d'identifier cela à un blocage ne permet pas d'en utiliser les précieuses indications de guidage** et peut même culpabiliser le patient de « ne pas y arriver ».

#### 4.1.1. Les résistances sont un précieux outil de guidage

Quand le thérapeute ne pointe pas le bon chemin (il est naturel que cela puisse se produire), heureusement **les résistances du patient veillent au recentrage.** Il arrive malheureusement que certains thérapeutes interprètent ces résistances comme un blocage, une erreur ou une immaturité du patient. En réalité ce dernier ne fait qu'indiquer un recentrage vers la bonne direction que le thérapeute n'a pas encore pointé.

Pour cela **il importe que le thérapeute accepte l'idée que les indications ne sont pas chez lui,** ni dans son savoir ni dans ses interprétations, **mais chez le patient.** C'est cela qui m'a conduit à écrire l'[article d'avril 2001 « le non savoir source de compétence »](#).

#### 4.1.2. Résistances à réhabiliter l'enfant

Quand le patient retrouve et contacte une zone de sa vie où l'enfant qu'il fut a souffert par un de ses parents, **il peut néanmoins estimer qu'au fond il n'a pas tant souffert que ça.** Il dira « Peut être ai-je trop dramatisé ! J'étais tellement jeune ! ».

**Il est clair que le patient « résiste » à considérer la souffrance de l'enfant qu'il fut dans cette circonstance.** Si le thérapeute, au lieu de considérer cela comme un blocage, demande au patient ce qu'il l'amène à penser cela, il arrive que celui-ci explique **« au fond ce n'était peut être pas si facile pour mon parent ».**

Inconsciemment, il sait que **s'il prend tout de suite la mesure de la douleur de l'enfant qu'il fut, il n'aura plus le cœur de considérer la raison du parent...** qui alors deviendrait inaccessible à la réhabilitation. Il résout cette difficulté en « résistant » avec pertinence, pour éviter de commencer par la réhabilitation de l'enfant.

### 4.1.3. Résistance à réhabiliter le parent

Quand le patient retrouve et contacte l'homme ou la femme que fut son parent il peut comprendre que ce dernier avait une raison d'agir comme il l'a fait... mais aussitôt se rétracter en disant « **mais ce n'est pas une raison pour m'avoir tellement fait souffrir !** ».

Il est clair ici que le patient « résiste » à la réhabilitation de son parent. Le thérapeute qui comprend qu'il ne s'agit pas d'un blocage, mais d'un guidage de la part du patient, lui demandera ce qui produit en lui cette colère. Le patient répondra par exemple « **J'ai trop souffert !** »

Inconsciemment le patient sait que **s'il comprend trop vite son parent il n'aura plus le cœur d'écouter à quel point l'enfant qu'il fut a été cassé**. Il résout cette fois-ci la difficulté en « résistant » avec pertinence, pour éviter de commencer par la réhabilitation du parent. Il invite ainsi le thérapeute à le guider en priorité vers la réhabilitation de l'enfant qu'il fut.

### 4.1.4. Respecter la résistance pour arriver rapidement à destination

Quand le patient manifeste une résistance sur l'un des pôles (parent ou enfant), c'est juste pour inviter le thérapeute à l'aider à s'occuper de l'autre pôle en priorité. **Le fait de respecter cette priorité permet de rapidement réhabiliter le point accessible**. Cela ouvre aussitôt le second pôle, initialement bloqué.

**La priorité ne peut être prévisible à l'avance**. C'est le patient qui, par ses « résistances », indique le chemin le plus juste pour lui.

**Tout forçage sur le mauvais pôle peut générer une aggravation ou un déplacement, des symptômes** et contribuer à une malencontreuse déstructuration du patient.

## 4.2. Objets et sujets - distance et proximité

Nous trouverons aussi des **dévalorisations du patient, ou de ses proches**, qui sans être directement une culpabilisation, ont néanmoins une fâcheuse tendance à l'inférioriser.

**Il n'y a rien qui soit dirigé contre eux, pas même par maladresse**. Cette infériorisation peut provenir, dans ce cas, simplement d'une **façon d'aborder l'entretien thérapeutique et de l'attachement du praticien à certains concepts de la psychopathologie** (et des projets de soin qui en découlent)

### 4.2.1. Des êtres, des objets et des cas

Il est dommageable en psychanalyse (malgré le côté extrêmement précieux de cette démarche) de considérer que l'enfant passe un jour **de l'amour narcissique (amour de soi) à l'amour objectal (amour de l'autre)**. Ce qui est équivoque ici, ce n'est pas l'idée,



mais la terminologie utilisée. Même si d'excellents thérapeutes ont pu se satisfaire de cette façon de nommer les choses et être quand même de bons thérapeutes, la notion d'amour « objectal » est assez déroutante car « Objectal » signifie lié à l'objet... comment en est on arrivé à parler d'amour en parlant d'objet ? **Comment en est-on arrivé à désigner par « objet » un être qui n'est pas soi ?**

Nous pouvons ici réaliser que **quitter le stade narcissique pour ne considérer l'autre que comme un objet n'est pas un bien grand progrès.**

Plus courante, l'expression « objet de notre amour » est tout aussi désobligeante : parler d'amour pour un objet n'est pas une expression heureuse pour désigner une ouverture à autrui. **Si l'amour objectal marque une ouverture vers l'extérieur (plutôt que seulement vers soi), on y est encore très loin de l'ouverture à autrui.**

Cet usage sémantique, conduisant à confondre l'être et l'objet, constitue **un sérieux frein à l'humanisation thérapeutique.**

#### 4.2.2. Mieux différencier "amour" et "libido"

**Un autre facteur de dévalorisation est de confondre la notion de libido** (énergie pulsionnelle et besoin de l'autre en tant qu'objet) **et celle d'amour** (considération et ouverture à l'autre en tant que sujet)

**Considérer la libido (qui est un besoin pulsionnel) comme une base de l'amour (qui est au contraire une ouverture à autrui)** peut aussi s'avérer très dévalorisant. La pulsion libidinale est effectivement de grande importance, mais il reste fondamental de considérer distinctement les deux notions. Nous remarquerons que **la libido peut conduire à l'amour (conduite plus souvent masculine)** et que **l'amour peut conduire à la libido (conduite plus souvent féminine)**. Il ne s'agit en aucun cas de deux mots synonymes

Concernant le patient, ceux qu'il a été et ceux dont il est issu, j'expliquais plus haut qu'**il s'agit plus d'une histoire d'amour que d'une enquête. Je ne sous entendais surtout pas que la libido y joue le moindre rôle** car il y s'agissait plus d'une reconnaissance de l'autre que d'un besoin de l'autre!

**Celui qui considérerait l'autre comme un objet que sa pulsion rendrait nécessaire ne serait pas sorti du narcissisme...** ou tout au plus il en atteindrait la frontière pour n'entrer que dans un ego profiteur. **Celui qui s'estimerait « sujet » en considérant les autres comme « objet » (même inconsciemment), ne ferait que développer un grand égocentrisme.**

Nous trouverons l'équivalent en thérapie : **Le praticien qui considérerait le patient comme un « cas » ou comme un « objet de thérapie »** risquerait également de manquer la qualité du soin psychologique.

Vous trouverez quelques détails sur ce sujet dans mes articles de [novembre 2000 « Le piège de l'empathie »](#), [novembre 2002 « reformulation »](#) ainsi que, [avril 2004 « qualité de l'aide »](#).

### 4.2.3. Sortir de « l'hygiaphone intellectuel »

Aux manques de précision sur ces notions d'amour narcissique, d'amour objectal, d'amour tout court et de libido, s'ajoute trop souvent la **croissance selon laquelle il faut garder une certaine distance avec le patient**. Dans ce cas l'humanisation de l'accompagnement psychologique est encore moins satisfaisante.

**Pas de distance du tout, tout en étant parfaitement distinct**, définit la juste proximité. L'expérience montre qu'il est nécessaire d'**être proche (pas de distance)**, mais **tout en restant distinct (l'un n'est pas l'autre)**. Cela permet la chaleur humaine tout en étant libre de l'affect. Or cette notion de « distinct », qui est très importante, s'est souvent malencontreusement déformée en la croyance qu'il faut être un peu (ou beaucoup) distant.

**Avoir besoin de distance pour être distinct** n'est autre que la **stratégie mise en œuvre par l'adolescent envers ses parents**, du fait de sa maturité encore insuffisante pour accéder à l'individuation

Intégrer le fait de « **Savoir être distinct sans être distant** » permet une plus grande **humanisation de l'entretien**. Sans cela, la consultation peut devenir quelque chose de froid et technique ressemblant plus à une conversation à travers un miroir sans tain, qu'à un réel accompagnement psychologique.

Nous éviterons avantageusement de prolonger le sombre et ancien confessionnal cléricale par une sorte de guichet intellectuel laïque muni d'un hygiaphone.

**Cela est encore aggravé** quand le thérapeute, pour mieux aider, **considère « le cas à résoudre » et « analyse les données » du patient**, au lieu de simplement l'accompagner dans cette rencontre qui, en lui, est en cours d'accomplissement.

### 4.2.4. L'individu compte plus que le problème

Quand un thérapeute souhaite aider un patient, **il n'est pas sensé le recevoir (ou aller vers lui) pour résoudre quoi que ce soit... sous peine de l'inférioriser**.

Quand un thérapeute va vers un patient, ou le reçoit, pour résoudre quelque chose, il prend, involontairement, une attitude supérieure et désobligeante : **«Toi, tu es celui qui a un problème! Moi, je suis celui qui t'aide! »**.

Le positionnement des statuts soignant/soigné reste clair. Mais au delà de ces statuts, pour que la situation gagne en confiance et en ressources, **il est fondamental que le thérapeute se sente touché (et non affecté) par la rencontre potentielle qui s'accomplit** : le patient va livrer ce qui lui est personnel et précieux, il va réaliser ce cheminement vers lui-même... il va se révéler, en présence du thérapeute.

Le thérapeute est celui qui accompagne cette émergence et accepte d'en être humainement touché. **« Touché » ne signifie en aucun cas « affecté »**. Si ces notions ne sont pas claires, il est important de lire attentivement l'article [avril 2004 « qualité de l'aide » au chapitre ni distance ni empathie](#).

**Le patient fait cadeau de ce qu'il est**, et **le thérapeute fait cadeau de son accompagnement**. Sur le plan humain, il y a équivalence de la valeur de la position du patient et de celle du thérapeute, en même temps que sur le plan social la différence des statuts reste claire. **Le thérapeute est d'autant plus compétent qu'il saura s'appuyer sur « sa compétence à ne jamais savoir à la place du patient »**. Pour plus de détails sur ces points, vous pouvez lire sur ce site les articles de [août 2000 « Le mythe de la transaction »](#) ainsi que de [avril 2001 « le non savoir source de compétence »](#)

#### 4.2.5. Subtiles médiations

Comme indiqué ci-dessus **il ne s'agit pas de recherche de solution, mais de l'accompagnement d'une rencontre** que le patient essayait déjà de réaliser en lui, même si c'était inconscient.

Si toutefois nous voulons garder le mot « recherche de solution » cela est possible... mais en reconsidérant le sens du mot « solution ». Le mot « solution » est le terme médical par lequel on désigne une fracture osseuse (solution de continuité du segment osseux).

Dans ce cas, **« recherche de solutions » signifie « recherche des zones de fractures »**. Or c'est exactement de cela dont il s'agit : localiser les fractures pour **ensuite accomplir la médiation qui « recollera » les deux bouts de la structure psychique brisée**.

Nous ajouterons à cela que, même si le thérapeute sait que ce qu'il cherche ce sont les zones de fractures pour y accomplir des médiations, **il ne s'autorisera en aucun cas à forcer ces réconciliations**. Il ne fera qu'accompagner celles qui sont déjà en cours, celles qui sont prêtes et qui se manifestent naturellement à travers les symptômes.

Cela revient à localiser **les zones de vide vers lesquelles, les parts manquantes de l'individu qu'est le patient sont déjà en route**. Il s'agit juste d'un accompagnement de ces parts manquantes tendant naturellement (pulsion de vie) à retrouver leur place pour réaliser une complétude authentique et durable. Il s'agit juste d'accompagner ces rencontres en cours chez le patient et **d'accepter d'être touché par leur accomplissement**. Le thérapeute devrait se sentir extrêmement privilégié d'être présent à un tel instant... **comme s'il venait de lui être offert d'assister à une naissance**.

**Le patient peut être reconnaissant au thérapeute** de l'avoir accompagné, **le thérapeute peut être reconnaissant au patient** de lui avoir permis d'être présent à un tel moment de rencontre.

### 4.3. Nuisance des jugements, mais aussi du non jugement imposé

Tout professionnel peut commettre des erreurs. **Nul d'entre nous n'aura la prétention d'une quelconque perfection**. Même très expérimentés nous sommes en perpétuel apprentissage.

**Cependant, il existe quelques erreurs plus dommageables que les autres.** L'une d'entre elle est de **culpabiliser un patient ou l'un de ses proches : quand cela se produit, nous pouvons parler de faute professionnelle** (même si ce n'est pas intentionnel), car **le premier principe est au moins de ne pas nuire.** Un recentrage (ou un auto recentrage) de la pratique est alors nécessaire.

Nous devons avoir présent à l'esprit que **le patient risque de considérer le thérapeute comme faisant autorité en la matière et se laisser déstabiliser par son jugement.** Le thérapeute se doit donc d'être exigeant en la matière.

Nous allons explorer ci-dessous quelques **types de jugements**, mais aussi la nuisance que peut représenter la **fâcheuse tendance à vouloir "forcer un pardon"** chez quelqu'un qui ne le ressent pas. Ce type de "non jugement imposé" est aussi source d'altération thérapeutique

### 4.3.1. Jugements envers le patient...

Naturellement aucun thérapeute ne souhaite juger un patient. Mais quand ce dernier présente une résistance il s'entendra parfois dire

« Vous ne vous en sortirez pas tant que vous n'accepterez pas de lâcher »

« Il faudrait songer à prendre de la distance avec votre mère »

« Je ne peux pas vous aider si vous n'y mettez pas du votre »

D'autre part, **quand le thérapeute considère le symptôme comme « une cible à abattre » il condamne involontairement la façon dont le patient gère ce qu'il y a en lui.** Un patient alcoolique peut ainsi s'entendre dire:

« Nous allons vous aider à vous libérer de l'alcool ».

Même si cela est juste en finalité, le premier pas ne peut se situer là. Le premier pas devrait être de trouver « en quoi boire fut pour lui la meilleure solution possible ». Il en va de même pour tous les symptômes.

Quand un psy dit à une femme anorexique :

« si nous sommes un peu dure, ce n'est pas envers vous, c'est juste pour vous aider à vous battre contre cette saloperie de maladie »

**Il considère comme une saloperie ce par quoi elle tente d'exprimer ce qui est en elle.** Elle se retrouve culpabilisée d'utiliser ce moyen.

Autant de jugements, souvent involontaires, qui néanmoins sont une blessure inutilement ajoutée.

### 4.3.2. Jugement envers les ascendants

Le non jugement du praticien envers les parents du patient ou envers des parents en tant que patients était le thème majeur de cet article. Naturellement pour aborder cela, il a été nécessaire d'envisager la problématique du jugement sous ses différents aspects,

y compris de préciser le risque **engendré par certains concepts comme celui qui tend à estimer qu'on est blessé « à cause de »**.

Nous avons vu combien il est souhaitable que le thérapeute n'émette aucun jugement contre qui que ce soit (neutralité) et même combien il est important qu'il ait de la considération (bienveillance). Aucun jugement verbal, bien sûr, mais aussi aucun jugement non verbal. **Pour rester congruent, il doit donc ne même pas avoir de jugement dans sa pensée**, car c'est surtout la pensée qui produit le non verbal. Comme il est impossible de contrôler sa pensée, **ce non jugement ne viendra pas d'une volonté de ne pas juger**, mais plutôt d'un certain regard porté sur le patient, ses ascendants et de **la façon de considérer les symptômes et leurs rôles dans la restauration de la structure psychique**.

Quand des soignants de pédopsychiatrie, comme je l'ai vu, **se plaignent que la mère a tendance à être dans le déni de la pathologie de son enfant** et qu'elle rend les soins difficiles, cela amène **les praticiens à trouver la mère « gênante »**. Quand ils affirment que la mère est dans le déni, ils ne se préoccupent pas de ce qu'elle vit. Ils disent même parfois **« notre rôle est de soigner l'enfant... pas la mère ! »**. La mère est ainsi tout au mieux instrumentalisée pour les soins de l'enfant, mais pas reconnue dans ce qu'elle vit. Or on ne peut prendre vraiment soin d'un enfant si sa mère n'existe pas. **Le soin de l'enfant commence par l'existence de la mère. Or on ne peut en même temps la trouver nuisible et lui permettre d'exister**.

Dans certains cas familiaux, cela va parfois jusqu'à parler de **« parents toxiques »** ! Or si l'attitude des parents est néfaste à l'enfant, il l'est tout autant de porter un jugement envers eux. **Juger le côté néfaste de leur attitude est une chose, juger les êtres qu'ils sont en est une autre**. Si, par exemple un parent a préféré un enfant dans une fratrie, il est important de reconnaître le côté dommageable pour l'autre enfant, mais aussi la raison qui a conduit le parent à agir ainsi.

Nous trouvons, hélas trop souvent, des patients ayant entendu de la part de leur praticien :

« Nous ne pourrions vraiment avancer que quand vous aurez enfin compris que votre mère ne vous donnera jamais ce que vous attendez ».

« Il serait temps de régler vos comptes avec vos parents ».

« Il faudrait que votre mère coupe enfin le cordon ».

« Vu vos symptômes, il peut s'être produit une situation incestueuse dans votre famille ».

Cette affirmation résultant d'une interprétation, est particulièrement néfaste.

« Il faut que vous preniez de la distance avec vos parents ».

« Pour grandir, il faut tuer le père ».

Ayant eu un père malade mental, la patiente s'entend dire « Il faut pardonner à votre père » (comme si c'était la faute du père d'être malade mental).

La mère d'une patiente ayant été épuisée pendant la grossesse, sur le conseil du médecin, a placé ses enfants. Le sentiment d'abandon qui en a résulté ultérieurement chez

cette patiente l'a conduit à consulter un psy. Comme celle-ci se montrait trop compréhensive vis-à-vis de sa mère, le psy se met presque en colère :

« Quand même ! Vous ne vous rendez pas compte de ce que votre mère vous a fait ! »... voulant ainsi l'amener à partager son indignation.

Dans un cas de grave maltraitance de la part de la mère:

« il faudrait que cet enfant assiste au procès de sa mère pour pouvoir se reconstruire ».

Dans ce dernier cas, on confond à tort le fait que la société doive reconnaître la gravité des actes et de la douleur de l'enfant avec le fait qu'il faille casser la mère sous ses yeux.

Quand nous rencontrons ces situations, **le patient risque de se trouver déstabilisé par des assertions venant d'une personne sensée faire autorité dans le domaine psy.** Sur ce point chaque professionnel se devrait d'être exigeant.

### 4.3.3. Non jugement imposé

Par contre, le **thérapeute doit permettre au patient d'avoir tous les jugements et toutes les colères qu'il souhaite manifester envers ses propres parents.** Quand un patient émet des jugements envers ses ascendants c'est pour lui une façon de dire sa douleur. **L'inviter à « essayer de comprendre », « se réconcilier », « pardonner pour se libérer » serait une sorte de non jugement imposé au patient et finalement une façon de le juger et même de le culpabiliser** pour cette dureté qu'il ne veut pas lâcher.

**Le thérapeute ne prendra pas parti et gardera de la considération pour le parent incriminé,** mais doit en même temps toujours **respecter les colères ou même les haines du patient quand celui-ci éprouve le besoin de les exprimer.** La réconciliation ne viendra que plus tard, au moment opportun, quand le praticien aura su aider le patient à devenir une ressource pour l'être blessé qu'il fût.

Le pardon forcé est aussi une forme de culpabilisation (de celui qui ne souhaite pas pardonner). Notons, en plus, qu'il **ne devrait jamais s'agir de "pardonner" mais plutôt de comprendre** ([lire l'article de juin 2003 Apaiser violence et conflit au chapitre "vivre autrement", paragraphe différencier raison et excuse](#))

## 4.4. Ne pas culpabiliser les thérapeutes non plus

Cet article, pointant des attitudes thérapeutiques insatisfaisantes, **ne doit pas pour autant conduire à juger les thérapeutes.** La plupart d'entre eux font leur métier avec dévouement et compétence. **Aucun d'entre nous ne peut prétendre être parfait et nous sommes en perpétuelle évolution.**

**Il est souhaitable de ne pas dévaloriser la qualité du travail des psychologues, des psychothérapeutes ou des psychanalystes (ni celui des psychiatres, quoi qu'il s'agisse là d'un autre métier).** Il n'en demeure pas moins important, pour autant, de pointer certains dysfonctionnements (de leurs actions et non de ce qu'ils sont) pouvant nuire à la qualité de la consultation jusqu'à parfois endommager l'intégrité du patient

Le projet des thérapeutes étant la qualité de soin, aucun d'entre eux ne prendra ombrage de telles remarques... au contraire !

**Cet article a pour but d'aider les patients** qui auraient rencontré une difficulté avec leur thérapeute. Normalement, ce dernier ne devrait pas voir d'objection à aborder ce sujet.

**Cet article est aussi destiné à aider les thérapeutes** qui, conscients que la psychothérapie est en continuelle évolution, sont à l'affût de tout ce qui peut apporter davantage aux patients et faciliter le travail du praticien.

Cet article constitue une modeste contribution aux réflexions menées en ce domaine.

Thierry TOURNEBISE





***Le Non Savoir  
source de compétence***

Thierry TOURNEBISE



Pour ajouter à l'intellect la touche d'humanité manquante

17 avril 2001 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF



## 1. L'ignorance a quelques lacunes

Sans le savoir, nous n'aurions pas la **technologie**, les **moyens de transport** modernes, les **outils médiatiques**... nous n'aurions pas non plus la **médecine**, la possibilité de **vivre plus vieux en meilleure santé**. Depuis la découverte du feu (au moins) jusqu'à aujourd'hui, **l'homme a toujours été curieux, par plaisir ou par nécessité**.

**Le savoir et sa vulgarisation nous ont enrichi de façon inestimable**. Réjouissons nous donc du fait que ceux qui savent continuent à savoir plus... et cela pour le plus grand bien de tous.

**Afin que l'ego de l'humanité n'enfle tout de même pas trop** je rappellerai tout de même les problèmes d'éthiques posés par la science (et que la science à elle seule ne peut résoudre). Notons aussi cette définition que Louis Lerince-Ringuet, lui-même éminent savant, donnait de ses pairs : **Un savant, c'est quelqu'un dont l'ignorance a quelques lacunes !**

C'est avec malice qu'il nous indique que le savoir n'est qu'une petite lacune dans l'immensité de l'ignorance... même pour un savant. Ceci nous invite tout naturellement à la modestie.

Mais, paradoxalement, cette immensité d'ignorance contient un élément plutôt inattendu et relativement inexploré : c'est **l'aptitude à ne pas savoir !**

## 2. L'aptitude à "ne pas savoir"

Il semble naturel de constater que l'ignorance soit encore immense. Ce qui est surprenant, c'est que **l'une des zones les plus rebelles au savoir soit justement l'aptitude à ne pas savoir**.

Nous mesurons mal son importance car celle-ci semble négligeable. A quoi bon être capable de ne pas savoir dans ce monde de connaissances et de technologies ?

Au moins pour apprendre, pour découvrir de nouvelles choses, l'esprit doit d'abord admettre qu'il n'est pas plein ! Celui qui pense tout savoir ne dispose plus d'aucune place dans son esprit pour une pensée nouvelle. Alors il ne peut plus rien apprendre, il se sclérose et stoppe son évolution.

**Sans l'aptitude à ne pas savoir, nous sommes atteints de cécité intellectuelle**. Nous sommes amenés à deviner le monde qui nous entoure exclusivement à partir de celui qui nous habite. **L'esprit devient alors comme une taupe** voyageant dans ses galeries intérieures et dont les conversations pseudo communicantes ne sont que des **taupinières** disséminées par-ci par-là **dans le monde social de surface**.

Cela est assez pitoyable, mais aussi tout à fait pardonnable. En effet je ne connais aucune école assurant l'apprentissage au non-savoir. Je crains même que le non-savoir soit régulièrement réprimandé. Notre culture a bien développé les outils permettant d'accéder à cette si précieuse substance intellectuelle qu'est le savoir... mais elle en a

oublié une autre toute aussi précieuse : **la capacité d'ouverture d'esprit**, celle qui conduit à **accepter de ne pas savoir**.

### 3. Source de compétence

Le non-savoir, source de compétence ? Comment est-ce possible ? On peut même évoquer le corollaire : **le savoir peut être source d'incompétence**.

Le problème, c'est **quand le savoir ferme l'esprit**. Je vois régulièrement cela quand je forme des soignants : Quand ils disposent d'un dossier qui leur permet de connaître un malade, ils oublient souvent de l'écouter.

N'oubliez surtout pas qu'il s'agit là de soignants indifférents ou négligents. La caricature serait maladroitement déplacée. Non je parle de **personnel dévoué** et souhaitant faire pour le mieux. Vous trouvez cela exagéré ? Notez cet exemple :

**Une personne souffre d'un cancer des os avec métastases**. Cette maladie grave amène l'équipe soignante à être particulièrement attentionnée pour cette patiente. Celle-ci se plaint d'une douleur importante à la cuisse, au niveau du fémur. "**Sachant**" sa pathologie, le médecin répond à cette douleur par un antalgique adapté... Or un autre médecin, peut être "**sachant moins a priori**", ayant moins de certitudes, découvre en l'examinant avec plus de précisions que sa douleur ne vient pas directement de son cancer des os...mais d'une fracture. Le soin chirurgical adapté à cette fracture a fait cesser la douleur... qui résistait aux antalgiques. Ici le savoir a produit de l'incompétence alors que l'acceptation de ne pas savoir a produit de la compétence.

### 4. Dès l'école primaire

Nous avons cependant été sensibilisés tout au long de notre scolarité à cette qualité du non-savoir. Oh ! Cela ne s'est peut-être pas vu, car noyé dans la **glorification de l'intellect**, dans la **récompense de la tête bien pleine**.

Vous souvenez-vous combien de fois l'enseignant vous a répété : "**avant de chercher la solution à ton problème de math, lis l'énoncé**", sous entendu "accepte de ne pas connaître l'énoncé avant de l'avoir lu".

Même chose en français : "Avant de vous lancer dans une dissertation, lisez bien le sujet". Combien de fois la note fut décevante à cause d'un "hors sujet". Accepter de "ne pas savoir" avant d'avoir lu attentivement, nous aurait épargné ces déboires.

**Cet aspect embryonnaire du non-savoir** ne nous a pas permis d'en saisir toute l'importance. Il ne fait aucun doute qu'il n'a jamais été glorifié comme source de compétence à un quelconque moment de nos études... ou alors ce fut discret !

D'autant plus discret que **quand l'élève a de mauvaises notes, l'enseignant, lui, "sait" pourquoi** : "travail insuffisant", "peut mieux faire", "trop dissipé"... mais jamais ce ne peut être pour une autre raison ! Ce ne peut être parce qu'il y a des bases manquantes, parce qu'un cours est mal adapté, parce qu'il y a des problèmes familiaux,

parce que l'élève est mal dans sa peau ou parce qu'il vit une difficulté relationnelle avec ses copains de classe ...etc.

## **5. Accepter de ne pas savoir pour mieux communiquer**

### **5.1.1. Hésitations à ne pas savoir**

La communication est certainement le domaine où l'aptitude à ne pas savoir est basique pour être compétent. Naturellement il y a tout de même des choses à savoir. Mais là nous sommes généralement bien fournis. **C'est du côté de l'aptitude à ne pas savoir que la carence est monumentale.**

**L'homme rêve de savoir ce que pense l'autre sans passer par lui.** D'où le succès des méthodes "divinatoires-scientifiques" telles que la **graphologie** ou la **morphopsychologie**. Même dans un fonctionnement populaire combien de conversations tournent au quiproquo simplement parce que ce qui est dit est interprété plutôt qu'entendu. Les mots incompris sont même inconsciemment remplacés par d'autres pour donner du sens à ce qui n'en a pas. Des sketches de caméra caché nous ont même régalié à la télévision sur de telles situations.

La réalité est que **l'être humain n'aime pas ne pas savoir**. Il ne supporte pas ce vide de l'esprit.

**Il n'assume pas de devoir passer par l'autre pour le comprendre.** Même quand des enseignements en communication nous parlent d'**empathie**, l'idée est d'entendre l'autre pour **pouvoir se mettre à sa place** afin de mieux le comprendre!

**C'est un piège, car on ne peut jamais se mettre à la place de l'autre.** Se mettre à sa place revient à ne contempler que notre propre imaginaire et à ne plus voir notre interlocuteur. Pour plus de détails, vous pouvez lire sur ce site l'article de novembre 2000 "[Le piège de l'empathie](#)"

**Pour bien communiquer, il est fondamental d'accepter de ne pas savoir à la place de l'autre. Il ne s'agit pas de "ne rien savoir du tout" ! Il s'agit juste de ne pas savoir à la place de l'autre.** C'est la base pour entendre, comprendre et accueillir son propos. C'est la base aussi pour poser de vraies questions dont les réponses seront validées par des [messages de gratitude](#). Ceci est encore plus important pour poser une succession de questions qui conduiront à une [validation de cohérence](#) du propos initial. Ceci est donc fondamental pour que les **cinq pôles de validation de la communication** soient réels. Pour plus de détails, si vous ne l'avez déjà fait, vous pouvez lire le dossier sur ce site "[Conséquences de l'état communicant - Les cinq points de validation](#)"

## 6. Non savoir et communication professionnelle

### 6.1.1. Le non savoir dans le management

Il arrive qu'un **cadre** ait un **membre de son équipe qui refuse de faire un travail ou persiste à le faire de façon insatisfaisante**. Pour bien manager, le cadre doit accepter de **ne pas savoir à la place de son collaborateur ce qui motive ce refus ou cette négligence**. Pour gérer cette situation la phase de non-savoir est très importante. Or souvent les idées toutes faites jaillissent spontanément à l'esprit : "encore un qui a mauvais caractère", ou "il m'en veut", ou "il ne supporte pas l'autorité", ou "il n'a pas du comprendre l'importance de ce que je lui demande" Chacune de ces suppositions conduit presque toujours à une analyse fautive de la situation et donc à des solutions erronées.

**Par exemple** un cadre d'un service administratif a un collaborateur qui ne tient pas à jour des **saisies de données statistiques**. Ces statistiques concernent la sécurité routière. Le cadre pense que peut être l'employé trouve la tâche ennuyeuse et qu'il n'en a pas cerné l'importance. Il la lui explicite alors plus clairement : "**Je sais que ces saisies ne sont pas très palpitantes, mais vous savez, ces données permettent d'accélérer les dossiers pour les personnes dont le permis a été suspendu et surtout de leur fournir une formation visant à les rendre moins dangereux pour les autres sur la route**".

L'explication est excellente et même bien formulée en mettant l'attention sur les bénéficiaires : ceux qui n'auront pas à subir les fautes des chauffards. Sauf que le collaborateur répond : "**De toute façon ça ne sert à rien**". Gare ici à la tentation de lui expliquer de nouveau pourquoi, au contraire, c'est très important. Ce que dit le collaborateur semble faux ? **Vous ne comprenez pas pourquoi il persiste dans son erreur apparente ? Alors acceptez de ne pas le savoir à sa place et soyez simple... demandez lui** : "Qu'est-ce qui, pour vous, rend cela si inutile ?" ...si possible avec un non verbal montrant que vous lui accordez qu'il a certainement une bonne raison, que vous ne la connaissez pas, mais que s'il le veut bien, il peut vous la révéler. Ce non verbal sera généré automatiquement par le fait que vous pensez vraiment ce que vous dites !

Dans cet exemple il répond alors : "L'année dernière j'ai perdu mon meilleur ami dans un accident de la route. Ces statistiques ne servent à rien" Il prononce cela avec un ton de colère et de chagrin mêlés.

Nous comprenons alors pourquoi les explications ne servaient à rien. **Avant de se faire expliquer quoi que ce soit, il a besoin que l'on prenne en compte ce qu'il ressent**. Cela peut s'exprimer avec une phrase du genre "**Si vous avez vécu cela, je comprends parfaitement que ce travail vous soit insupportable**". On peut continuer éventuellement en lui demandant "Le manque de cet ami est trop douloureux ?" Par son côté affirmatif, cette phrase montre qu'on a compris. Mais par le point d'interrogation qui la termine, elle lui permet de se positionner par un "oui". Ce "oui" nous donne l'opportunité d'une nouvelle validation du genre "Je comprends d'autant mieux".



**C'est à partir de là, et seulement à partir de là,** que des explications peuvent trouver leur place pour lui montrer que justement son travail contribue à éviter cela. Sans la phase de non savoir, la compétence du cadre au management est inopérante dans cette situation.

### 6.1.2. Non savoir dans les services de santé

**Une personne âgée est hospitalisée.** Elle est peu expressive. Quand une infirmière vient lui prendre la tension **la vieille dame recule son bras.** L'infirmière imaginant une cause à ce geste lui reprend la main (doucement) et lui dit avec un ton l'invitant à ne pas s'inquiéter "**Je vais faire vite**".

Mais la dame est toujours mal. Même dit doucement, le propos de l'infirmière suppose que le problème était que ça dure longtemps. Celle-ci ne se place pas en situation de non savoir. **Elle pense trop à la place de sa patiente.**

Imaginons que cette vieille dame ait peur car elle ne supporte pas qu'on la touche et qu'**elle ne supporte pas qu'on la touche car elle a été violée dans son enfance...** il y a mieux à faire que de lui dire "je vais faire vite"... cette phrase peut même malencontreusement aggraver sa peur si c'est, ce qu'autrefois, lui a aussi dit l'auteur du méfait.

**Même prononcée avec douceur, la phrase de l'infirmière reste une maladresse** (mais c'était quand même mieux de l'avoir dite doucement plutôt que brutalement !)

Cette maladresse vient simplement du fait qu'**elle n'a pas su ne pas savoir.** Elle a substitué ce qu'elle imaginait à ce qu'elle ne savait pas. Elle est restée ainsi dans l'ignorance du vrai problème. Elle a alors mis en œuvre une solution inadaptée. Ici encore la capacité à ne pas savoir aurait été source de compétence.

**Dernièrement, une émission télévisée sur les urgences hospitalières,** nous montrait une dame d'un certain âge, n'ayant peut être pas toute sa tête, peut être un peu alcoolisée, être invitée à s'asseoir. Celle-ci répond "**je ne peux pas m'asseoir!**" Elle s'entend rétorquer "**Mais si, il faut vous asseoir, on va s'occuper de vous!**". La dame tente d'ajouter "j'ai un homme de 72 ans à la maison!" alors que le soignant s'éloigne. Mais comme cette dame n'est vraiment pas coopérante, un médecin arrive, tente de l'empêcher de partir en lui tenant le poignet en lui disant "Il faut que vous restiez... c'est pour votre bien!". La situation ne s'arrangeant pas, **deux agents de sécurité viennent prêter main forte.**

Ici encore, le soignant ne se met pas en situation de ne pas savoir. **Il pense que cette dame n'a pas compris** que c'est pour son bien. **Alors il le lui explique.** Mais **cela produit l'effet inverse** de l'effet attendu.

Acceptant de ne pas savoir, il aurait donné plus d'attention à cette dame et aurait remarqué simplement qu'elle a plus besoin de recevoir une écoute que des explications. **Cette écoute aurait évité la montée de violence, économisé du temps ainsi que l'intervention de quatre personnes** (2 soignants et 2 agents de sécurité). Quand on a peu de temps et peu de personnel cela semblerait plus judicieux.

A la décharge de ces soignants, il faut reconnaître que leur travail est très difficile et s'accomplit souvent dans des conditions mal adaptées. Mais cela ne fait qu'une raison de plus pour faire équipe avec le patient plutôt que de passer son temps à essayer de le convaincre. Et faire équipe avec lui c'est d'abord accepter de ne pas savoir à sa place. C'est ensuite accorder de la valeur à ce qu'il pense pour enfin pouvoir lui donner l'explication dont il a besoin.

**La difficulté des soignants, c'est le dossier de soin.** Quand celui-ci est bien fourni, le soignant **croit connaître le malade et oublie de l'entendre**. Naturellement il ne faut pas enlever ce savoir que représente le dossier. Il faut simplement accepter qu'il ne donne qu'une partie des éléments. Cela semble évident ? Mais **la difficulté à accepter de ne pas savoir fait que le dossier prend toute la place**. C'est comme cela que dans l'exemple cité plus haut, sur un point médical (même pas psychologique) un médecin attribue la douleur dont se plaint un patient à son cancer des os, sans voir la fracture qui cause cette douleur.

## 7. Source de compétence en psychothérapie

Déjà basique en communication, **le non-savoir est fondamental en psy**. Or là aussi en psychothérapie, en psychologie et en psychanalyse, la tentation est de s'appuyer sur le savoir. Naturellement, le savoir a ici aussi une grande importance. Mais les professionnels sont généralement bien pourvus côté "savoir"... même si celui-ci reste sans cesse perfectible.

Par contre, quand la capacité à "ne pas savoir" manque, la tentation de s'appuyer sur des théories pour interpréter, conduit à des maladresses.

**Par exemple** une soignante vit un **stress immense** depuis qu'elle a assisté à la scène suivante : Une femme dit à son jeune époux hospitalisé et en fin de vie : **"Mon Chéri, tu peux partir en paix... je me débrouillerai"** **Dans un groupe de régulation**, la soignante exprime sa propre douleur au psy qui aide l'équipe. Elle s'entend répondre par celui-ci qu'elle est **trop proche du patient et qu'elle a pris la place de l'épouse** (si Freud est dans les parages... la connotation est des plus ambiguës)

Tout serait pour le mieux si cette explication avait apaisé la soignante en réelle souffrance. Mais il n'en était rien. Le psy n'avait pas su "ne pas savoir". Il avait substitué à ce non savoir une interprétation basée sur ce qu'il a appris.

Sachant ne pas savoir il aurait pu demander à cette soignante **"Cela vous été insupportable d'entendre cette femme dire ça à son mari ?"** Elle aurait répondu **"Oui"** Il aurait continué par **"insupportable de quelle manière ?"** Elle aurait répondu **"j'ai eu l'impression qu'elle l'abandonnait"** Il aurait pu continuer par **"L'abandon est quelque chose qui vous touche beaucoup ?"** Elle aurait répondu **"Oui. Mes parents m'ont abandonnée quand j'étais enfant !"** Là elle se sent comprise et, en plus, comprend la vraie raison de ce qui l'a affectée dans cette situation du couple face à la fin de vie.

Cela peut sembler simple ? **Ce n'est simple qu'avec l'acceptation de ne pas savoir à la place de l'autre**. Cette situation n'est pas inventée car **j'ai effectivement eu cette soignante en formation et les propos que je viens de citer sont exactement ceux que**

**nous avons eus.** En acceptant de ne pas savoir à la place de l'autre et de ne pas interpréter, nous pouvons parfois en quelques questions arriver à la vraie raison. Dans cet exemple il aura fallu trois questions !

**Naturellement, pour qu'il y ait thérapie, il faut quelque chose de plus.** Une thérapie se divise en deux étapes :

**Une première étape** dans laquelle on localise la zone de vie blessée (qu'elle soit actuelle, qu'elle vienne de l'enfance, du prénatal ou du transgénérationnel) C'est ce que je viens de décrire dans l'exemple ci-dessus.

**Une deuxième étape**, dans laquelle on apporte l'attention et le soin réparateur sur ce qui a été localisé.

Sans une qualité de non-savoir de la part du thérapeute, la première étape échoue car les bonnes pistes ne sont pas identifiées. Naturellement il en découle que la deuxième ne peut se faire. Mais même si la première est correcte, la deuxième peut aussi échouer si le thérapeute interprète que le patient doit se débarrasser de "tout ça" alors que celui-ci cherche inconsciemment une réhabilitation de "tout ça" !

Il y aurait encore beaucoup à dire sur la thérapie. Mais il serait hors sujet dans cet article d'aller plus loin. Si vous le souhaitez, vous pouvez consulter le dossier [thérapie](#) de ce site.

**L'absence de capacité à "ne pas savoir" conduit le thérapeute à interpréter** ce que dit le patient. Il se produit alors une sorte de **contre transfert inattendu** : le thérapeute réagit par rapport à ce qu'il croit et non par rapport à ce qui s'exprime alors il "plaque" cela sur le patient.

De façon habituelle, **Le transfert** c'est quand le patient attribue inconsciemment au thérapeute une attitude qu'un membre de son entourage a eu avec lui et qui avait généré de la douleur ou du manque. Cela engendre de sa part une réaction envers le thérapeute. C'est un outil majeur utilisé dans de nombreuses thérapies de type analytique. Le patient y rejoue ainsi la zone traumatique de sa vie et, accompagné par le thérapeute, s'en libère .

Le **contre transfert**, c'est quand le thérapeute, malencontreusement, prend cela au pied de la lettre et croit que ce message lui est adressé personnellement. Si le thérapeute a lui-même trop de zones de blessures restées en suspend, il risque alors inconsciemment d'attribuer les attitudes de son propre entourage passé à son patient. Le thérapeute réagit alors par rapport à son histoire personnelle et cesse d'accompagner son patient sur l'histoire qui est la sienne. C'est ce qui justifie une supervision du thérapeute par un confrère qui va l'aider à recentrer cela.

Quand le thérapeute s'appuie sur son savoir et en vient à interpréter ce que lui dit son patient... même si c'est pour l'aider, **il ne fait que (contre)transférer sa propre pensée** sur celui-ci... Il s'éloigne alors de ce qui fait la qualité d'une thérapie.

Même s'il ne transfère pas son histoire personnelle, il transfère son savoir sur le patient comme on transférerait un motif sur un tee shirt avec un fer à repasser.

**A ce jeu de décalcomanie**, le patient à qui on pose une interprétation risque de se trouver dépossédé du sens réel que son histoire a pour lui... il peut alors se perdre dans

un monde qui n'est pas le sien et tenter en vain de recoller des morceaux qui ne lui appartiennent pas. Cela rend la [thérapie](#) au mieux inefficace... au pire dangereuse...

## 8. Unité de valeur "non-savoir"

Puisque le non-savoir fait défaut, amusons-nous à imaginer une unité de valeur qu'on ajouterait, au moins, à toutes les études concernant les **métiers de communication et les métiers de soin psychologique**.

Nous aurions une sorte **d'université du non-savoir** venant apporter l'indispensable complément à ce qui est déjà enseigné. Naturellement **l'aptitude à ne pas savoir ne remet pas en cause le savoir. C'est juste quelque chose à y ajouter**. C'est quelque chose qui s'ajoute et non quelque chose qui remplace.

Un **contrôle de connaissances par rapport à une aptitude à ne pas savoir** semblerait sans doute paradoxal. Ce serait une sorte de pied de nez au "tout intellectuel". Mais ce serait aussi une belle ouverture vers les nuances d'éthique manquantes.

Nous évoquons souvent le respect de la différence, la tolérance, la générosité... mais sans l'aptitude à ne pas savoir, ces merveilleuses idées ne sont que des idéologies (aussi généreuses soient-elle).

**Dans un service de soins un patient dont on a amputé la jambe dit "Où est ma jambe, qu'en avez vous fait?"** avec un non verbal emplis de **tristesse et d'angoisse...** On trouve alors une équipe de soignants investie dans le fait de l'apaiser psychologiquement. **Croyant que l'angoisse de ce patient est un futur inacceptable** l'un d'entre eux, tente de le rassurer en **lui montrant qu'il a gardé un genou en bon état qui lui permettra de bien maintenir sa prothèse...** que son kiné a lui-même eu une telle amputation (c'était le cas) et mène une vie normale aujourd'hui... etc. Mais personne n'entend qu'il parle de sa jambe comme d'un membre de sa famille dont il doit faire le deuil... et qu'**un deuil se fait mieux quand on se rapproche que quand on oublie**. Je devrai sans doute un jour vous proposer un article sur ce thème.

Mais nous n'avons pas forcément besoin de circonstances aussi extrêmes pour expérimenter le non-savoir et tester son efficacité. L'entraînement peut avoir lieu dans les moments insignifiants de la vie.

Ainsi **quand quelqu'un vous tient un propos avec lequel vous n'êtes pas d'accord**, amusez vous à remarquez votre réaction. **Votre tendance spontanée** est-elle d'**essayer de comprendre votre interlocuteur**, c'est à dire de lui accorder que ce qu'il dit a un fondement pertinent pour lui, et de lui permettre de vous le révéler. Votre tendance est-elle **plutôt de le contredire gentiment**, c'est à dire de chercher à le convaincre que votre point de vue est mieux fondé que le sien ou au moins plus urgent à exprimer. Cela concerne des situations aussi anodines qu'un avis sur une émission de télé ou une conversation de repas de famille.

En attendant que l'éducation nationale et universitaire s'occupe d'enseigner l'aptitude au non-savoir, **nous pouvons nous contenter de ces petits riens du quotidien** qui font de chaque instant d'échange un merveilleux champ d'investigation.

Cette aptitude au non-savoir concerne finalement un esprit de **rigueur scientifique** où **ce qui n'est pas démontré n'est ni vrai ni faux**. Il en résulte une attitude ni pour ni contre, mais où l'on reste ouvert à toutes les éventualités tant que les démonstrations ne sont pas faites. L'aptitude au non-savoir permet une progression plus efficace et rapide des connaissances.

## 9. Passer de l'écoute "prédation" à l'écoute humaine

La tendance est d'entendre les paroles d'autrui comme un animal entendrait des bruits suspects émanant d'un éventuel **prédateur**. Quand ce n'est pas le cas c'est souvent pour **profiter de l'information comme un animal profiterait de sa proie**. Il y s'agit d'un **intérêt** pour s'en défendre ou pour en tirer un avantage... rarement pour une réelle rencontre de l'autre !

Vous avez déjà vu comme un chat ou un chien bouge ses oreilles au moindre bruit suspect. Évidemment les animaux sauvages aussi. Ce réflexe de méfiance, de prudence habitant "**l'ouïe instinctive**" pousse peut-être l'humain à manifester une écoute un peu paranoïaque. Méfiance car tout est danger ! ou sinon, à l'assaut car tout est profit.

Il en résulte que la plupart des **échanges se font plus sur un mode animal que sur un mode humain**. Ce qui occulte cette animalité de l'écoute c'est que, si **l'animal en retour de ce qu'il entend brandit ses griffes ou ses crocs, l'homme brandit plutôt ses capacités intellectuelles et son savoir. Mais en fait le réflexe est le même**. L'aspect intellectuellement élaboré de ce retour en masque la profonde animalité.

Pour que l'écoute devienne vraiment humaine, il lui faut plus que de l'intellect. **L'utilisation de l'intellect n'étant ici qu'une version évoluée des réflexes animaux**. Pour devenir vraiment humaine, l'écoute nécessite absolument cette aptitude à ne pas savoir. Elle nécessite aussi cette confiance en le fait que **ce que dit l'interlocuteur a du sens et du fondement à ses yeux...** Il est souhaitable d'être prêt à **entendre ce sens et ce fondement sans se sentir en danger...** sans sentir une menace peser sur notre propre point de vue.

Pour cela nous devons **d'abord développer un peu plus d'affirmation de soi**. C'est à dire un peu **plus d'accueil de soi**. C'est à dire un peu plus d'accueil de celui que nous sommes, de tous ceux que nous avons été et de tous ceux dont nous sommes issus.

Or **notre culture** nous a plus **habitué au fait que ce qui nous habite est mauvais** et qu'il faut **apprendre à être fort pour le vaincre**. Certains aspects de la psychologie se sont aussi laissés piéger dans ce concept où même **l'inconscient est considéré à tort comme quelque chose renfermant du mauvais**. De cette façon, **l'écoute de soi est également atteinte par le réflexe de défense**. Il est souhaitable que la psychologie veuille à continuer à s'humaniser en faisant **évoluer l'écoute de soi** d'une **écoute animale** (paranoïaque) vers une **écoute humaine** (accueillante).

**Le savoir semble distinguer l'homme de l'animal... naturellement!.**

**Mais c'est le complément que représente l' "aptitude au non-savoir" qui le positionnera vraiment en première position.**

Cette aptitude montrera qu'il peut échanger avec ses congénères, **libre de ses réflexes ancestraux de prédation ou de peur des prédateurs.**

S'ajoutant à la connaissance, l' "aptitude au non-savoir" **est ce qui marque le passage de l'animal à l'humain.**

La compétence la plus importante qu'elle permet est une compétence à plus d'humanité

Thierry TOURNEBISE

L'article sur [René Descartes](#), publié en décembre 2006 complète bien ce document sur le non savoir

# ***Une autre psycho-logique***

***...de l'objet vers le sujet***

Thierry TOURNEBISE





Quasiment toute notre pensée est basée sur une **logique objectale** (celle qui traite des objets, des choses, des faits) alors que pour approcher l'être humain nous avons besoin d'une **logique subjectale** (celle qui traite des sujets, des êtres, des ressentis).

L'une de ces logiques ne doit pas exclure l'autre, les deux ont leur importance. Pourtant, nous remarquons que l'aspect subjectal a été évincé de notre système de pensée. Croyant accéder ainsi à plus de rigueur et de justesse, la pensée se réduit à l'étude de l'objet (et même de l'être humain en tant qu'objet).

Dans la logique de pensée qui traite des objets, nous avons d'un côté celui qui observe (qui est quelqu'un) et de l'autre ce qui est observé ou étudié (qui est quelque chose). **Il se trouve que dans l'étude de la psyché, la pensée objectale fonctionne mal** et même, comme nous le verrons un peu plus loin, dans certains secteurs de sciences physiques, quelle que soit la rigueur des protocoles ou des processus de mise en œuvre. **Pour accéder à une meilleure compréhension de l'humain il est souhaitable d'ouvrir le champ à une nouvelle logique** (à appuyer notre pensée sur de nouveaux fondements). Cela remet en cause nos « schémas tous faits » et peut nous dérouter au début, mais le sens qui s'en dégage peut rapidement nous aider à y voir plus clair.

Juillet 2010 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2011 pour cette version PDF



## **10. La logique en souffrance**

### **10.1. La nébuleuse métaphysique**

Pour échapper au flou de la nébuleuse métaphysique, les sciences ont œuvré vers une rigueur de la pensée.

L'obscurantisme des croyances ayant trop longtemps banni ceux qui ne s'y ralliaient pas et osaient penser autrement, la science a voulu introduire une rigueur permettant aux pensées différentes de trouver une place (nous verrons cependant qu'elle a fini par tomber dans ce même travers obscurantiste, bannissant par principe tout ceux qui ne pensent pas comme elle).

Le fait peut sembler anodin vu de loin, mais il fut des époques où penser différemment pouvait valoir la condamnation, et même la mort ! Ce qui était tenu pour vrai par le mythe, la religion ou les croyances ne souffrait aucune remise en cause. Un peu comme si toute pensée différente menaçait d'écroulement l'édifice social qui s'était construit dessus. L'arrivée de la pensée scientifique permit donc un grand progrès... avant d'atteindre elle aussi sa limite.

### **10.2. L'illusion pseudo scientifique de l'exactitude**

Comme nous venons de le voir, la science permit une extraordinaire avancée pour sortir de cet obscurantisme qui ne permettait pas à une pensée différente de trouver sa place dans la société.

La science rejeta ainsi loin d'elle toute pensée qui ne respectait pas sa rigueur de logique. Tout ce qui ne rentrait pas dans le champ déterministe de cette cascade de causes et d'effets expliquant tout, fut ainsi soigneusement maintenu à l'écart de la pensée désormais devenue « convenable ».

Ce faisant, après un long parcours, croyant expliquer le monde par une implacable succession de faits reliés entre eux par une logique objectale très rigoureuse... les physiciens aboutirent à découvrir que les « briques » de la matière constituant notre monde ne sont pas vraiment réelles ! Ils découvrirent par exemple qu'en même temps onde et corpuscule, la particule nous offre une incertitude où elle montre deux visages différents et incompatibles... et pourtant tous deux vrais et scientifiquement démontrés.

L'éventuelle scission en quarks de ces particules nous conduisit à une sorte d'irréalité évanescence, insaisissable, où nos logiques habituelles sont perdues. Nous trouvons un vide qui n'est que de la matière au repos (mécanique quantique), des particules éloignées qui pourtant restent en contact (phénomène EPR), des particules dont la probabilité de présence n'est pas nulle n'importe où dans l'univers, où qu'elles soient (principe d'incertitude d'Heisenberg), un univers constitué de 95% de matière ou d'énergie qui nous sont totalement inconnues ou même peut être inconnaissables. Il est surprenant que toute l'exactitude de nos connaissances et certitudes « rigoureuses » ne porte que sur 5% de ce qui constituerait l'univers !

Ces données sont décrites par exemple dans l'ouvrage de Trin Xuan Thuan, astrophysicien (1991, 2008), dans celui de Jacob Oanounou, ingénieur polytechnicien (2008) et en particulier dans l'ouvrage d'Edgard Morin, sociologue, directeur de recherche émérite au CNRS (1999).

Ce fonctionnement logique basé 1/ sur le fractionnement de l'univers en éléments simples pour les rendre accessibles à l'étude, 2/sur un enchaînement déterministe de causes et d'effets, 3/ sur une soigneuse séparation de l'observateur et de ce qu'il observe... nous a conduit à une logique bien précise.

Cette logique peut se nommer objectale, déterministe. **Edgar Morin** parle de « **connaissance simplifiante** » (1999, p.122) qui se retrouve aujourd'hui en crise du fait de tous les éléments nouveaux qu'elle a elle-même produit.

Concernant l'attitude de la plupart des scientifiques, Edgar Morin n'hésite pas à parler de « libido idéologique », c'est-à-dire d'attachement subjectif mais viscéral, à des idées (Morin, 1999, p.37)

Nous découvrons ainsi que l'objectivité n'a rien d'absolu et mérite un regard plus affiné. Quoiqu'ayant sa place et ayant permis de belles avancées, l'objectivité atteint aujourd'hui une limite. Elle est en train de devenir un leurre en matière d'accès à plus de « vérité ». **Il se trouve que bien des théories en sont plus à faire rentrer le monde dans leurs filets intellectuels ou démonstratifs (quand bien même la démonstration est expérimentale) qu'à le décrire réellement comme il est.** La représentation qu'ils donnent du monde (même dûment démontrée) n'est alors pas le monde.

### **10.3. Persistance culturelle de l'obscurantisme**

Cette « pensée simplifiante », déterministe, séparant l'observateur de ce qu'il observe, se retrouve bousculée dans ses fondements par ses propres découvertes. La mécanique quantique a pointé que l'observateur influe sur ce qu'il observe et que si une expérience permet de savoir ce qui se passe quand on fait ceci ou cela, elle ne permettra jamais de savoir ce qui se passe quand on ne fait rien et qu'il n'y a personne pour regarder. La « neutralité » de l'observateur devient un leurre, une impossibilité. Mais nous avons la même observation en psychologie, en ethnologie, en éthologie. Etudier et mesurer permet d'avoir des chiffres... qui décrivent ce qui se passe quand on est là et quand on met en place tel protocole... mais qui ne permettent pas de savoir ce qui se passe naturellement, quand on n'observe pas, quand on ne mesure pas.

Finalement, ayant trouvé la justification de son existence pour combattre l'obscurantisme et permettre des pensées nouvelles, la science a elle-même banni toute pensée qui ne se trouve pas dans ses critères. Elle a fini par produire une autre sorte d'obscurantisme, sans doute moins violent que le précédent, mais ne laissant pas trop de place aux pensées novatrices.

Au moins avec la mécanique quantique, la science se retrouve confrontée à l'inexplicable, à l'incernable, à l'indécidable. Le mathématicien Kurt Gödel en a fait mathématiquement la démonstration, ruinant ainsi tous les espoirs de logiques absolues « démontant » l'univers avec renfort de patience et de forces scientifiques. Cela ne veut

pas dire que la science ne peut rien, mais elle se devra de changer de logique. Gödel nous confronte au fait que certaines vérités ne se démontrent qu'en sortant du système considéré.

« Le calculable et le mesurable ne sont plus qu'une province dans l'incalculable et le démesuré. Et perdre l'Ordre du monde pour les scientifiques [...] est aussi désespérant que perdre Dieu pour un croyant » (Morin-1999, p.160).

Nous avons donc là une révolution de pensée, même dans le monde scientifique, mais qui ne se fait pas sans rechigner... car une remise en cause n'est jamais aisée.

## 11. En sciences humaines et en psychologie

### 11.1. Logiques et théories

**Edgar Morin** dénonce que les lois, les règles, les théories dûment démontrées, ne font que faire entrer la réalité dans leurs théories, bien plus qu'elles ne la décrivent vraiment (1999). Le psychiatre Jean Maisondieu dénonçait aussi que certaines descriptions psychopathologiques ne font que produire ce qu'elles prétendent décrire... citant **Albert Einstein**, il nous rappelle « C'est la théorie qui décide ce que nous sommes en mesure d'observer » (2001, p.52). Puis il ajoute « Si les médecins prévoient d'observer de la démence là où il y a de l'angoisse, ils trouveront de la démence et rien d'autre (*ibid.*).

S'il est un domaine où tout cela est particulièrement important, c'est bien celui de la psychologie. Celui qui étudie la psychologie s'attend à entendre parler de l'humain, de l'individu... en fait, l'université va surtout lui parler de statistiques, de moyennes, de normes, de tests...

La nosographie actuelle listant les psychopathologies (DSM-IV) propose même des mesures précises de moyennes statistiques, permettant de cerner les comportements justes, afin de mieux mesurer les déviations... et de les corriger par des « thérapies appropriées » (chimiques ou psychothérapeutiques). L'individu « différent » risque ainsi rapidement de se retrouver étiqueté comme « malade mental » et de se voir menacé de correction !

Naturellement le problème ne vient que des dérives et des excès. Tout a sans doute sa place et seul un esprit trop partial peut ici causer des dégâts. Mais il y a de nombreux esprits trop partiaux, accrochés à leur certitudes (par peur de sombrer dans l'incertain) ayant probablement oublié (s'ils l'ont connu un jour) le fameux « Je doute donc je suis » de **René Descartes** (« Recherche de la vérité par la lumière naturelle » 1999, p.897-898).

Il semble que certains concepts soient dépassés et doivent être revisités avec une logique totalement différente. Pour ce nouveau mode de pensée, **Edgar Morin** parlera de « dialogique », c'est-à-dire d'une **juxtaposition de logiques qui peuvent être opposées, qui restent distinctes, mais se trouvent être en lien, complémentaires, et faire partie d'un tout complexe**. Il dénonce à ce titre la pensée simplifiante dans laquelle la science s'est fourvoyée, croyant ajouter de la rigueur, mais ne faisant que s'éloigner de la réalité qu'elle prétendait décrire.

## 11.2. Logique classique en psychologie

Cette logique est fondée sur le fait que si nous souffrons psychologiquement, c'est que nous sommes encombrés par quelque chose de mauvais, que nous avons les restes d'un ancien trauma. Il en résulterait une pathologie dont on pourrait venir à bout avec une élimination de ce qui nous encombre ou nous trouble, ou avec une correction des mécanismes erronés qui se sont développés en nous à cette occasion.

Nous ne pouvons pas ne pas remarquer l'analogie de cette conception avec celle, plus métaphysique de l'« âme habitée par le mal », où le salut du « possédé » se fait par l'exorcisme du mauvais esprit qui l'habite, ou par la correction des mauvais comportements à force de contritions, de volonté et de combat intérieur.

Naturellement ces anciens concepts ne font pas partie de la psychologie actuelle, mais l'on sent bien l'empreinte culturelle qui tourne l'esprit, presque malgré lui, de façon à voir ce qu'il observe avec un curieux présupposé affirmant qu'il s'agit de combattre un mal, de corriger une erreur. D'ailleurs la terminologie du DSM nommant « troubles » les pathologies (*desorder* en américain) montrent bien cet apriori correctif d'un mal, d'un désordre, d'un trouble, d'une erreur, d'une déviance.

Or, **une telle logique produit peu de résultat en psychothérapie et peut même se révéler dangereuse**. Il semble inquiétant que certains praticiens ne s'en rendent pas compte et poursuivent en toute bonne foi leur « combat contre le mal » !

C'est un peu comme s'il s'agissait d'une logique d'un autre temps, devenue anachronique à notre époque. Pourtant l'alerte ne vient pas d'aujourd'hui :

**Epictète** (philosophe stoïcien), 50 ans après JC nous dit que ce ne sont pas les choses qui nous blessent mais notre façon de les considérer (Le Manuel, 2006)

**Descartes** (philosophe et scientifique) nous propose de nous mettre continuellement en situation de doute et de nous méfier de la certitude, que plus une chose est subtile moins il y a de chance que beaucoup de gens y aient pensé, que celui qui a appris de ses précepteurs, et ne fait que les suivre, a cessé d'avoir son esprit en éveil (lire sur ce site la publication de novembre 2006 [« René Descartes »](#)).

**Abraham Maslow** (docteur en psychologie) a pointé que nos psychopathologies ne viennent pas d'un « trop de quelque chose », mais d'un « manque », d'une carence et, essentiellement « d'une carence d'humanité » (tout en remarquant que, bien que ce soit ce dont on le plus besoin, c'est aussi ce dont on a le plus peur) [ lire sur ce site la publication d'octobre 2008 [« Abraham Maslow »](#)].

## 11.3. 3 Nouvelle logique nécessaire

La nouvelle logique porte un autre regard sur le symptôme psychologique. Ce dernier ne vient pas du trauma. Le trauma n'en est pas la cause. **Le symptôme ne se produit pas « à cause du trauma »** dont il resterait une trace dans l'inconscient, **mais « spécialement pour garder un lien avec celui que nous étions et qui a vécu le trauma »**.

La logique du « à cause de » invite à trouver du mauvais à éliminer ou à corriger, alors que **celle du « spécialement pour » invite à retrouver une précieuse part de soi en attente de réhabilitation**. D'une logique de l'événement (objet) en tant que cause, nous pouvons aller vers une logique de l'individu (sujet) en tant que source, en tant que raison, en tant qu'origine, en tant que projet. Nous reviendrons un peu plus loin sur ce point fondamental.

Cette nouvelle logique se déroule avec des phénomènes obéissant à une « dialogique », c'est-à-dire à deux pulsions antagoniques se côtoyant avec pertinence dans « le tout » complexe de la psyché. Il s'agit de la pulsion de vie et de la pulsion de survie. La première assure la cohésion des différentes parts de soi, la seconde assure la dispersion, l'éloignement des parts de soi en souffrance pour préserver la psyché d'une charge émotionnelle qu'elle ne pourrait subir sans dommage à ce moment là.

### **11.4. Regard sur la dialogique pulsionnelle**

Le mot « **Dialogique** », est un **terme proposé par Edgar Morin** pour désigner le fait que notre pensée permet à deux ou plusieurs logiques en contradiction ou en concurrence de se côtoyer, et même d'être en lien l'une avec l'autre. De rester **distinctes sans être disjointes**. Quoiqu'opposées ou concurrentes, elles ne peuvent qu'exister ensemble dans un tout complexe, plus vaste, **où elles se soutiennent mutuellement**.

Par exemple, on ne peut étudier d'un côté la **pulsion de vie** et de l'autre la **pulsion de survie**. Bien qu'opposées, les deux sont indispensables l'une à l'autre. La pulsion de survie, en éloignant la part douloureuse de soi, préserve le reste de la psyché d'une émotion qu'elle ne serait pas actuellement capable d'intégrer dans son expérience. La pulsion de vie, elle, fait que « cette part de soi éloignée » ne sera jamais tout à fait perdue (en la gardant dans l'inconscient elle permet à la psyché de ne pas être amputée de soi) et elle donne aussi à la pulsion de survie sa ressource pour fonctionner (ressource vitale sans laquelle elle n'existerait pas). Tout en étant opposées, les deux sont intimement intriquées. Elles œuvrent de concert pour l'équilibre et la maturation de la psyché. Du moins on peut dire que tout se passe « comme s'il en était ainsi ».

Ce qui est intéressant, c'est que cette conception de la psyché permet une approche thérapeutique plus efficace. Cela ne dépend pas tellement du type d'approche utilisée (psychocorporelle, systémique, analytique, gestaltiste, psychodramatique...etc), mais de l'esprit dans lequel elle est mise en œuvre.

Je désigne ce regard, cet état d'esprit, sous le vocable « **maïeusthésie** » (art d'être sensible à l'accouchement du Soi). Même si nous trouvons en maïeusthésie une approche très précise des phénomènes psychiques, et des moyens très clairs d'accompagner ce processus, d'autres approches peuvent aussi le réaliser avec d'autres moyens. Ce ne sont pas tant les moyens mis en œuvre qui donneront le résultat, c'est la logique, la sensibilité, le projet, le regard du praticien, sa façon de concevoir le phénomène psychique.

**Autre exemple de dialogique** : c'est le fait que d'une part un individu n'existe qu'en fonction de ce qui l'entoure (comme cela est particulièrement précisé en Gestalt thérapie [voir sur ce site la publication de mai 2009 « [Gestalt thérapie](#) »]). En effet, un « être

seul au monde » ou « seul dans l'univers » serait-il encore un être ? Qu'en serait-il de lui s'il existait sans la présence d'aucun autre ? Mais en même temps, ces autres qui lui permettent d'être lui (et peuvent avoir à son égard quelques délicatesses), par inconscience ou par concurrence, ont tendance à l'empêcher d'être lui, à le nier, à le combattre, à le contredire, à s'opposer, à le critiquer. **Un être se trouve donc entre le fait de ne pouvoir exister sans les autres, mais aussi à devoir souvent se protéger des autres pour exister.** Ces deux éléments contradictoires coexistent, et bien qu'opposés contribuent à son développement, au fonctionnement complexe d'un tout, dont la logique simple nous échappe et où, pour comprendre, nous devons accepter ces contraires dans notre réflexion, accepter l'aspect complexe (c'est-à-dire intriqué) d'éléments opposés.

Edgar Morin nous rappelle que déjà **Héraclite** nous proposait « Joignez ce qui concorde et ce qui discorde, ce qui est harmonie et ce qui est en désaccord » (Morin 1999, p.167).

Mais même sans aller jusqu'à cette considération dialogique, **un changement de logique est nécessaire pour accéder à une certaine compréhension de la psyché** et œuvrer correctement en termes de communication et en termes d'accompagnement psychologique.

## **12. D'une logique d'objet vers une logique de sujet**

**...ou « De l'objectal vers le subjectal ».** Rappelons-nous que l'objectal c'est ce qui a trait aux objets (les choses) et que le subjectal est ce qui a trait aux sujets (les êtres).

Edgar Morin évoque de façon précise le problème que pose la pensée actuelle : « Mais l'idée que le développement de la connaissance scientifique est un développement entièrement centré sur l'objet par l'évacuation du sujet, cela n'est pas un postulat. C'est un problème d'histoire des idées » (1999, p.84). Il s'agit donc de quelque chose qu'on peut remettre en cause, qu'il est même recommandé de reconsidérer, sans pour autant perdre en rigueur dans sa démarche. Cela peut même conduire à une plus grande rigueur en ce sens que peuvent être pris en compte des aspects jusque là négligés.

Naturellement il ne s'agit pas de se débarrasser de l'objet, mais simplement de cesser de ne considérer que lui, cesser de le mettre toujours au premier plan, cesser de ne mettre que lui dans nos observations, cesser de n'avoir que lui dans notre champ de conscience pour conduire notre réflexion. Ce n'est pas une destruction de l'objet dans notre pensée, c'est simplement une prise en compte du sujet qui peut désormais se retrouver au premier plan, sans nier l'objet pour autant.

### **12.1. L'ère de l'objectal**



Comme nous l'avons vu plus haut, nous sommes sortis de l'obscurantisme moyenâgeux qui interdisait toute pensée nouvelle (souvent sous peine de mort). A l'époque les vérités étaient faites de mythes, de croyances, de métaphysiques.

La science, par sa rigueur, par la séparation de l'observateur et de ce qui est observé, par le fractionnement en éléments plus simples de ce qui est complexe, par l'objectivation méticuleuse (faire de ce qu'elle étudie un « objet d'étude »), par l'expérimentation ou par la vérification empirique... a permis l'émergence d'une pensée nouvelle. Puis, sans s'en rendre compte elle est devenue pourvoyeuse d'un « néo obscurantisme » (Morin- 1999, p.27, 35, 38). La voilà en train de produire ce que jadis elle a combattu : ceux qui ne pensent pas comme elle sont exclus du club de pensée ! Ceux qui ont des intuitions nouvelles doivent se battre pour trouver une place leur permettant de partager leurs idées. Il n'y a plus de risque d'exécution (en tout cas pas chez nous), mais celui d'exclusion ou de rejet est encore bien là.

Naturellement un vrai scientifique n'aura pas la maladresse de considérer comme faux ce qui n'est pas démontré. Il se contentera de dire qu'il ne sait pas et que cela reste dans le champ de la recherche (ou que c'est dans la zone du « non décidable » ou « non démontrable » [notions si bien développées par le mathématicien Kurt Gödel]). Le vrai scientifique ne s'autorisera même pas à dire que ce qui est démontré est vrai : il dira seulement que c'est vrai dans tel contexte et que la recherche reste ouverte si on doit étendre ce contexte. Mais l'ego, le pouvoir, les rêves de toute puissance, font que trop souvent celui qui se prétend scientifique outrepassé ces limites et considère comme faux ou farfelu ce qui sort de son champ d'étude.

Avec le fait d'avoir fusionné les notions de « scientifique » et d'« objectal » nous avons abouti à une ambiguïté particulièrement délicate en sciences humaines : **comment peut-on approcher l'humain en n'étudiant que des objets ?**

La quête d'objectivation a conduit à éloigner du champ de recherche ce qui est subjectif. Or il se trouve que tout ce qui est à prendre en compte en psychologie est d'ordre subjectif et que la recherche sur le mode objectal, en ce domaine, tourne vite en rond.

La psychodynamique freudienne et le langage généralement utilisé en psychologie, parlent d'« objet » pour évoquer l'interlocuteur. Il y a le « sujet » émetteur de libido, qui envoie celle-ci vers le « récepteur », vers l'autre, qui est alors dénommé « objet ». Au point qu'en psychologie, on parlera quelquefois même d'« amour objectal » pour parler de « libido objectale ». Parler « d'amour d'objets » est pour le moins une sérieuse dérive ! D'autant plus que confondre la libido (besoin) avec l'amour (ouverture, considération, générosité) est une embrouille assez étonnante chez des personnes prétendant pourtant étudier le thème avec rigueur.

La logique objectale a envahi notre réflexion, jusque dans les sciences humaines. Il en résulte une grande confusion et, de ce fait, une limitation des avancées.

L'imprégnation est forte. Elle est culturellement implantée. Elle est entrée dans la pensée populaire. Quand je forme des soignants sur l'accompagnement psychologique (relation d'aide), ceux-ci peinent à se départir de cette logique objectale. Ils considèrent plus les problèmes que les gens qui les vivent, ils considèrent plus les soins à réaliser que les gens qui en bénéficient, ils considèrent plus les pathologies qu'ils rencontrent que les gens qui les ont (et cela tout en voulant et en croyant être dans une humanité satisfai-

sante). Je me souviens même d'un médecin me disant toute la peine qu'il avait, ayant été formé à l'objectivation pendant toutes ses études universitaires, à prendre en compte ce qui est subjectif (ce subjectif que, jusque là, il avait justement été formé à négliger pour ne pas s'éloigner de la « réalité »).

Or il se trouve que **la seule réalité qui compte en matière de psychologie est la réalité subjective**. Voilà un grand bouleversement de pensée... un total changement de paradigme (un total changement de ce sur quoi se fonde notre pensée). Jean-Louis Le Moigne nous donne une intéressante définition de « paradigme » (1999, p.40) : « **Les paradigmes, ce sont les principes des principes, quelques notions maîtresses, qui contrôlent les esprits, qui commandent les théories, sans qu'on en soit conscient nous-mêmes** »

Le « paradigme objectal » a imprégné toute notre pensée, rendant parfois même celle-ci hermétique à des concepts simples. Il est même étonnant de constater que des personnes intelligentes et formées à de sérieuses connaissances, peinent à ouvrir leur esprit si on passe de l'objectal au subjectal. Par exemple comprendre clairement qu'en matière d'accompagnement psychologique il convient plus de « reconnaître » que de « solutionner » demande souvent une répétition, des détours d'explications, de nombreux exemples... jusqu'à ce que la notion apparaisse clairement chez l'étudiant ou le stagiaire. Mais même après cela, l'imprégnation objectale est si forte qu'il peut rester une difficulté à changer de mode lors des mises en œuvre spontanées. Le « réflexe objectal » reste souvent quelques temps à l'œuvre et voile les perceptions nécessaires à l'accompagnement psychologique. Des praticiens comme Abraham Maslow, Carl Rogers, Donald Wood Winnicott, Eugene Gendlin, Fritz Perls, Rollo May... ont frôlé et sans doute mis en œuvre ces notions subjectales, mais ils n'ont pratiquement pas théorisé à ce propos et donc beaucoup reste à faire en ce domaine.

## **12.2. Notion de réalité subjective**

Habituellement, dans les fondements inconscients (culturellement inculqués) de notre pensée, la notion de « réalité » rime mieux avec « objectivité » qu'avec « subjectivité ». La notion même de « réalité subjective » peut sembler une sorte d'oxymore, comme si on mettait ensemble des termes contradictoires pour faire un effet de style. Il n'en est rien. **La réalité de la psyché est plus fondée sur la subjectivité que sur l'objectivité.**

Naturellement, nous pourrions débattre sur « qu'est-ce que la réalité ? ». Pour aborder simplement cette question nous noterons qu'il y a « **la réalité des faits** » (l'objectivité à laquelle nous sommes habitués) et il y a « **la réalité des ressentis** » qui nous est plus étrangère dans nos analyses, mais qui est continuellement et intimement vécue. Même si les deux sont reliées, elles restent profondément distinctes.

Le piège de la psychologie est d'avoir voulu objectiver et théoriser ce qui était subjectif. Naturellement il est important de théoriser, car c'est le moyen par lequel on peut partager, transmettre, rendre intelligible à autrui ce dont on a eu l'intuition. Mais cette théorisation aurait dû davantage prendre en compte cette notion de « réalité subjective ». Le secteur de la psychologie qui traite de la **phénoménologie** s'en est occupé

(réalité des choses telles qu'elles sont éprouvées par les sujets), mais le développement en est insuffisant et il n'est pas étonnant que ce domaine de la psychologie ait semblé délicat et complexe à bien des praticiens. D'ailleurs nous n'en avons pas une trace explicitement théorisée. Quand quelqu'un comme **Karl Jaspers** (médecin, psychologue existentiel) nous parle de phénoménologie et d'existential, il théorise peu sur le sujet, même dans son imposante « Psychopathologie générale » (Jaspers, 2000).

En fait, **la réalité subjective, c'est ce qui est éprouvé par le sujet**. Il se trouve que ce qu'il éprouve ne vient pas que de ce qui se passe autour de lui, mais aussi (et même surtout) de la façon dont il le perçoit (comme nous le disait déjà Epictète, 50 ans après JC).

Cela nous fait examiner la vie d'un être de façon complexe, car suite à un événement, on peut dire qu'il n'aurait pas ce vécu si l'événement ne s'était pas passé !... et pourtant, **on ne peut tout de même pas dire que l'événement est la cause de son ressenti !** L'événement, c'est la cause exogène (extérieure), mais il y a aussi une cause endogène (intérieure). Nous verrons plus loin que **ce vécu intérieur induit un projet** qui, plus tard, produira les symptômes psychologiques du sujet. En matière de psychologie, c'est ce qui sera le plus important à prendre en compte. La cause est donc aussi en lui. Ce qui est en lui détermine la façon dont il a éprouvé ce qui s'est passé. Il est évident pour tout le monde que, face à une circonstance analogue, tout individu n'a pas le même vécu éprouvé.

Par exemple, en situation simple, un être aimera un repas dans lequel les mets et les conversations lui rappellent (inconsciemment) les merveilleuses soirées qu'il passait en famille avec ceux qui l'aiment. Au cours du même repas, un autre individu à qui ces mêmes mets et conversations rappellent (inconsciemment) de pénibles instants dans une famille qui ne faisait pas attention à lui... éprouvera un malaise, un inconfort, peut être une forte gêne. Nous trouverons aussi cela dans une situation plus délicate, suite à un événement traumatisant, telle la perte d'un enfant ou une grave maladie. Dans ces cas, telle personne s'effondre et sombre dans l'alcool, telle autre met en place un groupe de parole pour aider ceux qui ont traversé des situations analogues, telle autre trouve une ressource intérieure pour continuer une vie d'une grande richesse, avec de nombreuses subtilités et remises en cause, telle autre met en place une compensation dans des projets professionnels qui l'aident à ne pas y penser (voir la publication [« Résilience »](#) de novembre 2003)

Nous retrouvons ici l'idée de **dialogique** où nous avons en même temps une cause extérieure (ce qui se passe) et une cause intérieure (l'expérience accumulée qui fait que ce qui se passe est vécu de telle ou de telle façon). Les deux se retrouvent en interaction, parfois en opposition, et donnent un ressenti éprouvé

L'idée « exocausale » (cause venant de l'extérieur) domine la pensée actuelle. Cela fait que la psychothérapie raisonne trop souvent en termes de « à cause de » et recherche la zone de trauma pour y apporter réparation, correction ou élimination.

Pire que ça, **est-il si raisonnable de raisonner en termes de causes**, que celles-ci soient exocausales (éléments venant du dehors) ou que celles-ci soient endocausales (éléments venant du dedans, de son propre vécu antérieur, de ses capacités, de ses choix). Nous allons voir dans ce qui va suivre qu'**il n'est même pas forcément juste de raisonner en termes de « causes » et qu'on pourra avantageusement parler plutôt de « sources »** pour évoquer ce qui produit les phénomènes ressentis ou observés. Il ne

s'agit pas de jouer sur les mots, mais d'utiliser les mots justes, pour nommer ce qu'on cherche à nommer. En effet le mot « cause » nous enferme implicitement dans un a priori qui verrouille nos possibilités de réflexion. Nous allons voir pourquoi.

## **13. Logique des sources antérieures et postérieures**

Il s'agit ainsi d'étendre notre regard à propos de ce qui produit ce qui se passe dans la vie d'un être, au niveau de ses ressentis face aux événements, au niveau de ce qui émerge en lui quand il expérimente sa propre vie.

**Il expérimente sa vie en même temps qu'il la produit.** Nous avons là aussi une dialogique qui ne nous permet pas d'examiner la situation sous le seul angle de la causalité, mais doit nous faire tenir compte de plusieurs éléments contraires. L'individu est en même temps confronté à ce qui vient de l'extérieur et à ce qui vient de lui. Puis, concernant ce qui vient de lui, en regardant plus précisément, nous voyons qu'il est en même temps confronté à ce qui l'habite de son passé et à ce qui l'« appelle » dans son futur (projets).

### **13.1. Mieux vaut parler de « sources » que de « causes »**

Quand nous cherchons une cause, nous cherchons dans le passé ce qui est source de ce que nous trouvons aujourd'hui dans le présent. Cette notion de causes à effets, et cet enchaînement quasi déterministe, font que s'il y a eu ceci, nous aurons cela. Une telle idée nous enferme dans une logique inappropriée dans le domaine de la psyché. Ce mode causal est un mode de pensée bien particulier qui a son importance, mais qui ne fonctionne pas vraiment en accompagnement psychologique. Dans le domaine de la psyché, tout se passe non pas comme s'il y avait une cause, mais comme s'il y avait un projet.

Afin de pouvoir parler des **causes** et des **projets** sans les emmêler, nous prendrons le terme plus général de « **source** ». Nous ne dirons plus « qu'est-ce qui est la cause ? » mais « qu'est-ce qui est la source ? ». Le mot « **cause** » **désigne exclusivement une source dans le passé** (source antérieure qui alimente et provoque ce qu'on observe dans le présent) alors que le mot « **source** » **peut aussi bien nommer une origine antérieure que tout autre type d'origine**. Nous aurons ainsi par exemple un « projet », qui finalement devient alors une sorte de « **source dans le futur** » (téléonomique) qui vient plus « tirer le présent vers un accomplissement » que « le pousser vers le futur du fait d'une cause antérieure ». **La cause est propulsive** (pousse vers l'avenir) alors que **le projet est tractif** (tire vers le futur).

**Carl Jung** a un peu évoqué ce principe en parlant du Soi en accomplissement. Selon lui, le Soi potentiellement réalisé « tire » le sujet vers sa propre réalisation (1973, p.462, 457).

La source antérieure (cause) et la source ultérieure (projet) jouent conjointement en association dialogique. Il est dommage qu'on n'ait généralement seulement considéré en psychologie la source antérieure (cause), au détriment de la source ultérieure (projet).

Même si les rôles des deux sources sont plus ou moins intriqués (et fonctionnent en boucle rétroactive), il semble qu'en terme de réalisation il est plus que temps de tenir compte de la source ultérieure.

Nous avons une boucle rétroactive car **ce qui se passe modifie le sujet** quand il le vit, mais aussi **le sujet modifie ce qui se passe** du fait de ses réactions (réactions engendrées par ce qui se passe, mais aussi par son histoire et par ses projets).

L'humain n'est pas seulement propulsé du passé vers le futur, il est aussi tracté par un projet de vie.

Depuis les gamètes jusqu'à l'individu réalisé, il y a une part causale (rencontre des gamètes, capital génétique, circonstances de la vie), mais il y a aussi une part de projet, où l'individu en devenir va se réaliser selon un plan bien déterminé (un embryon d'humain donne bien un humain et non un vers, un oiseau, ou un éléphant). C'est finalement l'association des deux sources (causes et projets), associées aux circonstances de la vie, qui donnera cet individu plutôt qu'un autre. Il serait enfantin de ne tenir compte que de l'unique causalité.

C'est sans doute en réaction à cela que je privilégierai la notion de projet (source ultérieure) afin que malgré notre poids culturel, nous ne passions pas à côté de cet élément majeur.

### **13.2. Le projet « Spécialement pour »**

S'il est vrai que des circonstances de vie peuvent nous avoir bouleversés au point que nous en gardions une trace dans nos comportements et nos ressentis présents, il ne semble pas juste (et en tout cas pas exploitable en thérapie) de croire que nos comportements présents résultent essentiellement de ces circonstances.

Nos comportements et ressentis résultent plus de ce que nous avons fait de ce qui s'est passé, que de ce qui s'est réellement passé. **Ce que nous en avons fait induit en nous un type de projet qui déterminera ce qui se passera ultérieurement**, et il se trouve que c'est ce projet qui jouera un rôle majeur dans la psyché

Ainsi une personne, traumatisée par une circonstance qu'elle ne supporte pas, aura tendance à éloigner d'elle-même cette part douloureuse de soi (**projet de protection de la psyché**). Le sujet ne pouvant intégrer cette part de soi, va la mettre « à part » grâce à sa pulsion de survie, puis sa pulsion de vie la récupèrera dans l'inconscient où elle restera en « garderie » (**projet de protection contre l'amputation de soi**). Cette part de soi y restera jusqu'à ce qu'avec plus maturité, grâce à des symptômes venant l'interpeller, la conscience puisse intégrer cette part de soi jusque là restée à l'écart (**projet de réhabilitation, d'intégration, de réalisation, d'individuation**).

Raisonner en termes de projets permet de mieux comprendre la psyché que de raisonner en termes de causes. Un praticien pourrait parcourir toute la vie de son patient

(ou la lui faire parcourir), et en connaître toutes les circonstances... sans pour autant jamais n'aboutir à rien d'important. Les interprétations qu'il en ferait risqueraient seulement de l'éloigner de la réalité subjective de son patient, et surtout d'empêcher la réalisation de Soi (projet) que ce dernier poursuit inconsciemment avec les symptômes qui sont les siens.

Freud s'est même tellement fourvoyé à ce sujet qu'il considérait les symptômes comme des moyens de dissimulation et non comme des moyens d'accès à Soi (d'ailleurs la notion du Soi lui fut étrangère et il s'arrêta au Moi). Il voyait les symptômes comme une protection contre l'inconscient (un peu stigmatisé comme étant empli de choses sombres et peu avouables), alors qu'on peut les considérer comme un moyen permettant au sujet de se retrouver. Il voyait (fantasmait) ses patients comme supportant les conséquences de leur passé et de leurs pulsions. Les seuls projets qu'il leur accordait étaient des projets liés à leur libido. Il s'est ainsi aveuglé au fait qu'un être met en œuvre des projets pertinents. **Les patients ne se débattent pas avec leur passé, ils tentent simplement de s'accomplir en réunissant « tous ceux qu'ils ont été » au cours de leur vie.**

Les manifestations (symptômes) qui surgissent chez le patient ne se produisent donc pas « à cause de ce qui s'est passé autrefois » (il est vain d'en chercher la cause). Elles se produisent « spécialement pour » une restauration de soi (de cette part de soi antérieurement blessé). Ce projet met en œuvre l'accomplissement de soi (individuation). Un praticien ne peut pas se permettre de négliger cet aspect fondamental, que ce soit en psychothérapie ou seulement en simple accompagnement psychologique (relation d'aide).

## **14. Les deux clés de cette psychologie: le sujet et le projet**

Nous avons là deux axes majeurs pour accompagner notre réflexion dans le domaine de la psychologie et de l'accompagnement psychologique. **Nous pouvons opérer ainsi un changement radical de notre pensée et de notre logique, en nous appuyant désormais sur les notions de « sujet » et de « projet ».**

Nous pourrions tout aussi bien parler d'**être** et de **sens**. L'« être » étant « l'individu » et le « sens » désignant la nature du « spécialement pour » (projet).

Nous venons de voir qu'il est souhaitable d'élargir la notion de source, d'origine, de moteur, et de ne plus se cantonner à l'idée de causalité. La causalité est un enchaînement venant du passé, alors que le sens est un projet en train de se réaliser.

### **14.1. Quand le « sujet » motive notre attention**

Notre attention est habituellement et culturellement captée (pour ne pas dire aspirée) par **l'objet**. Les circonstances, les problèmes, les situations, les psychopathologies... tout cela mobilise une grande énergie et tout notre intérêt.

Or, dans tout cela, **le sujet** se trouve oublié alors que c'est lui qui devrait motiver notre attention. Nous devrions moins être **intéressés** par la situation matérielle ou événementielle qui est la sienne, qu'**attentionnés** envers lui, en train d'éprouver les ressentis qui en résultent.

Si une personne nous dit « C'était vraiment très dur quand j'ai eu cet accident ! ». Notre attention se porte-t-elle vers « l'accident » ou bien vers « celui qui l'a vécu » ? Pour le savoir : sommes-nous portés à lui dire « Que s'est-il passé ? » (attention sur l'événement) ou bien « ça t'a vraiment beaucoup éprouvé !? » (attention sur lui qui l'a vécu).

Quand un soignant va vers un patient, naturellement il fera le soin qu'il doit professionnellement réaliser avec la compétence requise. Hélas, **trop souvent son attention ne se portera pas vers l'être à qui il fait le soin, mais il sera mobilisé par l'acte de soin ou le problème à régler**. Si par exemple le patient ne veut pas prendre un médicament, recevoir un examen ou faire une toilette, toute l'énergie du soignant se mobilisera vers ces « problèmes à résoudre ». **Il ne lui viendra que rarement à l'esprit d'écouter la source pertinente de ces refus ou de ces demandes... et encore moins d'en reconnaître la pertinence**. Il ne pensera qu'à les combattre par la logique et l'argumentation. Quand il y a écoute, ce n'est, hélas, que pour ensuite mieux convaincre. Nous ne trouverons que rarement une réelle reconnaissance du ressenti du patient. (lire sur ce site la publication de juin 2002 [« Le danger de convaincre »](#)).

Or c'est l'individu, le sujet, qui doit motiver notre attention. Quand c'est le cas, **« celui qu'il est » compte plus à nos yeux que « les choses » que représentent les situations, les pathologies ou les soins**. Naturellement, toutes ces choses ne sont ni oubliées ni négligées, mais c'est juste la priorité de ce qui nous motive et nous mobilise qui a été inversée.

Quand un patient dit « je ne veux pas manger » (ou simplement en manifeste le souhait de façon non verbale), **la reconnaissance** de « son souhait de ne pas manger » (et de qui il est en train de le ressentir), compte alors plus à nos yeux que « le fait qu'il mange ou ne mange pas ». N'oubliez pas pour autant qu'on se moque qu'il mange ou non. Simplement le premier pas s'accomplit en direction de l'être et de son vécu, et non en direction du problème alimentaire qu'il pose.

**Quand nous rencontrons une personne en train de pleurer il importe plus d'entendre ses larmes que de les calmer**. Lui permettre de les avoir, le rencontrer avec ce qu'il ressent, lui apporteront plus de réconfort que de vouloir le calmer ou l'apaiser.

Nous aurons la même chose face à de l'agressivité ou de la colère.

**La reconnaissance du sujet et de son ressenti** doivent être prioritaire par rapport à la considération des problèmes à résoudre. Cela produit des résultats profonds, immédiats, et quasi systématiques en termes d'amélioration de son état psychologique. L'avantage est aussi que le problème se règle plus vite et la solution juste apparaît d'autant mieux quand la personne se sent reconnue. C'est toute la problématique de la bientraitance, si l'on veut éviter « l'hospitalisme » (voire publication de août 2007 [« Bientraitance »](#))

## **14.2. Quand le « projet » bénéficie de notre confiance**

Il serait convenable de considérer qu'il n'y a pas un problème à résoudre, une déviance à corriger, ou un mal à combattre... mais plutôt qu'il y a un être avec un projet pertinent qui cherche à réaliser quelque chose de juste.

Le point le plus délicat est de savoir considérer cette justesse. En effet, le plus souvent pour aider autrui, nous sommes construits pour chercher des erreurs à corriger et des maux à combattre. Dans le cadre de l'aide psychologique, une toute autre logique s'impose : **trouver la pertinence à reconnaître**.

Voici ci-dessous quelques **exemples de pertinences**. Naturellement, les pertinences peuvent aussi être d'une autre nature, ce ne sont que des exemples :

- **Par exemple une personne phobique de l'eau** est en train de garder une sorte de contact, de lien, avec celle qu'elle fut un jour, et qui a vécu une souffrance insurmontable à propos de l'eau. Elle garde ce contact afin d'un jour pouvoir réhabiliter cette part de soi, que sa pulsion de survie a dû maintenir à l'écart. La reconnaissance de cette pertinence lui permet d'accomplir cette réhabilitation.

- **Par exemple une personne âgée qui ne veut plus manger** car elle ne veut plus vivre. Elle ne veut plus vivre car elle a la sensation de ne plus servir à rien. Elle ne veut plus embêter les autres sans rien pouvoir faire pour eux en retour. La reconnaissance de cette pertinence lui permet de retrouver une dignité, une existence, une place lui permettant d'avoir encore envie d'être là. Si au contraire on la contredit, croyant la reconforter (« Mais non il ne faut pas dire ça on est très content de vous aider ! »), on ne fait que conforter sa détresse en la niant et en affirmant, sans s'en rendre compte, que ce qu'elle sent ne compte pas à nos yeux, qu'elle n'existe déjà plus.

- **Par exemple une personne Alzheimer qui perd ses facultés cognitives**, tentant ainsi d'échapper à la peur de la mort et à un effondrement de son identité. Le fait de reconnaître sa peur et d'entendre sa blessure concernant son identité, lui restaure une place, la sort d'une certaine solitude, et lui permet de ne plus avoir besoin d'évoluer vers une extinction de son intellect. Trop souvent les autres ne savent plus la voir comme une personne, et ne perçoivent plus qu'un malade ou un vieux (voir à ce sujet sur ce site la publication de décembre 2009 « [La maladie d'Alzheimer](#) »). Il importe ici de comprendre que la restauration de l'identité (reconnaissance du vécu et des ressentis) ne peut être confondue avec une restauration de l'ego (compliments, gratifications superficielles).

- **Par exemple une jeune fille anorexique** qui ne mange pas afin de tenter de retenir le développement de son corps, afin de ne pas vraiment devenir une femme. Cela lui permettant d'éviter les problèmes que semble poser le fait d'être femme. Il ne s'agit pas tant de combattre le fait qu'elle ne mange pas que de reconnaître en quoi il est fondamental pour elle de se préserver d'avoir un corps de femme (voir sur ce site la publication de juillet 2006 « [Anorexie](#) », avec le cas Lucie).

## **15. La logique d'une rencontre exceptionnelle**

Ce serait un leurre de penser qu'il y a le praticien observateur « agent soignant » et le patient observé « passif, subissant », juste exposé à la compétence du praticien. En réalité, les deux sont continuellement en interaction, et croire à la fameuse « distance thé-



rapeutique » pour une meilleure neutralité du soin psychique est un leurre. Comme le proposait Carl Rogers dans le Counseling, ils sont tous deux à la fois distincts mais en positions équivalentes, et leurs vécus de la séance sont profondément intriqués, interdépendants.

Cela nous conduit au fait qu'un praticien ne peut correctement s'occuper de l'autre s'il n'est pas au moins un peu conscient de lui-même.

### **15.1. Les « deux sujets » en présence**

En psychologie, il ne peut y avoir un praticien « agent du soin » et un patient « objet de soin ». Si cela semble une évidence tant mieux, mais il importe de le rappeler : **nous avons deux sujets en présence.**

**Le patient ressent des choses, le praticien ressent des choses.** C'est la présence du praticien qui permet la situation thérapeutique, et cette présence ne peut se concevoir sans que le praticien ne ressente quelque chose face à son patient. La question est de savoir « que ressent-il ? ».

Il se trouve que **ce qu'il ressent dépend de « vers où il tourne son attention »**. Tourne-t-il son attention vers un être à rencontrer, ou bien vers un problème à résoudre ? Est-il motivé par le sujet à rencontrer ou par la pathologie à guérir ?

S'il est mobilisé par le problème à résoudre, par la pathologie à guérir, par les circonstances douloureuses de vie à retrouver... il aura naturellement le visage et l'expression de quelqu'un qui voit des problèmes. Il sera alors grave, lourd, préoccupé. Le patient voyant cela se sentira source de lourdeur chez le praticien et se crispera naturellement, hésitant à se montrer davantage... vu l'effet qu'il produit sur celui-ci !

Si le praticien est motivé par la rencontre du sujet, du sujet présent mais aussi « de ceux qu'il a été dans sa vie » et qu'il va lui présenter, il a naturellement le visage, l'expression, de quelqu'un qui fait une rencontre. Voilà son ressenti : non seulement il n'a aucune gravité, mais il manifeste la simplicité d'une réjouissance éprouvée lors d'une rencontre. Cette expression du praticien est un réel encouragement pour le patient qui, voyant qu'il produit un effet positif, n'hésite pas à se montrer un peu plus... donc à se rencontrer lui-même un peu plus.

### **15.2. L'art de se sentir touché**

Pour cela, le praticien accepte **d'abandonner l'idée de distance** (même de « bonne distance » ou de « bonne proximité »). **Il accepte d'être « touché » par la présence de son patient.** Rappelons-nous que le mot « empathie » était à l'origine le « Einfühlung » de Theodor Lipps et Sandor Ferenczi (où « Fülhen » en allemand signifie « tact psychique », comme « feeling » en anglais).

« Être touché » ne signifie pas « tomber dans l'affectivité ». On est affecté quand on regarde un problème, on est touché quand on rencontre quelqu'un.

**C'est justement parce que le praticien se sent touché que le patient émerge et se sent reconnu.** Ils sont distincts, mais en contact, et de la rencontre émerge un moment

thérapeutique. Ils sont distincts (ce que sent l'un n'est pas ce que sent l'autre) mais ils ne sont surtout pas distants !

Quand au contraire le praticien se sent affecté, le patient recule, se cache, dissimule.

**Si pour éviter d'avoir l'air affecté le praticien se « neutralise »**, pour maintenir le leurre, il se rigidifie, joue quelque chose qui n'est pas lui. Le patient n'a plus alors le goût d'aller vers lui-même, en étant face à quelqu'un qui n'existe pas. C'est comme s'il était seul ou abandonné.

« Être touché, c'est « être en vie ». C'est faire une rencontre. C'est toucher la vie. C'est être touché par la vie. C'est un moment de « réjouissance », car pour un humain qui est un humain, être touché par la vie est un moment d'exception. Bien évidemment, tout comme le patient, le praticien est avant tout un humain.

**Ce moment d'exception est cependant un moment simple**, car c'est juste un moment de rencontre. **Il serait erroné de l'idéaliser**. Il est profondément simple, mais en même temps source d'une profonde **réjouissance**, comme face à une justesse, comme simplement face à la vie en accomplissement, comme face à quelqu'un qu'on est content de voir, comme face à quelqu'un qui vous accorde le privilège de le rencontrer, comme face à quelqu'un qui se révèle sous vos yeux... et même comme face à quelqu'un qui vous accorde le privilège d'être présent à sa naissance, à son émergence de Soi.

Pour plus de détails, voir sur ce site la publication de décembre 2007 [« Le positionnement du praticien »](#)).

## **16. Pour conclure**

Résumons les points abordés dans ce document concernant un changement de logique chez celui qui souhaite améliorer sa capacité d'accompagnement psychologique des personnes dont il s'occupe. Que celui-ci soit un soignant, un travailleur social, un éducateur, un psychothérapeute, un psychologue, un psychanalyste, un psychiatre, un pédopsychiatre...etc., il aura avantage à se pencher sur ces différents points.

### **16.1. Passer de la logique d'objet à la logique de sujet**

Si vous voulions parler de façon sophistiquée, mais très juste, nous pourrions dire que nous passons d'un paradigme objectal à un paradigme subjectal. En mots courants (mais moins précis) nous dirons que nous passons d'un mode de pensée basé sur l'objet (quelque chose) à un mode de pensée basé sur le sujet (quelqu'un).

### **16.2. Passer de la logique de problèmes à celle de sens**

De la même façon, nous pourrions dire que nous passons d'un paradigme de « problèmes à résoudre ou de désordre à corriger » à un paradigme de « sens à révéler ou d'ordre en marche à accompagner ». En mots plus simples, nous dirons que nous passons d'un mode de pensée qui ne faisait que s'orienter vers les problèmes à résoudre ou les désordres à corriger, à un mode de pensée qui est orienté vers le sens, vers une réa-

lisation en cours, vers une individuation en accomplissement, vers un être en train de venir au monde avec des processus pertinents qu'on prendra soin d'accompagner et non d'entraver.

### **16.3. Passer de la logique de distance à celle de contact**

Nous pourrions dire aussi que nous passons d'un paradigme de la distance juste à établir (positionnement ultra « professionnel » quasi dogmatique) au paradigme d'un contact à établir, ou plutôt à laisser s'établir naturellement (positionnement réellement professionnel, **qui est un état d'ouverture et non une situation de lien**). Au lieu d'être distants, le praticien et le patient, **restent en contact, tout en étant tout à fait distincts**. En fait, nous cessons tout simplement là de confondre « distinct » et « distant », au point que le contact puisse s'établir sans risque.

### **16.4. Passer de la logique de solution à celle de reconnaissance**

Nous passons aussi d'un paradigme du problème à résoudre, à un paradigme du ressenti à reconnaître. Jusque là, la plupart du temps, face à une souffrance psychologique, le projet du praticien est d'apporter un apaisement. Or le mode de pensée à adopter est à l'opposé : avoir pour projet une reconnaissance du ressenti (et non l'apaisement de celui-ci). En effet, vouloir apaiser augmente le mal être que l'on cherche à calmer.

### **16.5. Intégrer la dialogique « pulsions de vie - pulsion de survie »**

A cela nous ajouterons le fonctionnement dialogique des pulsions de vie et de survie. Elles répondent à des **logiques opposées, et pourtant fonctionnant ensemble, en synergie, et en complémentarité**. Il s'agit donc pour le praticien de tenir compte simultanément de leurs deux rôles antagoniques et d'en accompagner le déroulement pertinent.

### **16.6. Intégrer la dialogique « connaissance - non savoir »**

Accéder à la dialogique « Connaissance-Non savoir » est un point délicat, méritant une publication à lui tout seul (voir sur ce site la publication d'avril [2001 « Le non savoir source de compétence »](#)). **Le praticien et le patient sont distincts, le praticien ne peut rien savoir réellement du patient sans passer par lui... et pourtant il ressent plein de choses à son sujet (qui ne sont pas des projections)**.

Cependant il se gardera toujours d'interpréter, et ne fera que demander au patient ce qu'il en est pour lui, sans pour autant induire quoi que ce soit. Cela demande du doigté.

té, un bon usage du langage, un grand respect de l'autre, et une conscience suffisante de soi.

Quand Carl Rogers parlait de « présence », il évoquait quelque chose de ce genre. Il estimait qu'il s'agit de quelque chose de fondamental. Voilà la description qu'il en donnait : « J'ai l'impression, que mon esprit est entré en contact avec celui de l'autre, que notre relation se dépasse elle-même et s'intègre dans quelque chose qui la transcende et qu'advient alors, dans toute leur profondeur, l'épanouissement, le salut et l'énergie » (Rogers, 2001, p.168-169)<sup>3</sup>

Nous avons là une proximité où nous voyons en même temps se côtoyer le fait de ne pas savoir, et le fait de ressentir, de connaître, de rencontrer.

### **16.7. Quand le praticien est-il prêt ?**

En réalité, il n'y a rien de compliqué dans tout cela. Ce qui est surprenant, c'est que la plupart du temps ce qu'il y a à faire est très simple. Par exemple dire à quelqu'un qui a de la peine et qui est en larmes « c'est vraiment trop dur pour toi !? » n'est pas bien sorcier (voir sur ce site la publication de novembre 2002 « [Reformulation](#) »). Cet assemblage de « reconnaissance » affirmative, et d'attitude de « non savoir » interrogative, donne de la douceur, de la justesse et accomplit un réel apaisement (sans pourtant qu'on ait un projet d'apaisement). **Le plus compliqué ne tient pas dans les éléments théoriques abordés ici, mais simplement dans le changement de logique qui conduit à un mode de pensée auquel on n'est pas habitué.**

Pour être prêt, le praticien n'a pas d'autre alternative que se mettre à l'œuvre. Il doit avoir un minimum de connaissance, et avoir accompli un minimum de lucidité à son propre sujet... mais il ne sera vraiment prêt qu'en commençant à accompagner autrui.

Donald Wood Winnicott met en dédicace dans son ouvrage *Jeu et réalité* (1975) « merci à tous ces patients qui ont payé pour m'instruire ». Nous comprenons ici tout à fait son propos.

Si le praticien a suffisamment d'humilité, les personnes dont il s'occupera pourront bénéficier de son accompagnement, tout en l'éclairant sur toutes ces notions que nous avons évoquées ici. Ayons bien présent à l'esprit que même si les patients ne connaissent pas consciemment ces notions...ils les vivent pleinement.

Thierry TOURNEBISE

---

<sup>3</sup> Cité dans le très intéressant article de André Botteman (écrit à l'occasion du centenaire de Rogers), qui rapporte de nombreux propos de Brian Thorne, un de ses derniers disciples (Botteman, 2004)

## **Bibliographie**

**Abric, Jean-Claude**

-*Psychologie de la communication* -Armand Colin, Paris 1999

**Allport, Gordon**

- *Psychologie existentielle* – Editions Epi, 1971

**Botteman, André**

-*Un testament de Carl Rogers*- Revue francophone internationale Carriérologie, 2004 (Volume 9, numéro 3)

**Bruner Jerome**

-*Car la culture donne forme à l'esprit* - Gehorg Eshel, Genève 1997

**Descartes, René**

- *Descartes, Œuvres Lettres - Règles pour la direction de l'esprit – La recherche de la vérité par la lumière naturelle – Méditations – Discours de la méthode* « Bibliothèque de la Pléiade » Gallimard – Lonrai, 1999

-Le discours de la méthode - GF Flammarion 2000

**Epictète**

-*Manuel* – Nathan, 2006

**Gendlin, Eugène**

-*Focusing, Au centre de soi* – Editions de l'Homme, 2006

**Feil, Naomi**

-*Validation mode d'emploi*- Pradel, 1997

**Freud, Sigmund**

- *Les névroses, l'homme et ses conflits* – Tchou, 1979

**Jaspers, Karl**

-*Psychopathologie générale* -PUF Bibliothèque des introuvables, Paris 2000

**Jung, Carl Gustav**

-*Ma vie, souvenirs rêves et pensées*- Gallimard Folio, 1973

**Lao Tseu**

-*Tao Te King* -Editions Dervy, Paris 2000

**Le Moigne, Jean-Louis - Morin, Edgar**

-*Intelligence de la complexité* – L'Harmattan, 1999

**Lyubomirsky Sonja**

-*Comment être heureux... et le rester* – Flammarion 2008

**Maisondieu, Jean**

-Le crépuscule de la raison – La maladie d'Alzheimer en question – Bayard 2001

**Maslow Abraham**

-*Devenir le meilleur de soi-même* – Eyrolles, 2008

-*Psychologie existentielle* – Editions Epi, 1971

**Morin, Edgar – Le Moigne, Jean-Louis**

-*Intelligence de la complexité* – L'Harmattan, 1999

**May, Rollo**

- *Psychologie existentielle* – Editions Epi, 1971

**Noble, Denis**

-*La musique de la vie, la biologie au-delà du génome* - Seuil 2007

**Nollet, Daniel**

-*Manuel de thérapie comportementale et cognitive* – Dunod, Paris 2004

**Mucchielli, Roger**

-*L'entretien de face à face dans la relation d'aide* - ESF, Issy les Moulinaux 2004

**Ouanounou, Jacob**

-*La clé des temps* – Edilivre 2008

**Preretti (de) André**

-*Présence de Carl Rogers*- Erès, 1997

**Rogers, Carl**

-*Le développement de la personne* – Interéditions, 2005

-*La relation d'aide et la psychothérapie* – ESF 1996

-*Psychologie existentielle* – Editions Epi, 1971

**Thrin Xuan Thuan**

-*La mélodie secrète de l'univers*- Folio essais Gallimard 1991

- *Le monde s'est-il créé tout seul ?* – Albin Michel, 2008

**Tournebise Thierry**

-*Le grand livre du psychologue* -Eyrolles 2011

-*De l'attraction à l'amour* -L'harmattan 2010

-*L'art d'être communicant* - Dangles, 1995-2008

-*L'écoute thérapeutique* - ESF 2001-2005-2009

-*Chaleureuse rencontre avec soi-même* - Dangles, 1996

**Veldman, Frans**

Haptonomie, science de l'affectivité – PUF, Paris 198

**Winnicott, Donald Wood**

-*Jeu et réalité* - Folio Gallimard 1975

-*Citations de publications du site de Thierry Tournebise :*

[Le mythe de la transaction](#) Aout 2000

[Les pièges de l'empathie](#) » Novembre 2000

[Eclairer sans produire d'ombre](#) décembre 2000

[Passion](#) février 2001

[Le non savoir source de compétences](#) avril 2001

[l'Assertivité](#) septembre 2001

« [Le danger de convaincre](#) » juin 2002

« [Reformulation](#) » novembre 2002

- [Humaniser la fin de vie](#) avril 2003  
[« Résilience »](#) de novembre 2003  
[Communication thérapeutique »](#) avril 2004  
[Ne plus induire de culpabilisation chez les patients ou les parents](#) novembre 2004  
[Libido, amour et autres flux](#) mars 2005  
[le ça, le moi, le surmoi et le soi](#) novembre 2005
- [« Anorexie »](#) juillet 2006  
[René Descartes](#) Novembre 2006  
[Le Focusing - Eugène Gendlin](#) Juillet 2007  
[Bientraitance](#) août 2007  
[Le positionnement du praticien](#) décembre 2007  
[Psychopathologie »](#) avril 2008
- [« Abraham Maslow »](#) d'octobre 2008
- [« Gestalt thérapie »](#) mai 2009  
[« La maladie d'Alzheimer »](#) décembre 2009

## **Présentation du Pack « Praticien »**

J'ai réuni dans ce pack mes publications en ligne concernant certains fondements de l'accompagnement psychologique. Ces publications sont toutes librement consultables sur mon site internet, mais elles sont ici rassemblées en un document synthétique hiérarchisé, paginé pour être imprimé recto-verso afin d'occuper un moindre volume. Pour y naviguer plus aisément, ce document contient aussi une table des matières et un rappel du chapitre en cours dans chaque haut de page.

Vous y trouverez la communication thérapeutique (relation d'aide et psychothérapie), le positionnement du praticien et la validation existentielle, assorties de l'importance de la non-culpabilisation du patient ou de ses proches, ainsi que de celle de non-savoir, qui est un incontournable préalable à toute écoute de qualité.

Vous trouverez dans deux autres packs les mises en œuvre en diverses situations :

1-Dans le pack « Psychopathologie » vous trouverez des précisions sur la psychopathologie (nosographie, sémiologie, étiologie, pathogénèse), sur la compréhension des notions psychodynamiques (ça, moi, surmoi et Soi), sur des notions comportementales ou cognitives (TCC), sur des notions psychocorporelles, et surtout sur des notions existentielles. S'y trouvent également des mises en œuvre concrètes auprès de sujets souffrant de dépression, suicide, alcoolisme, anorexie, déni de grossesse... etc.

2-Dans le pack « Gérontologie » sont réunies les mises en œuvre auprès des personnes âgées et dans les situations de fin de vie ou de pathologies lourdes. Vous y trouverez des éléments essentiels sur les notions de bientraitance.

Ces documents ne prétendent en aucun cas couvrir tout le sujet mais ils donneront aux professionnels (ainsi qu'aux amateurs éclairés) d'importantes précisions, nécessaires à une qualité d'accompagnement psychologique.

C'est dans cet esprit de délicatesse, de profondeur, d'humanité et de qualité des soins psychologique, que j'ai réuni ces quelques textes. Je vous en souhaite une savoureuse lecture... et que vous trouviez autant de plaisir à les lire que j'en ai eu à les écrire.