

-Pack 2- Psychopathologie

Thierry TOURNEBISE

Article présent dans le pack (année)

Psychopathologie (2010)

Résilience (2010)

Le ça, le moi, le surmoi, le Soi (2010)

Libido, amour et autres flux (2010)

Dépression et suicide (2010)

Aider le malade alcoolique (2010)

Anorexie (2010)

Déni de grossesse (2010)

La mère et l'enfant (2010)

Fausse couche (2011)

Ménopause (2011)



Publication **Février 2011**

Table des matières

à lire avec le pack praticien 1

Présentation du Pack « Psychopathologie »	1
Psychopathologie Synthèses et ouvertures	3
1. Répertoire et organiser	7
1.1. Nommer	7
1.2. Classer	7
2. Concernant les causes.....	8
2.1. Psychiques ou physiques	8
2.2. La « psychologisation sauvage »	9
2.3. Eviter l'excès psy	9
2.4. Risque de l'excès somatique	11
3. Symptômes (sémiologie) et processus (pathogénèse)	12
3.1. Inversion de sens	12
3.2. Trois types de psychopathologie	12
3.3. Névroses	13
3.4. Psychoses	14
3.5. Etat limite ou borderline	14
4. Les sources (étiologie)	15
4.1. Quelques étapes	15
4.2. Etude des sources pathogènes (étiologie)	16
5. Les excès de l'interprétation sexuelle	22
5.1. La problématique diagnostique	22
5.2. Présupposés encombrants	23
6. Regard maïeusthésique	25
6.1. Sur la sémiologie	25
6.2. Sur l'étiologie	26
6.3. Sur la pathogénèse (ou plutôt « sémiogénèse »)	28
7. Conclusion	30
Résilience Intégration réelle et compensations	33
1. Définition r	37
1.1. Modes et contresens	37

1.2.	<i>Rapport entre le présent et le passé</i>	37
1.3.	<i>Boris Cyrulnick</i>	37
1.4.	<i>Conséquences d'un traumatisme "spécialement pour" ou "à cause de"?</i>	38
2.	Entre mauvais et précieux	39
2.1.	<i>Distinguer le fait historique et l'être qui le vit</i>	39
2.2.	<i>Ce qui reste dans le présent</i>	40
2.3.	<i>Une fracture en attente de soin</i>	40
2.4.	<i>Place de la résilience dans ce phénomène</i>	40
3.	Les sources du mot "résilience"	41
3.1.	<i>Étymologie</i>	41
3.2.	<i>Physique, biologie, industrie</i>	41
3.3.	<i>En Psy</i>	42
4.	Un contrat plus précieux qu'il n'y paraît	42
4.1.	<i>L'illusion de nuisance</i>	42
4.2.	<i>Nature et noblesse du contrat intime</i>	43
4.3.	<i>Le coût de l'évitement</i>	44
4.4.	<i>Résilience ou conciliation ?</i>	44
5.	Types de stabilité suite à un choc	45
5.1.	<i>D'abord l'expérience du choc</i>	45
5.2.	<i>La stabilité réelle</i>	45
5.3.	<i>La stabilité temporaire forte</i>	46
5.4.	<i>La stabilité temporaire faible</i>	47
6.	Pour favoriser la conciliation	48
6.1.	<i>Importance du choc et importance de l'événement</i>	48
6.2.	<i>Un grand espoir de mieux être</i>	49
6.3.	<i>La médiation incontournable</i>	49
7.	Un projet d'équilibre toujours préservé.....	50
7.1.	<i>Dans tous les cas le projet d'équilibre reste actif</i>	50
7.2.	<i>Mécanisme de mise en attente</i>	51
7.3.	<i>Mécanisme de rappel automatique</i>	52
7.4.	<i>L'opportunité de réhabilitation</i>	54
8.	Sources et ressources intérieures	56
8.1.	<i>Générateur de vides : Réflexe de mise à distance</i>	56
8.2.	<i>Générateurs de «faux pleins» : Compensations salutaires</i>	56
8.3.	<i>Révéléateur de vide: La Déprime «visibilité du vide»</i>	57

8.4.	<i>Générateur de plénitude : La réhabilitation</i>	57
8.5.	<i>Une ressource réciproque</i>	57
9.	Résilier n'est pas réhabiliter	58
9.1.	<i>Le piège d'une attitude guerrière</i>	58
9.2.	<i>Tendresse et reconnaissance envers celui qui a souffert</i>	58
9.3.	<i>La vie et l'énergie</i>	59
9.4.	<i>Les précieuses retrouvailles</i>	60
10.	Temps de résilience	60
10.1.	<i>Avoir bouclé son temps de résilience</i>	60
10.2.	<i>TEMPS DE CONCILIENCE</i>	60
10.3.	<i>Les étapes vers la concilience</i>	60
11.	Pour conclure.....	61

Le ça, le moi, le surmoi et le Soi 63

1.	Regards sur la psyché.....	67
1.1.	<i>Théories et thérapies</i>	67
1.2.	<i>Sources psychanalytiques</i>	68
2.	Le ça	68
2.1.	<i>Précisions sémantiques</i>	68
2.2.	<i>Le Ça, une source</i>	69
2.3.	<i>La libido, un flux</i>	69
3.	Le moi.....	70
3.1.	<i>Précisions sémantiques</i>	70
3.2.	<i>Un préalable narcissique</i>	71
3.3.	<i>Incompréhension sur la narcissisation</i>	71
3.4.	<i>La naissance du Moi</i>	73
3.5.	<i>Profit et manque de discernement</i>	74
4.	Le Surmoi.....	74
4.1.	<i>Précisions sémantiques</i>	74
4.2.	<i>Idéal du Moi (fondement du Surmoi)</i>	74
4.3.	<i>Une prothèse de conscience</i>	75
4.4.	<i>Une correction régulatrice aveugle</i>	75
4.5.	<i>Débridage dangereux</i>	75
5.	Le Soi	76
5.1.	<i>Précisions sémantiques</i>	76

5.2.	<i>Sources et projets (intuition existentielle de Freud)</i>	79
5.3.	<i>Les deux sources</i>	80
5.4.	<i>Un tout en devenir</i>	81
5.5.	<i>Constitution de la psyché</i>	81
5.6.	<i>Pulsion de vie et pulsion de survie</i>	82
5.7.	<i>Pourquoi intégrer ce qui a été douloureux ?</i>	83
6.	Equilibre des deux flux.....	84
6.1.	<i>Structure psychique, Vie et Energie</i>	84
6.2.	<i>L'écoulement libidinal : flux d'énergie</i>	85
6.3.	<i>L'écoulement existentiel : flux de vie</i>	85
6.4.	<i>Une régulation inconsciente mais lucide</i>	86
6.5.	<i>Un tout réalisé</i>	87
7.	Objectal et Existentiel.....	87
7.1.	<i>Le monde des objets</i>	87
7.2.	<i>Le monde des sujets</i>	89
7.3.	<i>Situations concrètes de la vie, entre le Moi et le Soi</i>	90
7.3.1.	Exemples de débuts de situations:.....	90
7.3.2.	Rôle du Moi et du Soi dans l'exemple d'une situation phobique.....	92
7.4.	<i>Psychothérapie et psychodynamique</i>	93
7.5.	<i>Synthèse</i>	94
8.	Annexe	95
8.1.	<i>Les 4 éléments et leurs conséquences</i>	95
9.	Annexe 2.....	97
9.1.	<i>Evolution du Soi et du Moi dans une vie</i>	97
9.2.	<i>Individuation réussie</i>	97
9.3.	<i>Individuation manquée</i>	98

Libido, amour et autres flux 99

1.	Flux et thérapies	103
1.1.	<i>Cinq types de flux</i>	103
1.2.	<i>Quatre types de thérapies</i>	103
1.3.	<i>Détails du flux libidinal</i>	104
1.3.1.	Une énergie à dépenser	104
1.4.	<i>Un incontournable écoulement</i>	105
1.5.	<i>Un flux captatif</i>	105
1.5.1.	Source et nature de l'énergie libidinale.....	106
1.5.2.	L'amour n'y est que potentiel.....	106

1.6.	<i>Détails du flux de vie (existentiel)</i>	106
1.6.1.	L'amour différent de la libido	106
1.6.2.	Un flux oblatif	107
1.7.	<i>Différencier vie et énergie</i>	107
2.	Mécanismes psychodynamiques.....	108
2.1.	<i>Innovation de Freud</i>	108
2.1.1.	Rééquilibrage libidinal (énergie et animalité).....	108
2.1.2.	Le risque d'un parti pris.....	109
2.2.	<i>Du moi à l'objet</i>	110
2.2.1.	Libido narcissique (vers le moi)	110
2.2.2.	Libido objectale (vers un objet).....	110
2.3.	<i>Écoulements contrariés</i>	110
2.3.1.	Exemples d'astuces inconscientes.....	110
2.4.	<i>Névroses et psychoses</i>	111
2.4.1.	Névrose de transfert	111
2.4.2.	Psychose.....	112
3.	Mécanismes existentiels.....	113
3.1.	<i>Sexualité: différence amour/libido</i>	113
3.1.1.	Au masculin	113
3.1.2.	Au féminin	114
3.1.3.	L'incompréhension résultante.....	114
3.1.4.	Une expérience explicite	115
3.2.	<i>De la libido vers l'amour</i>	115
3.2.1.	Libido (flux énergétique)	115
3.2.2.	Amour (flux existentiel).....	115
3.3.	<i>Rééquilibrage existentiel maïeusthésique</i>	116
3.3.1.	Nouvel axe: pulsions de vie et de survie	116
3.3.2.	Deux zones du Soi, pulsions en conflits.....	117
4.	Mécanismes cognitivo comportementaux	119
4.1.	<i>Comportementalisme: Flux d'actions</i>	119
4.2.	<i>Cognitivism: Flux de Pensées</i>	120
4.3.	<i>Sources et mémoires</i>	120
4.3.1.	La mémoire à court terme (MCT).....	120
4.3.2.	La mémoire à long terme (MLT).....	121
4.4.	<i>Les nœuds émotionnels</i>	122
4.4.1.	Le questionnement maïeusthésique	122
4.5.	<i>Moyens thérapeutiques</i>	123
4.5.1.	Thérapies comportementales	123
4.5.2.	Thérapies cognitives.....	124
4.6.	<i>Mesures et classements scientifiques, mais...</i>	125
4.6.1.	Précision des mesures, et flou des outils	125
4.6.2.	Le DSM	126
4.7.	<i>Humanisme et cognitivism</i>	127
4.7.1.	TCC et analytique	127

4.7.2.	Jérôme Bruner	127
5.	Mécanismes psychocorporels	128
5.1.	<i>Les mémoires du corps</i>	128
5.1.1.	Stockage dans le « mémorial corporel »	128
5.1.2.	L'accès par le corps.....	128
5.1.3.	L'incrustation musculaire des névroses	129
5.2.	<i>Les émotions et la bio-énergie</i>	129
5.2.1.	Circulation du flux émotionnel	129
5.2.2.	Les cycles émotionnels	129
5.3.	<i>Moyens thérapeutiques</i>	130
5.3.1.	Emergence du noyau du vivant	130
5.3.2.	Actions visant à la libération de l'énergie.....	130
5.4.	<i>Mode d'action</i>	130
5.4.1.	A la fois cathartique et intégrative	130
5.4.2.	La catharsis (élimination)	130
5.4.3.	Le principe d'intégration (émergence, rencontre et assimilation)	131
5.4.4.	Analogie maïeusthésique	132
6.	En conclusion: Complémentarités.....	132
6.1.	<i>Rappel des quatre approches.</i>	132
6.1.1.	Psychanalyse, psychodynamique	132
6.1.2.	Maïeusthésie	132
6.1.3.	Comportemental et cognitif	133
6.1.4.	Psycho corporel	133
6.2.	<i>Synthèse</i>	134
6.2.1.	Des flux en interactions.....	134
6.2.2.	Vers plus de fluidité.....	135
6.2.3.	Du libidinal à l'existentiel	136
6.2.4.	Remarque sur la psychologie existentielle	136

Dépression et suicide **139**

1.	Un mal sous estimé.....	143
1.1.	<i>Juste avant l'été</i>	143
1.2.	<i>Plus de morts qu'avec la route et le sida réunis</i>	143
1.3.	<i>Grande détresse et santé publique</i>	143
2.	La dépression et les suicides	144
2.1.	<i>Omniprésente</i>	144
2.2.	<i>Un mal ordinaire</i>	144
2.3.	<i>Une douleur extrême</i>	144
3.	Qu'est-ce que la dépression ?	145
3.1.	<i>D'abord un phénomène naturel</i>	145
3.2.	<i>Un arrêt de l'antagonisme entre la vie et l'énergie</i>	145
4.	Facteurs d'aggravation	146

4.1.	<i>La non-communication</i>	146
4.2.	<i>Situation présente insupportable</i>	147
4.3.	<i>Mal de vivre "sans raison"</i>	147
4.4.	<i>Dépendances</i>	148
5.	Plusieurs degrés dans la TS	148
5.1.	<i>Un désir passif de ne plus vivre</i>	149
5.2.	<i>Un appel au secours</i>	149
5.3.	<i>Quand l'acte est "réussi"</i>	149
6.	Mieux aider après une TS.....	150
6.1.	<i>Urgence physique et premiers mots</i>	150
6.2.	<i>L'aide et l'accompagnement</i>	150
6.3.	<i>Les attitudes dangereuses</i>	152
7.	Pour mieux aider avant !.....	152
7.1.	<i>Développer la culture de l'écoute de soi</i>	152
7.2.	<i>"Être positif" dans le sens de "Ne pas nier"</i>	153
7.3.	<i>Comprendre le sens des troubles psychologiques</i>	153
8.	Contexte et actions.....	154
8.1.	<i>Moins de repères et plus de conscience</i>	154
8.2.	<i>Quand la vie vous pèse trop</i>	155
8.3.	<i>Si vous êtes un proche de celui à qui la vie pèse trop</i>	155

Malade alcoolique 157

1.	Définition.....	161
2.	Reconnaître un visage humain.....	161
3.	L'illusion de l'information manquante	162
3.1.	<i>Pneumologues fumeurs</i>	162
3.2.	<i>Educateurs de la CPAM</i>	162
3.3.	<i>L'avis d'un gendarme</i>	162
3.4.	<i>L'alcoolique sait déjà</i>	163
4.	Le mythe du déni	163
5.	Ramener le malade alcoolique à sa raison	163
5.1.	<i>Retour à la raison</i>	163
5.2.	<i>Une triple fracture</i>	164
6.	Détail des trois fractures.....	165
6.1.	<i>La Raison initiale : rupture et non reconnaissance</i>	165

6.2.	<i>La Douleur ajoutée : l'alcoolique méprisé par les autres</i>	166
6.3.	<i>3/ Le Rejet de la solution : l'alcoolique se rejette lui-même</i>	166
7.	Mécanismes de la dépendance	167
7.1.	<i>Dépendance physiologique</i>	167
7.2.	<i>Dangers psychologiques d'une attitude de lutte</i>	168
7.3.	<i>Dépendance psychologique</i>	168
8.	Aide du malade alcoolique	169
8.1.	<i>Confiance et ouverture vers la raison</i>	169
8.2.	<i>Localisation de la raison</i>	170
8.3.	<i>Accomplir une réhabilitation de la zone blessée</i>	172
8.4.	<i>Réhabiliter celui qui a bu à ses propres yeux</i>	173
8.5.	<i>Lui faire mesurer le service rendu par l'alcool</i>	174
8.6.	<i>L'inviter à laisser sa béquille sans rupture</i>	174
9.	En cas de rechute.....	175
10.	Les autres addictions	176
11.	Nuances et résistances	176
12.	Avec tous mes vœux... ..	177

Anorexie 179

1.	Les pensées intimes de Lucie	183
1.1.	<i>Vie familiale</i>	183
1.2.	<i>-1ère expérience thérapeutique</i>	184
1.3.	<i>--2ème expérience thérapeutique</i>	185
1.4.	<i>-3ème expérience thérapeutique</i>	185
1.5.	<i>-4ème expérience thérapeutique</i>	186
2.	Soins rencontrés par Lucie	188
2.1.	<i>Quatre approches différentes</i>	188
2.2.	<i>Vouloir aider peut être un piège</i>	189
2.3.	<i>Un symptôme « spécialement pour »</i>	190
2.4.	<i>Le danger de la culpabilisation</i>	191
2.5.	<i>Le piège de « pardonner »</i>	191
2.6.	<i>Libre des statuts familiaux (ou imagos)</i>	192
2.7.	<i>Le sujet actuel distinct de celui qu'il était</i>	193
3.	Pour mieux rencontrer Lucie.....	193
3.1.	<i>Comprendre les difficultés face à la différence</i>	193

3.2.	<i>Développer une capacité à ne « pas savoir »</i>	194
4.	Autres cas	196
4.1.	<i>Diversité</i>	196
4.2.	<i>Situations vraiment inattendues</i>	196
4.3.	<i>Les grilles et le non savoir</i>	197

Déni de grossesse 199

1.	Le choix des mots	203
1.1.	<i>Les mots ont des sous-entendus</i>	203
1.2.	<i>Mieux se dégager de l'a priori</i>	204
1.3.	<i>Avant tout deux êtres</i>	205
1.4.	<i>Le « bébé secret »</i>	206
2.	La quête de sens	207
2.1.	<i>Chercher le « sens noble » et non le « fautif »</i>	207
2.2.	<i>Multiplés causes possibles</i>	207
2.3.	<i>L'étonnante situation psychosomatique</i>	208
3.	Ecouter le choc	209
3.1.	<i>La première urgence</i>	209
3.2.	<i>Donner existence</i>	209
4.	Réaliser un accompagnement.....	210
4.1.	<i>Comment accompagner la mère en état de choc</i>	210
4.2.	<i>Comment accompagner l'enfant</i>	211
4.3.	<i>Comment favoriser la rencontre mère-enfant</i>	212
4.4.	<i>Comment restaurer le temps de grossesse</i>	212
4.5.	<i>Accompagner un adulte qui a été conçu dans un processus de grossesse inconsciente</i>	213
5.	Des rencontres à ne pas manquer.....	214

La mère et l'enfant 217

1.	Origine de la vie	221
1.1.	<i>Conception</i>	221
1.1.1.	<i>Précieux et pourtant mal considéré</i>	221
1.1.2.	<i>Revalorisation pudique.....</i>	221
1.2.	<i>Le couple parental</i>	222
1.2.1.	<i>L'amour, le désir et la pulsion</i>	222
1.2.2.	<i>Un équilibre d'amour vers l'enfant</i>	223
2.	Temps de la grossesse	224
2.1.	<i>Le nid</i>	224
2.1.1.	<i>Le nid physiologique.....</i>	224

2.1.2.	Le nid psychologique	224
2.2.	<i>La Rencontre mère-enfant</i>	225
2.2.1.	De la fusion à la rencontre	225
2.2.2.	Un échange de vie	226
2.2.3.	La "rencontre message"	226
2.2.4.	L'intimité	227
2.3.	<i>La rencontre de la mère avec elle-même</i>	227
2.3.1.	Devenir mère.....	227
2.3.2.	La mère revit sa propre naissance et sa propre enfance.....	228
2.3.3.	La pulsion maternelle	228
3.	Venue au monde	229
3.1.	<i>La préparation à l'accouchement</i>	229
3.1.1.	Côté physique de la préparation	229
3.1.2.	Côté psychologique de la préparation.....	229
3.1.3.	Côté communication de la préparation.....	230
3.2.	<i>La naissance</i>	230
3.2.1.	La mère.....	230
3.2.2.	L'enfant	231
4.	Séparation - Rencontre	232
4.1.	<i>La dépression post partum - dépression chez la mère... et chez l'enfant</i>	232
4.1.1.	La dépression de la mère.....	232
4.1.2.	La déprime de l'enfant	233
4.2.	<i>L'allaitement</i>	233
4.3.	<i>Séparations particulières</i>	234
4.3.1.	Séparation par choix (IVG).....	234
4.3.2.	Séparation spontanée (Fausse couche).....	235
4.3.3.	Séparation thérapeutique (ITG)	236
5.	Existences croissantes.....	236
5.1.	<i>Pour qu'il accède à lui-même</i>	236
5.1.1.	Le prendre pour l'entendre, pas pour le calmer.....	237
5.1.2.	La différence entre l'amour et l'affectivité.....	237
5.2.	<i>Source de croissance réciproque</i>	238

Fausse couche **239**

6.	Apparition de l'enfant.....	243
6.1.	<i>A partir de quand ?</i>	243
6.2.	<i>Des sensations indicibles</i>	243
6.3.	<i>Perte de grossesse ou perte d'enfant ?</i>	244
6.4.	<i>Les phrases assassines</i>	245
7.	La grossesse ultérieure qui ne vient pas.....	245
7.1.	<i>Les causes physiologiques</i>	246
7.2.	<i>Les causes psychologiques</i>	246

7.3.	<i>Le remplacement impossible</i>	247
8.	L'accompagnement psychologique	247
8.1.	<i>L'accompagnement par l'entourage</i>	248
8.2.	<i>L'accompagnement par les professionnels</i>	249
8.3.	<i>Autres éléments pouvant surgir dans l'entretien</i>	253
8.3.1.	L'enfant qui été évacué dans les toilettes	253
8.3.2.	La mort en direct à l'échographie	254
8.3.3.	L'enfant qui été « jeté » (curetage pour enlever l'enfant mort in utéro)	254
8.3.4.	Situation déjà vécue par la mère de cette mère	254
8.3.5.	L'enfant est désiré, mais aussi il y a une peur de ne pas être une bonne mère	255
8.3.6.	Avoir été menacé par un parent si elle « tombe enceinte »	255
8.3.7.	Autres cas	256
9.	Les causes de la fausse couche	256
9.1.	<i>Causes biologiques ou physiologiques</i>	256
9.2.	<i>Causes psychologiques présentes, sociologiques</i>	257
9.3.	<i>Sans oublier le vécu corporel</i>	257
9.4.	<i>Conclusion</i>	258

Ménopause **259**

10.	Des femmes et des époques différentes	263
10.1.	<i>Ventres réquisitionnés par la loi !</i>	263
10.2.	<i>Les 6% qui ne veulent pas d'enfant</i>	263
10.3.	<i>Les 94% qui souhaitent la maternité</i>	264
11.	Les premiers échanges	264
11.1.	<i>Alice chez le gynécologue</i>	264
11.2.	<i>Le thé avec Catherine</i>	265
11.3.	<i>Chez la psy</i>	266
11.4.	<i>De retour chez soi</i>	267
12.	Dans le secret des ressentis	267
12.1.	<i>Rien de nouveau... et pourtant !</i>	267
12.2.	<i>Les troubles psychologiques de la ménopause</i>	268
12.3.	<i>L'arrêt de la fertilité</i>	268
12.4.	<i>Devenir de la sexualité</i>	269
12.5.	<i>Nouvelle image corporelle</i>	270
12.6.	<i>Fâchée avec son ventre</i>	270
12.7.	<i>Le départ des enfants</i>	270
12.8.	<i>Le milieu de vie</i>	271
12.9.	<i>La retraite pour certaines</i>	272

12.10.	<i>Les enfants de ses enfants</i>	272
12.11.	<i>La situation conjugale</i>	272
13.	Des deuils ni reconnus ni accompagnés	273
13.1.	<i>Recentrer le sens du mot « deuil »</i>	273
13.2.	<i>Le deuil de maternité</i>	274
13.3.	<i>Le deuil de ses enfants petits</i>	274
13.4.	<i>Le deuil des parents jeunes</i>	275
13.5.	<i>Parfois le deuil de son utérus</i>	275
14.	Une nouvelle écoute psy.....	276
14.1.	<i>Concernant l'image corporelle</i>	276
14.2.	<i>Alliance avec le ventre</i>	276
14.3.	<i>Une gynéco plus reconnaissante</i>	277
14.4.	<i>« Nouveau thé » avec Catherine</i>	278
14.5.	<i>Autre possibilité chez la psy</i>	278
15.	Une troisième étape de la vie	280
15.1.	<i>La vie en « trois étapes »</i>	280
15.2.	<i>Une nouvelle vie</i>	281
16.	Pour conclure.....	281

Bibliographie **283**

1.	Ouvrages	283
2.	Manuels.....	285
3.	Dictionnaires :.....	285
3.1.	<i>Dictionnaires spécialisés</i>	285
3.2.	<i>Dictionnaires linguistiques</i>	286
3.3.	<i>Dictionnaires étymologiques</i>	286

692 255 caractères et espaces

Présentation du Pack « Psychopathologie »

J'ai réuni dans ce pack mes publications en ligne concernant certaines manifestations nommées « symptômes », ou de façon plus moderne « troubles ».

Dépression, suicide, alcoolisme, addictions, anorexie, dépression post-partum, déni de grossesse, IVG, Interruption thérapeutique de grossesse... sont des thèmes abordés ici concrètement.

Comprendre certains aspects de la psychopathologie, et surtout accéder à des façons concrètes d'aborder les personnes en souffrances psychologiques, tels sont les enjeux de ce document. Naturellement il n'est pas exhaustif et les lecteurs sont invités à étendre leurs recherches.

Il apporte cependant :

1-D'une part des clarifications concernant les causes (étiologies), les processus (pathogénèses ou sémiogénèse), et les symptômes (sémiologie)

2-D'autre part des illustrations concrètes avec de nombreuses situations abordées.

Ce pack est publié séparément du « pack Praticien », car celui-ci aurait été trop volumineux. D'autre part, il est aussi publié séparément du « pack Gériatrie », pour les mêmes raisons.

Les packs, « 1 Praticien », « 2 Psychopathologie » et « 3 Gériatrie » font une sorte d'ensemble en trois tomes qui peuvent être consulté en fonction des besoins, où chacun vient compléter les deux autres.

Le « 1 pack Praticien » est un incontournable complément à celui-ci.

L'ensemble de ce qui est ici abordé dans ces documents garde toujours un esprit de délicatesse, de profondeur, d'humanité et de qualité des soins psychologiques. 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.

Psychopathologie

Synthèses et ouvertures

Thierry TOURNEBISE

Ce document est différent des autres publications présentes sur ce site. Il va pointer des notions de psychopathologie qui n'y sont habituellement pas mises en avant, puisque les principes maïeusthésiques prennent des appuis différents : notions existentielles du Soi, et non notions libidinales du moi. Concernant le Soi, la maïeusthésie considère son assemblage ou son morcellement en « ce qu'on est », « ceux qu'on a été » et « ceux dont on est issu », avec des principes de pulsion de vie (non libidinale) qui assure la cohésion de la structure psychique ainsi constituée et de pulsion de survie (libidinale) qui tend à disperser (à séparer certaines parts de ce Soi et à en compenser le manque) en attendant des possibilités d'intégration.

Les lecteurs de la dernière publication [« Le positionnement du praticien dans l'aide et la psychothérapie »](#) auront peut être même l'impression de voir dans le présent document une contradiction avec l'approche des symptômes tels qu'ils y étaient présentés. En fait, il importe de parcourir de façon aussi vaste que possible (ce n'est jamais exhaustif) les différents discours sur le sujet. Comme le disait si justement [René Descartes](#) « ... la diversité de nos opinions ne vient pas de ce que les uns sont plus raisonnables que les autres, mais seulement de ce que nous conduisons nos pensées par diverses voies et ne considérons pas les mêmes choses » (Le discours de la méthode, 2000, p.29). Il y a toujours une richesse à recueillir quand l'ouverture d'esprit permet de considérer plusieurs possibilités.

Ainsi, il est utile de faire se côtoyer des approches différentes, afin de mieux positionner les différents discours les uns par rapports aux autres. Une première synthèse a été réalisée en ce sens dans la publication [« Libido amour et autres flux »](#) (mars 2005) où les approches psychodynamiques, psychocorporelles, cognitivo-comportementales et maïeusthésiques ont été abordées.

Ici le cheminement se fera à travers les concepts de psychopathologie habituellement utilisés en psychologie, mais pas forcément nécessaires en maïeusthésie.

Avril 2008 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF

1. Répertoire et organiser

La première chose est de repérer, reconnaître et nommer les psychopathologies, puis de les classer. Tout cela ne s'est pas réalisé sans peine dans l'histoire de la psychologie et a même suscité quelques controverses en fonction des méthodes et des fondements utilisés.

1.1. Nommer

Tout commence sans doute par le fait de constater qu'une situation psychologique ne correspond pas à l'équilibre (mais quel est l'équilibre ?). Il s'agit ensuite de nommer avec précision le « trouble » observé, puis s'interrogeant sur ses causes et les mécanismes qui le produisent, d'énoncer un certain nombre d'éléments le concernant. C'est ce qu'on appelle une *nosologie*.

Le mot **nosologie** vient de *nosos* « maladie » et de *logos* « discours » (trésor des racines grecques – Bouffartigue et Delrieux- Belin1981). La nosologie se réalise en énonçant les « troubles » selon leur **sémiologie** (c'est-à-dire leurs symptômes, leurs signes), leur **étiologie** (c'est-à-dire leurs causes), leur **pathogénèse** (c'est-à-dire les processus selon lesquels cette cause conduit à cette maladie).

1.2. Classer

Une fois que tout cela est soigneusement nommé pour de nombreuses maladies ou de nombreux troubles (il est impossible d'être totalement exhaustif), nous pouvons les répertorier et les classer dans ce qu'on appelle alors une **nosographie** (de *nosos* maladie et de *graphikos* qui concerne l'action d'écrire). En fait, il s'agit d'une sorte de répertoire où sont inscrits les éléments de la nosologie. Pourtant, les mots nosologie et nosographie sont hélas souvent employés l'un pour l'autre, alors qu'ils n'ont pas du tout le même sens.

Nosologie : branche de la médecine qui s'occupe d'attribuer un nom aux maladies. **Nosographie** : distribution méthodique dans laquelle les maladies sont classées par classe, ordres, genres et espèces (Dictionnaire de psychologie, Doron et Parot, PUF,1991).

La nosographie fut inventée en 1798 par l'aliéniste Philippe Pinel (Cours de psychologie2, Dunod, p.249) a qui nous devons d'avoir remplacé le terme « fou » (fol signifiant « soufflet vide ») par « aliéné ». Le terme « aliéné » est en fait beaucoup plus judicieux et respectueux des personnes souffrant de troubles psychiques. Celles-ci ne sont plus « vides » mais seulement « devenues étrangères à elles-mêmes » (du latin *alienare* signifiant « rendre autre », « rendre étranger »). Il revient à Philippe Pinel d'avoir réalisé cette importante distinction, même si, ultérieurement, le mot « aliéné » a acquis une consonance très péjorative. Il préconisait des soins par des paroles encourageantes, plutôt que par des saignées inutiles et affaiblissantes. Il fit en sorte que les « fous » ne soient plus enchaînés dans leurs cellules.

Bien plus tard, Huber (1987- cité dans *ibid* p.250) nous dit que le but de la nosographie est de fournir des renseignements sur la **nature**, sur l'**origine** et sur le **développement** des troubles, dans le projet de formuler des indications thérapeutiques. La tâche n'est pas aisée !

Vous avez sans doute déjà réalisé des répertoires. Par exemple celui de la liste des personnes que vous connaissez pour pouvoir retrouver facilement leur adresse ou leur numéro de téléphone. Vous rencontrez alors déjà une petite difficulté. Choisirez-vous de les classer par l'ordre alphabétique de leurs noms ou par celui de leurs prénoms ? Il ne vous viendrait pas à l'idée de les classer par lieux d'habitation, ni par ordre des numéros de téléphone... cela vous serait de peu d'utilité (sauf si par exemple vous voyez s'afficher un numéro sur votre téléphone et souhaitez savoir qui vous appelle... c'est pourquoi il existe des annuaires inversés). Même pour un simple répertoire, il s'agit déjà de faire des choix, en fonction de l'usage qu'on en aura.

Pour les maladies décrites par la nosologie, le problème est évidemment bien plus complexe. Choisissons-nous de les classer par **sémiologie** (types de symptômes), par **étiologie** (types de causes), par **pathogénèse** (types de processus menant de la cause à la maladie), ou par localisation d'organes concernés (ce qui peut revenir à la sémiologie, mais pas forcément, car une douleur ou une manifestation dans une partie du corps, peut indiquer un trouble dans une autre).

2. Concernant les causes

2.1. Psychiques ou physiques

Les troubles sont plutôt classés selon leur sémiologie afin de constituer une nosographie. Mais séparer les troubles physiques et les troubles psychiques revient déjà un peu à présupposer la cause (étiologie) des symptômes constatés ! En fait quel est le vrai critère de classement ?

De plus, s'il importe de savoir décrire et nommer un trouble, il importe encore plus de savoir le traiter, car c'est finalement le but, comme nous le précise Hubert. Pour guérir un patient ou au moins le soulager, il convient donc, non seulement de nommer et classer les psychopathologies repérées selon des symptômes (sémiologie), mais aussi d'en connaître les sources (étiologie) et de savoir comment y remédier (comprendre la pathogénèse).

Concernant les causes (étiologie) nous pouvons donc envisager **au moins deux possibilités** : soit elles sont d'origine **psychique**, soit elles sont d'origine **physique**... mais sans exclure que les deux puissent être mêlées. Quand il s'agit de classer, on s'aperçoit vite que « tout ne rentre pas dans les cases prévues » !

Nous noterons que cette distinction est assez fondamentale : **si l'origine est physique, le trouble est du ressort du médecin, si elle est psychique, le trouble est du ressort du psychothérapeute**. Il ne s'agit donc pas du même praticien. Si elle procède des deux causes, les deux types de praticiens devront unir leurs compétences.

Hélas, le côté psychologique des maladies somatiques, tant dans la genèse de la maladie que dans sa guérison a trop souvent été négligée. Il en va de même pour les con-

séquences psychiques d'une maladie somatique : il est plus « facile » (même si ce n'est pas si facile que ça) à un médecin de diagnostiquer un cancer et de le traiter, que d'en gérer les répercussions psychologies dans la vie de son patient.

Grâce à la psychanalyse, le côté psychologique de certaines maladies a de plus en plus été considéré, et le concept de maladies psychosomatiques est apparu comme une évidence avec les anciennes recherches sur l'hystérie de Charcot et de Freud (manifestations physiques, où l'on trouve une source psychique ayant des répercussions corporelles). Guy Besançon, professeur de psychiatrie et de psychologie médicale, n'hésite pas à parler de « langage du corps »:

Le corps va s'exprimer d'autant plus en psychopathologie que le langage de la souffrance psychique sera réduit. (2005p.59)

2.2. La « psychologisation sauvage »

A notre époque, cette psychologisation a eu tendance à prendre de plus en plus de place au point même que, quand ils ne savent pas de quoi il s'agit, un soignant ou un médecin étaient tentés de dire « **c'est dans la tête** ». Le côté « psy » devint ainsi une sorte de « **fouretout** » **inacceptable**. D'autant que certaines pathologies authentiquement physiques risquaient alors de ne pas être considérées avec justesse.

Je pense ici à une personne que j'ai eu en formation, qui dans son adolescence avait été longtemps suivie par un praticien en psychothérapie... sans succès... jusqu'à ce qu'on lui découvre une tumeur au cerveau qui, une fois opérée, libéra des symptômes initialement rebelles. Elle en a gardé (à juste titre) quelque rébellion contre les pys. Une autre personne, une femme qui arrive en maternité, est diagnostiquée « mère vomisseuse » (sorte d'anorexie de la femme enceinte, suspectée de rejeter sa grossesse) et se trouve engagée dans un protocole psy assez lourd (dont isolement) alors qu'on lui trouve plus tard une hernie hiatale (source somatique de ses vomissements).

Dans des versions plus light nous remarquerons que, le manque de calcium rend nerveux, le manque de magnésium rend vulnérable au stress, le manque de fer rend dépressif, les modifications hormonales peuvent aussi radicalement faire changer l'humeur... etc.

2.3. Eviter l'excès psy

Face à cette problématique, les américains ont souhaité créer en psychiatrie une **nosologie a-théorique, ne présupposant pas de la source pathogène**. Ils choisirent ainsi de laisser libre la découverte de la source des symptômes, que celle-ci soit d'origine psy ou d'origine physique. Ils réalisèrent alors le **DSM** (*Diagnostic and Statistical Manual* ou en français *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) répertoriant soigneusement les symptômes de façon à pouvoir faire un diagnostic sur lequel tous les praticiens de tous les pays pourraient se mettre d'accord. Après plusieurs versions successives, le document actuel est le DSM IV.

Par exemple, ce que la psychanalyse nommait « névrose obsessionnelle » devient ainsi « trouble obsessionnel », le mot *trouble* laissant le champ plus libre que le mot *névrose* quand à l'éventualité de la cause du symptôme obsessionnel. L'autisme devient lui « trouble envahissant du développement ». De leur côté les membres de l'OMS firent de même avec le CIM pour l'ensemble des pathologies (CIM = Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes) Dans le CIM, au chapitre V (troubles mentaux et du comportement), les rubriques de F00 à F99 concernent les maladies mentales (Le CIM est consultable sur le site de l'université de Rennes <http://www.med.univ-rennes1.fr/noment/cim10/>)

Nous remarquons donc que l'idée de classer les maladies selon leur étiologie (leur cause) est ici abandonnée, ainsi que celle de les classer selon leur pathogénèse (processus menant de la cause au symptôme). Le choix retenu est de les classer essentiellement selon leurs manifestations, c'est-à-dire selon leur sémiologie, dans un but purement diagnostique.

Le projet louable de laisser le champ libre à la possibilité de causes autant psychologiques que physiologiques se trouve cependant un peu assombri par le fait que **l'a-théorisme annoncé est rapidement suspecté de vouloir « dépsychologiser » les psychopathologies** (amenant juste une théorie différente ne faisant que s'opposer aux pré-suppositions initiales). Catherine Chabert, professeur de psychologie clinique et de psychopathologie, dans son traité de psychopathologie de l'adulte « Névroses » (Dunod 2008) dénonce une classification

« ...au nom d'un a-théorisme aussi discuté que discutable » (p83). « Mais il semble dommageable, par exemple de n'envisager le lien entre le sujet et son environnement que sous l'angle de la transmission génétique, comme le proposent les tenants du DSM » (ibid p.164). « Dans le DSM, et plus particulièrement, en ce qui concerne la définition du trouble obsessionnel compulsif, toute référence à l'inconscient, au conflit interne et à la sexualité a disparu » (ibid p.161).

Cet « a-théorisme » risque de masquer une tendance à soutenir de façon détournée une théorie conduisant progressivement à abandonner les anciennes considérations de Freud, Jung, Winnicott, Jaspers, sans compter Wilhem Reich ou Gerda Boysen dans le domaine psychocorporel. Rebaptiser les psychopathologies « troubles » risque ainsi de conduire à abandonner progressivement les soins aux mains des praticiens en thérapies cognitivo-comportementales, ou aux seuls remèdes médicamenteux.

Ces risques de dérives ne doivent pas empêcher de donner toute leur place aux TCC (thérapies cognitivo-comportementales) ou aux médicaments psychotropes. Il convient simplement de ne pas leur donner toute « la » place, et juste de leur donner « leur » place. L'ensemble des approches disponibles sont, le plus souvent, complémentaires et ne doivent pas s'exclure les unes les autres. L'a-théorisme devrait permettre que les diverses possibilités de psychothérapie soient toutes aussi présentes les unes que les autres.

Nous remarquons en plus que, **malgré la volonté a-théorique, l'emploi du mot « trouble » induit l'idée qu'il s'agit d'un trouble et n'envisage pas qu'il puisse aussi s'agir d'un éclaircissement**. En effet, une personne peut avoir une manifestation psychologique déplaisante telle qu'une phobie, lui permettant de reprendre contact avec une part d'elle-même ayant un jour vécu une peur jamais reconnue. **Dans ce cas**

L'appellation « trouble » est mal venue pour une « manifestation » qui conduit vers un éclaircissement.

Afin d'être vraiment a-théorique et de laisser le champ ouvert à toutes les possibilités, la terminologie « manifestation » aurait été plus judicieuse. De « névrose obsessionnelle » nous serions passés à « manifestation obsessionnelle » plutôt que « trouble obsessionnel ». Si l'avantage du mot « trouble » est d'inclure aussi bien les causes psychiques que les causes physiques (on élargit donc le champ des possibilités étiologiques), de la même façon le mot « manifestation » inclut les possibilités que l'étiologie soit un *trouble*, aussi bien qu'elle soit un *éclaircissement* (nouvel élargissement et meilleur ajustement a-théorique)

Puis, devant « tout » le savoir disponible en la matière, nous resterons humble... très humble ! Une fois que « tout » est étudié et classé, nous apprécierons le propos du Dr John Preston (docteur en psychologie) qui nous explique le désarroi auquel il a été confronté, après toutes ces années d'université, face à ses premiers patients : **« Qu'est-ce que je fais maintenant ? »** Il en a même fait le titre du premier chapitre de son ouvrage « Manuel de psychothérapie brève intégrative » (Dunod Inter Edition 2003). En effet, en matière de psychothérapie, le patient a besoin d'un accompagnement et non d'un savant discours diagnostique, aussi juste et étoffé soit-il.

Rester ouvert à toutes les possibilités est une grande qualité... à condition qu'on soit vraiment ouvert à toutes les possibilités et surtout qu'au final, on soit réellement en capacité d'aider la personne en souffrance psychique

2.4. Risque de l'excès somatique

La tendance est de prendre en compte les éléments purement biologiques pour l'approche et le traitement des maladies pouvant incontestablement être considérées comme « purement physique ». Mais les composantes du trouble sont tellement intriquées que l'approche purement physiologique peut nous égarer, même là où elles sont aussi incontournables que dans le cancer.

Barbara Andersen (*Journal of Clinical Oncology* 2004), professeur de psychologie au Centre d'étude du cancer de l'université de l'état de l'Ohio a réalisé une étude montrant que des sujets cancéreux suivant une psychothérapie, par rapport à un groupe témoin qui n'en suit pas (bien sûr tous deux traités médicalement) montrent une plus grande production de lymphocyte T permettant de se défendre contre les cellules cancéreuses.

Attention danger : gardons nous bien de croire qu'une psychothérapie pourrait se substituer à un traitement physique en pareil cas ! (ce serait prendre de bien grands risques) Mais gardons nous aussi de négliger la composante psychologique qui fait partie d'une intrication des sources pathogènes, comme d'une intrication des sources thérapeutiques, et qui doivent toutes être considérées sans en exclure aucune.

3. Symptômes (sémiologie) et processus (pathogénèse)

Le classement des maladies, théoriquement souhaitable, peut être rendu bien délicat par une connaissance un peu aléatoire de l'étiologie (sources pathogènes) et de la pathogénèse (processus pathogènes). Ces considérations dépendent des théories utilisées et restent donc un peu dans le flou. Ainsi, les classements reviennent plutôt à des classements de symptômes (sémiologie) ou de syndromes (ensemble de symptômes). Il se peut même qu'il s'agisse parfois plus d'une simple nomenclature que d'un réel classement, d'où quelques confusions ou contradictions sur ce propos. Nous tenterons ci-après de dégager quelques principes éclairants.

3.1. Inversion de sens

Les sens des mots "névrose" et "psychose" ont évolué avec le temps au point de pratiquement interchanger leurs sens.

« **Névrose** » (inventé par le médecin écossais William Cullen en 1769) définit en principe ce qui vient des nerfs. « **Psychose** » (introduit par le baron Ernst Freiherr von Feusterleben en 1845) définit ce qui vient de la psyché. L'origine est donc identifiée comme pouvant être soit d'ordre physique (nerfs), soit d'ordre psychique (esprit).

A partir de 1893, Freud récupéra le mot névrose pour désigner les troubles psychiques. A ce jour, les psychoses (signifiant « maladie de la psyché ») sont souvent traitées de façon psychiatrique avec des médicaments appropriés, et sont donc considérées comme un dérèglement physiologique à corriger, alors que les névroses (signifiant « maladie des nerfs ») sont plus justiciables d'une intervention non médicamenteuse psychothérapique (que celle-ci soit de type analytique, cognitivo-comportementale, psychocorporelle ou familiale systémique).

3.2. Trois types de psychopathologie

On peut distinguer trois types de psychopathologie : les *névroses*, les *psychoses* et les *états limites* (ou *borderline*). Selon Catherine Chabert (Traité de psychopathologie de l'adulte *Les névroses*, Dunod 2008, p 379-380) nous trouvons ces trois types de psychopathologie en corrélation avec **trois types de rapports à la réalité** (trois façons de gérer le monde intérieur par rapport au monde extérieur). Sans toutefois en décrire la source (étiologie), nous remarquerons ainsi trois façons d'aborder le monde, trois processus (pathogénèse) :

Névroses : La réalité intérieure vient compenser la réalité extérieure quand celle-ci n'est pas gérable. Le névrotique ajuste sa perception extérieure en fonction de ses perceptions intérieures. Marqué par une circonstance, par un vécu douloureux, cela induira

ultérieurement, pour lui, une sensation de souffrance dans des situations analogues qu'il devra compenser. La perception intérieure prime sur la réalité extérieure qui, quoique dénaturée, existe toujours comme étant extérieure.

Psychoses : La réalité intérieure vient remplacer la réalité extérieure, qui alors disparaît au profit de ce qu'on croit percevoir (de type hallucination). Le monde extérieur n'est pas perçu réellement. Il s'y substitue une projection extérieure des réalités intérieures. L'individu ne franchit pas le pas vers la réalité extérieure. Il prend ce qui est intérieur pour ce qui est extérieur.

Etats limites : La réalité extérieure vient compenser l'absence de réalité intérieure. Nous trouvons ici l'inverse du processus observé dans la psychose. La sensation de vide intérieur étant insupportable, le sujet vient la remplir par le monde extérieur. N'ayant pas d'existence intérieure, il éprouve un vide qu'il va tenter de « combler » par les stimulations extérieures. Nous trouverons là par exemple les vulnérabilités à l'addiction.

Cette description en fonction des rapports de l'intérieur et de l'extérieur a le mérite d'être concise et assez claire. Néanmoins, si nous abordons les sources (étiologie) la situation se complique, comme nous allons le voir dans ce qui suit.

3.3. Névroses

Dans les structures névrotiques, l'instance dominante est **le surmoi qui se trouve en conflit avec le ça** (Cours de psychologie2, Dunod, p245). Plus simplement nous dirons que les pulsions libidinales, venant du ça, ne trouvent pas la possibilité de se réaliser avec le moi à qui il revient de gérer le rapport *monde-intérieur / monde-extérieur*. Le moi est entravé par le surmoi qui lui impose sa logique limitatrice compte tenu des modèles antérieurs rencontrés.

Le moi est ce qui assure l'existence de l'individu par rapport à l'environnement. Cependant, le surmoi en limite l'expression. Dans les névroses, le monde intérieur pulsionnel du ça est trop puissant pour permettre au moi un ajustement satisfaisant avec le monde extérieur, d'autant moins que le surmoi limite les possibilités du moi

L'individu doit trouver d'autres chemins pour assurer son équilibre. Cela le conduit à réaliser des refoulements, des étayages compensatoires ou des symptômes pour dissimuler tout cela. En psychanalyse, le symptôme névrotique est vu comme un moyen de dissimuler le refoulement :

« Les symptômes sont des défenses du moi contre le retour des représentations refoulées, leur apparition se fait selon un déroulement temporel spécifique dans la névrose obsessionnelle » (Chabert, Dunod 2008, p.179)

Même en considérant quatre temps d'évolution du symptôme, il est considéré ici comme protection ou défenses (*ibid* p180). Cela est le contraire de la maïeusthésie où le symptôme est considéré comme une « porte » ou comme une « interpellation » conduisant vers une part de l'individu ayant besoin de reconnaissance et de réhabilitation. Nous verrons, à la fin de cet article, comment concilier ces différences majeures.

3.4. Psychoses

Dans les structures psychotiques, **l'instance dominante est le ça, qui se trouve directement en conflit avec la réalité** (Cours de psychologie², Dunod, p245). Plus simplement nous dirons que le moi n'arrive pas à se constituer pour gérer la situation (comme il le fait, même entravé par le surmoi, dans la névrose). L'absence de moi constitué, fait qu'il n'y a pas suffisamment de différenciation entre le « monde intérieur » et le « monde extérieur ». Ce qui habite le sujet est alors vu par lui comme étant « au dehors ». **Ce « dedans » vu comme étant « au dehors » fait que la réalité perçue ne correspond plus à la réalité effective** (néanmoins, la notion de « réalité effective » mériterait de très nombreuses précisions, car qu'est-ce que la « réalité » quand personne ne la regarde ?).

Dans son Manuel de psychologie médicale Ernst Freiber von Feusterleben (cité in Cours de psychologie²- Dunod, p 252) utilise le terme *psychose* pour désigner une « manifestation psychique de la maladie mentale » et celui de *névrose* pour désigner une « altération du système nerveux » pouvant provoquer ces mêmes manifestations. Comme nous l'avons vu plus haut la psychose est un terme qui désigne plutôt aujourd'hui des affections plus profondes que les névroses et dont les sources sont le plus souvent justiciables d'un recentrage médicamenteux (neuroleptiques) appartenant au monde médical de la psychiatrie, et dont on pourrait déduire que les causes (étiologie) sont plus d'ordre physiologique ou biologique. **Cela n'en exclut pas pour autant la psychothérapie** comme le souligne Jean-Pierre Charrier dans son excellent ouvrage *Guérir après Freud* (Dunod, Paris 2003) traitant de la psychothérapie des cas de psychoses.

Pour résumer, la psychose se définit comme une **altération du sens de la réalité avec inconscience de cette altération**. Le psychotique ne se rend pas vraiment compte de son trouble.

3.5. Etat limite ou borderline

Marcelli en 1981, Bergert en 1985 classent sous cette appellation tout ce qui n'est ni psychose, ni névrose (ces notions sont donc assez récentes). Il ne s'agit pas pour autant d'un état de transition entre les deux, mais plus exactement de types de personnalité (Manuel de psychopathologie psychanalytique Patrick Juignet - PUG, p.181). De tels patients ont des personnalités se situant dans la sphère du « normal », mais présentant des caractéristiques psychologiques se rapprochant de celles rencontrés chez des malades.

Nous trouverons souvent ici des dénominations pathologiques habituelles mais transformées avec des terminaisons en « ide » : schizophrène donne « de type schizoïde », paranoïaque donne « de type paranoïde », nous avons aussi « schizo-paranoïde »... De tels patients ne sont pas psychotiques, mais « état limite » ou, en anglais, « borderline ».

Les caractéristiques en sont une adaptation sociale difficile, une vulnérabilité au sentiment d'abandon, un rapport à la réalité très instable, des tendances violentes ou dé-

pressives face à la frustration, une fragilité conduisant aux tendances addictives... etc. **Le moi est peu structuré** et le monde extérieur vient compenser le vide intérieur.

Il s'agit de personnes en souffrance mais ne rentrant pas dans le champ des dénominations névrotiques ou psychotiques. De nombreux types de personnalité s'y rencontrent, si bien que cela concerne de nombreux comportements sociaux

Pour Patrick Juignet (ibid, p191), dans l'état borderline, **le rapport à la réalité est très vacillant et le « Soi » peu structuré** (nous pointerons cependant que pour Juignet, le Soi est une sorte de « Moi bis » et n'est en aucun cas le Soi de Jung, dont la valeur est plus existentielle que libidinale). Il considère que l'état borderline représente des personnalités qui sont intermédiaires avec les différentes formes de psychose, que l'état borderline s'apaise avec l'âge, mais va souvent s'aggraver en milieu de vie, période où un individu se trouve confronté à plus de responsabilités (ibid p.185)

4. Les sources (étiologie)

4.1. Quelques étapes

Philippe Pinel, aliéniste français né à Castres (1745) est en quelque sorte le père de la psychopathologie moderne. Comme nous l'avons vu, il remplace le terme de « folie » (fol = soufflet vide) par celui « d'aliénation mentale » (aliéné= étranger à soi même). Ce changement est particulièrement judicieux. Il fait en sorte que les malades mentaux ne soient plus enchaînés et participe ainsi à l'humanisation de leurs traitements. Il crée la psychiatrie, où à son époque le praticien se nomme « aliéniste ». Il donne un classement des maladies et penche pour un « traitement moral de la folie » : il estime qu'en immergeant le patient dans un environnement de rationalité celle-ci pénétrera le malade, qui ainsi sera guéri. Son approche a eu le mérite de mieux considérer le malade et d'humaniser son traitement... tout en imposant ce qui est estimé comme « rationalité » par l'entourage. Malgré la volonté d'humanisation, ce dernier point est discutable. Au fond, saurions nous dire ce qu'est la « vraie » rationalité ? **Serban Ionescu** (professeur à Paris 8) nous invite, très justement, à remarquer que :

« Le fou est celui qui se comporte comme sont sensés se comporter les fous » (*Cours de psychologie 2 base méthode et épistémologie* -R . Ghiglione et JF. Richard - Dunod 1994 Paris, p.243)

Plus tard, pendant que **Freud** (1856-1939) réalise son approche psychodynamique fondée sur ses deux topiques (inconscient, préconscient et conscient – ça, moi et sur-moi) et sur la libido, **Emil Kreapelin** (1856-1926) bâtit minutieusement une nosographie inspirée des approches botanistes répertoriant les plantes. Le parallèle entre son approche nosographique et les botanistes est même souligné avec humour par **Jean-Pierre Charrier** disant de Kreapelin qu'il est

« ...sans aucun doute le plus grand botaniste des fleurs du mal psychique... » (Guérir après Freud, Dunod 2003, p.29)

« Emil Kraepelin a établi une classification systématique des maladies mentales en fonction de leur étiologie » (de leurs causes) (Dictionnaire Usuel de psychologie, Norbert Sillamy, Bordas1993)

Kraepelin remplace le terme « aliénation » par « maladie mentale » contre l'avis d'un de ses confrères contemporains **Karl Jaspers** (1883-1969) qui, dans sa « psychopathologie générale » de 1913, « distinguait deux plans d'analyse et d'action possibles : les éléments qui relèvent du sujet et de son expérience que le clinicien approchera avec empathie (*Einfühlung*) dans une psychothérapie, et ceux qui relèvent de l'organicité qui devraient être traités à leur niveau » (Guérir après Freud, Dunod, p.28). Karl Jaspers a une approche particulièrement respectueuse et existentielle dans laquelle le malade est considéré comme un individu dont l'esprit est toujours présent :

« Dans la vie psychique malade comme dans la vie saine, l'esprit est présent » (Karl Jaspers *Psychopathologie générale* PUF, les introuvables 2000, p274)

4.2. Etude des sources pathogènes (étiologie)

Les sources pathogènes (étiologie) peuvent être d'origine **sociale ou familiale** (sociogénèse), d'origine **psychologique** (psychogénèse) ou **d'origine organique** (organogénèse ou biogénèse). Les deux premières causes relèvent de la psychothérapie, la troisième relève de la médecine psychiatrique. Je vous propose de parcourir en quelques lignes les façons d'aborder le sujet de quelques praticiens célèbres en psychiatrie ou en psychologie.

Philippe Pinel (1745-1826) considérait que le malade était devenu étranger à lui-même, du fait de causes morales. La sexualité par excès ou par défaut lui apparaissait déjà comme une cause pathogène.

Emli Kraepelin (1856-1926) considérait deux sources : l'une exogène, l'autre endogène. Les causes exogènes viennent des événements de la vie. Les causes endogènes concernent des modifications de la personne psychique, liées à des facteurs héréditaires. Il considère aussi que le trouble mental peut résulter d'une prédisposition endogène rencontrant une circonstance extérieure à laquelle elle s'associe pour constituer le trouble.

Sigmund Freud (1856-1939), contemporain de Kraepelin, s'est orienté définitivement vers le « Tout Sexuel ». Certes, Pinel avait déjà remarqué l'importance de la sexualité, mais Freud en a fait sa base fondamentale, pour ne pas dire universelle Ceci est cependant à resituer dans le contexte pudibond et frustré de l'époque dans laquelle il a eu le mérite d'oser aborder ce sujet, tabou par excellence. Sa théorie psychodynamique l'a conduit à réaliser une psychopathologie détaillée. Au cours de l'évolution d'un individu Freud considère différents stades et tout se joue en fonction de l'évolution ou de la régression à ces différentes étapes. L'essentiel tient dans le fait que la libido est, soit tournée vers le sujet lui-même (libido narcissique) soit vers l'autre considéré comme objet (libido objectale). Nous trouverons cependant une nuance venant adoucir l'idée « d'autre comme objet » en différenciant d'une part « la représentation de l'autre » qui est l'objet et d'autre part « l'autre lui-même », qui est considéré comme « référent objectal » (Manuel de psychopathologie psychanalytique Patrick Juignet, PUG 2001) Nous noterons néanmoins le peu d'humanité dans le fait que la libido aille, soit vers le sujet lui-même dans les phases narcissiques, soit vers la représentation que le sujet a de

l'autre dans les phases objectales... car finalement « l'autre réel » reste étranger. Cela ressemble pourtant bien à de nombreux rapports humains !

Croyant au début à la réalité des événements traumatiques évoqués en cure psychanalytique par ses patients, il finit (enfin) par les remettre en cause en tant que réalité objective:

« ...,la scène de séduction, considérée jusque là comme le type du traumatisme psychique, n'est pas un événement réellement advenu ; il est, en fait la production d'un fantasme déterminé par l'activité sexuelle infantile » (Catherine Chabert - Traité de psychopathologie de l'adulte Névroses, Dunod, 2008, p.380), puis citant Freud : « il est donc nécessaire de tenir compte, à côté de la réalité pratique, d'une réalité psychique ».

Naturellement pour Freud cette réalité psychique est avant tout sexuelle et c'est un a priori bien encombrant, comme nous le verrons plus loin. Mais cette découverte du fait qu'il ne s'agit pas forcément de rechercher des circonstances réelles est un élément intéressant, évitant de rechercher des coupables ou des fautifs dans son histoire personnelle. Sur d'autres époques que l'enfance, Guy Besançon, nous fait remarquer aujourd'hui que

«On accorde depuis quelques années une influence importante aux évènements tels qu'une rupture ou un deuil dans le déclenchement ou l'évolution d'un certain nombre d'états pathologiques somatiques ou psychiques» (2005, p.22). Même s'il est indéniable que de tels événements jouent un rôle, il fait également le constat du risque qui consisterait à trop systématiser la recherche de circonstances objectives : «Il est important de distinguer ce qui est manifestement inopiné, accidentel, en rupture avec l'histoire du sujet, de ce qui, au contraire, s'incère dans sa trame existentielle. C'est à ce moment qu'il conviendra d'apprécier la personnalité de base du sujet, sa façon d'être au monde, son organisation caractérielle.» (ibid). Ses raisons sont différentes de celles de Freud, mais il invite à la même prudence en ce qui concerne le fait de considérer les circonstances comme source du trouble.

Nous verrons effectivement dans la dernière partie de la présente publication que ce n'est pas l'évènement que nous sommes sensés retrouver, mais plutôt celui qui l'a vécu. Nous trouverons une remarque analogue (ci-après) chez Jaspers quand il parle des réactions psychiques

Karl Jaspers (1883-1969) reprend cette idée des deux sources avec les notions « d'exogène » et « d'endogène ». Cependant, il introduit des précisions nouvelles en considérant comme « exogène » (par rapport à la psyché) non seulement les circonstances extérieures, mais aussi l'état du corps et même celui du cerveau. Cette source exogène venant du corps sera précisée sous l'appellation de somatogène. Les sources « endogènes », quant à elles, seront constituées par les jaillissements intérieurs sans causes, tels que la mauvaise humeur (processus autochtone), mais aussi par les **réactions psychiques** produites par des circonstances extérieures mais dont les fondements viennent plus de ce qui habite le sujet que de la circonstance externe (réactions) (Karl Jaspers *Psychopathologie générale* PUF, les introuvables 2000, p327)

Nous remarquons que Jaspers ne donne pas tout à fait le même sens à « endogène » et « exogène » que Kraepelin

NB Les psychopathologies rédigées par Kraepelin et Jaspers sont des références en la matière. Celle de Kraepelin a même servi de base pour l'édification du DSM

Carl Gustav Jung (1875-1961) introduit une notion nouvelle : celle du Soi. A la deuxième topique freudienne (ça, moi, surmoi) il ajoute cette notion de « Soi en accomplissement ». J'ai consacré une publication au sujet des nuances entre [« le ça, le moi, le surmoi et le Soi »](#) (novembre 2005) tant il m'a semblé que ces notions étaient trop souvent embrouillées. Ainsi, quand Patrick Juignet parle du Soi, il ne nomme en fait qu'une sorte de « moi bis ». Souvent, le terme anglais *self* qui signifie Soi est improprement traduit par « moi » (le moi, en réalité se dit *the ego* en anglais). Nous avons aussi *das Es*, en allemand, qui signifie « le ça » et qui est souvent improprement traduit par « le Soi » alors que le Soi en allemand se dit *das Selbst* (ou aussi *Dasein* qui signifie « Être là »). **Cette notion du Soi est loin d'être accessoire car elle amène une logique étiologique et psychothérapeutique complètement différente**, passant d'un concept libidinal à un concept existentiel. Selon Jung, dans son ouvrage *Ma vie* (Folio - Gallimard 1973)

« Le Soi est une entité sur-ordonnée au Moi. Le Soi embrasse non seulement la psyché consciente, mais aussi la psyché inconsciente et constitue de ce fait pour ainsi dire une personnalité plus ample, que nous sommes aussi. » (p.462)

« Je constate continuellement que le processus d'individuation est confondu avec la prise de conscience du Moi et que par conséquent celui-ci est identifié au Soi, d'où il résulte une désespérante confusion de concepts. Car, dès lors, l'individuation ne serait plus qu'égoïsme ou auto érotisme » (p.457).

Il en résulte une vision totalement différente des enjeux pathologiques et thérapeutiques, dont on comprend aisément qu'ils puissent peiner à être cernés par des praticiens dont le décodage libidinal est une sorte de règle première dans laquelle tout doit rentrer de gré ou de force. Il en sera de même pour les praticiens ayant adopté un parti pris physiologique. Nous trouvons dans ce concept du Soi une continuité avec les propos de Karl Jaspers cités plus haut « Dans la vie psychique malade comme dans la vie saine, l'esprit est présent »

Donald Wood Winnicott (1896-1971) propose, lui aussi, une version intéressante des mondes intérieurs et extérieurs, avec, entre les deux, un espace transitionnel. L'individu a un pouvoir sur son monde intérieur, mais pas forcément sur le monde extérieur. La zone transitionnelle est celle qui n'est pas en lui, mais sur laquelle il peut néanmoins agir. Ainsi, un enfant qui ne peut guère intervenir sur le monde extérieur, pourra faire ce qu'il veut avec son nounours, qui n'est pas lui, mais qui n'est pas non plus tout à fait dans le monde extérieur. Le nounours (ou autre objet de ce type) est dans cet espace transitionnel et c'est pour cela que Winnicott le nomme « objet transitionnel ».

Ce qui est particulièrement intéressant chez Winnicott, c'est sa prudence quant à l'interprétation et aussi le fait qu'il a remarqué l'importance du regard de la mère envers l'enfant, tout en le déssexualisant.

Je cite ici ce praticien remarquable de sensibilité et d'humanité, particulièrement pour sa prudence face aux nosographies qui peuvent parfois plus nuire que servir :

« Je suis consterné quand je pense aux changements profonds que j'ai empêchés ou retardés chez des 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 » (Winnicott, jeu et réalité, Folio Gallimard 1971, p.163)

« les exemples conduisent à épinglez des échantillons et risquent d'inaugurer un processus de classification arbitraire et superficiel alors que ce que j'ai en vue est universel et connaît d'infinies variétés » (ibid p23)

Nous remarquons là la prudence de Winnicott quant à l'interprétation et quant au risque des nosographies qui, bien qu'utiles par ailleurs (elles permettent d'avoir un discours commun à propos de symptômes), risquent sérieusement de fermer l'esprit à d'autres possibilités, au point d'entraver l'évolution du sujet en thérapie.

D'autre part, Winnicott est sensible à la remarque de ce patient lui disant « **vous vous êtes adressé à ces deux parties de moi-même** » (ibid p.142), indiquant par là qu'il est sensible à cette réalité intérieure de son patient sans pour autant en déduire un trouble de l'identité (ce point est important aussi en maïeusthésie). Il note également que ce qui est objectivement perçu est subjectivement conçu dans l'esprit (ibid p.128) et donc considère la « réalité subjective » comme plus importante que la « réalité objective ». Il s'interroge aussi sur le lieu où réside la conscience :

« Si nous considérons nos vies, nous constatons probablement que la plus grande partie de notre temps, nous ne la consacrons ni à des comportements, ni à la contemplation, mais que ce temps, nous le passons quelque part ailleurs. Je me demande où ? » (ibid p.193). « Il ne suffit pas de dire : que faisons nous ? Il faut aussi poser la question : Où sommes-nous ? (si nous sommes vraiment quelque part) » (ibid p.195)

Tous ces points font qu'il est particulièrement important de citer Winnicott ici, afin de tempérer les notions de nosologie et de nosographie, ainsi que toutes les considérations théoriques qui s'y rattachent. Il est plus qu'important de souligner que les nosologies et nosographies peuvent ainsi parfois (ou souvent) passer de l'état d'outils pertinents à celui de pièges thérapeutiques. Guy Besançon, attire d'ailleurs notre attention sur le fait que:

« Le diagnostique n'a pas en psychopathologie la rigueur qu'il peut avoir dans d'autres disciplines et on sait bien, notamment à l'éclairage de la psychanalyse, qu'un certain nombre d'éléments fondamentaux n'apparaissent qu' au cours de la relation avec le patient, de son évolution. »(2005, p.22)

Jacques Lacan (1901-1981) introduisit la nouvelle notion de « Réel- Imaginaire – Symbolique » tous trois intimement liés par ce qu'il appelait un « nœud borroméen », c'est à dire qu'en en déliant un, on libère les deux autres. Le Réel pour lui est le ça, imprévisible, constitué de ce qui ne peut être nommé. L'Imaginaire est pour lui le moi, lieu de fiction. Le Symbolique correspond pour lui au surmoi, lieu d'ordres et de discours. Lacan estimait que, plus que les événements eux-mêmes, le symbolique (langage) avait une importance majeure au point que

« le sujet n'existe que parce qu'il y a un langage » (Bruno Dal Palu Enigme testamentaire de Lacan – L'Harmattan -2004, p.46). Il nous enseignait que « La science analytique doit être remise en question dans l'analyse de chaque cas. (« Variante de cures types »Ecrits- cité dans ibid p.106).

Lacan prônait une **clinique du « un par un »** et nous met en garde, tout comme Winnicott, contre la généralisation. Il insiste sur la valeur du non savoir :

« le fruit de la révélation de l'ignorance est le non-savoir, qui n'est pas une négation du savoir mais sa forme la plus élaborée » (cité in ibid p.106).

Point intéressant, à la suite de Jacques Lacan, Jacques-Alain Miler nous propose de considérer qu'un vide n'est pas un vide absolu, que c'est « **un manque à sa place** », qu'il se manifeste à la place où on attendait la signification (*ibid*, p.123)

NB Ce point concernant le vide est un des éléments en maïeusthésie où l'on sait mettre son attention sur une part de soi dont on ne connaît pas la nature, ni les circonstances, mais dont on perçoit qu'elle manque. Ces vides sont généralement liés aux symptômes qui permettent en fait de les localiser. Mais dans ce cas nous entendrons le mot symptôme dans le sens maïeusthésique, c'est-à-dire « interpellation d'une part de Soi en attente de réhabilitation »

Carl Rogers (1902-1987), psychologue américain, nous apporte la psychothérapie humaniste (ACP ou approche centrée sur la personne). Il ne nous a pas vraiment fourni de nosographie, ni de psychopathologie, mais a grandement contribué à la qualité de l'approche des patients. La confiance inconditionnelle du praticien envers son patient est pour lui un fondement majeur auquel s'ajoutent, l'empathie (chaleur humaine), la congruence (authenticité) et la présence (présence réciproque du praticien et de son patient dans le Counseling). Plus que tout autre, pareillement à Winnicott et Jaspers, il invite à considérer la personne soignée plus que le problème. Il privilégie la « venue au monde » de son patient par rapport au « combat » de ses pathologies.

NB La maïeusthésie s'en rapproche beaucoup, tout en ayant ses propres spécificités. Dans la postface de mon prochain ouvrage à paraître en 2009, [André de Peretti](#) (ami personnel de Carl Rogers, auteur de nombreux ouvrages scientifiques) commente la maïeusthésie :

« C'est bien en une telle positivité, et avec ses précautions idoines, que semblent se « rencontrer » en toute clarté, Thierry Tournebise et Carl Rogers (avec quelques autres !) Il s'agit, pour eux et avec eux, d'être et d'œuvrer en une espérance intrépide portée sur l'homme (individu ou « espèce » !) : assurés que la « complexité » des situations internes et/ou externes, est inéluctablement motrice d'une conscience (personnelle ou collective) accrue »

« Car, bien sûr, j'y trouvais le compagnonnage de mon ami Carl Rogers, selon un coude-à-coude libre - portant à une créativité judicieuse - de la qualité de celui qu'espérait Carl. Et ce coude-à-coude nous accompagnait dans une éclosion incessante de la positivité accordée à la considération des êtres, ainsi qu'aux communications, aux interventions en leur contact : touchant délicatement le fil de leur existence avec ses nœuds (émotionnels plus qu'événementiels) en attente de dénouement ».

Abraham Maslow, docteur en psychologie, a une vision très nuancée de l'étiologie et des processus de pathogénèse. Pour lui **il ne s'agit pas d'une "mauvaise chose qui nous habite" et dont nous devrions guérir, mais d'une carence (une carence d'humanité) à combler**. Les besoins ontiques (besoins de l'être) y représentent une part importante, au point qu'il nous nous invite à considérer que c'est ce que nous connaissons le moins... et pourtant ce dont nous avons peur (alors que c'est en même temps ce que nous cherchons par dessus tout). Maslow n'a jamais parlé de "pyramide des besoins", mais de "hiérarchie des besoins", tout en insistant sur le fait qu'ils sont tous intriqués, partiellement satisfaits, et partiellement insatisfaits. J'ai publié 30 pages sur son propos en octobre 2008. Je n'en dirait pas plus long car vous pouvez le découvrir en détail au lien suivant: [Maslow](#).

Spinoza disait également qu'on ne peut résumer la paix à une absence de guerre, mais qu'il s'agit avant tout d'un état de « l'âme »: « **Car la paix ainsi que nous l'avons déjà dit, ne consiste pas en l'absence de guerre, mais en l'union des âmes ou concorde** » (Spinoza - 1962, p.954].

Le Dr Maria Montessori se désolait aussi que « Ce qu'on entend en général par le mot *paix*, c'est la cessation de la guerre », ajoutant « Mais ce concept négatif ne permet pas une description adéquate de la paix authentique » (1996, p.26). Elle écrivit son ouvrage « L'éducation et la paix » en 1949 pour montrer que les racines de la paix sont toutes autres que la simple absence de guerre. Elle illustre son propos en faisant de nombreux parallèles avec la santé (son domaine en tant que médecin) qui, de la même façon, ne peut se résumer à l'absence de maladie.

Frans Veldman est un Praticien contemporain, initiateur de l'Haptonomie (arrivée en France au début des années 1980). Sa place tient ici au fait qu'il a développé de façon subtile la notion de « tact psychique ». Même s'il considère les nosologies psychanalytiques dans sa réflexion, il met en exergue le fait que le « tact psychique » est un élément clé, au cœur de la thérapie. Comme Winnicott, mais avec d'autres nuances, il considère avec beaucoup d'acuité le regard de la mère sur l'enfant, dont le rôle peut être étiologiquement source de beaucoup de manifestations chez celui-ci. La précision est que, selon lui, ce « regard » passe par le « tact psychique » ou *Hapsys* en grec, d'où le mot « haptonomie ». Nous remarquerons que l'**empathie**, que Rogers a mise en exergue, a été pensée avant lui par Teodor Lipps (1851-1914) et Sandor Ferenczi (1873-1933) avec le mot allemand *Einfühlung* utilisé aussi par Jaspers. Ce mot est plus précis que « empathie » en français ou « empathy » en anglais, car *Fühlen* y signifie « tact psychique » (tout comme *feeling* en anglais). Il s'agit donc de tact et de contact, si nécessaires en thérapie. Cela précise les notions souvent trop floues de « distance thérapeutique » où il conviendrait plutôt d'inviter le praticien à « rester distinct de son patient, mais à en être proche, au point d'être en contact (psychique) ». Plutôt que d'inviter à la contradiction « d'empathie et de distance thérapeutique » nous dirons plus simplement au praticien qu'« il s'agit d'être distinct sans être distant... au point d'être en contact » (car le « courant » ne passe que s'il y a contact !)

Concernant les sources pathogènes (étiologie) nous considérerons donc avec lui à quel point **le manque de ce tact psychique peut être source de troubles**. Nous pourrions même aller plus loin en considérant que la problématique de l'individu consiste justement en ces contacts intérieurs, qu'il a ou n'a pas avec lui-même au sein de sa structure psychique, et que le travail thérapeutique consiste en la restauration de ces contacts. Celui qui a perdu ces contacts avec lui-même est devenu « étranger à lui-même », c'est à dire *mentalement aliéné* dans le sens où le disait si justement Pinel.

D'autres praticiens et d'autres approches pourraient être mentionnés comme **Wilhelm Reich** (1897-1957), psychiatre psychanalyste autrichien, qui élaborait une technique de relaxation musculaire et d'expression émotionnelle bioénergétique : la végétothérapie. Son disciple, le **Dr Alexander Lowen** né en 1910, psychothérapeute américain psychanalyste, en fit une adaptation sous le nom de « thérapie bioénergétique » et **Gerda Boyesen** (1922-2005) psychologue et chef de clinique poursuivit en reprenant le concept de libido de Freud, mais en la considérant comme bioénergie. Le développement de l'enfant, la répression émotionnelle et les symptômes de conversion sont repensés en termes de circulation physiologique de la libido. Il ne s'agit pas tant, en bioénergie, d'évacuer des émotions (souvent présentes dans des crispations musculaires, notamment intestinales) que de permettre à des cycles émotionnels restés en suspens de terminer leur accomplissement. Une façon de terminer des séquences inachevées.

L'étiologie se trouve ici dans des cycles émotionnels inachevés produisant des blocages, des cuirasses musculaires, des citernes émotionnelles.

L'exploration de ces diverses approches ne peut être exhaustive et donne seulement un aperçu. Nous pourrions aussi parler de **John Broadus Watson** (1878-1958) pour qui l'étiologie est dans la problématique d'apprentissage (et dont la thérapie est le comportementisme ou comportementalisme). **Jerome Bruner** (1915), psychologue américain, sera parmi ceux à qui nous devons le développement du cognitivisme qui viendra s'opposer à la radicalité du comportementalisme en cherchant une étiologie dans les mécanismes cognitifs. Dans ce dernier cas, l'étiologie se trouve dans des confusions cognitives reliant entre elles des choses totalement différentes au point de produire des réactions inadaptées. Guy besançon nous précise une différence précise entre le *comportementalisme* et le *cognitivisme*:

Parallèlement au modèle comportemental qui postule, selon Cottraux, un organisme relativement passif dont le comportement est modelé par l'environnement, le *modèle cognitiviste* postule, au contraire, un sujet actif qui se sert de processus d'auto organisation pour modifier son comportement. (2005, p.79)

Souhaitant garder une grande souplesse et un grand respect des patients, Bruner dénonce la théorisation abusive: reprenant le propos de Gordon Allport il les traite de « **méthodolâtrie** » les « **petites études bien nettes** » qui prétendent avoir élucidé la nature de l'esprit et de ses processus (*Car la culture donne forme à l'esprit*- Bruner, Georg Eshel 1997, p.13) Il ajoute même :

« pourquoi faudrait-il nécessairement et dans tous les cas comprendre par avance le phénomène à observer, ce que prétend faire la prédiction ? » (ibid p. 15), et dénonce que nous soyons contraints alors « d'artificialiser ce que nous étudions au point qu'il est difficile d'y reconnaître une représentation de la vie humaine » (ibid, p.15)

La liste pourrait encore s'allonger, mais le propos n'est pas ici d'aborder tous les regards sur la psyché. Nous allons plutôt maintenant explorer comment une lecture décodée à travers un a priori peut se trouver excessivement interprétative et, comme le dit Winnicott, freiner l'émergence du sujet en thérapie. Nous trouverons là aussi une brillante confirmation du propos de Bruner.

5. Les excès de l'interprétation sexuelle

Dans les lignes qui vont suivre, il ne s'agit aucunement de nier l'importance de la composante sexuelle dans la psychologie, mais simplement de ne pas s'y laisser enfermer et de laisser son regard disponible pour d'autres possibilités.

5.1. La problématique diagnostique

« Un individu est considéré comme *fou* parce qu'il se comporte comme les fous sont sensés se conduire ».

Cette remarque de Serban Ionescu tend à nous rendre prudent quant à la présupposition étiologique (éventuellement sexuelle) d'un état psychopathologique et nous ne

pouvons qu'en être reconnaissant à son auteur. Professeur à Paris 8, il n'est bien évidemment pas un ennemi de la psychopathologie. S'interrogeant sans a priori sur le sujet, il a même écrit « *14 approches de la psychopathologie* » (Nathan Université 2004) montrant différentes façons d'aborder le sujet, dans le but de « contribuer au décloisonnement des différentes approches » (p.3)

Guy Besançon, professeur de psychiatrie, avec l'expérience de chef de service au CHU de Nantes, ne le démentira pas vraiment quand il affirme:

La tendance actuelle à modéliser les rapports entre les différentes pathologies psychiatriques ne paraît pas pouvoir se concrétiser dans l'immédiat par des changements fondamentaux dans la manière de penser la psychopathologie. Peut-être reflète-t-elle au contraire notre besoin de nous repérer face à une complexité qui nous étonne toujours d'avantage (2005,p.59)

Comme nous venons de le voir, le fait de tout vouloir classer, apparaissant au début comme une nécessité, peut vite se transformer en piège, dont les « grilles de décodage » emprisonnent notre esprit, au point de considérer comme « malade » quelqu'un qui a seulement le tort de se trouver dans quelques présupposés, résultant d'une vision partielle et partielle de la réalité.

Pire que cela, il peut se retrouver dans le champ d'interprétations lui conférant des caractéristiques qu'il n'a pas, comme on peut sérieusement le soupçonner dans le **cas du « petit Hans » de Freud** (Inhibitions, Symptômes et angoisses –PUF 2002, p.16) où l'enfant qui a peur des chevaux est supposé dissimuler une peur de son père qui pourrait découvrir que l'enfant est attiré par sa mère (référence Œdipienne oblige !)... sans tenir compte du fait que le petit Hans a un jour vu tomber un cheval et, un autre jour, a vu son camarade jouant au cheval se blesser.

5.2. Présupposés encombrants

Dans ces exemples, Freud donne un surnom à ses patients pour en garder l'anonymat.

L'homme aux rats

« L'homme aux rats » est un patient chez qui Freud interprète des sources libidinales sadiques annales complexes, avec les rats comme excréments ou comme envahisseurs de cette zone intime, ainsi que des fantasmes à la fois de meurtre du père et aussi de désir d'être pénétré par lui (cité in Psychopathologie de l'adulte Névroses Catherine Chabert Dunod 2008, p.236-272)... Curieusement, il semble tenir pour secondaire le fait que l'enfant ait été choqué par l'histoire racontée d'un supplice fait avec des rats, ainsi que du fait qu'il a perdu sa sœur Camilla quand il avait trois ans, et que son père l'a fortement et injustement puni à cette occasion (il était habituellement assez violent avec lui).

L'homme aux loups

« L'homme aux loups » est un patient de Freud dont la thérapie a longuement été décrite (cité in *ibid*, p.310). Il l'a surnommé ainsi du fait qu'à quatre ans, celui-ci eut des peurs et des visions de loups. Ce cas a suscité de multiples commentaires de confrères

ultérieurs, et il est surprenant, là aussi, que les composantes psychodynamiques et libidinales tiennent tant de place dans son analyse.

Ce jeune patient est quelqu'un qui est devenu inadapté à la vie et totalement dépendant des autres. Il a perdu son père deux ans plus tôt, à 18 ans, et a reçu un immense héritage financier. Il déclencha des troubles somatiques importants, notamment une blennorragie (maladie infectieuse généralement localisée dans la zone génito-urinaire). Sa thérapie dura de 1910 à 1914, année où Freud le considéra comme guéri (mais de quoi ?).

Plus tard, ce patient qui est un aristocrate russe, fut ruiné par la révolution de 1917. Il revint vers Freud pour une analyse qui, cette fois-ci, dura 6 ans. Freud s'arrangea pour que cette analyse soit gratuite pour son patient ruiné. Paranoïa et Hypochondrie furent identifiées. A ce moment, l'homme se plaignait de son nez retroussé, de ses pores disgracieux et il a épuisé plusieurs médecins en vain à ce sujet.

Nous noterons qu'il a reçu de nombreuses moqueries dans son enfance à cause de ce nez, qui fut en plus endommagé par une ulcération. Il se trouve aussi que sa sœur aînée s'était suicidée de ne pas se trouver assez belle. Cette sœur était particulièrement aimée par le père.

Freud associe les pores béants de la peau à des orifices vaginaux et les comédons qui en sont extraits à des éjaculations par le pénis (ibid, p.319), mettant en parallèle les deux significations ! Naturellement, nous ne pouvons pas réduire les 6 ans d'analyse à ces quelques remarques (ce ne serait pas respectueux du travail de Freud) et je ne sous-entend absolument pas ici que la problématique libidinale n'existe pas. Il n'en reste pas moins qu'un décodage systématisé rend aveugle à des évidences et, pire encore, risque d'induire chez le patient des choses qui ne lui appartiennent pas. Comme le disait Donald Wood Winnicott

« Le principe est le suivant : c'est le patient et le patient seul qui détient les réponses » (*Jeux et réalité*, Folio Gallimard - 1975, p.163) « L'interprétation donnée quand le matériel n'est pas mûr, c'est de l'endoctrinement qui engendre la soumission » (ibid p.104)

Faire le deuil de sa sœur qui s'est suicidée par douleur de ne pas se trouver belle...Voilà une épreuve à considérer, d'autant qu'il se trouve que cela est devenu l'obsession. Comme si, par sa douleur obsessionnelle, il tentait « d'entendre » ou de « reconnaître », de « réhabiliter », une souffrance, un ressenti vécu par la sœur, qui ne fut jamais validé par personne. Celle-ci est morte probablement sans jamais être entendue. Nous remarquons aussi que le père affligé par le deuil de sa fille a eu son attention tournée vers celle-ci et que pour « l'homme aux loup », ressembler à sa sœur (visage disgracieux) est une façon d'attirer l'attention manquante du père. Nul ne peut dire si cette piste est plus juste (ni si elle est fausse), car il n'y a que le patient qui sache, mais il aurait fallu que cela soit exploré à l'époque par le praticien.

Or une telle exploration est rendue difficile (pour ne pas dire impossible) par l'a priori libidinal. La réalité est qu'on a tendance à voir ce qu'on s'attend à voir et que cela ne laisse que peu de place pour d'autres éventualités. Comme le dit Ionescu (déjà cité plus haut) : « Un individu est considéré comme fou parce qu'il se comporte comme les fous sont sensés se conduire. » Dans son ouvrage *14 approches de la psychopathologie*, il cite p.174 :

« avec humour ou gravité, divers auteurs définissent et classent différemment la psychanalyse : "pratique délirante" (Lacan, 1977), "pas beaucoup plus qu'un système délirant contagieux" (Crews, 1985), "L'art de jouer le jeu de libres associations, de créer quelque chose avec des matériaux imaginaires des deux inconscients de l'analysant et de l'analyste" (Brodeur, 1990) "Une doctrine où les seuls critères de référence sont l'argument de l'autorité et l'opinion des adeptes" (Van Rialer, 1982) ».

Nous trouvons là des remarques mi humoristiques, mi assassines qui, en dépit de leurs excès manifestes, pointent le piège d'un regard exclusif.

6. Regard maïeusthésique

6.1. Sur la sémiologie

Tout d'abord, nous aurons avantage à faire un détour par l'origine des mots « sémiologie » et « symptôme ».

Le mot « **sémiologie** » ouvre débat. Doit-on dire « sémiologie » ou « **séméiologie** » ? Les très sérieux ouvrages de Patrick Juignet sur la psychopathologie clinique (PUG, 2001) et celui de Catherine Chabert sur les troubles de psychopathologie de l'adulte Névroses (Dunod, 2008) utilisent le mot « sémiologie ». C'est le mot généralement employé. Même le dictionnaire de psychologie Doron (PUF 1991) nous signale qu'il n'est pas pertinent de distinguer entre sémiotique (encore un autre mot !) et sémiologie et nous le définit comme « science qui étudie les principes généraux régissant le fonctionnement des systèmes de signes ». Il nous renvoie ainsi à l'idée de communication et d'informations.

De son côté le Cours de Psychologie 2 Bases et méthodes épistémologiques (Ghuiglione-Richard, 1994) nous confirme que la sémiologie est bien l'étude des signes et des langages dans la vie sociale, mais va plus loin et nous précise que quand il s'agit des pathologies et des symptômes, nous devrions parler de « **séméiologie** ». C'est donc le mot « **séméiologie** » qui est retenu dans leur ouvrage, en le définissant comme « étude des symptômes et indices naturels par lesquels se manifestent les maladies » (p.231). **La « sémiologie » étudie les signes intentionnels (langage) alors que la séméiologie étudie les manifestations passives (signes) non intentionnels.**

Le mot « sémiologie » nous conviendra donc mieux en maïeusthésie, car il fait bien ressortir l'idée d'un « propos » que nous adresse le sujet à travers son symptôme. Même si le **symptôme** n'est pas volontaire, il peut être considéré comme « langage », comme invitation à l'émergence, comme une possibilité de contact (il ne semblerait pas correct ici d'assimiler le symptôme à un signe passif). Cela se trouve confirmé par l'étymologie du mot symptôme lui-même. Il vient du latin *symptoma* ou du grec **sum-tôma** qui signifie « **coïncidence des signes** » et dérive du verbe grec *sumpiptein* « tomber ensemble, survenir en même temps, **se rencontrer** » et même de la racine latine **pe-tere** signifiant « **chercher à atteindre** » (Le Robert - Dictionnaire historique de la langue française). Nous verrons là, soit une simple coïncidence de signes (passive), soit une volonté de *chercher à atteindre* (active). Ce dernier point est particulièrement évocateur dans l'approche maïeusthésique où l'on considère que le symptôme est un moyen par

lequel « une part de l'individu non reconnue » cherche à atteindre « la conscience » pour y être reconnue, réhabilitée, accueillie, afin de restaurer l'intégrité de la psyché.

Je ne reprendrai pas ici la dernière publication de décembre 2007 [« Le positionnement du praticien dans l'aide et la psychothérapie »](#), qui développe largement le sujet. Le symptôme n'y est pas vu comme une pathologie, ni comme une dissimulation (comme c'est le cas en psychanalyse), mais comme le moyen par lequel le Soi peut récupérer une partie manquante de lui-même.

Le symptôme, en maïeusthésie, est considéré comme l'indice qu'un contact s'est fermé dans la psyché et cherche à se restaurer.

6.2. Sur l'étiologie

« Etiologie » vient du grec etia « causes » et logia « théorie »

Comme nous l'avons vu, sur le plan des causes purement psychologiques, il y a plusieurs théories : les stades de développement ou les régressions (surtout en psychanalyse), les rôles du monde intérieur par rapport au monde extérieur chez Freud (avec le moi comme interface), chez Kraepelin (avec les causes endogènes, exogènes ou mixtes), chez Jaspers (qui ajoute à cette notion l'idée qu'une cause biologique est une cause exogène par rapport à la psyché), chez Winnicott (avec l'espace transitionnel et le rôle miroir de la mère et de la famille). Nous trouverons aussi les apprentissages incorrects chez Watson, les mauvaises associations cognitives chez Bruner... etc.

L'idée de traumatisme ayant un impact psychique, ou celle de prédispositions rendant vulnérables à cet impact, sont souvent présentes au niveau de l'étiologie. **Le concept fréquent est que le sujet est habité par quelque chose de nuisible dont il doit se défaire, ou qu'il doit corriger**, que ce soit lié à un trauma ou à la personnalité (Nous noterons cependant que Reich ou Boysen parlent de cycles à terminer et non d'émotions ou de charges négatives à éliminer).

Des praticiens comme **Winnicott** (prudence avec l'interprétation), **Jaspers** (l'esprit est toujours là, même en situation pathologique) ou **Rogers** (confiance inconditionnelle) ont pointé pourtant à quel point le sujet est présent et qu'il n'y a que lui qui sait. **Lacan**, comme **Winnicott** ou **Bruner** a souligné le risque de la généralisation, et insisté sur la **nécessité de considérer chaque cas comme unique**, en étant libre des présupposés, afin de faire du « un par un ».

Ce qui sous-tend la théorie est souvent néanmoins qu'il y a un dysfonctionnement à corriger, quelques émotions à libérer ou quelques traumas dont il faut épurer le patient. Le projet thérapeutique est régulièrement cathartique (élimination, purification) ou correctif (nouveaux apprentissages dans les actes ou dans les mécanismes cognitifs). En bref, **l'idée est qu'il y a quelque chose qui ne va pas !** C'est aussi le cas du DSM qui, comme nous l'avons vu, se veut a-théorique en remplaçant le terme de « névrose » par « trouble » afin d'éviter d'induire systématiquement une étiologie psychologique et de laisser la possibilité de causes sociologiques ou biologiques. Pourtant **le mot « trouble » sous entend une théorie bien ancrée : celle qu'il y a quelque chose qui ne va pas !**

Sans exclure cette possibilité, il y a pourtant une autre voie à envisager : le symptôme, quoi qu'extrêmement inconfortable, voire même douloureux ou invalidant, n'est pas forcément l'expression de quelque chose qui ne va pas, mais peut au contraire être l'expression de quelque chose qui va très bien. Pour exemple cette personne qui a une phobie consistant à éprouver de terribles angoisses quand elle s'éloigne de son lieu d'habitation. Quand on lui demande de préciser ce ressenti d'angoisse, elle dit qu'elle a soudain l'impression panique qu'elle ne pourra plus jamais rentrer chez elle. Puis on découvre que sa mère, encore enfant, a perdu sa propre mère et que, son père étant violent, elle a été placée (elle n'est plus jamais revenue dans son foyer). Tout se passe « comme si cette femme aujourd'hui ressentait cette angoisse, **spécialement pour entendre l'enfant qu'était sa mère, et dont jamais personne n'a mesuré la détresse** ». Une sorte de réhabilitation de l'enfant qu'était sa mère (au delà de toute théorie, ce qui est important c'est de constater objectivement qu'après cette réhabilitation, la phobie cesse immédiatement).

Au niveau sémiologique nous avons ici ce que le DSM appelle « **trouble phobique** » (**avec crise panique**). Au niveau étiologique, nous constatons ici que la structure psychique de cette femme, constituée « de celle qu'elle est, de toutes celles qu'elle a été (depuis qu'elle existe) et de ceux dont elle est issue » (dont sa mère), comporte une faille, un manque, une sorte de « vide à sa place » comme auraient pu le souligner Miler ou Lacan. Dès que ce vide est comblé par une présence reconnue de l'enfant qu'était la mère, le trouble cesse. **Dans ce cas, la dénomination « trouble » du DSM est impropre, car il s'agit plutôt d'un moyen par lequel le Soi de cette femme tentait de réaliser un « éclaircissement »**. Comme nous l'avons déjà vu, si le DSM acceptait d'être encore plus a-théorique, il utiliserait la dénomination « manifestation » plutôt que « trouble ». Ici nous aurions alors pu dire « manifestation phobique » et non « trouble phobique ».

Je ne donnerai pas plus de détails sur ce cheminement thérapeutique (ce n'est pas ici le propos), mais ceux qui le souhaitent trouveront toutes les nuances d'une telle approche dans [« Communication thérapeutique »](#) (avril 2004) et dans [« Le positionnement du praticien dans l'aide ou la psychothérapie »](#) (décembre 2008), ou dans mon ouvrage [« L'écoute thérapeutique »](#) publié chez ESF(2005). Les lecteurs intéressés pourront aussi poursuivre avec [« Aider le malade alcoolique »](#) (mars 2003) [« Dépression et suicide »](#), (juin 2001) [« Anorexie »](#) (juillet 2006)...

Dans cet exemple, nous remarquerons que **la cause peut sembler exogène** (circonstance où l'enfant qu'est sa mère voit mourir sa mère et perd son foyer), et que la circonstance paraît jouer un rôle traumatique. Ce n'est pas tout à fait faux, mais pas exactement vrai non plus ! **Il y a ici un risque à attribuer à la « circonstance » le rôle de « source »**. Ce n'est pas la circonstance, mais le ressenti de l'enfant, suivi du fait de n'avoir jamais été entendue, qui est la source. **Ce n'est donc pas la circonstance que nous chercherons à retrouver, mais l'enfant elle-même**. Ce n'est même pas son ressenti, mais plutôt « l'enfant avec son ressenti ». Elle n'a rien à éliminer, mais juste à être reconnue avec ce qu'elle a éprouvé, à être « rencontrée », à se sentir accueillie dans ce « vide à sa place » au sein de la structure psychique... dans ce vide qui est resté vide depuis tout ce temps.

Pour mieux appréhender cette notion de « vide à sa place », nous pouvons considérer le concept de **« structure psychique »**, constituée de **« celui qu'on est », « ceux**

qu'on a été » et « ceux dont on est issu », complété par les notions de **pulsion de vie** et de **pulsion de survie** (développées dans le chapitre suivant)

L'étiologie est donc ici :

1/ La mise à distance de la part de soi en souffrance (trop douloureuse pour être intégrée sans causer de dommages à la structure complète). Mais du coup la structure psychique (le Soi) est amputée d'une part d'elle-même.

2/ Le besoin de retrouver ultérieurement cette part manquante, quand la structure psychique (le Soi) aura gagné en maturité, afin que celle-ci remplisse le vide, qui jusque là ne pouvait être que compensé, mais jamais comblé.

3/ Les symptômes résultants sont ceux de la compensation (aide à vivre temporaire), puis ceux de l'interpellation par cette part de Soi (aspirant à retrouver sa juste place).

Nous allons en étudier le mécanisme que je peinerai à nommer pathogénétique car il ne s'agit pas là de « pathos », mais plutôt de « d'émergence du Soi »

6.3. Sur la pathogénèse (ou plutôt « sémiogénèse »)

Puisque dans l'exemple précédent la manifestation (symptôme) permettait une réhabilitation, nous peinerons en maïeusthésie à la nommer « pathologie ». Si bien que le terme de « pathogénèse » n'est pas très adapté non plus. Même si l'on s'occupe de manifestations phobiques (considérées selon d'autres approches comme pathologiques, dites « trouble phobique », ou plus précisément « trouble anxieux phobique » dans le CIM) **le mot « pathogénèse » ne convient plus en maïeusthésie pour nommer le processus qui conduit à la manifestation** (en tout cas, pas dans l'exemple cité). En vous priant de bien vouloir m'excuser pour ce néologisme, je parlerai donc de **sémiogénèse** pour désigner le processus par lequel, partant de la cause (étiologie) on aboutit au symptôme (sémiologie).

Les agents du processus sont deux pulsions ayant deux rôles chacune.

1/ Nous avons d'une part la **pulsion de survie** dont le **premier rôle** est de « couper le contact » d'avec la part de soi en souffrance, tant que celle-ci n'est pas intégrable, et dont le **second rôle** est de compenser le manque (le vide) résultant de cette « coupure ». La pulsion de survie fonctionne sur le mode « énergie » et on pourrait même dire « libidinal ». Dans sa première version (où elle coupe le contact pour « éloigner » une part du Soi) elle peut être comparée à la pulsion de mort de Freud (car elle a pour but de faire « disparaître » une part du Soi en investissant son énergie dans la « répulsion »). Dans sa deuxième version (compensatrice), elle pourrait être comparée à la pulsion de vie de Freud (investissement dans l'attraction). Mais la pulsion de vie de Freud ne correspond pas à la pulsion de vie en maïeusthésie, car elle fonctionne sur le mode de « l'énergie libidinale de plaisir » où l'on se sert de l'autre (objet), alors que la pulsion de vie en maïeusthésie ne fonctionne pas du tout sur le mode « énergie » manipulatrice, mais sur le mode « existentiel » ouvert. En effet, en maïeusthésie, nous mettons un soin tout particulier à différencier l'énergie (*ergos*, travail, faire) et la vie (être) afin d'optimiser la description des processus. L'énergie suppose une dépense de « carbu-

rant », alors que la vie suppose un accomplissement spontané (retour à un état). Naturellement les deux jouent un rôle important, mais il ne s'agit pas du même rôle.

2/ Nous avons d'autre part la **pulsion de vie**, dont le **premier rôle** est de préserver la part du Soi mise à distance par la pulsion de survie, afin de pouvoir la réhabiliter ultérieurement. Cette sorte de « sauvegarde », dure jusqu'à ce que la maturation psychique en permette la réintégration. Mais au fond, pourquoi réintégrer cette part douloureuse ? Simplement parce que son absence laisse un vide dans la structure psychique, qui s'en trouve ainsi fragilisée dans sa stabilité. Comme une sorte de puzzle dans lequel manquerait une pièce « à sa place » et où le vide disgracieux laissé par une pièce manquante, pousserait à la rechercher pour la mettre à sa juste place. Bien après cette première étape de sauvegarde, quand la psyché a crû en maturité, la pulsion de vie va mettre en route son **second rôle**, qui consiste à interpeller la conscience par des symptômes. Pareils à des manifestations émanant de la part manquante, ces ressentis vont habiter le sujet et semblent le troubler, le perturber, voir le déséquilibrer ou même l'handicaper. En fait ces symptômes ne viennent que perturber les mécanismes de compensations mis en place par la pulsion de survie, afin de « reprendre contact » avec la part manquante. Dans l'exemple cité plus haut, « la petite fille qu'était la mère » (re)prend contact avec « la femme qu'est devenue sa fille » afin de pouvoir trouver sa place dans la structure psychique de la fille. Vous comprendrez naturellement, dans cet exemple transgénérationnel, qu'il s'agit de « parts du Soi » dans la structure psychique de la fille et qu'il n'est pas nécessaire d'envisager un concept métaphysique pour comprendre que la fille n'est en paix et en complétude que si la mère fait correctement partie de l'édifice de sa psyché. Il est important de noter que la pulsion de vie ne fonctionne pas sur un mode « énergie » et reste disponible même quand il n'y en a plus. C'est ce qui fait que les moments d'effondrement de l'énergie ou de l'intérêt sont souvent propices à sa mise en œuvre, notamment dans certains cas de dépression (voir la publication [« Dépression et suicide »](#) de juin 2001).

Processus : le processus de sémiogénèse vient du jeu de ces deux pulsions qui nous conduisent à dire que le symptôme ne se produit pas « à cause du traumatisme », mais « spécialement pour » la réhabilitation de la part du Soi, jusque là mise à l'écart. L'étiologie ne se trouve donc pas dans le traumatisme mais dans la nécessité de retrouver et de réintégrer la part du Soi mise à l'écart, et la sémiogénèse ne consiste pas en un processus pathologique mais en une manifestation de vie qui d'abord protège puis ensuite permet de retrouver.

Dans ce cas **la psychothérapie ne consiste pas en l'éradication du symptôme ni de sa cause, mais en l'accompagnement des processus ci-dessus vers leurs aboutissements**. Nous pouvons alors repenser à **Winnicott** nous disant

« Je suis consterné quand je pense aux changements profonds que j'ai empêchés ou retardés chez des patients appartenant à une certaine catégorie nosographique par mon besoin personnel d'interpréter » (Jeu et réalité, Folio Gallimard 1971, p.163)

Face à ce constat, de même que **Carl Rogers** se considérait comme une sorte d'accoucheur, un **patient** devient une sorte de « **parturiant** » en train de mettre au monde une partie de lui-même, jusque là restée en gestation, et la dénomination de « psychopathologie » ou de « trouble » n'est pas adaptée. C'est pourquoi nous lui préférons le mot plus général de « manifestation ».

Naturellement ce constat ne doit en aucun cas faire table rase de tous les autres éléments décrits dans cet article concernant les différentes approches en psychopathologie. Il ne s'agit pas ici de rétrécir le champ d'investigation mais de l'élargir, dans le plus grand respect du propos de [René Descartes](#) cité en début d'article :

« ... la diversité de nos opinions ne vient pas de ce que les uns sont plus raisonnables que les autres, mais seulement de ce que nous conduisons nos pensées par diverses voies et ne considérons pas les mêmes choses »

7. Conclusion

Finalement nous hésitons à parler de psychopathologie en maïeusthésie, dans ce sens où **les symptômes y sont considérés comme une manifestation conduisant à un rééquilibrage dans la structure psychique**. Même si nous pouvons y parler avec précision de sémiologie, d'étiologie et de sémiogénèse (mais pas pathogénèse), nous préférons parler de « manifestations » plutôt que de « psychopathologies ».

La question initiale n'y est pas **« qu'est-ce qui ne va pas ? » afin de l'éliminer ou de le corriger...**

...mais plutôt **« en quoi cela nous conduit-il de façon pertinente vers ce qu'il y a de plus important chez l'autre ? » afin d'en accompagner l'accomplissement**.

Naturellement, nous trouverons aussi des psychopathologies d'ordre organiques, biologiques, héréditaires, neurologiques, dont il importe que la médecine s'occupe médicalement, et où la psychothérapie (quand elle est nécessaire) ne joue qu'un rôle complémentaire. Pour les autres cas, au contraire, la psychothérapie sera sensée jouer un rôle de premier plan.

Pourtant, en maïeusthésie, même le mot « psychothérapie » n'est pas tout à fait satisfaisant, puisque le projet n'y est pas de guérir le moindre symptôme. Peut-il s'agir alors de thérapie, et à quoi sert-elle ? **Il se trouve que, paradoxalement, alors que le projet n'y est pas de les éradiquer, les symptômes disparaissent après cette réhabilitation des parts de soi (et souvent très rapidement)**.

Nous avons finalement là une approche dans laquelle rien n'est combattu ni corrigé, mais dans laquelle le praticien accompagne un projet intime déjà en route. L'accompagnement y ressemble à celui d'un obstétricien ou d'une sage femme : ils ne guérissent pas leur parturiente de sa grossesse (même si on dit maladroitement qu'elle est « tombée enceinte » !), mais ils l'aident à réaliser l'accouchement en train de se produire.

Le mot psychothérapie reprendra cependant tout son sens si on se rapproche de l'étymologie grecque de **« thérapeute », *therapeutês***, signifiant **« serviteur qui prend soin »** et non « personne ayant du pouvoir sur les symptômes ». Nous avons ainsi une définition inattendue du psychothérapeute : serviteur qui prend soin de la psyché. Le moins dont il puisse alors témoigner c'est d'humilité.

Nous terminerons en citant deux remarques très intéressantes au sujet de l'origine des **« résistances »** en psychothérapie :

« ...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 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 guérisons » (Jung, 1973, p.157)

Thierry Tournebise

Résilience
Intégration réelle
et compensations

Thierry TOURNEBISE

Ce document est destiné à mieux cerner
ce qui permet de se reconstruire après un choc ou un traumatisme.
Il s'adresse aux psy ainsi qu'à toute personne pour qui ce sujet a de l'importance
Certaines notions sont volontairement répétées dans cet article
afin de bien en intégrer les fondements

Novembre 2003 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF

1. Définition ¹

1.1. Modes et contresens

Les scientifiques et les industriels utilisent depuis longtemps le mot «résilience». Récemment la psychologie se l'est également approprié pour décrire la stabilité de l'esprit humain après un choc. Ainsi, **dès que des souffrances humaines sont évoquées, le concept de résilience surgit aussitôt dans les propos**. Victime d'une mode verbale, ce mot risque de se laisser piéger par un brouillard d'ambiguïté.

Nous remarquerons que c'est encore le cas pour des notions aussi habituelles que «communication», «affectivité», «empathie», «être positif». J'ai consacré de nombreuses pages de ce site à les clarifier avec des nuances souvent inattendues.

1.2. Rapport entre le présent et le passé

En première approche, la définition de la résilience est la **«capacité à bien vivre et à se reconstruire après un traumatisme»**. Avec ces quelques mots, nous avons là une définition sommaire évoquant la **qualité du rapport entre le présent et un choc antérieur**.

La psychologie a depuis longtemps identifié qu'il existe un rapport entre le présent et le passé. Pourtant, **la nature de ce rapport reste assez floue dans bien des esprits (même chez des professionnels)**. La manière dont un événement antérieur peut fragiliser un individu dans des circonstances ultérieures, nécessite de nouvelles précisions.

«Etre résilient» indique qu'un choc ou un traumatisme antérieur produit peu ou pas de fragilisations ultérieures. Cette résilience peut être quasi spontanée ou, plus généralement, se construire progressivement. Ce mécanisme se produit de différentes façons. Je vous propose d'y consacrer cet article.

1.3. Boris Cyrulnick

Neuropsychiatre et spécialiste des comportements, Boris Cyrulnick a lui-même fait l'expérience douloureuse d'un choc traumatisant : la perte des siens pendant la guerre avec obligation de silence. **Se reconstruire n'est pas pour lui une simple considération intellectuelle**.

Selon lui, la résilience est l'expression **d'une force insoupçonnée que l'on a en soi**. C'est aussi **quelque chose qui se construit progressivement après un choc**, souvent avec l'aide d'une tierce personne qui joue le rôle de tuteur. Ce tuteur de résilience peut offrir une référence, une écoute, une présence, un modèle, de l'amour... Nous trouvons ainsi des **ressources extérieures venant s'ajouter à nos ressources intérieures** (souvent insuffisantes).

Boris Cyrulnick nous précise bien qu'**un deuil ne se fait pas avec l'oubli**. L'oubli serait une sorte d'abandon et l'apaisement ne peut se produire en abandonnant l'être perdu. **Il dénonce parfaitement le fourvoisement de certains**

confrères qui voient malencontreusement dans le deuil un mécanisme d'éloignement et d'oubli, qui permettrait d'aller de l'avant.

Boris Cyrulnik sait bien que **le déni conduit à une amputation de soi**. Il le dit et le répète. Quand une part de soi est morte, il faut faire revenir la vie.

Pourtant **il parle du «murmure des fantômes»** (souvenirs, réminiscences désagréables) et **il propose d'apprendre à se battre contre eux** et à leur tordre le cou. «Arracher à la vie un plaisir de vivre malgré le murmure des fantômes» nous dit-il dans son ouvrage **«Le murmure des fantômes»** chez Odile Jacob <http://www.odilejacob.fr/indexrec.asp>

Il parle souvent de combat. Combattre la blessure. Ne pas s'y soumettre. Lui tordre le cou.

Ainsi **partagé entre la douceur et la violence Boris Cyrulnik tente de distiller une explication du fait qu'on s'en sorte après un choc**. Il explique avec beaucoup de respect et de pudeur l'importance du pardon tout en soulignant que celui-ci n'est pas toujours possible pour chacun.

Ainsi, la notion de résilience est très subtile, et même parfois contradictoire. Un éclairage complémentaire sur le sujet n'est donc pas superflu. **Chaque praticien se doit de rester en éveil et en recherche pour mieux aider ceux qui viennent le consulter.**

1.4. Conséquences d'un traumatisme "spécialement pour" ou "à cause de"?

Nous trouvons assez normal de nous sentir perturbés lors d'un événement pénible. Dans le cas d'un traumatisme, il s'est même généralement ajouté au choc lui-même un comportement écrasant et aggravant de la part l'environnement social (déni, culpabilisation, obligation de silence). Dans de telles circonstances il nous semble légitime de nous sentir affectés. C'est là que se posent les problèmes de résilience.

Par contre, nous trouvons anormal de nous sentir perturbés quand le présent ne le justifie pas. Quand des ressentis inconfortables ou douloureux se produisent sans que la situation présente en soit la cause, nous n'en comprenons pas le sens. C'est par exemple le cas dans des états d'angoisses, de phobies, de pulsions et divers maux psy....

La sensation inconfortable ne vient plus alors de ce qui se passe maintenant, mais plutôt d'un lien avec un choc antérieur.

Ici, la circonstance présente n'a été que le réactivateur d'une ancienne douleur. **La dimension du ressenti est proportionnelle à ce qui a été vécu autrefois et non à ce qui se passe aujourd'hui.**

Il est important aussi de savoir que la douleur de ce qui a été vécu (importance du choc) n'est pas forcément proportionnelle à la «gravité objective» des circonstances passées.

Par exemple un enfant peut être plus choqué de la perte d'un jouet offert par sa grand-mère qu'il aimait tant, que par la mort d'un grand-père qu'il n'aimait pas. par exemple, le cas de ce monsieur qui, à 10 ans, a plus été choqué par la mort de son chien (qui était son unique confident) que par les nombreux décès survenus dans son entourage familial.

S'il est habituel de parler de «psychopathologies», il serait souvent préférable de parler «d'opportunités». Ce fameux «murmure des fantômes» évoqué par Boris Cyrulnik est en réalité ici **une invitation à la délivrance**. En effet, les symptômes sont la manifestation **d'un lien avec une part de soi, autrefois blessée, qui attend une reconnaissance, une écoute ou un soin de notre part**. Ce «fantôme» n'a rien de malfaisant, bien au contraire.

Les symptômes sont des opportunités pour retrouver son intégrité, pour réhabiliter ces «bouts de soi», mis provisoirement entre parenthèse afin d'assurer sa survie en attendant des jours meilleurs.

Le symptôme présent se produit **spécialement pour** accomplir cette rencontre avec soi-même et non à cause du passé.

Comprendre que le symptôme se produit **«spécialement pour» et non «à cause de»** est d'une grande importance.

- **«Spécialement pour»** indique que l'on va vers quelque chose de précieux à réhabiliter.

- **«A cause de»** indique, au contraire, qu'on va vers quelque chose de mauvais à éliminer.

2. Entre mauvais et précieux

2.1. Distinguer le fait historique et l'être qui le vit

Boris Cyrulnik nous met en garde : **«il ne faut jamais réduire une personne à son trauma»**. http://france.diplomatie.fr/label_france/FRANCE/IDEES/cyrulnik/page.html

Si dans un traumatisme nous choisissons de parler de bon et de mauvais, soyons attentifs : **nous distinguerons d'une part les circonstances du choc** (mauvaises) **et d'autre part l'Être qui les a vécues** (précieux).

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, **les circonstances** (même mauvaises), sont peu importantes. Elles **sont loin en arrière dans le temps**. Ce ne sont pas elles qui nous restent et qui nous gênent, même si on en a gardé un souvenir obsessionnel.

Par contre, **celui que nous avons été lors du choc reste, lui, très présent en nous à chaque instant de notre vie**.

Tous ceux que nous avons été nous constituent et «nous habitent» à chaque instant. Ils **constituent notre tissu psychique** au même titre que notre tête, nos membres, et notre buste constituent notre corps. Ils continuent à "réclamer" l'aide et la reconnaissance qui ne leur ont pas été accordées.

2.2. Ce qui reste dans le présent

L'erreur consiste alors souvent à croire qu'en thérapie il s'agit de «revenir dans le passé» pour éliminer du «mauvais». Or les événements néfastes sont passés et n'existent plus. Par contre, celui que nous avons été au cours de ces événements est toujours là, présent en nous.

Ce n'est pas le passé (ni les circonstances) vers lequel nous devons revenir, mais vers celui que nous avons été au cours de ces événements antérieurs.

Le rétablissement psychologique ne se produira pas en revisitant le fait historique du choc. **Tout ce qui compte, c'est celui que nous avons été au moment du traumatisme.** Il nous constitue et reste présent en nous à chaque instant ultérieur, dans l'attente du soin qui ne lui a jamais été donné.

2.3. Une fracture en attente de soin

C'est là que se trouve la **fracture cachée (entre soi et soi)**. **Pour ne pas trop souffrir, nous avons tenté d'abandonner un peu l'être douloureux que nous avons été.** Nous «l'emmenons» quand même inconsciemment avec nous, mais en le maintenant à distance pour ne pas qu'il nous déstabilise trop.

S'occuper de cette fracture n'a donc rien à voir avec un retour vers du mauvais à éliminer. Il s'agit en fait d'accomplir une **rencontre avec une part précieuse de soi à réhabiliter**, une part blessée dont on ne s'est jamais occupé. **Il s'agit en fait d'une "médiation entre soi et soi" et non d'un combat.** C'est là que nous trouvons souvent une confusion! Ce n'est pas «un combat contre le mal» mais plutôt «une médiation entre soi et soi» qui nous permettra de retrouver notre intégrité.

2.4. Place de la résilience dans ce phénomène

La résilience définit la capacité à ne pas être ultérieurement affecté par un choc. Cela signifie donc qu'il n'y a pas de symptômes ultérieurs.

Nous **devrions préciser l'origine de cette absence de symptômes**: s'agit-il d'une **mise entre parenthèse plus efficace du choc** ou d'une **intégration profonde et solide de ce qui a été vécu**?

En réalité, **il y a plusieurs façons de ne pas s'effondrer après une blessure morale.** Le simple mot «résilience» ne dit pas de laquelle il s'agit. Loin d'apporter la lumière sur ces nuances, **le mot «résilience» entretient même une ambiguïté** (peut-être aurait-on pu choisir un autre mot);

Définit-il une **stabilité réelle ou seulement un refoulement profond** masquant une fêlure intérieure bien cachée (pouvant rester enfouie plusieurs décennies) ?

Je répondrai plus loin à cette question, mais je vous propose d'abord de poursuivre notre clarification du mot «résilience».

3. Les sources du mot "résilience"

3.1. Étymologie

Boris Cyrulnik nous propose une première approche étymologique:

«Le mot "résilience" vient du latin et signifie "ressauter". Non pas ressauter à la même place, comme si rien ne s'était passé, mais ressauter un petit peu à côté pour continuer d'avancer... **Résilier un engagement** signifie aussi ne plus être prisonnier d'un passé, se dégager. La résilience n'a rien à voir avec une prétendue invulnérabilité ou une qualité supérieure de certains, mais avec la capacité à reprendre une vie humaine malgré la blessure, sans se fixer sur cette blessure».

Extrait d'un article sur la résilience dans le journal «la voix du nord» dans le dossier « attentats- tous blessés par l'image » <http://www.lavoixdunord.fr/vdn/journal/dossier/attentats/images/ART3.shtml>

Ces explications à propos du phénomène baptisé «résilience», ne nous éclairent pas vraiment. S'il est juste qu'il soit important d'être libre du passé, **il me semble erroné de considérer qu'on accède à cette liberté par une résiliation**. Je donnerai à ce sujet toutes précisions utiles dans les chapitres suivants, traitant de la stabilité.

Détails linguistiques pour continuer à découvrir ce mot:

Passons à la loupe le lien étymologique avec «ressauter», souligné par Boris Cyrulnik

Saltere signifie sauter (Ethymologies surprises, de René Garrus éd Belin)

Resaltare (re-saltare) signifie rebondir, résulter et le participe neutre Resultatum a donné résultat

Exultare (ex-saltare) signifie sauter hors, bondir hors et a donné exulter

Salire signifie **saillir**, s'élancer

Resilire : signifie, **sauter en arrière**, se retirer (dictionnaire étymologique de la langue française de Bloch et Warturg aux ed Puf) qui a donné **résilier** (se retirer d'un contrat)

Résilience ou *exultence* ? Plusieurs de ces notions sont intéressantes. Nous aurions aussi bien pu dire *être exultant* (et parler d'*exultence*) plutôt que *être résilient*, (et parler de *résilience*) car **sauter «hors» semble préférable à sauter «en arrière»...** mais l'idée d'exulter n'est pas liée à celle de résistance au choc et de toute façon ne conviendrait pas pour définir l'idée de liberté telle que je l'aborde ici. Nous verrons plus loin qu'on aurait pu à la rigueur parler de **concilience**, car une fracture ne se "résilie" pas, elle se "réduit" par une médiation, une remise en contact.

3.2. Physique, biologie, industrie

A chaque fois que vous cherchez la définition de la résilience en psy, vous trouverez presque toujours d'abord un cortège de définitions de la résilience dans d'autres domaines. En effet, ce terme est déjà utilisé en biologie et en physique.

Biologie : Le temps de résilience est le temps nécessaire à un écosystème pour retrouver son état originel après perturbation. [Site Coccinet \(biologie et sciences\)](http://biologie.free.fr/ecologie.htm)

Biologie : La résilience est l'aptitude à se maintenir dans un milieu malgré ses modifications, les atteintes des prédateurs, la pêche, la chasse etc.

Physique : Grandeur caractérisant la résistance d'une barre aux chocs transversaux. Elle est égale au quotient de l'énergie nécessaire pour produire la rupture par la section de la barre. © 2001 Hachette Multimédia / Hachette Livre

<http://www.wanadoo.fr/bin/frame.cgi?u=http%3A//www.encyclo.wanadoo.fr/rep.html%3Fstr%3Dr%25E9siliience>

Et même pour les matelas ! : les fabricants de matelas parlent aussi de résilience pour évoquer la qualité de leur production. Ici la résilience est la propriété qui permet à un corps de retrouver sa forme d'origine après une compression importante.

3.3. En Psy

La résilience est une capacité à faire face à un traumatisme sans en être affecté ultérieurement, ou à **trouver un moyen de se reconstruire**. De façon plus large, la résilience est une capacité à continuer sa vie après une souffrance ou un choc (même quand ce n'est pas un traumatisme). Elle définit une sorte de stabilité immédiate ou retrouvée.

Or il y a deux façons de garder ou de retrouver cet équilibre.

- **Soit intégrer spontanément** (ou assez rapidement), ce qui vient de se passer. Cela produit alors une authentique stabilité.

- **Soit mettre de côté**. Cette parenthèse produit alors une **stabilité temporaire** (courte, durable ou même très durable).

4. Un contrat plus précieux qu'il n'y paraît

4.1. L'illusion de nuisance

Croire que nous sommes liés de façon néfaste à une circonstance antérieure douloureuse est une mauvaise interprétation du rapport qui existe entre ce qui est arrivé autrefois et les traces psychiques qui en restent aujourd'hui.

Si l'on croit que ce lien est néfaste, il est bien naturel d'essayer de s'en défaire... d'où la tentation de penser que «résilier» est le bon moyen.

Le piège consiste à croire que la liberté est assurée par une capacité à s'échapper, comme s'il s'agissait d'un mauvais contrat dont il faut savoir se débarrasser.

L'antagonisme entre les **pulsions de vie** et **pulsions de survie** nous montre qu'il s'agit là d'un leurre (voir article «humaniser la fin de vie» d'avril 2003 au chapitre «[accompagner les pulsions de vie et de survie](#)»).

La mise de côté temporaire (de courte ou de longue durée) peut être d'une très grande utilité, mais il convient de remarquer qu'**il s'agit là d'une suspension de contrat et non d'une résiliation**. Cela est loin d'être un inconvénient ! Il est même très heureux qu'il en soit ainsi.

4.2. Nature et noblesse du contrat intime

Il y a un contrat intime, inconsciemment gardé au plus profond de soi. Cependant, **ce contrat n'a rien de pernicieux et de toute façon la résiliation en est impossible.**

Il vise à la réhabilitation d'une part précieuse de soi qui a été meurtrie. Quand un symptôme présent se manifeste, **il ne s'agit pas d'un passé qui vient nous polluer, mais d'un présent qui nous invite à ne pas oublier de prendre soin de ce «soi antérieur blessé»**

Nous sommes alors confrontés à deux forces antagonistes complémentaires:

1/ D'un côté, les attaches qui nous lient à celui qu'on a été. Ce sont elles qui génèrent les symptômes (le "murmure des fantômes"). Ainsi, elles permettront de ne pas perdre ces précieuses parts de soi et, ultérieurement, de reconstituer nos bases manquantes. C'est la manifestation inconsciente de notre **pulsion de vie**, garante de notre **intégrité**. Elle est là pour cette noble tâche et non pour nous importuner.

2/ D'un autre côté, nous ressentons le besoin d'éloigner de nous ce "Soi antérieur douloureux". Cette pulsion de rejet et d'anesthésie a pour rôle **d'assurer un confort temporaire acceptable**. Celui-ci nous laisse le temps d'accroître notre maturité, afin de revisiter ultérieurement cette zone blessée et de l'intégrer. C'est la manifestation, consciente ou inconsciente, de notre **pulsion de survie**, garante de notre **possibilité de continuer, malgré une trop grande douleur**.

Il n'y a donc rien à éradiquer, bien au contraire! **Avoir pour projet de se débarrasser définitivement de ses zones blessées revient à faire le choix d'une amputation de soi**, nous conduisant à perdre une part de nos fondements. Il s'en suit une vie de compensations dans laquelle, lorsque l'énergie diminue, le contrat intime reprend de toute façon ses droits.

En effet, **la pulsion de vie n'a besoin d'aucune énergie pour s'exprimer**. Quand un affaiblissement survient, la vie reprend ses droits. **La part de vie blessée ressurgit, non pour nous nuire... mais pour qu'enfin on s'occupe d'elle.**

C'est un peu comme dans le film **«le sixième sens»** <http://www.plume-noire.com/cinema/critiques/sixieme.html> . Le psy (joué par Bruce Willis) y aide un enfant voyant des revenants terrifiants. Il découvre qu'en fait ces revenants ne font que demander une aide. Une fois que cette écoute leur est accordée, la peur cesse aussitôt. C'est un regard intéressant sur le fameux «murmure des fantômes» de Boris Cyrulnik!

Nos «revenants», à nous, n'ont rien de métaphysique. Ce ne sont que des parties de soi, nous «demandant» une reconnaissance et une aide. Elles cessent de nous importuner dès que le contrat de réhabilitation et d'écoute est honoré (et non résilié). Il s'agit juste de s'occuper de soi.

4.3. Le coût de l'évitement

L'illusion de résiliation a un coût. La pulsion de survie consommera ici l'énergie nécessaire à la mise à distance.

Pendant ce temps, **la pulsion de vie**, portant au contraire vers l'intégration, **reste intacte, prête à s'exprimer à la première «décompensation»**. Un jour ou l'autre, **la pulsion de vie** reprend toujours le dessus, car elle **ne réclame aucune énergie**. Comme une sorte d'élastique que l'on peine à tendre... et à maintenir tendu... mais qui revient naturellement à sa position initiale quand la force vient à nous manquer.

La pulsion de vie ressurgit naturellement dès que les ressources qui la contrent sont épuisées. Cela peut prendre quelques jours ou quelques décennies... ou toute une vie ([voir article "Humaniser la fin de vie"](#)).

Il existe un curieux parallèle avec **l'histoire des étoiles**. Une étoile naît des forces gravitationnelles qui rassemblent la matière environnante contenue dans l'espace. Il arrive un moment où suffisamment de matière est rassemblée pour que la gravitation comprime celle-ci en une sphère dont la pression au centre allume un feu nucléaire. A partir de là, apparaît un équilibre entre **deux forces opposées**: d'un côté **les forces gravitationnelles qui compriment l'étoile** et de l'autre, **les explosions nucléaires qui la dilatent** et s'opposent ainsi à ce « rassemblement ». L'étoile se met alors à briller. Mais la lutte est inégale car un jour le carburant est épuisé (après plusieurs étapes successives où il y a changement de la nature atomique de ce carburant) Alors, la gravitation reprend ses droits et l'étoile se comprime (le rassemblement reprend sa course)... jusqu'à devenir un trou noir. Et la physique nous dit mathématiquement qu'un trou noir est un lieu particulier où les propriétés du temps et de l'espace s'inversent, un lieu où il y a un changement de dimension.

Nous remarquerons que la **gravitation** ressemble à la **pulsion de vie** (défragmentation) et les **explosions** à la **pulsion de survie** (dispersion). Au final on arrive à un changement de dimension ou la pulsion de vie l'emporte. Cette curieuse analogie illustre **l'antagonisme pulsion de vie / pulsion de survie**.

4.4. Résilience ou concilience ?

Dans la mise à distance durable, **l'absence apparente de fracture cache en réalité une rupture intérieure qui devra plus tard être réconciliée**. C'est quand il y a cette mise de côté durable que l'on devrait parler de **«résilience»** car **c'est là qu'on tente de résilier et de tordre le cou à nos «fantômes»**.

Quand, au contraire, il y a **intégration spontanée ou différée**, le mot «résilience» ne convient plus. **On devrait alors plutôt parler de «concilience»**.

Dans la résilience, il s'agit de «résilier», de se détacher de la part de soi blessée.

Dans la «concilience», il s'agit d'intégrer, d'honorer, de valider et même de «bichonner» cette part de soi blessée, qui de toute façon nous constitue.

Le fait que cette part de soi ait souffert ne justifie en rien qu'on l'abandonne. Avez-vous pour habitude d'abandonner quelqu'un sous prétexte qu'il souffre ?

Cette part de soi sera «moins lourde» à porter en étant intégrée qu'en étant maintenue à distance. Comme par un **invisible phénomène de levier**, la situation sera

d'autant plus pesante (grave, gravité, gravitation) qu'on tentera de la tenir plus loin de soi. Un tout petit kilo est moins dur à porter près du cœur qu'à bout de bras!

5. Types de stabilité suite à un choc

La notion de stabilité doit tenir compte de plusieurs facteurs.

5.1. D'abord l'expérience du choc

L'état reste-t-il vraiment inchangé après un choc? De quel état s'agit-il? L'état apparent correspond-il à l'état profond? Quand une expérience vient d'être vécue, il y a toujours un changement, car on ne peut pas faire en sorte qu'une chose qui s'est produite ne soit pas arrivée. Où sont les différences entre avant et après? Nous trouverons trois possibilités :

1 Stabilité réelle (intégration)

2 Stabilité temporaire forte (mise de côté durable)

3 Stabilité temporaire faible (mise de côté éphémère)

Naturellement nous ne choisissons pas délibérément l'une de ces trois solutions. Nous sommes automatiquement portés vers l'une ou l'autre en fonction de nos ressources du moment (internes ou externes).

5.2. La stabilité réelle

La **stabilité réelle** est une expression directe de la **pulsion de vie**. Ici, la lucidité permet l'intégration et fait qu'il n'y a pas de rupture intérieure cachée. **Cette stabilité se produit (rarement) tout de suite ou (fréquemment) après un temps plus ou moins long.** On pourrait nommer ce temps «**temps de résilience**» comme en biologie, mais ici, «**temps de concilience**» irait mieux.

Avantages : Il en résulte une réelle liberté, une stabilité durable, un sentiment de bien-être, une plus grande conscience de la vie et une plus grande maturité.

Inconvénients : Aucun. Mais il faut des ressources internes ou externes pour le réaliser.

Dans ce cas, l'intégration contribue à l'enrichissement de notre conscience et nous permettra de percevoir ultérieurement la vie avec de nouvelles nuances et plus de stabilité. Les bases en sont renforcées.

Le changement réside ici dans une plus grande conscience: une croissance de la lucidité, de la sensibilité (capacité à percevoir avec subtilité) et de la maturité.

Il est important de bien différencier cette stabilité réelle de la stabilité temporaire forte qui parfois lui ressemble.

Dans la stabilité réelle, l'intégration de ce qui est vécu se produit grâce aux ressources internes, passées ou présentes, et grâce aux ressources externes actuelles.

Les ressources internes sont: l'énergie physique, un passé relativement heureux, le fait d'avoir été apprécié par ses parents, d'avoir réussi des projets importants, d'avoir été entouré par des amis... etc.

Les ressources externes sont: essentiellement la qualité de l'environnement humain, mais aussi d'avoir des projets, d'avoir un certain confort de vie...

Un seul ou plusieurs de ces points suffisamment développés peuvent parfois suffire, mais l'aspect humain reste toujours le plus important .

L'intégration vraie ne peut résulter que d'une réelle maturation de la conscience. Le mot «résilience» est mal adapté pour désigner une telle attitude car **l'idée de résilier est totalement à l'opposé. On ne peut intégrer quelque chose avec lequel on prend de la distance.**

C'est pourquoi **je préfère parler de «concilience»**. C'est-à-dire **un état dans lequel on peut concilier en soi toutes les parties de soi qui nous habitent**. Tous ceux que nous avons été fonctionnent alors ensemble, harmonieusement... de concert. D'ailleurs après un choc on dira qu'on est **déconcerté**, explosé, dispersé, cassé, brisé...

Dans ce cas de **l'intégration**, il s'agit d'**un flux de vie qui s'écoule naturellement dans une structure psychique défragmentée** (dossier psychothérapie : [structure en puzzle](#)).

On pourrait dire que la personne a ici la **capacité de ne pas être éparpillée**. Elle a «rassemblé ses esprits» et constitue un ensemble cohérent et stable. **Quand ceci est accompli, le temps de concilience est bouclé.**

L'analogie avec le disque dur d'un ordinateur est étonnante : s'il est fragmenté il «plante» souvent, s'il est défragmenté il est plus fiable. Un disque dur a tendance à fragmenter ses informations et tout possesseur d'un ordinateur est invité à régulièrement le défragmenter pour l'optimiser.

5.3. La stabilité temporaire forte

La **stabilité temporaire** forte est une expression de la **pulsion de survie** utilisant de bons points ressources. Les **compensations** sont actives car l'énergie disponible est importante. Elle est utilisée pour éviter ce qui fait mal. **Cette mise à distance protège de la douleur, mais empêche l'intégration.**

Avantages : Liberté temporaire permettant d'avoir une impression de bien être suffisante. Elle utilise des compensations actives et durables telles qu'énergie, projets, activisme (alors que la stabilité temporaire faible n'utilise que des compensations passives éphémères). Cela permet de masquer une douleur insupportable et constitue une aide à vivre importante.

Inconvénients : fort coût en énergie, anesthésie, situation d'illusion, refoulements, parfois somatisations et besoin impérieux de compensations qui, même si elles sont actives, créent une dépendance.

L'expérience douloureuse peut être refoulée durablement. L'énergie, les ressources internes et externes sont suffisantes pour éviter, mais pas pour intégrer. Sur le moment, la personne «assure». Elle donne le sentiment de bien s'en sortir. La fragilisation apparaîtra ultérieurement, en différé, parfois longtemps après, à l'occasion d'une baisse

d'énergie. **Pour le moment elle se dope à l'activisme, aux grands projets et aux passions.**

L'état apparent reste intact (voir amélioré à cause du dopage), **mais l'état intérieur porte une fracture invisible du dehors.** Nous estimerons alors, à tort, que la personne est forte et solide. Nous serons donc très surpris le jour de son effondrement (décompensation)

L'apparence est que tout va bien, mais la rupture intérieure demeure. L'énergie disponible permet de se tenir vraiment debout. **La zone meurtrie sera examinée plus tard grâce à la pulsion de vie qui la fera remonter à l'occasion d'un affaiblissement. Tant qu'il y aura de l'énergie, l'illusion de stabilité restera excellente.**

La stabilité temporaire peut se maintenir de nombreuses années sans que la **pulsion de vie** ne fasse remonter les zones blessées. Mais **les zones manquantes font que l'individu en stabilité temporaire doit agir sans cesse et se dépenser beaucoup pour maintenir l'illusion.**

De plus **il est «fragmenté».** **Une part de lui est éparpillée.** La **pulsion de vie** reprendra plus tard ses droits, afin de réhabiliter les zones manquantes et de guérir fractures et amputations au plus profond de soi. **Pour l'instant, le temps de conciliation est en cours.**

5.4. La stabilité temporaire faible

Ici, la pulsion de survie manque d'énergie et doit se contenter de maigres compensations exclusivement externes et passives.

Avantages : Aide à survivre, dans le dénuement de ressources physiques et psychologiques, malgré une pesanteur permanente.

Inconvénients : Aux inconvénients précédents (dépense d'énergie, situation d'illusion, refoulements, somatisations) s'ajoute une dégradation physique par usages de compensations rapides passives et souvent nocives (excès de tabac, alcool, psychotropes, friandises ...) Il y a donc des risques de dégradation physiques venant s'ajouter à la souffrance psychique.

L'énergie ou les ressources intérieures sont terriblement insuffisantes. La fragilisation apparaît instantanément. **L'état apparent est affecté.** La fracture est évidente et la personne touchée est portée à mettre en œuvre diverses **compensations passives** pour s'aider à vivre. Son entourage estimera qu'elle est faible et fragile, sans force, sans volonté.

C'est effectivement une réalité, mais **pour s'en sortir, elle n'a surtout pas besoin qu'on la juge.** Elle a besoin de trouver dans son environnement humain une ressource qui sera toujours **plus efficace dans la considération que dans la condamnation.**

La pulsion de survie a ici peu de moyen pour masquer le manque. Mais l'énergie reste néanmoins suffisante pour se jeter dans des compensations immédiates, passives, souvent nocives.

En effet, ces compensations (telles que alcool, tabac ou drogue, boulimie...) nécessitent tout de même un minimum de possibilités physiques. Comme elles produisent des altérations biologiques, **il arrive un moment où la santé ne permet même plus cela !**

Nous ne parlerons bien sûr jamais de résilience dans ce cas. Pas de concilience non plus. C'est une situation de fragilité évidente dans laquelle **l'entourage invitera maladroitement la personne à être forte plutôt qu'à se rencontrer.** (voir l'article de juin 2001 «[dépression et suicide](#)»). **Ici le temps de résilience peine à commencer ou, s'il est en cours, il rencontre une période d'affaiblissement.**

6. Pour favoriser la concilience

6.1. Importance du choc et importance de l'événement

Quand un choc est important, il est bien rare que l'intégration soit spontanée. Certains individus dits «résilients» s'en relèveront, même s'il leur faut quelques mois ou quelques années alors que d'autres resteront affectés toute leur vie.

Pour aider les personnes choquées à mieux s'en sortir, l'Etat organise généralement des **cellules de crise après un drame** (attentats, cataclysme, accident grave comme avec AZF à Toulouse). Des psy y viennent **offrir aux victimes un lieu de parole et d'écoute**, une zone de ressource immédiate qui atténuera les conséquences ultérieures de la violence de l'évènement.

Heureusement, **tout le monde n'est pas forcément confronté à des faits de cette ampleur.** Même si ce sont de tels drames qui ont amené les psy à observer que certaines personnes sont résilientes et d'autres non, il existe aussi de nombreuses **situations «anodines» provoquant des chocs.**

Nous en trouvons un certain nombre dans l'enfance, non pas parce que les parents ont été de mauvais parents, mais parce qu'un enfant n'a généralement pas les ressources intérieures suffisantes pour faire face à tous les désagréments de la vie. D'autre part, **ceux qui l'entourent, et qui l'aiment, pensent d'avantage à le rassurer qu'à l'entendre.** Il doit ainsi se résoudre au silence de ses ressentis.

Les parents tentent de bien mener leur vie d'homme et de femme. Ils tachent aussi d'être de bons parents. Malgré cela, l'enfant ressent forcément une foule de choses qui leur échappent et dont il doit se débrouiller tout seul. **C'est ainsi qu'il construira sa maturité.**

Quand il peine à intégrer ce qu'il ressent, il est alors amené à **enfouir en lui une zone douloureuse jamais révélée, jamais vraiment entendue, jamais vraiment considérée.**

C'est ainsi que dans l'exemple cité plus haut, un homme adulte reste marqué par ce jour où, à 10 ans, il a perdu ce chien qui était, pour lui, un précieux confident. **Ses parents ont certainement envisagé d'être délicats, mais ils ont probablement plus tenté de l'apaiser que de l'entendre...** il a donc du garder sa peine... jusqu'au jour où il l'aborde en thérapie.

6.2. *Un grand espoir de mieux être*

Que ce soit aussitôt après le choc ou beaucoup plus tard (plusieurs décennies après), **une réhabilitation reste toujours possible**. Il faut bien comprendre que la douleur résiduelle ne vient pas de ce qui est arrivé mais de ce qu'on en a fait.

Même si, instinctivement, nous préférerions que notre douleur résiduelle soit «la faute de l'événement traumatisant», il n'en n'est rien. C'est juste ce que nous en faisons qui engendre douleur ou apaisement actuels. Il est heureux qu'il en soit ainsi car **cela signifie que nous y pouvons toujours quelque chose**.

Cela signifie aussi que notre vie nous appartient et que **rien n'est écrit pour toujours**.

Croire que l'évènement est la seule cause de la trace douloureuse ultérieure reviendrait à se désespérer. Cela signifierait l'impossibilité d'aller mieux, puisqu'on ne peut supprimer le fait que cet évènement soit survenu.

Comprendre que la douleur résiduelle ne vient pas de l'évènement, mais de ce qu'on en fait, implique une possibilité de mieux être, même longtemps après. C'est pour cela qu'une psychothérapie fonctionne.

Comme nous venons de le voir dans le paragraphe précédent, nos zones de vie blessées ne sont pas toujours liées à des circonstances dramatiques! Quand nous recherchons les zones à réhabiliter, il convient donc de ne pas forcément rechercher un passé catastrophique, mais juste d'aller là où "ça" se trouve. Pour localiser la zone exacte, le moyen est le **guidage non directif**.

Le guidage non directif n'est pas le thème de cet article. Peut être en écrirai-je un, spécialement sur ce sujet. Pour le moment, vous trouverez des éléments à ce propos, soit sur ce site dans le [dossier psychothérapie](#), soit dans mon ouvrage « [l'écoute thérapeutique](#) » page 150

6.3. *La médiation incontournable*

Non seulement ce n'est pas la gravité de l'évènement qui fait l'importance de notre douleur mais, en plus, **la source de notre douleur résiduelle, n'est même pas reliée à cet évènement proprement dit ! Notre douleur résiduelle est uniquement liée à notre vécu quand nous y étions** et à ce que nous en avons fait aujourd'hui.

La trace de notre vécu, est plus importante que ses circonstances historiques. La mémoire de l'évènement n'est qu'une sorte de vidéothèque mentale. C'est cette mémoire que nous utilisons pour apprendre nos leçons à l'école. La parcourir n'est qu'une démarche intellectuelle non libératrice... Dans le cas de traumatismes, c'est elle qui nous conduit à ressasser jusqu'à l'obsession.

Nous savons très bien nous accrocher au souvenir (mémoire obsessionnelle) et, en même temps, **garder une distance avec celui que nous étions dans cette circonstance qui nous obsède**.

S'occuper de la zone historique ne conduit à rien de libérateur (la rejeter non plus). **Ce qui importe c'est de s'occuper de celui que nous étions lors de cette circonstance**.

La douleur a engendré une rupture (fracture) entre celui que nous étions à ce moment là et celui que nous sommes devenu. C'est une sorte de sécurité d'urgence en attendant des ressources suffisantes.

La douleur résiduelle dans le présent n'est autre qu'un indicateur (un marqueur) qui permettra d'y revenir pour lui apporter le soin nécessaire. **Ce marqueur, pareil à une balise Argos, est garant du fait que nous ne perdrons pas cette précieuse part de soi** en attente d'attention et de soin, perdue dans l'océan de notre inconscient.

La réparation consistera en une médiation entre celui que nous étions et celui que nous sommes devenu. C'est une remise en contact pour réduire la fracture, jusqu'à consolidation. C'est ce qui nous permet de restaurer notre intégrité et de guérir de nos diverses amputations de soi, de guérir de nos vides et de nos maux psychologiques, de guérir de nos diverses fragilités et autres manques d'affirmation de soi.

7. Un projet d'équilibre toujours préservé

7.1. Dans tous les cas le projet d'équilibre reste actif

Quand une personne est réellement stable suite à un choc, nous n'avons pas de mal à comprendre que les mécanismes visant à préserver cette stabilité aient bien fonctionné. La pulsion de vie permet une intégration qui conduit l'individu à s'enrichir d'une expérience nouvelle. Cela accroît sa conscience du monde environnant et le rendra même plus stable lors de chocs ultérieurs.

Par contre, **quand une personne n'a qu'une stabilité temporaire ou pas de stabilité du tout**, nous peinons un peu plus à comprendre que, là aussi, des mécanismes de stabilités sont à l'œuvre.

Or **dans tous les cas, le projet est de réaliser une stabilité satisfaisante compte tenu de ce qui est disponible** et de ne jamais perdre le projet de stabilité réelle, même si celle-ci ne s'avère possible que longtemps après.

Malgré les désordres apparents qui suivent un choc, tout ce qui se passe est toujours l'expression d'**un élan inconscient visant à préserver une possibilité ultérieure de retour à l'équilibre.**

Même si ce retour ne se produit que dans de nombreuses années, même si le contenu de ce qui a fait le choc est devenu tout à fait inconscient, voir amnésié, **il y a toujours deux pulsions antagonistes à l'œuvre qui veillent et préservent un possible retour à l'équilibre.**

Ces deux pulsions sont, d'une part la pulsion de survie qui permet de garder à distance ce qui gêne, afin ne pas trop souffrir (cela coûte de l'énergie), et d'autre part la pulsion de vie qui préserve, dans l'inconscient, l'existence de tout ce qui devra un jour

être réhabilité (cela s'exprimera de toute façon plus tard, sans qu'aucune énergie ne soit nécessaire).

D'un côté les informations sont **mises entre parenthèse**, d'un autre elles sont **préservées de tout effacement intempestif** afin que celui que nous étions dans cet instant douloureux ne soit pas définitivement perdu. Il reste ainsi toujours possible d'accéder à cet équilibre, même longtemps après.

7.2. Mécanisme de mise en attente

Quand l'intégration immédiate n'est pas possible, un mécanisme de mise en attente prend le relais. C'est l'œuvre de la **pulsion de survie** qui assure ainsi une **mise à distance**, une sorte d'**anesthésie partielle**.

Le **phénomène est analogue lors d'une blessure corporelle**. La blessure est souvent aussitôt suivie d'une auto anesthésie physique. Quand dans un accident une victime est blessée, même gravement, il arrive souvent que la douleur immédiate ne soit pas ressentie. Cela lui permet de trouver la ressource nécessaire pour "sauver ce qui reste" et demeurer en vie! La douleur n'apparaîtra que plus tard.

De même, **dans un choc psychique, il y a aussi fréquemment auto anesthésie**. C'est ainsi par exemple qu'au moment d'un deuil une personne peut donner l'impression que cela ne la touche pas. En réalité elle s'est auto anesthésiée pour ne pas souffrir et surmonter ce moment inconcevable. Là aussi, la douleur n'apparaîtra que plus tard.

Quand l'état apparent est stable, il convient donc de ne pas oublier la **différence entre l'intégration** (stabilité réelle) et la **compensation** (stabilité apparente) qui n'est qu'une forme d'anesthésie.

La stabilité apparente est possible grâce à cette **mise à l'écart** de ce qui, en nous, vient de souffrir. **Les parts de soi, ainsi isolées, sont stockées dans l'inconscient**. Ce dernier, **pareil à une «nounou bienveillante»**, va en assurer la garde jusqu'à ce que nous soyons en moyen des les récupérer et de leur apporter le soin nécessaire.

Nous sommes inconsciemment "habités" par une multitude de parts de soi en attente.

Il est intéressant de considérer **notre inconscient** comme "**une délicate nounou**" prenant soin de ces précieuses parts de soi, plutôt que comme un lieu sournois rempli de choses malsaines.

Cet inconscient est notre allié et non notre ennemi.

Quand les points ressources sont insuffisants pour intégrer, mais néanmoins suffisants pour compenser, ils permettent d'une part la **mise en attente** de la zone douloureuse et d'autre part la capacité d'**actions compensatrices** pour faire «comme si de rien n'était».

Cette première étape (anesthésie, déni, rejet protecteur), s'accompagne d'un effet de stupeur dans lequel «on n'y croit pas». **Entre cette anesthésie protectrice et le moment de l'intégration**, il s'écoule un temps plus ou moins long (de quelques heures à quelques décennies). Nous trouverons généralement ici des **étapes similaires à celles qui ont été souvent évoquées dans la fin de vie** : Déni, Révolte, Négociations/compensations (Marchandage), Déprime, Acceptation ([voir article sur la fin de vie d'avril 2003 – Stratégie face à l'inacceptable](#)).

Nous tendons tous vers l'équilibre dans un processus de durée extrêmement variable.

7.3. Mécanisme de rappel automatique

L'inconscient, pareil à une «nounou», **assure donc la garde des parts de soi blessées**, que notre immaturité du moment ne nous a pas permis d'emmener avec nous.

Cette «nounou», **personnifiant notre pulsion de Vie**, nous invite régulièrement à récupérer nos «petits». Ainsi, nous ressentirons souvent **une réminiscence** surgir en nous **pour nous proposer d'accomplir l'intégration attendue**. Une sorte de rappel automatique, régulier, auquel nous répondons ou auquel nous ne répondons pas.

Naturellement **à chacun de ces rappels nous ressentons un certain inconfort**. C'est ainsi que nous éprouvons la douleur ancienne sans que le présent ne la justifie (pulsions, phobies, mal-être, troubles du comportement, angoisses...). A ce moment, libre à nous de compenser ou d'écouter (en fait, nous faisons ce que nous pouvons, avec toutefois une petite part de liberté).

Dans ces moments de réminiscence, il est bon de comprendre que **ce n'est pas notre passé qui nous pollue, nous harcèle ou nous hante** (le fameux «murmure des fantômes» de Boris Cyrulnik !). **C'est juste notre présent qui nous invite**. Il nous invite à offrir, à ces parts de soi blessées, l'attention et le soin qui leur a manqué autrefois. Il nous invite à restaurer notre intégrité et notre stabilité authentique. Il nous offre une opportunité.

Comprenant cela, quand une personne est en souffrance psychologique, le psychothérapeute aura soin d'être l'allié de ce mécanisme de vie.

Le psychothérapeute ne considérera pas le symptôme comme une pathologie à guérir, mais comme un moyen pour le patient d'accéder à lui-même.

Lorsque la réhabilitation est réalisée, **le symptôme devient inutile et disparaît**. Il ne disparaît pas parce qu'il est guéri, mais parce qu'il n'y en a plus besoin! Il était plus un nécessaire outil de contact qu'une psychopathologie.

Il cesse un peu comme une sonnerie de téléphone cesse lorsqu'on a bien voulu répondre.

Ces **symptômes** sont pour le patient comme des **«portes vers les étoiles qui sont en lui»**, vers ces bouts de soi précieux et oubliés. Des sortes de **«star gate»** offrant un accès direct au plus profond de soi pour y accomplir les réhabilitations nécessaires.

Pour voir ces «étoiles» qui sont en soi, il est parfois nécessaire de diminuer la «lumière» (les compensations). La lumière nous permet de voir ce qui nous entoure, et c'est très commode ! Mais la nuit nous permet de voir des étoiles lointaines et c'est très bien aussi.

De cette manière, **quand notre énergie diminue**, parfois en situation de déprime, **nous prenons conscience de ce qui nous habite** (voir article de juin 2001 "[Dépression et suicide](#)").

Cependant, **quand il n'y a plus d'énergie, si la maturité n'est pas au rendez vous, si ces réminiscences sont trop douloureuses**, en l'absence d'aide, la personne peut parfois aller jusqu'à souhaiter ne plus vivre... et même envisager le suicide pour échapper à tout ça... Beaucoup de vigilance s'impose alors à l'entourage! Chez le suicidaire, la pulsion de survie l'emporte sur la pulsion de vie. L'évitement va ici jusqu'à éviter la vie... au point de la supprimer. Dans de tels cas, une aide extérieure est incontournable ([voir article](#)

Par exemple, **un patient qui garde sa haine a encore besoin de celle-ci pour dire sa douleur.**

Vouloir la lui enlever serait dangereux pour lui.

["Dépression et suicide"](#)).

Le psychologue sera un allié de la pulsion de vie, mais il respectera la pulsion de survie. Il ne forcera jamais une résistance de son patient, considérant que celle-ci a toujours une raison d'être (même si ce n'est que momentané). Il aidera son patient à ne pas négliger ce qui s'exprime en lui.

Le psychologue ne forcera jamais un chemin qui n'est pas le bon ou qui ne se présente pas au bon moment. Il ne se placera jamais comme «celui qui sait» face à «un patient ignorant». Au contraire, **le seul qui sait, c'est le patient.**

Le psychologue respectera humblement les indications des ressentis de son patient dont il suivra le **«fil de raison»** comme un fil d'Ariane ([voir l'ouvrage l'Ecoute thérapeutique page 51](#)). Il accompagnera ainsi son patient vers ces parts précieuses de soi

qu'il cherchait déjà à retrouver et à réhabiliter. En fait **il ne fera qu'accompagner son patient, dans la démarche que celui-ci faisait déjà inconsciemment.**

Pour accomplir cet accompagnement, le psychothérapeute utilisera le [guidage non directif](#). **Grâce à son «non savoir» il sera un guide efficace** (voir l'article de avril 2001 [«le non savoir source de compétence»](#))

Une fois les parts de soi retrouvées, reste à réaliser la réhabilitation, cette intégration qui restaurera une stabilité authentique.

7.4. L'opportunité de réhabilitation

Puisant dans des images simples et communes à tous, j'ai osé utiliser des notions de «nounou» ou de «star gate» pour illustrer mon propos concernant le **stockage et la réminiscence**.

De la même façon, j'utiliserai cette fois-ci notre mythologie populaire en empruntant un conte. **La stabilité sera retrouvée quand celui que nous sommes aujourd'hui saura se pencher vers celui que nous étions, lors du traumatisme.**

Cette part de soi endormie, qui se réveille une fois entendue, écoutée, reconnue et validée... cela rappelle l'histoire de «la belle au bois dormant» où la princesse (le soi d'autrefois manquant de vie), endormie par un maléfice, se réveille le jour où son prince (prince=premier= le soi présent) se penche sur elle avec amour. Comme dans tous les contes, ensuite, ils vécurent heureux et eurent beaucoup d'enfants... De l'alliance entre celui que nous sommes et celui que nous étions, naîtront tous ceux que nous deviendrons.

C'est un peu comme si ce conte évoquait **notre histoire intérieure, dans laquelle nous tenons tous les rôles en même temps**. Nous pourrions voir la même chose dans d'autres contes ou dans les mythologies anciennes. Cela ne prouve pas du tout que c'est ce que voulaient dire les anciens, mais ça illustre bien le propos de cet article.

La fracture initiale, lors du choc, a séparé celui que nous étions de celui que nous devenons. En même temps que cela crée un soulagement en éloignant la douleur, cela engendre aussi un vide au plus profond de soi. **Notre esprit s'est ainsi éparpillé, fragmenté, dispersé**, victime d'une sorte d'[entropie](#) psychique où l'esprit se disperse et se désorganise dans un espace plus vaste et plus vide.

Comme dans un puzzle dont on aurait enlevé une pièce, notre structure psychique tend à retrouver celle-ci et à la remettre à sa place. La pulsion de vie assure ainsi une sorte de [néguentropie](#) dans laquelle la structure tend à reprendre sa forme et dans laquelle ce qui était dispersé se rassemble.

En physique, **l'entropie** (souvent assimilé à un "désordre croissant") désigne que l'information se disperse et disparaît ; la **néguentropie**(entropie négative) désigne, au contraire, que l'information se structure, se rassemble ou augmente. Ces notions, venant de la thermodynamique sont appliquées à différents systèmes.

Ce qui se passe concrètement :

Le patient répondant favorablement au «rappel automatique» peut **mettre son attention sur celui qu'il était au moment du choc**. Dans l'imaginaire, en visualisation, **ce-**

lui qu'il est aujourd'hui s'en «approche» et accepte de le reconnaître, d'en être le confident, l'ami, et de **l'entendre enfin comme personne ne l'a jamais vraiment entendu.**

Celui qu'il est et **celui qu'il était** sont ainsi **distincts** mais **très proches.**

L'un devient la ressource de l'autre, et réciproquement. Cela se passe dans l'imaginaire, mais avec un profond sentiment de réalité et de réintégration.

Attention, ce n'est pas une régression. Le patient ne redevient pas celui qu'il était au moment du choc (dans le cas d'un traumatisme important cela n'est vraiment pas souhaitable). Le patient ne doit pas refaire l'expérience du choc. Il doit juste accompagner celui qu'il était à ce moment là et le réhabiliter en reconnaissant son ressenti.

Attention ce n'est pas non plus une évocation. Il ne s'agit pas ici de la mémoire et des liens intellectuels ou analytiques, permettant juste de comprendre que ceci a engendré cela. Rappelez vous que ce qui compte, ce ne sont pas les faits ni la mémoire de ces faits. Ce qui compte, c'est seulement celui que nous étions à cette époque avec son ressenti. Celui que nous étions est toujours en nous puisqu'il nous constitue. Il s'agit d'une rencontre avec soi-même et non de l'évocation d'un souvenir.

Cette rencontre se passe avec beaucoup de douceur, un peu d'émotion (parfois beaucoup, mais jamais de tempêtes) et la réhabilitation suit instantanément. Le symptôme disparaît, un sentiment de plénitude apparaît avec un mieux être profond et durable.

Il est important de comprendre **qu'il ne s'agit pas d'enlever la douleur de celui qu'on était, mais de l'entendre et de la reconnaître** dans une attitude chaleureuse et ouverte. Vouloir consoler celui qu'on était plutôt que de l'entendre enkysterait sa douleur. L'apaisement instantané vient de cette reconnaissance et non d'une tentative d'enlever «le mal» qui ne serait au fond qu'un nouveau déni conduisant à enfouir plus profondément la blessure (provoquant alors des *déplacements* faisant ressurgir le problème ailleurs).

Après l'intégration, le sentiment de bien-être s'accompagne pour le patient d'une impression d'**intégrité retrouvée**, comme s'il n'y avait plus ce vide. Il se sent en même temps **plus plein et plus léger.**

Il peut désormais repenser à ce qui s'est passé ou ne plus y penser. Il en est vraiment libre. Il en a le souvenir sans en avoir l'obsession ou la douleur.

Le mieux être est instantané au moment de la réhabilitation, mais le chemin pour y parvenir peut être plus ou moins sinueux et demander un peu de temps.

8. Sources et ressources intérieures

Quand il y a un choc ou un traumatisme, **tout se résume à un écoulement de vie interrompu, entre celui qu'on est et celui qu'on était.**

La communication ne passe plus entre eux. C'est une sorte d'infarctus de «l'âme», de la structure psychique.

Être communicant, c'est être ouvert (voir le [dossier communication](#) ou l'article [assertivité](#)). **Dans cette fracture intérieure, il n'y a plus de passage.** La porte s'est fermée et la vie ne s'écoule plus. Il n'y a plus de communication intérieure entre le soi présent et le soi antérieur.

Ainsi, nous ne donnons plus notre ressource à notre passé et celui-ci ne nous fournit plus la base dont nous aurions besoin.

Le projet d'équilibre est malgré tout préservé. Le rétablissement de l'écoulement de vie (ouverture, communication) s'accomplira ultérieurement. **Cela se réalisera, soit seul avec la maturité ou un environnement favorable, soit à l'aide d'un thérapeute.**

8.1. Générateur de vides : Réflexe de mise à distance

Utilité: permet de ne pas subir trop de souffrances immédiates. L'anesthésie dure plus ou moins longtemps.

Par contre, la propension à **essayer d'oublier ce qui fait mal risque d'évoluer en rappel obsessionnel** ou en somatisation. Vouloir oublier la circonstance conduit à prendre de la distance avec celui qu'on était, mais, paradoxalement, accroche à l'évènement. Or pour être libre de l'évènement il importe de se rapprocher de celui qu'on était.

Ce réflexe de protection dure tant qu'on mélange l'évènement et celui qui l'a vécu. **Cette pulsion de mise à distance laisse en soi un vide que les compensations ne remplissent pas.** Elles ne font que le masquer.

8.2. Générateurs de «faux pleins» : Compensations salutaires

Utilité: permet de prolonger la mise à distance sans éprouver de manque. La personne peut même être sincèrement convaincue que tout va bien en ne se posant pas trop de questions. Elle sera particulièrement adepte de la fameuse remarque "tu t'écoute trop!".

Les multiples compensations, consommatrices d'énergie, viennent masquer ces vides. Selon l'énergie disponible, ces **compensations seront actives ou passives.**

Quand il y a de l'énergie : Activisme, excès dans le sport, dans le travail, dans des passions diverses (avec risque d'épuisement à long terme).

Quand il y a peu d'énergie : Alcool, psychotropes, addictions, drogues, boulimie... (avec risque de dégradation physiologique à long terme).

La combinaison des deux possibilités nous conduit vers une **attitude cyclothymique (bipolaire) alternant l'euphorie agitée et l'effondrement.**

8.3. Révélateur de vide: La Déprime «visibilité du vide»

Utilité: permet de voir ce vide. Il devient alors possible d'envisager de "faire le plein" et d'accéder aux "générateurs de plénitude".

Dans les phases basses, **la disparition ou la baisse de l'énergie conduit à ne plus pouvoir masquer ses vides.** Cette «**décompensation**» se traduit par un manque d'intérêt pour toutes les futilités (autrefois amusantes). En réalité, il s'agit d'une **invitation à restaurer sa capacité d'attention, envers les parts de soi**, autrefois écartées de la structure psychique lors des moments de douleur.

Les moments de déprime sont une opportunité, **une sorte de silence nécessaire pour retrouver «ces étoiles qui sont en soi»** et que nous avons reléguées à l'autre bout de notre univers intérieur. Quand cette phase est trop douloureuse, elle doit être accompagnée par un [psychologue](#) ou un [psychothérapeute](#). Elle peut même, en plus, nécessiter un accompagnement médicamenteux prescrit par un médecin [psychiatre](#). **Attention:** cette douleur est souvent aggravée par le déni de l'entourage qui tente de redopper le [dépressif](#), plutôt que de l'entendre et de l'aider à se rencontrer.

8.4. Générateur de plénitude : La réhabilitation

C'est l'aboutissement: Le seul véritable générateur de plénitude est la réhabilitation.

Dans tous ces cas, le projet inconscient est cette **réhabilitation de celui que nous étions, afin de ne plus avoir de vides en soi. A chaque part mise de côté, correspond un vide, que notre pulsion de vie nous porte à combler** (en nous invitant à réhabiliter celui que nous étions). Il ne s'agit, ni plus ni moins, que de rétablir une communication entre soi et soi. Nous trouvons cela aussi en situation de fin de vie. Voir l'article *Humaniser la fin de vie* au paragraphe «[accompagner les rencontres](#)».

8.5. Une ressource réciproque

Celui qu'on est peut alors être une ressource pour celui qu'on était. A son tour, celui qu'on était vient remplir la place laissée vacante dans notre structure psychique et permet de **mieux asseoir sa base**, sa stabilité. Le puzzle n'a plus de pièce manquante. La structure psychique a retrouvé son intégrité et peut poursuivre sa croissance.

Entre celui que nous sommes et celui que nous étions, **cet "aller retour" porte instantanément ses fruits.** Dès que cela est fait, le mieux être est immédiat. Cependant, les étapes précédentes peuvent demander un temps plus ou moins long.

9. Résilier n'est pas réhabiliter

A travers la description de ces mécanismes préservant un possible retour à l'équilibre, nous voyons clairement que **la stabilité réelle ne peut venir d'une résiliation**. Le seul fait d'envisager l'idée de résiliation montre une faille dans l'approche que l'on a des souffrances psychologiques.

En effet, il **ne s'agit pas de «résilier» mais de «réhabiliter»**. Il **ne s'agit pas de «recul»** (*resilire* sauter en arrière), **mais «d'ouverture» et d'«aller vers» ou de «laisser venir à soi»**.

Naturellement la résilience, en biologie, en industrie et en physique désigne une capacité à ne pas rompre ou à retrouver son état initial après une agression, un choc ou une perturbation quelconque. Pourtant, **l'idée que pour un être humain cela s'accomplit avec une résiliation, une distanciation ou un combat est un piège**.

9.1. Le piège d'une attitude guerrière

Vouloir tordre le cou à ce qui est en nous, **mener un combat contre sa douleur et tenter d'exorciser le mal qui nous habite, sont des concepts risqués**. Même quand ils offrent d'apparentes accalmies, à long terme, il y aura une décompensation.

Nous sommes dans une **culture très guerrière**. Après les exorcistes du moyen âge et les vieilles croisades, le combat contre la mal se poursuit de façon laïque, discrète... mais tellement présente : il faut être positif, ne pas se laisser toucher par ce qui est négatif (sous peine «d'excommunication»), aller à un entretien avec des munitions, être battant, être convainquant, ne pas s'écouter, se dépasser, être armé pour la vie, savoir changer son fusil d'épaule...

Comme je l'ai détaillé dans mon article de Juin 2003 "[Apaiser la violence](#)", **l'être humain utilise son intellect de la même façon que l'animal utilise ses griffes et ses crocs**. Pour passer, du stade animal à celui d'humain, cela nécessite plus qu'un simple développement intellectuel. **Sinon, il reste dans une chorégraphie de proies et de prédateurs** qui ne fait que tourner en rond, que ce soit avec autrui ou avec soi-même.

9.2. Tendresse et reconnaissance envers celui qui a souffert

Loin d'être un combat, il s'agit d'une **histoire d'amour entre le soi actuel et le soi antérieur**.

Pour accomplir cette rencontre salvatrice, nous devons d'abord apprendre à **distinquer, d'une part la circonstance traumatisante, et d'autre part celui qui l'a vécue**. Aussi néfaste que soit la circonstance, la valeur de celui qui l'a vécue et qui en a souffert reste ainsi préservée.

Aider quelqu'un qui a vécu un traumatisme consiste à l'accompagner dans ce processus où **il devient distinct de celui qu'il était au moment du traumatisme, qui est lui-même distinct de la circonstance traumatisante**.

Nous avons donc trois éléments :

- La circonstance blessante,
- Celui qu'il était quand il l'a vécue
- Celui qu'il est devenu aujourd'hui.

Le cheminement de réhabilitation consiste en une **restauration de la communication entre celui qu'il était et celui qu'il est devenu.**

Dans les faits historiques aussi graves que les camps de concentration, nous entendons souvent parler du **«devoir de mémoire»**. S'il est très important de ne pas oublier ce qui s'est passé, l'essentiel du «devoir de mémoire» **devrait concerner surtout le vécu des êtres meurtris plutôt que seulement les évènements**. Aussi horrible que soit l'évènement, les êtres qui l'ont vécu restent infiniment précieux.

Si, malencontreusement, le souvenir des événements prend le pas sur le vécu des êtres qui en ont souffert, c'est un peu comme si on leur faisait **offense de déni**. C'est alors un réel manquement au devoir de mémoire. Ceux qui enseignent l'Histoire peuvent s'interroger sur la nécessité d'évoquer les êtres en priorité avant les faits, afin de satisfaire à la qualité de la mémoire collective et à la reconnaissance. **Si la mémoire des faits est très importante, celle des êtres meurtris l'est encore plus.**

Il en est de même pour chacun dans son histoire personnelle.

Apprendre à concilier celui que nous sommes aujourd'hui avec ceux que nous étions autrefois est une façon d'accroître son intégrité et de guérir ses vides intérieurs. De cette façon, les «fantômes» de Boris Cyrulnik n'auront plus besoin de murmurer! Il étaient simplement **«ce soi antérieur qui réclame écoute et reconnaissance»**, afin de restaurer notre base et de nous consolider pour l'avenir.

9.3. La vie et l'énergie

La tentation du combat intérieur vient du fait que **maladroitement, toutes les démarches reposent sur l'énergie**. De l'énergie pour, de l'énergie contre... toujours de l'énergie. Or il faut comprendre que **l'Énergie conduit à faire** (ou avoir) alors que la **Vie conduit à Être**.

Tant que nous envisageons d'investir de l'énergie pour nous en sortir, c'est que nous sommes encore dans une démarche de combat plutôt que dans une démarche de vie.

Dans la «concilience», il ne s'agit pas d'énergie mais d'ouverture. Laisser s'écouler la vie en soi. Laisser revenir la vie là où elle n'était plus. **Rétablir ce canal de soi vers soi.** Être une ressource pour celui qu'on était et lui permettre ainsi d'être notre base d'existence, notre fondation.

La pulsion de survie est fondée sur l'énergie (beaucoup d'actions), la pulsion de vie est fondée sur la Vie (juste être).

Les deux sont complémentaires et tiennent leur place, mais il importe de ne pas les confondre.

9.4. Les précieuses retrouvailles

Quelque soit le mot utilisé (résilience ou concilience) il importe de bien comprendre qu'il ne s'agit surtout pas d'une résiliation.

Le contrat est en réalité précieux et il s'agit plus de l'honorer que de l'évacuer. C'est un moment de retrouvailles avec soi-même.

10. Temps de résilience

10.1. Avoir bouclé son temps de résilience

Les biologistes parlent de temps de résilience pour indiquer le temps qu'il faut à un écosystème pour retrouver son équilibre après une perturbation (nous l'avons vu au début de cet article). De même, en psychologie, nous devrions parler de **temps de résilience afin d'indiquer le temps qu'il faut à un individu pour retrouver son équilibre après une perturbation.**

Dire que quelqu'un est résilient est impropre. Nous devrions dire qu'il a bouclé son temps de résilience. Cette durée est propre à chacun. Elle dépend du type de choc, des ressources internes et externes de la personne et peut durer **de quelques heures à quelques décennies.**

Dire que quelqu'un est résilient sous-entendrait qu'il l'est instantanément et qu'il posséderait une sorte de «force initiale» le rendant invincible... alors qu'il y a toujours au moins un petit différé. **Dire que quelqu'un est «Résilient» sous entend qu'il a un temps de résilience court».**

10.2. TEMPS DE CONCILIENCE

Ce "temps nécessaire pour boucler le processus", se trouvera nommé avec plus de justesse si nous l'appelons **temps de concilience.**

A partir du moment du choc, un individu va suivre différentes étapes le conduisant à la fin de son temps de concilience. **Ce temps est bouclé quand il a su concilier, en lui, celui qu'il est maintenant avec celui qu'il a été au moment du choc.** Il aura ainsi réduit sa fracture par la réalisation d'une médiation intérieure.

Les étapes de cette médiation, qui vont se succéder depuis le choc jusqu'à la fin du temps de concilience, ressemblent beaucoup à des étapes connues dans un autre domaine.

10.3. Les étapes vers la concilience

Ces étapes sont connues dans les situations de fin de vie. Je ne les reprendrai pas en détail puisqu'il vous suffit de cliquer sur les liens ci-dessous pour accéder aux données se trouvant dans un autre article consacré à ce sujet. Il s'agit de l'article **Humaniser la fin de vie** au paragraphe **«Stratégies face à l'inacceptable».**

Cinq étapes pour arriver à la concilience.

- 1/ Dénî. Anesthésie spontanée face à l'impossible.
- 2/ La colère du réveil, violence et même parfois haine.
- 3/ Se soutenir par quelques espoirs et compensations anxiolytiques.
- 4/ La dépression face à la réalité, «je dois vivre avec "ça"».
- 5/ L'acceptation, l'intégration, la réconciliation, la réhabilitation.

Finalement, **arriver à la concilience, c'est avoir traversé ces cinq étapes**, en un temps plus ou moins long, allant de quelques heures à quelques années ou décennies. Il est intéressant de remarquer que le phénomène qu'on appelle «résilience» n'est ni plus ni moins que cette capacité à parcourir ces étapes et à aboutir à la réhabilitation, à la reconstruction, à la défragmentation de l'être qui s'est vu explosé, déconcerté, éparpillé, détruit. Dans le cas de la fin de vie, cela concerne un **événement futur inacceptable**. Dans le cas de choc ou de traumatisme, cela concerne un **événement passé inacceptable**. Dans les deux cas nous trouverons des **analogies dans la maturation du vécu**.

11. Pour conclure

J'espère que cet article aura contribué à étoffer le regard de chacun (néophytes ou spécialistes) sur ce sujet, conduisant à une affirmation de soi sans ego, à plus d'assertivité, à plus de considération et à un apaisement des anciennes blessures.

Que le chemin se fasse seul, de façon naturelle, qu'il se fasse dans son entourage avec le soutien d'un proche ou qu'il se fasse avec un psychothérapeute, cet article vous montre qu'une liberté d'esprit est possible après un choc ou un traumatisme.

Si l'apaisement tarde trop, il est toujours possible de solliciter l'aide d'un professionnel sérieux avec lequel la qualité de l'échange et du cheminement thérapeutique sont en harmonie avec vos attentes.

Comme pour tous les autres articles de ce site, j'ai eu plaisir à mener cette réflexion à votre intention. Je recevrai aussi avec plaisir vos remarques (accords ou divergences de points de vue) et vos expériences, si vous le souhaitez.

Thierry TOURNEBISE

***Le ça, le moi,
le surmoi et le Soi
Flux, pulsions et structure psychique***

Thierry TOURNEBISE

Novembre 2005 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF

J'ai le plus souvent privilégié sur ce site la publication de documents permettant une approche concrète des réalités quotidiennes concernant la communication, l'aide et la psychothérapie. Cela m'a souvent valu de nombreux emails de lecteurs se reconnaissant dans ce qui était décrit.

J'ai également choisi de proposer quelques documents plus techniques, afin d'aborder certaines données théoriques avec des précisions complémentaires. C'est le cas de cette publication consacrée aux notions de Ça, de Moi, de Surmoi et de Soi. Ce sont des mots connus de tous, utilisés depuis longtemps...mais dont les nuances s'obscurcissent devant de nombreuses explications contradictoires et surtout devant d'étonnantes inversions sémantiques. Outre une exploration des significations, ce document va permettre également de relier ces notions à l'approche maïeusthésique décrite dans l'ensemble de ce site. Naturellement ces éléments ne sont pas les seuls à considérer, comme cela a été abordé dans ma publication de mars 2005 « libido amour et autres flux » où l'on a pu également trouver le cognitivisme, le comportementalisme et le psychocorporel comme élément de synthèse maïeusthésique.

1. Regards sur la psyché

1.1. Théories et thérapies

Il est évident que le Ça, le Moi le Surmoi et le Soi ne sont pas les seuls éléments de la psychologie à considérer. Par exemple, les thérapies comportementales et cognitives ou psycho corporelles obtiennent des résultats en s'appuyant sur d'autres fondements.

Les éléments que représentent le Ça le Moi, le Surmoi et le Soi sont une façon de tourner son attention vers la psyché, en adoptant un certain point de vue. Il convient de bien avoir à l'esprit que ce n'est pas le seul possible. On peut considérer la psyché depuis plusieurs points d'observation distincts, comme on le ferait pour un objet qui peut s'observer depuis plusieurs endroits. Toutes les vues peuvent être justes, quoique différentes, et toutes contribuer à apporter un enseignement complémentaire.

Nous voyons aujourd'hui apparaître la **psychothérapie Intégrative** qui est une évolution majeure dans les soins psychiques puisqu'elle invite à une telle variété de perspectives.

Dans son ouvrage « Manuel de psychothérapie brève Intégrative », John Preston, Dr en psychologie, insiste sur la question « **Mais qu'est-ce que je dois faire maintenant ?** ». Evoquant ses premières séances de thérapie il dit, parlant de lui et de ses clients « Si l'un d'eux m'avait demandé d'écrire une dissertation ou de définir un concept psychologique, je m'en serai sorti brillamment. Mais mon assurance n'allait pas plus loin... ... j'ai connu des moments, durant les séances de thérapie, où je me demandais en mon for intérieur *mais que dois-je faire maintenant ?* » p3.

Toutes les théories ont leur importance, mais ne sont que de peu d'utilité dans la réalité d'une situation thérapeutique concrète. Le Dr Karl Jaspers, dans son ouvrage « Psychopathologie Générale » nous signalait aussi :

« Les tendances que nous avons à attribuer une grande importance à des considérations théoriques, exercent l'action la plus néfaste sur les connaissances intuitives et empiriques que nous arrivons à acquérir au sujet de nombreuses variétés d'anomalies psychiques. On quitte le monde des connaissances, en faveur de vaines abstractions » p328.

C'est donc en ayant cela présent à l'esprit que nous aborderons les notions de Ça, de Moi, de Surmoi et de Soi.

Si, comme pour le Dr John Preston la question qui vous préoccupe est « que dois-je faire maintenant ? » vous trouverez plus de réponses sur ce site dans ma publication d'avril 2004 « [communication thérapeutique](#) » que dans le présent document. Cependant, celui-ci apporte un éclairage intéressant sur l'habitude que nous avons de ne pas savoir distinguer les choses et les êtres, sur la fâcheuse habitude culturelle que l'on a de confondre l'objectal (qui s'occupe des objets) de l'existential (qui s'occupe de la vie et des individus).

1.2. Sources psychanalytiques

Les notions de Ça de Moi, de Surmoi et de Soi viennent de la psychanalyse. Les approches de psychothérapie qui en découlent, se nomment psychothérapies psychodynamiques.

Les trois premiers de ces quatre éléments (Ça, Moi et Surmoi), proviennent de ce que Freud a nommé sa « deuxième topique ». Le mot « topique » signifie « lieux » (de topologie, topographie) et désigne des lieux psychiques distincts. La première topique de Freud, que nous n'aborderons pas ici, est : conscient, inconscient, préconscient.

Freud nous a légué sa deuxième topique distinguant le Ça, le Moi et le Surmoi comme étant trois lieux psychiques distincts (il ne parle pas vraiment du Soi). Nous remarquerons bien sûr que « lieux psychiques » ne signifie en aucun cas « lieux anatomiques ». C'est une sorte « d'anatomie de la psyché » qui ne peut se calquer sur l'anatomie physiologique.

Pour tout un chacun, les trois mots Ça, Moi et Surmoi, à eux seuls ne clarifient pas grand' chose sur les phénomènes psychiques. Même si, la plupart du temps nous les avons tous rencontrés dans un livre, un article ou une discussion, leur sens reste généralement imprécis (comme nous allons le voir, même chez certains spécialistes).

Or ils ont une signification bien déterminée et permettent vraiment de mieux comprendre la nature des phénomènes psychiques. Pour cela, il importe de regarder au-delà du cadre initial de la psychanalyse afin de considérer aussi la notion de Soi (Jung) et d'existential (Carl Rogers, Rolo May, Karl Jaspers, Ludwig Biswanger). L'existential est ce qui a trait à l'individu, c'est-à-dire à « l'être au monde », comme se plaisent à les nommer les psychologues ou médecins cités ci-dessus. L'ensemble de ces notions nous permettra une certaine compréhension de phénomènes se déroulant dans la psyché.

2. Le ça

2.1. Précisions sémantiques

« Ça » se dit *das Es* en allemand. En réalité, ce mot allemand est intraduisible exactement en français. Gerorg Groddek, médecin proche des milieux psychanalytiques a emprunté le mot « *das Es* » à Nietzsche, avant que celui-ci ne soit utilisé par Freud.

Il fut convenu de le traduire par le mot « Ça » en français, et par le mot « *id* » en anglais (venant du latin « *id* »). En latin, *idiotia* signifiait « ignorant, profane ». A ne pas confondre avec l'étymologie grecque *idios* signifiant « privé, particulier », *idioma* « caractère propre », *idiôtismos*, « langage spécifique » et ayant donné l'homonyme anglais « *id* » qui signifie *élément chromosomique portant les caractères héréditaires* (Haraps Chambers 2003)

Le titre du document de Freud : « *Das Ich und das Es* » (1923) a déjà été été traduit par « Le Moi et le Soi » Cela montre la **confusion sémantique entre le « Ça » et le « Soi »** voir p26 dans l'ouvrage « **Le Ça, le Moi et le Surmoi** » TCHOU Pr Serge Lebovici p

26. Même les dictionnaires de traduction ne définissent pas clairement la différence entre le ça, le moi et le soi, que ce soit en anglais ou en allemand. Une confusion bien gênante que nous détaillerons plus loin, pour tenter d'aborder plus précisément les différences entre ces éléments distincts de la psyché

2.2. Le Ça, une source

Il s'agit, comme son nom l'indique, de quelque chose d'indifférencié. Comme lorsque nous disons « Ça », pour nommer une chose dont nous ne connaissons pas la nature et pour laquelle nous n'avons pas de meilleurs mots qui nous viennent à l'esprit.

« Ça » désigne une source intérieure qui échappe à notre volonté et qui exerce une pression. **Freud assimile le Moi à une entité physiologique** « Le Moi est avant tout une entité corporelle » *Le Ça le Moi et le Surmoi* p101. Peut être en est il de même du Ça ?

De son côté, **Karl Jaspers** parlant des phénomènes psychiques dit

« La localisation des différents sens sur l'écorce cérébrale, des aphasies sur l'hémisphère gauche, signifie simplement qu'il faut que ces organes soient intacts pour qu'un phénomène psychique déterminé soit possible et rien d'autre. » (*Psychopathologie générale* p34).

Quoique médecin proche de la psychologie existentielle (tenant compte de l'être, de l'individu), la rigueur de son approche ne lui fait donc prendre aucun parti, si ce n'est celui de n'affirmer que ce qu'on sait... et pas au-delà. Il est en même temps ouvert aux différentes possibilités, qui permettent les hypothèses de recherche, mais rigoureux quant aux affirmations. **Affirmer que la source du Ça ou du Moi est corporelle, lui paraîtrait donc une affirmation abusive**, si elle prétend exclure, a priori, toute autre éventualité sans expérimentations le démontrant.

Si Freud n'a pas énoncé clairement de quelle nature est la source du Ça (peut être n'est-ce pas trouvable ?), il a cependant pointé la nature de ce qui s'en écoule : c'est la libido. Le Ça est la source de la libido. Mais la réponse est à peine plus claire si on ne clarifie pas la notion de libido !

2.3. La libido, un flux

Voici encore un mot très usité dont la signification précise est rarement clairement connue. La libido c'est l'énergie psychique. Freud y a vu essentiellement l'énergie sexuelle. Mais on néglige souvent de préciser que Freud a fait une différence précise entre la sexualité et la génitalité et cela a conduit à de nombreux contresens. La sexualité, selon lui, est l'expression de l'énergie libidinale. La génitalité, selon lui, c'est l'expression de cette énergie dans le cadre de ce que tout un chacun appelle habituellement « sexualité ». La libido ne désigne donc pas à proprement parler la sexualité, mais une énergie psychique, entre autre à l'origine de la sexualité.

D'autres psychanalystes comme Jung ont tenté de recentrer cette nuance, mais Freud et Jung n'ont su s'entendre clairement sur ce point... jusqu'à y sacrifier leur amitié. Sans doute un « petit » dérapage dogmatique !

Il semble raisonnable donc de comprendre que la **libido est un flux d'énergie dont le Ça est la source**. Par contre nous n'avons pas d'information sur ce qui alimente la source (d'où l'appellation « Ça ») !

Cette énergie psychique (libido) tendra à s'écouler, comme un fluide suivant la pente qu'il trouve devant lui. Le comportement des êtres humains sera influencé par cet écoulement selon qu'il sera libre, contrarié, refoulé, canalisé, empêché...etc.

3. Le moi

3.1. Précisions sémantiques

Nous trouverons : *das Ich* en allemand, *ego* en anglais, *moi* en français. Le mot « *ego* » est aussi utilisé comme synonyme du Moi en français. Mais l'anglais (et par extension le français), utilise quelque fois le mot "self" pour désigner le moi... tout en l'utilisant aussi pour désigner le soi

Le Dr D.W. Winnicott, membre de la société britannique de psychanalyse dans les années 30, a tenté de lever l'ambiguïté en parlant de "faux self" et de "vrai self". Le *faux self* étant « le paraître », il fait penser au moi. Le *vrai self* désignant « l'être » évoque, lui, plutôt le soi. Selon Winnicott, le vrai self se différencie du moi en représentant plus que le moi.

En français on traduit donc parfois Self par « Soi », mais ce n'est pas forcément exact. Nous trouvons là des imprécisions sémantiques gênantes

Pour positionner le rôle du Moi, Freud nous propose : « Le Moi traduit en action la volonté du Ça » (*Le Ça le Moi et le Surmoi* p101). « Si toute la force motrice qui fait se mouvoir le vaisseau est fournie par le Ça, le Moi est en quelque sorte celui qui assume la manœuvre du gouvernail, sans laquelle aucun but ne peut être atteint » p136. « Le Moi tend vers le plaisir et cherche à éviter le déplaisir » p139. Pour Freud, le Ça est donc la source d'énergie et le Moi est le gouvernail.

De son côté, Georg GRODDEK répète que « ...ce que nous appelons Moi se comporte dans la vie d'une façon toute passive et que nous sommes, pour se servir de son expression, vécus par des forces inconscues échappant à notre maîtrise ». (*Le Ça le Moi et le Surmoi* p99).

D'une part ce que propose Groddek est contradictoire avec l'idée de gouvernail énoncée par Freud, d'autre part, **nous remarquons qu'il ne s'agit pas vraiment ici du Moi de Freud, mais d'un Soi affaibli**. Le Moi n'est donc pas l'individu proprement dit et son propos semble très clair : le Moi est un instrument de l'individu et ce dernier s'y trouve soumis. Mais cet instrument amène une intelligence que le Ça n'avait pas

Ces quelques citations nous montrent à quel point la confusion est présente, mais avec de fortes intuitions qui peinent à trouver leur expression sémantique

Pour Patrick JUIGNET, psychanalyste chargé de cours de psychopathologie à l'université de Nice, « Le Moi a une fonction de régulation et de contrôle (on retrouve donc l'idée de gouvernail). Son rôle principal est de gérer des exigences diverses et contradictoires comme l'opposition entre pulsions et réali-tés... » p46 de son ouvrage « Manuel de psychopathologie psychanalytique » Presses universitaires de Grenoble

3.2. *Un préalable narcissique*

Le narcissisme, lui, définit une sorte de rapport de l'individu avec le Moi, ou un état de son Moi.

L'écoulement libidinal, venant du Ça, va commencer par s'écouler vers le sujet lui-même. Dans le début de l'existence, on pourrait dire, que ce flux commence à se répandre proche de sa source. C'est ce qu'on appelle la **phase narcissique**, dans laquelle l'individu est son propre objet de satisfaction et n'a encore que peu conscience du monde extérieur. Il dirige ainsi vers lui-même son flux libidinal.

Cette phase, naturelle au début de la vie, peut devenir pathologique : Si un adulte, se coupant du monde extérieur, revient vers lui-même de façon exclusive nous pouvons aboutir à ce qu'on appelle des **états psychotiques dans lesquels nous parlerons de libido narcissique**. Dans ce cas, la coupure d'avec le monde extérieur interdit les contacts réels et les psychothérapies en sont rendues plus difficiles (en particulier les approches psychanalytiques basées sur le transfert, où il est nécessaire de reconnaître un objet extérieur à soi). **Jean Pierre Chartier**, Dr en, psychologie et psychanalyste, nous montre par contre que les psychotiques peuvent tout de même être aidés, dans son excellent ouvrage « **Guérir après Freud** »

A ce stade, il n'y a pas encore vraiment de Moi. **Il n'y a que de l'autosatisfaction pour venir compenser les "manques d'être" ressentis par l'individu, pour venir compenser les sensations de vide auxquelles il est confronté.** L'être venant au monde a bénéficié d'une présence continue de sa mère dans le prénatal... et fait rapidement l'expérience de l'alternance de la présence et de l'absence, de la faim et de la satiété, de la chaleur et du froid...etc.

Ces manques d'être, ces vides et ces insécurités sont nécessairement compensés pour permettre une sorte de survie en attendant mieux. A ce stade l'autosatisfaction narcissique est un moyen majeur. Nous ne parlerons cependant pas encore de Moi ou d'ego. Celui-ci n'apparaît que quand la compensation s'opère en dirigeant son flux libidinal vers l'extérieur.

3.3. *Incompréhension sur la narcissisation*

Il est coutume de dire que l'équilibre de l'individu dépend de la qualité de son processus de narcissisation. De sorte qu'un être en difficulté d'affirmation de Soi sera vite identifié comme un individu ayant besoin de se renarcissiser.

Avant d'aller plus loin il me semble utile de rappeler sommairement le mythe de Narcisse : Narcisse est un homme très beau qui séduit involontairement toutes les femmes. Mais il se trouve qu'il est indifférent à celles-ci. L'une d'elle, la nymphe Echo, meurt même de chagrin à cause de cette indifférence de Narcisse à son égard. Leurs sœurs demandent à Némésis (déesse dont c'était le rôle) de venger la défunte. Némésis va alors faire subir à Narcisse ce qu'il a infligé à Echo : désirer quelque chose d'inaccessible. Un jour où il va s'abreuver dans une fontaine, il voit son reflet dans l'eau. La beauté de cette image le laisse stupéfait (narcisse a donné *narkê*, puis narcose). Il désire passionnément cette image inaccessible, **croquant que c'était un autre**. Il en reste stupéfait sans manger et sans boire devant cette fontaine et en meurt. Il poussera devant celle-ci les fleurs portant son nom.

Nous ne savons généralement pas cette nuance du mythe : **comme si c'était un autre**. Narcisse confond sa propre image avec l'existence d'un autre. Ce n'est donc pas lui qu'il aime, mais cet autre imaginaire. Croyant voir un autre, il ne voit qu'un reflet de lui-même.

Cela définit bien que nous ne rencontrons jamais autrui quand nous projetons sur lui nos propres représentations (voir publication « les pièges de l'empathie » et surtout l'ouvrage « **L'écoute thérapeutique** » ESF p 45) Le mythe de narcissisme reflète plus notre problématique du rapport à autrui que du rapport à soi : notre cécité à autrui nous fait prendre nos propres représentations pour l'autre lui-même... et de ce fait nous rend incapable de le rencontrer vraiment.

Cette tendance à vouloir améliorer le sort des individus en leur permettant de développer une meilleure image de soi est ambiguë. Comme nous le verrons plus loin, le Moi ne semble pas être ce qu'on est mais ce qu'on paraît. Améliorer ce qu'on paraît ne peut directement développer ce qu'on est.

Patrick JUIGNET (cité plus haut) décide bien de différencier le Moi et le Soi, l'être et l'image de l'être. Pourtant il nous décrit le Soi, plus comme source d'illusion que comme un fondement existentiel : « Cette instance (le Soi) est centrée sur l'imaginaire (image) de soi-même »...p46 « le Soi est source d'illusion et de méconnaissance par rapport à soi-même, car il donne une vision unitaire, fondée sur l'image de l'autre, valorisée ou dévalorisée de façon tout à fait irréaliste » p47

Je suis désolé si ces quelques lignes amènent un peu de complexité au propos. **Il semble que justement ces notions ne soient jamais vraiment clairement énoncées et même parfois abordées de façon contradictoires**. C'est la raison pour laquelle ces mots circulent dans le langage commun généralement sans clarifier de quoi il s'agit.

Nous retiendrons plus simplement que la narcissisation est la faculté de développer une image de soi qui, bien qu'étant illusoire, remplace le fait d'être vraiment soi-même. **La narcissisation ne définit pas une affirmation de Soi, mais un manque de Soi compensé par une image à laquelle on croit**. Si nous lui accordons trop d'importance celle-ci peut même nous couper du monde, dans lequel, comme Narcisse, nous mourrons, non pas de soif en face de la fontaine, mais de solitude tout en étant entouré de plein de gens.

Si le processus de narcissisation est une heureuse compensation au manque de Soi permettant de "tenir le coup" en attendant une meilleure maturation, **il ne peut signifier un aboutissement**. Croire que la narcissisation est une finalité c'est amener l'individu à se perdre dans ce qui n'est pas lui. C'est ce que nous faisons maladroitement quand nous complimentons quelqu'un qui se déprécie, dans l'espoir de lui remonter le moral.

Exemple : Dans une maison de retraite, une vieille dame réalise le coloriage qu'on lui a demandé de faire. Comme elle ne semble pas satisfaite du résultat, pour l'encourager, une animatrice lui dit qu'il est très beau. Comme cette vieille dame grimace pour montrer son désaccord, l'animatrice l'encourage encore « vous avez mis vraiment de très belles couleurs ». M'approchant d'elle, je demande à la dame « ça n'a pas l'air de vous plaire ? ». Elle me répond « Non, j'étais institutrice. Les enfants faisaient mieux que moi. Regardez, j'en fous partout ». Je valide alors simplement « Dans ce cas, je comprends que vous ne l'aimiez pas ».

La première formule, quoi qu'essayant d'être bienveillante, casse le Soi déçu de la résidente. Le Moi de l'animatrice est ici contre le Soi et la conscience de la dame. La deuxième formule lui donne au contraire existence et dignité. Le Soi de l'un est alors ouvert au Soi de l'autre. En fait, il ne s'agit pas de renarcissiser, mais de permettre d'exister. Pour cela, rien ne vaut de ramener quelqu'un à la raison qui, en lui, fonde son ressenti. Faut de cela, la narcissisation peut tenir lieu de béquille, et être l'échafaudage d'une struc-

ture psychique fragile... mais souvent en l'abîmant un peu, hélas... parfois en la détruisant !

3.4. La naissance du Moi

Suite à un préalable narcissique, où le flux libidinal s'écoule vers soi-même, celui-ci va se diriger vers l'extérieur. Il est courant de dire en psychologie et en psychanalyse qu'il se tourne vers des **objets extérieurs** plutôt que vers soi-même. Par là même, nous remarquerons bien qu'il se tourne vers des « objets » et non vers des « sujets » (c'est à dire vers des choses et non vers des êtres)

Le Moi va donc être cette **partie psychique de l'individu qui va tenter d'investir le monde extérieur avec son flux libidinal**. Ce flux va s'éloigner de la source (c'est-à-dire du Ça) pour suivre les « pentes » qui le conduisent vers ce qui l'environne.

Ce flux libidinal, à tort identifié à une sorte de « flux d'amour », n'est autre qu'une tentative de « profiter de l'autre », on pourrait même dire « de s'en nourrir ». S'il en résulte que l'individu semble ici aimer ceux qui l'entourent, il ne fait que les aimer comme on aime un aliment. Cela peut paraître réducteur et cannibalique, mais nous verrons plus loin que cette nuance est incontournable si on veut différencier le Moi, le Soi, l'amour, la libido, la quête des objets et la rencontre des êtres, l'affectivité (qui étouffe l'autre) et la chaleur humaine (qui réchauffe l'autre)

Compte tenu de sa vulnérabilité, de ses insuffisances et de ses vides ressentis intérieurement, un individu va tenter de « remplir » ses lacunes grâce à ces « autres » qu'il trouve autour de lui et dont il se sert pour « faire le plein ». Mais ce n'est, en fait, qu'un faux plein. **Il ne s'agit là que d'une compensation de ses vides qui, en réalité, ne se remplissent pas**. Il en résulte une attitude égoïste (dans le sens habituel du terme) et profiteuse, où le projet est juste un avantage personnel.

L'intelligence est certainement associée au Moi. Nous prendrons soin de la différencier de la conscience qui serait plutôt associée au Soi. « Science sans conscience n'est que ruine de l'âme » est une citation bien connue de Rabelais qui, même s'il ne parlait pas du Soi et du Moi avait pressenti une importante nuance. L'intellectuel « pur et dur » est donc plus sur le mode « Moi » que sur le mode « Soi »

Quand le Moi est fort, il est source de pouvoir, d'investissement énergétique (libidinal). Le Moi, c'est la malignité, l'astuce, c'est le mental dans sa version calculatrice et astucieuse. Notons que le mot « mental » vient du latin *men* (idée de penser). *Mentis* désignant l'esprit pensant, avec le verbe *mentiri* qui a donné mentir. Pour les romains, *mentir* signifiait qu'on avait de l'esprit.

Nous comprendrons donc que l'**assertivité** définissant l'affirmation de soi dans le respect d'autrui est basée sur le **Soi**¹, alors que **convaincre** est basé sur le **Moi**² et que la confusion et l'immaturation du Soi engendrent les **violences** des rapports humains³

1 - voir sur ce site la publication de septembre 2001 [« assertivité »](#)

2 - voir sur ce site la publication de juin 2002 [« Le danger de convaincre »](#)

3 - voir sur ce site la publication de Juin 2003 [« Apaiser violences et conflits »](#)

3.5. Profit et manque de discernement

Ce qui caractérise le Moi est donc une attitude de profit, dont la puissance intellectuelle (quand elle existe) devient un danger pour l'environnement. Le Moi fonctionne essentiellement sur la notion d'intérêt et est incapable d'attention envers autrui. Nous noterons que l'intérêt concerne les choses et l'attention concerne les êtres.

Ce flux d'intérêt se fait avec une certaine intelligence (plus ou moins affinée en fonction des capacités intellectuelles de chacun) permettant de tirer meilleur profit possible. Cependant il s'y trouve une inconscience de l'autre en tant qu'individu. **Une sorte de cécité existentielle rendant les êtres inaperçus à son regard.**

Comme le disait **Saint-Exupéry** dans « Le petit prince » l'essentiel est invisible : « on ne voit bien qu'avec le cœur, l'essentiel est invisible pour les yeux » p72 « qu'il s'agisse de la maison des étoiles ou du désert, ce qui fait leur beauté est invisible » p78 (folio junior GALLIMARD 1987)

Si le Moi discerne les moyens de profiter, il n'a pas d'yeux pour discerner les êtres et les choses. L'écologie du monde et des rapports humains lui échappent donc tout à fait et lui confèrent une tendance à la prédation, plus qu'à la réelle rencontre d'autrui. IL va devoir être régulé, pour donner aux rapports humains un semblant d'humanité

« Quant au Moi, Freud lui assigne... le difficile devoir de servir trois maîtres à la fois : le Ça, le Surmoi et le monde extérieur » (*Le Ça le Moi le Surmoi* p107)

Le Surmoi sera donc l'élément complémentaire par lequel le Moi assurera sa régulation.

4. Le Surmoi

4.1. Précisions sémantiques

En allemand **Über-Ich** : ce qui est au-dessus du Moi. La construction est ici la même qu'en français.

En anglais **superego** : ce qui est plus que le Moi. Ici il s'agit d'un élément comme le Moi, mais plus fort que lui

ces mots, eux, ne comportent pas d'ambiguïté linguistique

4.2. Idéal du Moi (fondement du Surmoi)

Face à son environnement, l'individu ayant développé son Moi (ego), voit des attitudes et des comportements chez autrui qu'il prendra plus ou moins comme **modèles d'efficacité et de performances.**

D'autre part, son expérience personnelle l'amènera à choisir des modèles de comportement plus efficaces que d'autres, **en fonction des punitions ou récompenses** qu'ils ont suscités de la part d'autrui envers lui.

Il en résulte **un idéal à atteindre pour optimiser la performance de l'écoulement d'énergie**, de l'écoulement du flux libidinal vers l'extérieur. A défaut d'avoir développé

une conscience d'autrui suffisante, même si c'est encore à des fins personnelles, il va néanmoins se mettre à tenir compte des autres.

4.3. Une prothèse de conscience

Le Moi va de ce fait devoir satisfaire les pulsions du Ça, tout en tenant compte du monde extérieur, ainsi que des règles exigées par le Surmoi (les 3 maîtres énoncés par Freud)

En ce sens, **le Surmoi va tenir lieu de prothèse remplaçant la conscience manquante**. Nous parlerons d'un outil d'étayage venant compenser un manque de Soi et de lucidité existentielle.

Le Moi avait pour tâche d'orienter le flux libidinale (gouvernail) dans le projet d'un profit maximum. Le Surmoi aura pour tâche d'éviter les débordements impulsifs du Ça, mais aussi de ménager son environnement (évitement des récifs réels ou supposés de l'égoïsme). Les motivations restent basées sur les notions de plaisir/déplaisir, mais en tenant compte des autres. Pourtant il ne s'agit là que d'un faux Soi, d'une fausse conscience qui se contente de refouler ce qui n'est pas en accord avec le modèle.

4.4. Une correction régulatrice aveugle

Cette correction du Moi suit la logique d'un modèle qui a été **adopté pour compenser « les yeux qui ne voient pas »**. N'ayant pas encore eu l'opportunité de développer une sensibilité suffisante à autrui et à soi-même, un individu va s'appuyer sur des modèles « tous faits » pour assurer une vie acceptable.

Les multiples corrections de comportement, qui en résulteront, seront donc aveugles car elles ne correspondront pas à la réalité des situations présentes, mais seulement à la situation antérieure prise comme modèle.

L'individu se trouvera ainsi en train de refouler, cacher, retenir, forcer, exagérer des attitudes qui ne seraient pas les siennes en l'absence de Surmoi. En même temps que cela provoque des actes « tous faits » ou des inhibitions, cela permet tout de même d'ajuster une vie sociale moins anarchique. Le Surmoi fait de *l'homo sapiens sapiens* le précurseur d'un *homo sociabilis*... mais il est encore loin d'une réelle reconnaissance d'autrui et encore moins de soi. Bien souvent **le faux respect d'autrui qui en résulte est accompagné d'un déni de Soi** dont les multiples refoulements amènent les douleurs psychologiques.

4.5. Débridage dangereux

Il pourrait être tentant, à ce stade de retourner vers un Moi libre où le refoulement n'existe plus. Pourtant, il convient surtout d'aller vers le développement du Soi plutôt que vers la suppression du Surmoi.

Certains praticiens en psychothérapie confondent parfois le fait de se libérer des inhibitions du Surmoi avec le fait de développer le Soi. Or il semble que ce soit un

leurre de chercher à développer un plus « d'être » en revenant vers un Moi débridé. Il convient de ne pas confondre l'individuation avec l'individualisme

Pour comprendre cela clairement, il est nécessaire de différencier avec précision le Soi et de ne plus le confondre avec le Moi ou avec le Ça.

5. Le Soi

5.1. Précisions sémantiques

Sich est le pronom personnel **soi**. Mais en allemand le Soi se dit **das Selbst**. Nous avons aussi le **Dasein** désignant "l'être là" chez les psychologues existentiels, évoqué par le philosophe Martin Heidegger et qui pourrait se rapprocher de l'idée du Soi.

OneSelf en anglais serait le bien venu à la place de **self**, qui est généralement utilisé. *OneSelf* reflèterait bien l'idée *d'unique, d'individu* (d'indivisibilité).

Nous remarquerons ici la différence des mots *Ich* (Moi) et *Selbst* (Soi) en allemand, puis entre les mots *ego* ou *self* (Moi) et *self* ou *OneSelf* (qui serait bien venu pour évoquer l'idée de Soi, en anglais). Mais comme nous l'avons vu plus haut, certains auteurs utilisent le mot "self" pour désigner "plus que le moi" ... d'où parfois la traduction de *self* par "Soi". Ce n'est pas simple!

Pour désigner Ça, Moi, Surmoi, Soi::

-En allemand, nous avons : *Es, Ich, Über-Ich, Selbst*

-En anglais nous avons : *id, ego, superego, "self" (ou mieux, "OneSelf" car le mot self a trop été utilisé comme synonyme d'ego).*

L'expression "*das Es*" retient l'attention de Freud en ce qu'elle illustre l'idée développée par Groddeck, que ... « ...nous sommes vécus par des forces inconnues immaîtrisables ». Elle concorde aussi avec le langage spontané des patients dans des formules comme « *ça* a été plus fort que moi... »

Selon Jung, dans son ouvrage **Ma vie** (Folio - Gallimard 1973) « **le Soi est une entité surordonnée au Moi**. Le Soi embrasse non seulement la psyché consciente, mais aussi la psyché inconsciente et constitue de ce fait pour ainsi dire une personnalité plus ample, que nous sommes aussi... » p462 « **Je constate continuellement que le processus d'individuation est confondu avec la prise de conscience du Moi et que par conséquent celui-ci est identifié au Soi**, d'où il résulte une désespérante confusion de concepts. Car, dès lors, **l'individuation ne serait plus qu'égoïsme ou auto érotisme** » p457.

Encadré réservé à ceux que les références linguistiques intéressent:

voici quelques complexités sémantiques trilingues, mais aussi des complexités de concepts.

HACHETTE LANGENSCHIEDT Dictionnaire fr/all et all/fr -HACHETTE -Paris 1995

Das Selbst : le moi (le soi est ici confondu avec le moi)

Soi : (psych) Das Es (le soi est ici confondu avec le ça)

Das Es : (psych) ça (juste!)

Moi : (psych) das Ich, das Ego, das Selbst, Notre vrai soi, *unser wahres Ich, Selbst*

(donc le moi et le soi sont confondus)

Le ROBERT ET COLLINS Dictionnaire fr/angl et angl/fr -ROBERT -Paris 1985

Self : le moi ... The conscious self : le moi conscient

(le self est identifié au moi)

Le ROBERT ET COLLINS senior Dictionnaire fr/angl et angl/fr -ROBERT - Paris 1994

Self : psych : le moi.... The conscious self : le moi conscient (le self est identifié au moi)

Le moi : the self, the ego.... Notre vrai moi, Our true self (le self est identifié au moi)

Soi : (psych. inconscient), id (le soi est identifié au ça)

Id : (psych). Ça

Ça : (psych. Inconscient), id

Le ROBERT ET COLLINS Dictionnaire fr/angl et angl/fr -ROBERT édition 2006

Soi: self (psych= inconscient) id (le soi est identifié au ça)

VOCABULAIRE DE LA PSYCHOLOGIE Henri PIERON -PUF -Paris 1973

Le ça : Structure topique de l'appareil psychique....comme équivalant de l'allemand « Es » est habituellement préféré au terme « soi » (le ça est un mot préféré, mais on peut, hélas, trouver l'utilisation du mot "soi")

Soi : voir ça (confirmation que le ça est confondu avec le soi)

Moi : (psych) das Ich, das Ego, das selbst ; notre vrai moi : unser wahres ich, Selbst (le moi est ici confondu avec "das selbst" qui signifie "soi" et qui en plus est parfois synonyme de "das Es" qui en réalité signifie "ça")

(nous trouvons la même définition exactement que dans le dictionnaire Hachette ci-dessus)

VOCABULAIRE DE LA PSYCHANALYSE J. LAPLANCHE et J-B PONTALIS -PUF - Paris 1990

Ça : allemand das Es anglais the Id

HARRAP'S SHORTER Dictionnaire angl/fr et fr/angl -édition 2006

Le soi: The self; (psy) the id (le soi est identifié au ça)

Self: (psy) le moi

LAROUSSE CHAMBERS -angl/fr et fr/angl -Paris édition 2003

Le soi: the self

Le moi: the ego

LEXIQUE TRILINGUE des termes psychanalytiques (français anglais allemand) -MASSON -1997

Le soi: self, selbst

Le moi: ego, Ich

Le ça: id, Es

GRAND DICTIONNAIRE LAROUSSE de la psychologie -LAROUSSE -Paris 1997

Le Soi Psychan. : Chez M. Klein, ensemble des pulsions de la personnalité toute entière par différence avec le moi qui se réfère à la structure de la personnalité. (syn Self) Quand l'objet se divise en bon et en mauvais, il en est de même pour le soi, dont les différentes parties ainsi clivées peuvent entrer en conflit **Thérap.** Pour l'école de Palo Alto, le moi de l'individu en tant qu'il se caractérise par son identité et son autonomie en se dotant de valeurs et de contre-valeurs. Dans l'écosystème familial, le soi se constitue par référence au mythe familial, et selon Murray Bowen, par le processus de différenciation du soi. *Voir self.* (Mélanie KLEIN parlait du "clivage d'objet", par exemple le sein de la mère qui est en même temps "bon quand il est là" et "mauvais quand il est absent" et du clivage du moi qui en résulte... mais pas du clivage du soi. Or ici le soi est associé à un discours sur le moi)

Self Synonyme de soi. Psychan. Vrai self/faux self. Chez DW Winnicott, distinction établie par lui concernant le développement de l'enfant (la traduction de « self » en « soi » n'a volontairement pas été effectuée dans les textes français (et nous voyons là une prudence bien venue) Pour Winnicott, le moi du nourrisson s'achemine vers un état dans lequel les exigences instinctuelles sont ressenties comme faisant partie du *self* (ou soi) et non de l'environnement. Winnicott établit un parallèle entre le vrai self et le faux self : il reprend en cela la distinction freudienne entre, d'une part une partie centrale du moi gouverné par les pulsions ou par ce que Freud appelle sexualité génitale et pré-génitale (expression du ça) et d'autre part une partie tournée vers l'extérieur, établissant les rapports avec le monde (expression du moi s'il s'agit de la libido, ou expression du soi s'il s'agit d'existence... mais ce n'est pas précisé!). Le faux self est représenté par toute l'organisation que constituent une attitude sociale polie, de bonnes manières, et une certaine réserve. Le vrai self est spontané et les événements du monde se sont accordés à cette spontanéité, du fait de l'adaptation d'une mère suffisamment bonne. *Voir soi* (le soi est identifié au self)

Nous assistons là à un ballet de glissements sémantiques où *self* signifie tantôt *soi*, tantôt *ça*, et nous avons la même chose en allemand où *das Selbst* est parfois donné par les dictionnaires bilingues comme synonyme de *das Es* (d'où l'ambiguïté de la traduction du titre du livre de Freud "Das Ich und des Es" par "Le moi et le soi"). Il semble que ces références ne soient pas toutes "parfaitement fiables" (ou du moins parfaitement claires), et face à ces contradictions, il nous faut pourtant bien utiliser des termes assez précis pour ne pas mélanger des notions aussi différentes que le ça, le moi et le soi. Il importe de ne pas con-

fondre le libidinal (venant du ça et régulé par le moi, source de paraître) avec l'existentiel (venant du soi, source de construction de l'être). Au delà des conflits et débats de spécialistes (parfois de pseudo spécialistes) autour des mots, ce qui importe c'est que les notions soient clairement exprimées et que l'on s'assure de ne pas désigner un élément de la psyché à la place d'un autre... car cela fausserait complètement les concepts psychologiques qui en découlent et même la qualité de l'aide qu'on est en mesure d'apporter aux patients en psychothérapie.

C'est ce qui a conduit JUNG à dénoncer la confusion entre le moi et le soi dans la phrase déjà citée en haut de cet encadré: « **Je constate continuellement que le processus d'individuation est confondu avec la prise de conscience du Moi et que par conséquent celui-ci est identifié au Soi, d'où il résulte une désespérante confusion de concepts. Car, dès lors, l'individuation ne serait plus qu'égoïsme ou auto érotisme** » (*Ma vie* -Folio Gallimard 1973 - p457).

5.2. Sources et projets (intuition existentielle de Freud)

« La tâche du Surmoi consiste aussi, en effet, à approvisionner en amour le Moi docile et méritant. Fierté, sentiment de protection et satisfaction narcissique récompensent par conséquent le Moi, bon serviteur de ses trois maîtres (Ça - Surmoi - monde extérieur) » : Freud, *Moïse et le monothéisme* 1939 dans *Le Ça le Moi, le Surmoi* Tchou p107.

Nous voyons ici que **Freud, parlant du Surmoi, annonce un prémisses de source existentielle (amour), venant en réalité du Soi, mais qu'il attribue au Surmoi**. D'autre part, il met cette source existentielle sur le même plan que la narcissisation, peut être à cause d'un parti pris objectal et libidinal. L'admiration (culte de l'image) et la reconnaissance (de l'individu réel) ne semblent pas ici être différenciées.

Pourtant **Freud** nous propose dans *Les névroses l'homme et ses conflits* p68 « ...la collaboration des patients devient un sacrifice personnel **qu'il faut compenser par quelque succédané d'amour**. Les efforts du médecin, son attitude de bienveillante patience doivent constituer de suffisants succédanés »

Il donne ici des éléments qui font échos avec la qualité de présence proposée par Carl Rogers, mais sans pourtant que la dimension existentielle y soit clairement différenciée. Pourtant une telle attitude n'est possible qu'avec une réelle présence du Soi. Mais la confusion a parfois été telle que **certains thérapeutes ont confondu neutralité avec froideur**. C'est le résultat des imprécisions et de la difficulté à transmettre des nuances aussi subtiles.

Il semble pourtant naturellement et intuitivement que les notions de *Moi* et de *Soi* se différencient et ne puissent être confondues. C.G.Jung, dans son ouvrage « *Ma vie* », comme nous venons de le citer, se désole qu'on ne fasse pas clairement cette distinction.

Nous venons donc d'explicitier que le *Ça* est la source, que la *libido* est le « fluide (l'énergie) » qui s'en écoule, que le *Moi* essaye d'optimiser cet écoulement pour un profit maximum, que le Surmoi régule les excès d'après des modèles figés... **tout cela dans quel projet ?**

S'il y a à tout cela une finalité, **nous pourrions tout aussi bien examiner cet ensemble des parties de la psyché, de telle façon que la source des phénomènes soit le projet final et non le départ**. Oups ! Désolé pour ce moment de complexité ! Il est habituel de considérer qu'on a d'abord les causes, puis ensuite les effets. Mais on peut aussi avoir un regard inversé dans lequel l'origine est dans la finalité. C'est un peu ce qu'on

rencontre quand nous avons un projet qui assure la motivation de tout le reste. On appelle cela un regard « **téléonomique** », c'est-à-dire où c'est la finalité qui produit le départ grâce à un plan prédéterminé. (Téléonomique : de *nomos* régulation, étude des règles, et de *têle* loin, *télé* à distance – littéralement *réglé à distance*.)

Depuis le début de ce document, nous avons pris l'habitude de considérer le Ça comme source libidinale. Le Soi pourrait-il être une autre source ?

Il semble raisonnable de considérer **le Ça comme source libidinale et le Soi comme source existentielle**. En ce sens le Ça va vers ce qui l'entoure pour s'en servir et le Soi va vers les êtres pour les rencontrer.

5.3. Les deux sources

Nous avons vu que la « **libido vers Soi** » c'est le narcissisme. D'ailleurs cela s'appelle **libido narcissique**. Nous avons vu, que **la libido allant vers l'extérieur est dite se tourner vers des « objets »**. D'ailleurs nous l'appelons libido objectale. Dans ce dernier cas, les autres sont considérés comme des objets...et cela reflète parfaitement le projet du Moi qui n'est pas de rencontrer, mais de profiter.

Il convient pourtant de remarquer qu'un individu peut tout de même se tourner vers l'autre pour le rencontrer et non pour assurer un profit. **Dans ce cas (où l'être qu'est l'individu est vraiment considéré), nous parlerons non plus de flux libidinal, mais de flux existentiel**. Et la source de flux ne peut plus être le Ça. Nous la reconnaitrons dans le Soi. **Le Ça et le Soi étant tous deux des sources, cela peut expliquer qu'on les ait parfois confondus** (comme en traduisant maladroitement « Das Ich und das Es » par *le Moi et le Soi*).

Ces sources de natures différentes, pour ne pas dire opposées, jouent probablement toutes deux un rôle majeur dans la maturation d'un individu. Alors que le Surmoi était une prothèse de conscience, le Soi semble être une conscience à part entière. Le premier venant temporairement supplanter le second encore en devenir (et pourtant déjà présent en tant que projet)

Un individu peine ainsi à passer de son immaturité initiale à la maturité qui fera de lui un humain à part entière. Mais le cheminement semble se réaliser de toute façon et quand un psychologue accompagne un individu en souffrance psychique, il se doit de comprendre ces phénomènes afin de ne pas ramener vers le Ça un patient qui tend vers une évolution du Soi. **Il prendra soin de ne pas renarcissiser** (de ne pas ramener vers le Moi) **quelqu'un qui est en train de lâcher son ego pour développer le Soi**. Il prendra soin de ne pas combattre les inhibitions engendrées par un Surmoi assurant la sécurité en attendant le développement du Soi. Un psychologue se devra de **ne pas confondre la source existentielle et la source libidinale**, car prendre l'une pour l'autre peut conduire à causer des dégâts.

Par exemple : On peut malencontreusement inviter une jeune femme à prendre de la distance avec sa mère pour se construire. On croit ici qu'il faut stopper un flux libidinal (de besoin) entre elles. Ceci est partiellement vrai, mais peut être dangereux si on ne sait pas, en même temps, qu'elles doivent remplacer le flux libidinal par un flux existentiel. C'est à dire qu'elles n'ont pas besoin d'être distantes, mais juste d'être distinctes afin de se rencontrer vraiment (et sortir des images idéalisées *imago*). Elles ne sortiront de la fusion qu'en devenant distinctes (et non distantes) et en permettant que le flux existentiel s'écoule librement entre elles. Si maladroitement on les invite à la distance, il n'y aura plus de flux libidinal, mais il n'y

aura pas non plus de flux existentiel. Le vide qui en résultera sera source de beaucoup de douleurs engendrées par cette maladresse thérapeutique. Le domaine psy peut aussi, hélas, parfois produire des souffrances iatrogènes (*iatrogène* : engendrée par le soignant et n'ayant rien à voir avec la pathologie initiale du patient).

5.4. Un tout en devenir

Cette notion de « personnalité toute entière » abordée par Jung est très touchante car l'expérience clinique semble vraiment montrer cela quand on aide des personnes en psychothérapie. C'est du moins l'expérience que j'en ai avec l'approche maïeusthésique décrite sur ce site

Voir les publications d'avril 2004 « [Communication thérapeutique](#) » pour l'approche elle-même et de mars 2005 « [Libido amour et autres flux](#) » pour la situer parmi d'autres approches existantes)

Dans son ouvrage « [Le développement de la personne](#) » Carl ROGERS nous rapporte le **cas de Mrs Oak** qui semble en être l'illustration. Il rapporte les propos de sa cliente p58 :

« Mais vous savez, l'idée qui me vient tout le temps : c'est que tout ça c'est exactement comme si j'essayais de mettre ensemble les morceaux d'un puzzle. Pour l'instant, il me semble, je suis en train d'examiner des petits morceaux qui ne veulent vraiment pas dire grand-chose. Je les tiens simplement en main, je n'arrive même pas à voir le dessin. C'est ça l'idée qui me vient tout le temps. Et ça m'amuse parce qu'en fait je déteste les puzzles. Ça m'a toujours énervée. Mais c'est l'idée qui me vient. Je veux dire que je ramasse des petits morceaux de puzzle (ici elle joint le geste à la parole) qui n'ont absolument aucun sens, sauf de sentir que vous tenez dans la main des morceaux sans voir où il faut les mettre, mais rien qu'à les sentir comme ça, je me dis : *ça va probablement aller quelque part.* »... et p59 « En même temps j'ai le sentiment d'être très objective et cependant je n'ai jamais été aussi proche de moi-même »... « ...je ne suis pas en train de faire un puzzle comme quelque chose dont j'aurais vu l'image. Peut être que j'aimerais rester là à sentir simplement comment ça se passe. Ou en tout cas que je suis en train d'apprendre quelque chose. »... « ...nous faisons des petits morceaux, nous ne sommes pas débordés, ou hésitants, ou soucieux, ou, très intéressés quand... quand les aveugles apprennent à lire avec les doigts, le Braille... » puis p.60 « Je suis venue pour résoudre des problèmes, et je me mets simplement à faire l'expérience de moi-même ».

Ce chapitre a malencontreusement été nommé « Expérience immédiate du Moi potentiel » alors que Mrs Oak parle ici d'une expérience du Soi potentiel. Mais peut être cela vient-il de la traduction, car C. Rogers est vraiment un thérapeute basé sur l'existentiel et la traduction du titre de son ouvrage « [Counseling and psychotherapy](#) » par « [relation d'aide et psychothérapie](#) » marque déjà une profonde déformation. « Counseling » dans le sens de « tenir conseil » ne signifie pas « relation d'aide », surtout quand on sait que « relation » signifie « relié » et amène de l'« affectivité ». Ces nuances entre "relation", "communication" et "aide" sont largement abordées dans les documents de ce site: « [Communication thérapeutique](#) » (avril 2004) et « [assertivité](#) » (septembre 2001)

5.5. Constitution de la psyché

Un individu semble constitué de celui qu'il est, de tous ceux qu'il a été depuis qu'il existe... et de tous ceux dont il est issu.

Les parts de Soi ont tendance à se rassembler pour constituer l'intégrité d'un individu. Celui qu'il est, tous ceux qu'il a été et de ceux dont il est issu sont ainsi assemblés dans une structure plus ou moins stable.

Dans cette idée de structure psychique, nous retrouvons l'idée de *topique* du départ, une sorte de représentation spatiale comportant plusieurs éléments.

Il s'agit ici cependant d'une nouvelle topique, différente de celles de Freud: celle-ci est une **topique existentielle** faisant intervenir plusieurs parties du Soi, alors que la deuxième topique de Freud est une **topique libidinale** faisant intervenir le le Moi et ses prémices.

Ces éléments du Soi sont donc portés à s'assembler, mais les parts douloureuses tendront à être évitées. Nous aurons ainsi une pulsion qui rassemble (ce qui est intégrable) et une pulsion qui éloigne (ce qui, ayant trop souffert, n'est pas intégrable), laissant ainsi des vides, ou au moins de fractures, dans la structure.

5.6. Pulsions de vie et pulsions de survie

J'ai nommé la **pulsion qui rassemble « pulsion de vie »** et la **pulsion qui éloigne « pulsion de survie »**.

Il semblerait que la *pulsion de survie* consomme de l'énergie pour maintenir à distance les parts de Soi dont on ne veut pas et que la *pulsion de vie* tende toujours à les rapprocher, sans y investir d'énergie. Je comparerai cela à l'action de la pesanteur : Il faut de l'énergie pour envoyer quelque chose en l'air loin de soi. Il n'en faut aucune pour que ça retombe ! La pulsion de survie consomme beaucoup d'énergie pour rejeter, pour maintenir à distance. La pulsion de vie n'en consomme aucune pour rassembler, comme si une pente naturelle produisait ce phénomène de rassemblement et que l'énergie n'était investie que pour s'y opposer.

Nous avons ainsi **d'un côté la libido** comme réservoir à énergie (conduisant la dispersion) et **de l'autre l'existentiel** comme **moyen d'accès à l'équilibre** (conduisant l'attraction)

La psychanalyse a parlé de pulsion de vie en parlant de la libido et de pulsion de mort en parlant de ce qui désassemble. Pourtant la libido éloigne de l'autre (pas de considération pour autrui, juste attiré pour un profit). La dispersion, assimilée par la psychanalyse à Thanatos, semble mal nommée également car elle assure la survie. **Maintenir à distance ce qui fait mal pour pouvoir continuer à avancer sans trop souffrir ne ressemble pas à la mort mais à une stratégie de vie** : assurer la survie de ce qui reste, afin de pouvoir poursuivre son processus de maturation, ressemble à une ingénieuse stratégie qu'on ne peut assimiler à la mort. Il est néanmoins réel que la pulsion de survie aimerait faire en sorte qu'on puisse se débarrasser de ces parts de Soi douloureuses.

Les **notions de pulsion de vie et de mort**, du point de vue de Freud, sont par exemple explicitées dans l'ouvrage *Les névroses, l'homme et ses conflits* (TCHOU1979) p143. « Si on se réfère à la dualité pulsionnelle Instinct de vie/Instinct de mort, introduite précisément par Freud, dans *Au-delà du principe de plaisir*, la liaison serait en rapport étroit avec Eros qui cherche à établir des unités toujours plus grandes, tandis que la déliaison serait, elle en rapport avec Thanatos, dont le but est de désintégrer les ensembles, de briser les liens »

Même si la symétrie vie/mort semble attirante pour un fondement théorique, je n’y retrouve pas mon expérience clinique. Il apparaît plutôt que la mise à distance permette d’attendre la maturation qui, ultérieurement, rendra possible l’intégration.

5.7. Pourquoi intégrer ce qui a été douloureux ?

Il est légitime de se demander pourquoi il ne faudrait pas plutôt se débarrasser de ce qui a été douloureux. En réalité, pour comprendre cela, il faut **clarifier la différence qu’il y a entre ce qui est arrivé** (le circonstanciel, l’événement parfois horrible) **et celui qui l’a vécu** (l’existentiel, l’individu de valeur toujours inestimable).

Il ne s’agit jamais de retrouver, ni d’intégrer l’événement qui s’est produit, ni de retourner dans le passé, mais de donner enfin une place d’honneur en soi, à celui que nous avons été. **Pour cela il convient de ne plus mêler l’individu qui a vécu l’événement à l’événement lui-même.** C’est cette confusion entre l’événementiel et l’existentiel qui rend la pulsion de survie exagérément persistante (au point de ressembler à une pulsion de mort) et nous fait vouloir oublier ce qu’on a été.

Pourtant, quand par exemple des chaussures nous ont fait mal aux pieds au cours d’une longue marche, il importe plus de s’occuper de ses pieds que de ses chaussures. Le soin aux pieds est primordial. De la même façon il convient de s’occuper de l’être qui a vécu l’événement et surtout pas de ressasser cet événement pour se débarrasser de je ne sais quoi. Sinon, cela reviendrait à un marcheur qui manipulerait sans cesse ses chaussures (ou les jetterait) en oubliant de s’occuper de ses pieds meurtris ! Ne faisant pas la différence entre ses pieds et ses chaussures, il jetterait même les pieds avec les chaussures. Il est souhaitable de bien comprendre que l’événement est passé, alors que celui qui a souffert est toujours en nous et en attente qu’on s’occupe de lui. Or cela est impossible tant qu’on l’assimile encore à ce qui est arrivé.

Les manifestations de rejet ou de rencontre se déroulent entre les différentes parts de Soi, de la même façon qu’elles se produisent avec le monde extérieur : profit, évitement, rejet, pouvoir.... ou au contraire rencontre.

La structure psychique (topique existentielle) s’assemble ou se désassemble. Je peux ainsi me demander quel rapport j’entretiens avec ceux que j’ai été dans ma vie (et ceux dont je suis issu, mes ascendants). Est-ce que si je devais les rencontrer, je leur donnerais volontiers une place d’honneur (pour ne pas dire d’amour), ou préférerais-je les oublier (pour ne pas dire les détruire)?

C’est ce qui fait que pour répondre à l’interrogation du Dr John PRESTON cité au début du document **« que dois-je faire maintenant ? »** il s’agit souvent de permettre au sujet en consultation de réaliser une sorte de **psychodrame mental**, à l’aide de son imaginaire, dans lequel **il « rencontre » et « écoute » ceux qu’il a été, en prenant soin de ne pas les confondre avec ce qui est arrivé.** Je ne détaillerai pas plus ce processus thérapeutique ici puisqu’il est largement développé avec de nombreux exemples concrets dans le document d’avril 2004 **[« Communication thérapeutique »](#)**.

6. Equilibre des deux flux

6.1. Structure psychique, Vie et Energie

La structure psychique semble donc devoir satisfaire à deux types d'écoulements de flux : le flux libidinal et le flux existentiel, qu'on pourrait aussi qualifier de **flux d'énergie pour l'un et de flux de vie pour l'autre**.

Ici également il convient d'apporter une précision sémantique. Souvent **nous confondons à tort les notions de "vie" avec celles "d'énergie"**. C'est sans doute ce qui conduit aussi à mal différencier l'existentiel et le libidinal. **L'énergie** a pour étymologie le grec *erg* (idée de travail) et le préfixe *en* (dedans), *energia* signifiant activité et *ergon* travail. Nous voyons clairement que ce mot désigne le « faire ». Or **quand nous parlons de vie devons nous parler de « faire » ou « d'être » ?**

Notons que de par sa dénomination "dynamique", **la psychothérapie psychodynamique "dit" s'occuper des forces et de l'énergie (libido), plus que de l'existentiel (vie)**. Quand Jung parle du Soi et de l'individuation, il étend donc la psychanalyse au delà du champs de la psychodynamique.

Il est courant d'évoquer les trois bases que sont « être, faire, et avoir » et vous remarquerez qu'on les énonce toujours en plaçant « être » en premier (un peu comme dans une phrase où le sujet est avant le verbe, qui est lui-même avant le complément). Si l'on éprouve le besoin de faire cette distinction c'est qu'il s'agit de nuances très différentes :

Être : L'acteur, le sujet... c'est l'individu, l'être

Faire : L'action, le procès (processus)... c'est ce que le sujet met en œuvre

Avoir : L'avoir, c'est ce qui résulte du procès et dont le sujet peut ensuite disposer. Il semble qu'Être soit la source du faire et de l'avoir et que les trois soient bien distincts. Nous pourrions énoncer que **l'énergie c'est FAIRE** et que **la vie c'est ÊTRE**.

Le flux libidinal (énergie) se trouve donc vraiment différent du flux existentiel (vie). L'un procède du **monde des objets** et l'autre du **monde des sujets**. D'ailleurs tout le discours psychanalytique dit bien que le flux libidinal va vers un objet (en parlant de l'autre vers lequel il est dirigé). Même les discours psychologiques parlent souvent de l'attention se portant sur un objet (pour nommer l'autre vers qui nous portons notre attention). Il semble vraiment que la façon de nommer les phénomènes soit plus orientée vers la notion d'objet que vers celle de sujet.

Ceci prend une nouvelle nuance avec la psychologie existentielle où l'on parle "d'individu", de "sujet", "d'être au monde", " d'être là". Nous trouvons cela avec des praticiens comme Carl Rogers, Rollo May, Ludwig Binswanger, Karl Jaspers. Certainement que ces deux types de flux (existentiel et libidinal) sont importants et il convient de ne pas les confondre, ni d'en délaisséer un pour sacraliser l'autre.

6.2. **L'écoulement libidinal : flux d'énergie**

Avec la libido, nous avons donc un flux vers des « objets ». Ce flux est une énergie venant du Ça, gérée par le Moi et régulée par le Surmoi. Il assure la survie en jouant sur les notions de profit ou d'évitement. L'autre n'y est pas reconnu en tant qu'individu. Il n'y est qu'instrumentalisé pour un profit ou évité pour échapper à un désagrément. Ce flux ne permet pas de rencontrer vraiment autrui, ni soi même. Il a un rôle de compensateur des vides, encore présents dans la structure psychique en devenir. Chaque fois que ce flux se met en œuvre, il y a consommation d'énergie.

Ce flux permet de poursuivre la vie malgré de nombreux manques existentiels et d'avancer vers un *plus de maturité* au fur et à mesure des années. Des parts d'être continuent de s'assembler pendant que certaines sont évitées. La structure psychique en devenir se construit ainsi progressivement mais avec un coût énergétique (celui de l'évitement et de la compensation). Ce coût énergétique est parfois d'autant plus intense que la pulsion de vie (existentielle) pousse dans l'autre sens : rassembler ce qui est dispersé par le Moi.

L'évitement est curieusement, et heureusement, compensé par les besoins venant aussi du Moi. Combien de personnes sommes nous amenés à rencontrer dans notre vie, plus par besoin que par volonté de les fréquenter. Par exemple il peut y avoir des collègues, patrons, ou collaborateurs qu'on supporte juste parce qu'on a besoin de travailler. Grâce à ce besoin (qui ne contient aucune générosité de notre part) nous sommes alors amenés à fréquenter (et peut être découvrir) des êtres vers lesquels nous n'aurions jamais pensé aller spontanément ! Cela nous amène à rencontrer le monde... un peu plus.

Nous avons aussi ce phénomène, quoi que beaucoup plus subtile, dans le couple. Dans l'état amoureux initial, chacun est animé par un grand besoin de l'autre. Ce besoin est aveugle à la réalité et fait se côtoyer et s'unir des individus qui, la plupart du temps ne sont pas encore capables de se rencontrer, de s'accueillir et de s'apprécier dans ce qu'ils sont vraiment (ils s'idéalisent plus qu'ils ne se rencontrent). Ce n'est que quand l'état amoureux cessera que l'amour prendra toute sa dimension : soi-même tel qu'on est, face à l'autre tel qu'il est. L'amour au départ n'est que potentiel et le besoin initial lui permettra de se réaliser ultérieurement, si la maturation fonctionne bien. Ce thème a longuement été développé sur ce site dans la publication de février 2001 [« Passion »](#)

6.3. **L'écoulement existentiel : flux de vie**

Avec le flux existentiel nous avons un flux vers des êtres (vers des sujets). Le flux libidinal allait vers « quelque chose » (l'autre était vu comme un objet), le flux existentiel va vers « quelqu'un » (l'autre est vu comme un individu, un être). Ce flux est un flux de vie venant du Soi et tentant de rassembler un ensemble fragmenté par les pulsions de survie.

Puisque nous parlons ici d'existentiel, d'être et d'exister, quelques précisions sémantiques sur ces termes seront les bienvenues :

Exister : En latin nous avons *ex-sistere* (ex l'extérieur, *sistere* se tenir, être). Donc « être à l'extérieur ».

Puis en grec nous avons *ek* à l'extérieur, *sta* position station, stabilité... qui a donné le mot « extase ». Littéralement, « être à l'extérieur » également. Les psychologues existentiels parleront « d'être là », d'être au monde ». **Exister, c'est donc « être au dehors ».**

Nous remarquerons que « être présent » est aussi une expression intéressante. Elle signifie que nous savons « être là », dans l'instant et dans l'espace (le fameux *ici et maintenant*)... mais c'est aussi étymologiquement *praesens* (latin), c'est à dire « être devant » avec *prae* signifiant devant. Nous avons aussi *essentia* : le fait d'être.

Comment exister peut-il signifier « être au dehors » ? Nous connaissons tous l'expression « je suis hors de moi » à tort assimilée à « être hors de soi ». Nous pourrions la préciser en disant « être hors du Moi ». Le Moi étant du paraître, il semble possible que pour « être plus » il soit nécessaire de sortir du paraître, sortir des personnages que nous jouons, sortir des statuts et des imagos. Pour être plus Soi, être moins dans le Moi.

Il s'agit donc d'une disposition particulière de la psyché qui se « dévoile » au sens littéral du terme. D'une part le flux existentiel est, pour le Soi, une façon « d'être au monde » ; d'autre part le flux libidinal est, pour le Soi qui ne sait pas encore être au monde, une source de survie. **Le Moi, est ainsi pour le Soi, une façon temporaire « de ne pas être au monde »** (il tient compte du monde pour s'en servir, pas pour le rencontrer. Il ne fait que l'instrumentaliser)

Il est toujours étonnant de découvrir à quel point les mots contiennent déjà tellement de renseignements. Ils sont souvent le reflet de phénomènes psychologiques perçus sans doute inconsciemment dans chaque culture. Il semble peu probable que les mots ne soient que le fruit d'une construction intellectuelle ou d'un hasard sur lequel on se serait ensuite accordé. Quand on parle des mots comme d'un code conventionnel... on néglige un peu rapidement les trésors de pertinence qu'ils contiennent. De plus, la communication c'est 93% de non verbal... et 7% de sémantique... vu ce que chaque mot contient, l'ensemble est encore plus riche qu'on se l'imagine !

Ce flux existentiel peut s'écouler de soi vers autrui, mais en psychothérapie, il devra aussi s'écouler de soi vers les différentes parties du Soi. Vous vous souvenez que la structure psychique est constituée de trois zones : celui qu'on est, tous ceux qu'on a été et ceux dont on est issu. Il importe que le flux existentiel s'écoule librement entre ces différentes localisations de la psyché.

6.4. Une régulation inconsciente mais lucide

Quand le flux existentiel ne peut s'écouler entre deux parties du Soi (par exemple celui qu'on est et l'enfant qu'on a été), la pulsion de survie fournit l'énergie nécessaire pour la mise à distance. Elle fournit aussi des moyens de compenser le manque qui en résulte, par l'utilisation de ce qui nous entoure (les choses et les êtres). Nous trouverons ici les multiples situations libidinales du Moi, canalisées avec plus ou moins de bonheur pas le Surmoi.

Des symptômes d'inconfort (parfois certaines psychopathologies) apparaissent ultérieurement, *spécialement pour* interpeller sur ce manque et permettre de retrouver cette part du Soi, afin de lui accorder la place qui lui revient dans la structure psychique. **Ces symptômes sont produits par le Soi tentant de restaurer son intégrité.** Cette no-

tion de symptômes « spécialement pour » et non « à cause de » est essentielle pour répondre à l'interrogation du Dr Preston « maintenant que dois-je faire ? ».

Quand on croit que le symptôme existe **à cause d'une mauvaise situation vécue**, on tendra à chercher à en libérer le sujet. Quand, au contraire, on perçoit que le symptôme **existe spécialement pour restaurer une part du Soi**, on tendra à la retrouver et à la réhabiliter. On fera cela d'autant mieux qu'on saura différencier l'événementiel (mauvais) de l'être qui l'a vécu (toujours de grande valeur). Je ne développerai pas plus ici ces notions largement explicitées dans la publication d'avril 2004 [« communication thérapeutique »](#)

6.5. Un tout réalisé

Le Soi va vers une complétude que Jung appelait « **individuation** ».

Il dit dans **Ma Vie** p457 « On pourrait donc traduire le mot d'*individuation* par *réalisation de son Soi* ». Il définissait également la névrose comme un « état de désunion d'avec soi même » p459.

Cette désunion produite, puis compensée, par le flux libidinal, trouvera médiation avec le flux existentiel, comme un flux de vie qui se rétablit entre différentes parties du Soi. Une sorte de guérison d'un « infarctus » de la psyché qui obstruait le passage du flux existentiel.

Au départ **le Moi désunit** énergiquement les parts du Soi non intégrables (énergie de répulsion). **Puis il provoque un besoin** qui l'attire et l'oblige à s'approcher d'objets (énergie d'attraction) pour compenser les manques engendrés par la répulsion. Enfin **le Soi produit des symptômes qui attirent l'attention** vers les parts d'être à restaurer tout en remettant en cause les compensations (décompensations). Si tout se passe bien, le passage du flux existentiel est rétabli. Ce flux de vie correspond plus à une ouverture qu'à une énergie.

7. Objectal et Existentiel

Nous sommes donc en présence de deux flux de nature différente souvent mal différenciés. Ils concernent deux mondes très distincts : le monde des objets concernant les choses (monde objectal), et le monde des sujets concernant les individus, les êtres (monde existentiel).

7.1. Le monde des objets

Le flux libidinal est celui qui constitue l'énergie psychique et qui se projette vers l'extérieur, non pour le rencontrer mais pour en profiter. Quand cet extérieur est sa cible, cette cible est nommée « objet ». La libido se tourne toujours vers un « objet ». Ne dit-on pas « l'objet du désir » ou même « l'objet de notre amour ». Il est pourtant curieux qu'en psychanalyse on parle d'amour objectal pour dire que la libido s'est tournée vers quelqu'un. Vu que dans ce type d'attraction l'autre est considéré comme un objet, le mot « amour » trouve ici une curieuse utilisation.

La psychanalyse peine à désigner autrui comme un "sujet". Pourtant, Patrick JUI-GNET, dans son manuel de psychopathologie psychanalytique p54¹, donne la précision suivante:

"Nous distinguerons fermement l'**objet**, élément de la structure psychique, du **réfèrent objectal**, la personne concrète à laquelle le sujet s'adresse".

Ce qui est appelé objet n'est donc plus ici ce qui est extérieur à soi, mais la représentation intérieure qu'on s'en fait. Il est donc clair que le flux libidinal va alors vers l' *image qu'on a de l'autre* (image qui est un objet, une représentation qu'on a en nous), et non vers *l'autre lui-même* (qui est un sujet, qui est une présence extérieure à nous). Cela aurait pu nous apporter un début de réponse,

Cependant, **Patrick JUIGNET, dans son ouvrage, n'évoque généralement pas l'autre en terme de sujet**. Il y explique clairement que le développement narcissique et le développement objectal se poursuivent en parallèle, en même temps que s'opèrent des phases structurantes p68-83. Il nous précise même qu'à la dernière phase de la psychogénèse de l'enfant (phase de reprise et d'achèvement de l'adolescence) , le **réfèrent objectal est perçu comme un sujet qui possède une altérité vraie** (p80). Mais il considère le Soi comme "source d'illusion et de méconnaissance de soi-même" p47. Même s'il reconnaît au Soi son rôle d'unification et de synthèse (individuation), il l'estime construit avant tout par des ressemblances à autrui, s'inspirant plus de l'image des autres que d'une intuition de celui qu'on est. Il le réduit donc ainsi à une "photo" bâtie sur les "objets environnants (imagos)" et il n'y est jamais question du Soi en tant qu'individu, en tant que sujet (comme nous l'avons lu plus haut dans l'exemple de Mrs Oaks avec Carl ROGERS).

Nous remarquons ici, encore une fois, qu'il s'agit donc avant tout d'une théorie s'appuyant essentiellement sur la notion "d'objet" et d'énergie (libido) et où celle de "sujet" et de vie (existential) sont absentes. Curieusement, dans la notion de flux libidinal dirigé vers l'*extérieur* (objets) nous ne voyons alors en fait qu'un flux dirigé vers des représentations intérieures de ce qui nous entoure. Comme si la libido objectale n'était qu'une variante de la libido narcissique, mais au lieu de se diriger vers une représentation de soi, elle se dirige vers une représentation d'autrui... dans le deux cas ce ne sont que des représentations qu'on a en soi. L'autre (le réfèrent objectal) n'est pas rencontré vraiment, pas plus que soi-même (celui qu'on est). A ce titre, nous prendrons soin également de différencier, dans le rapport avec soi-même, "**s'admirer**" et "**s'aimer**". Le premier est **narcissisme libidinal**, alors que le second est **individuation existentielle**. Comme le souligne Jung dans une phrase déjà citée plus haut:

« Je constate continuellement que le processus d'individuation est confondu avec la prise de conscience du Moi et que par conséquent celui-ci est identifié au Soi, d'où il résulte une désespérante confusion de concepts. Car, dès lors, l'individuation ne serait plus qu'égoïsme ou auto érotisme » *Ma vie* p 457

La notion de sujet et d'objet doit donc être clairement précisée. En réalité, **pour un objet on a de l'intérêt, alors que pour un être on a de l'amour ou, plus simplement, de l'attention**. Il est toujours étonnant de trouver ces imprécisions sémantiques qui sont autant de sources de confusion.

¹ Manuel de psychopathologie psychanalytique – Patrick Juignet Presse Universitaires de Grenoble – 2001

Le monde des objets concerne le relationnel. La notion de relation est souvent confondue à tort avec celle de communication². Au point même qu'on pense souvent qu'être relationnel est plus chaleureux qu'être communiquant. **Pourtant la relation relie, attache, génère de l'affectivité, ne nous fait que projeter sur l'autre ce que nous imaginons....** Elle ne s'occupe que de l'information pour en profiter ou pour la combattre. Les relations conflictuelles, amoureuses, professionnelles... sont des genres différents d'une même propension à privilégier l'objet par rapport au sujet. Bien sûr nous y trouvons toute la dimension libidinale.

C'est sur ce registre que se dérouleront le fait de convaincre, d'imposer, de posséder, de dominer, de manipuler ou de fuir. Je ne développerai pas trop en détails ces notions de relation et communication longuement explicitées sur ce site dans la publication de septembre 2001²

7.2. Le monde des sujets

Le flux existentiel est celui qui constitue la vie, et qui s'écoule vers l'extérieur pour rencontrer et non pour profiter. De la même manière il peut se tourner vers l'intérieur, vers des parts du Soi, mais de façon non narcissique. Le narcissisme, c'était le **flux libidinal vers le Moi**, dans le projet de compensations de manques de Soi, par autosatisfaction, alors qu'ici il s'agit du **flux existentiel vers le Soi** dans le projet d'individuation, de plénitude (remplir ses vides et non plus les compenser). Nous prendrons soin de bien différencier le flux libidinal vers le Moi, qui donne le **narcissisme** et le flux existentiel vers le Soi qui donne l'**individuation**.

Le projet, ici, est alors de rétablir, la circulation existentielle entre différentes parts du Soi, entre lesquelles elle avait été interrompue. Une façon de « rassembler ses esprits », une façon de se rencontrer et surtout pas de s'utiliser ou de s'admirer à des fins d'autoprofit ou de compensations.

Si la notion d'**amour objectal** n'avait pas plus de sens que de parler des « coins du cercles » (les mots ne vont vraiment pas ensemble), celle d'**amour existentiel** prend tout son sens. Par contre on ne pourra pas parler d'intérêt existentiel, puisque le mot « intérêt » est réservé aux choses.

On peut se demander s'il est nécessaire d'être aussi pointilleux sur le langage ? Il est certain qu'il vaut mieux de la considération avec de mauvais mots, que de la manipulation avec des mots exacts ! Rien n'est pire que l'habileté intellectuelle au service de la manipulation.

Pourtant, pour énoncer des idées précises, l'emploi de mots inexacts amène des confusions. C'est un peu comme pour un outil de bricolage. Par exemple peu importe le tournevis pour une vis standard. Mais quand il s'agit de resserrer ses branches de lunettes, il faut un outil approprié. Nous trouverons aussi des vis cruciformes... et de différentes tailles ! Sans l'outil adapté on abîme soit la vis soit l'outil. Il en va de même des mots. **Quand ils sont inexacts, nous risquons d'abîmer les idées** que nous essayons d'échanger quand celles-ci comportent de subtiles nuances. **Nous arrivons aussi à abîmer les mots à force de mal les utiliser.**

² voir sur ce site la publication de septembre 2001 "[Assertivité](#)"

Dans cette zone existentielle, il ne s'agit plus d'objets (ni extérieurs, ni intérieurs), mais de sujets, d'individus, d'êtres. **Le quelque chose y est toujours moins important que le quelqu'un.**

Ce sera le monde de la communication où les interlocuteurs comptent plus que les propos. L'état d'ouverture, fait que l'information y passe mieux, alors que, paradoxalement, celle-ci est mise au second plan par rapport aux interlocuteurs. Cela s'explique simplement par le fait que, pour que l'autre nous entende, il faut d'abord qu'il existe, et que pour qu'il existe, il doit d'abord à nos yeux, plus compter que les choses.

Cet énoncé qui semble une évidence se trouve aussi dans les soins psychologiques : **qu'est ce qui mobilise l'attention du thérapeute ?** Est-ce l'objet pathologique à guérir ? Est-ce le sujet souffrant de cette pathologie à rencontrer et entendre ? Tout est là. **Quel est l'axe de notre attention ? L'être ou la morbidité ?**

Karl JASPERS nous interpelle sur le fait que si les buts sont clairs dans la médecine somatique, il en va tout autrement quand on aborde les soins psychiques : « Mais aussitôt que nous voulons agir sur l'âme de l'homme, la clarté du but disparaît. Nous devons même nous demander consciemment, lorsque nous voulons éviter de prendre des dispositions confuses ou indifférentes : **Qu'est-ce que nous voulons vraiment atteindre ?** » (Psychopathologie générale p518)

Jean-Pierre Chartier, cité au début de ce document nous propose : « Mais plus encore, en faisant des symptômes névrotiques, non plus un stigmaté de je ne sais quelle dégénérescence nerveuse, mais un message énigmatique adressé à l'autre et du délire une *tentative de guérison* fondée à l'origine sur un élément de réalité, Freud positionne la maladie au cœur de la psyché, comme un langage qui cherche à dire la vérité de l'être » Guérir après Freud p 29 et « **Doit-on traiter les symptômes d'une maladie mentale hypothétique ou soigner quelqu'un qui souffre de sa psyché ?** » p30

Ces notions sont détaillées sur ce site dans la publication d'avril 2004 [« communication thérapeutique »](#)

7.3. Situations concrètes de la vie, entre le Moi et le Soi

Nous rencontrons dans notre vie quotidienne de nombreuses situations où les échanges sont les résultats du Moi ou du Soi. Le plus souvent nous trouverons le Moi de l'un combattre le Soi de l'autre. D'autres fois ce sera le Moi de l'un qui combat le Moi de l'autre. D'autres fois encore le Moi de l'un utilisera (pour son profit) le Moi ou le Soi de l'autre. Enfin, dans des situations plus rares, le Soi de l'un s'adresse au Soi de l'autre

7.3.1. Exemples de débuts de situations:

Le Moi de l'un contre le Soi de l'autre (le plus fréquent)

-Quand un enfant pleure et qu'on le prend dans ses bras pour le calmer, c'est du pouvoir contre son ressenti. Notre flux libidinal s'oppose à son expression. Il s'agit d'un pouvoir de notre Moi contre l'expression du Soi de l'enfant.

-Quand notre conjoint rentre du travail en nous parlant d'un conflit qui l'a blessé avec un collègue : si nous lui disons « ne t'en fais pas, il ne vaut même pas la peine que tu penses à lui ». Comme pour l'enfant, notre Moi s'oppose au vécu du Soi de notre conjoint.

-Quand un malade ne veut pas prendre ses médicaments et que le médecin lui explique pour quelle raison il devrait les prendre, ce dernier utilise le pouvoir de son Moi pour affaiblir le Soi du patient.

-Quand un enseignant explique à un élève qu'il peut mieux faire, il utilise son Moi contre le Soi de l'enfant qui éprouve une difficulté.

-Quand une personne âgée se plaint qu'on ne s'occupe pas d'elle, qu'on ne vient pas assez vite et qu'un soignant lui répond « Je n'ai pas pu venir plus tôt parce que nous devons finir de préparer les médicaments », nous avons le Moi et l'intellect du soignant qui vient éviter le vécu du Soi du patient.

-Quand une personne se plaint d'être fatiguée et qu'on lui dit « tu n'as qu'à te reposer un peu ou dormir plus », notre Moi envoie un flux d'énergie contre l'expression du vécu de son Soi.

-Quand un thérapeute dit à son client qui ne dit pas certaines choses, ou ne se laisse pas aller dans les émotions « vous avez encore des résistances », il oppose le pouvoir de son Moi à la raison intime du Soi de son patient.

-Quand un thérapeute dit à sa patiente « vous serez bien obligée de devenir adulte quand vous n'aurez plus votre mère », par le pouvoir de son Moi, il détruit le Soi de la mère et celui de sa patiente ainsi que le flux existentiel qui devrait pouvoir s'écouler entre elles. Or, une telle situation chez la patiente, marque souvent plus le fait d'avoir manqué sa mère que d'en être trop proche.

-Quand une femme dit « je me sens un peu vieillir. Ça m'angoisse ! » et que sa meilleure copine lui dit avec un ton d'indignation « Mais pourquoi dis-tu ça. Tu es superbe ! », elle oppose l'énergie de son Moi à l'expression du Soi de son amie.

-Dans un couple, l'épouse disant à son mari lorsque le deuxième enfant quitte la maison pour aller suivre ses études : « tu sais, c'est vraiment difficile de voir les enfants qui partent de la maison. Ça me laisse un sentiment douloureux » Il lui répond « ce n'était pas si terrible quand le premier est parti. Et puis il faut bien qu'il fassent leur vie » Le Soi de l'une est invité à se taire par le Moi de l'autre

Le Moi de l'un contre le Moi de l'autre (assez fréquent aussi)

Quand un enfant reproche à son père « tu ne m'écoutes jamais » et que celui-ci répond « de toute façon tu n'es jamais là », c'est une bataille de leurs deux Moi

« Je trouve que tu pourrais faire un effort » reproche le premier. « Tu n'as qu'à le faire toi-même répond le second ». C'est aussi une bataille entre les Moi

Un professeur dit à un élève « vous ne faites jamais d'effort ». L'élève répond « ce n'est pas ça, monsieur, mais le devoir était trop long » Le Moi de l'un argumente contre le Moi de l'autre.

Le parent d'un malade dit au soignant « vous pourriez vous occuper un peu mieux de lui, il ne mange pas assez ». Le soignant répond « mais vous savez, nous faisons tout ce qu'il y a à faire, il ne faut pas vous inquiéter comme ça » le Soi du parent étant inquiet, il utilise son Moi pour attaquer le soignant qui utilise le sien pour se défendre

Dans une réunion, une personne attaque son collègue « sur ce dossier tu aurais pu être plus précis, je n'ai eu que des ennuis avec le client » et le collègue lui objecte « Bien sûr c'est facile à critiquer, on voit bien que ce n'est pas toi qui a dû te débattre avec tous ces chiffres » Le Soi de l'un ayant été embarrassé, il utilise son Moi pour combattre l'autre, qui lui-même se défend avec son Moi. Les deux Soi s'ignorent mutuellement.

Le Surmoi de l'un et les deux Soi cachés.

Quand nous aimerions aller au cinéma et que nous n'y allons pas pour ne pas ennuyer notre conjoint qui n'aime pas ça, notre Surmoi adapte notre Moi pour satisfaire à celui de notre conjoint. Aucun des deux Soi n'existe ni n'est rencontré.

L'un aimerait bien dire à l'autre que la musique qu'il écoute le gêne. Mais il se tait pour ne pas recevoir en retour un reproche. Juste après, à table il lui dit « tu pourrais finir ton assiette, pourquoi tu en laisses tout le temps ». Le Surmoi a contenu la première remarque pour éviter un reproche. Mais le Moi a débordé à table juste après.

Le Soi qui tente d'émerger

Quand un adolescent nous explique qu'on ne le comprend pas, il revendique la construction et l'existence de son Soi. Souvent il n'est invité qu'à l'élaboration de son Moi (plus de lutte) ou de son Surmoi (apprendre à s'écraser un peu) ou les deux à la fois : « Bien sûr qu'on t'entend. On n'entend même que toi. Tu râles tout le temps »

« Je me rends compte que j'hésite souvent à donner mon avis et à te dire ce que je ressens » dit finalement une femme à son compagnon après quinze années de vie commune. Lui : « Mais tu sais j'essaye de t'écouter au mieux. Je crois que je ne t'ai jamais empêché de dire ce que tu avais à dire ». Elle : « Justement, là, tu vois je ne sens pas que tu m'entends ». Il ajoute « je ne vois pas ce que je peux faire de plus ». Chacun revendique son ressenti à l'autre. Mais chacun n'étant pas prêt, le Soi ne reçoit pas, ni d'un côté, ni de l'autre. Il se contente de revendiquer son ressenti et l'envoi par l'intermédiaire du Moi comme une objection.

Le Soi de l'un qui s'adresse au Soi de l'autre

Quand un jeune dit « je ne sais pas si je trouverais du travail. C'est vraiment difficile en ce moment » et qu'il s'entend reformuler « Tu es vraiment très inquiet ? » nous avons là un Soi qui reconnaît et valide l'expression du Soi de l'autre.

L'un exprime sa colère « je n'en peux plus de toutes ces histoires », l'autre lui reformule « c'est insupportable à ce point ? » C'est aussi une validation du Soi

L'un dit « J'ai vraiment été très heureux de ce que tu as fait ». L'autre reformule « Ça a vraiment été très agréable pour toi ? ». Il se voit répondre que oui et ajoute. « Tu sais c'était vraiment avec plaisir ». Nous avons ici un échange simple ou chacun exprime son vécu sans effacer celui de l'autre.

Pour comprendre cette expression du Soi, vous pouvez lire les exemples de la publication de novembre 2002 [« reformulation »](#)

7.3.2. Rôle du Moi et du Soi dans l'exemple d'une situation phobique

Une personne ayant failli se noyer il y a dix ans a une phobie de l'eau depuis deux années. La phobie est donc apparue, alors que la situation antérieure ne semblait pas avoir laissé de trace pendant 8 années. Le Moi a su être assez fort pour mettre durablement de côté cette circonstance douloureuse (personnalité forte). Puis la phobie est finalement apparue afin de retrouver la part manquante du Soi (spécialement pour cette réhabilitation).

Mécanismes préalables :

La mise à distance de la part de Soi qui a vécu la noyade avait été réalisée par le Moi (pulsion de survie). Par contre, le fait de la garder dans l'inconscient (et non de l'éradiquer) avait été accomplie par le Soi afin de ne pas la perdre, en attendant une opportunité de réhabilitation.

A l'occasion d'une baisse d'énergie (moment de faiblesse du Moi, fragilisation de la personnalité), le Soi peut enfin faire émerger le symptôme phobique qui sera le moyen par lequel on pourra revenir à cette part manquante.

Le projet global (perspicace, mais patient) est celui du Soi, qui tend à retrouver son intégrité afin de permettre une meilleure qualité d'individuation. Pendant ce temps, le Moi s'y oppose en tentant d'offrir un confort optimum par l'oubli (identifié à tort à la pulsion de mort, alors que c'est plutôt une pulsion de survie). Mais le Moi a besoin

d'énergie alors que le Soi n'en utilise aucune. La lutte est donc inégale car tôt ou tard le Soi aura une opportunité, lors d'un effondrement énergétique (libidinal)

Il peut y avoir plusieurs « décompensations » puis « recompensations ».... jusqu'au moment où :

Moment thérapeutique :

Le sujet arrivera à faire la différence entre les circonstances effrayantes (noyade) et celui qu'il était dans cette circonstance (l'individu qu'il était à ce moment). **Il n'y a une peur d'y retourner que tant qu'on croit qu'il faut y retourner...** En fait il ne s'agit pas de retourner au moment de la noyade, et encore moins de la revivre, mais juste de rencontrer celui qu'il était et qui a vécu cela afin de l'entendre, le soutenir, le reconnaître dans son vécu et de lui donner sa place dans la structure psychique.

Notions de Moi et de Soi hors des concepts psychodynamiques

De nombreuses souffrances psychologiques correspondent souvent au schéma ci-dessus (y compris en dehors des situations phobiques). La source ne vient donc pas forcément de l'enfance. Le Ça, le Moi et le Surmoi, n'y concernent pas non plus systématiquement les étapes infantiles envisagées dans la psychodynamique.

Une situation psychothérapique se concrétisera plus souvent sur un schéma analogue au cas ci-dessus, que sur celui d'une étude de la sexualité infantile.

7.4. Psychothérapie et psychodynamique

Généralement les données de la psychanalyse appliquées à la psychothérapie conduisent à tenir compte des quatre éléments de la psyché que sont le Ça, le Moi, le Surmoi et le Soi. Le plus souvent seuls les trois premiers éléments sont évoqués et quand le quatrième est présent, sa différenciation reste confuse. De plus, ils sont **abordés avec, en toile de fond, l'idée de sexualité infantile et des stades du développement correspondants**. Mais ceux-ci nous sont de peu d'utilité pour l'accompagnement d'un sujet en souffrance psychique et risquent même de laisser le praticien face à son client, avec cette question du Dr Preston « que dois-je faire maintenant ? ».

Ces stades sont, le « stade oral » (vers 17 mois), le « stade anal » (jusqu'à 4 ans), le « stade phallique » (jusqu'à 7 ans), suivis d'une « période de latence » (jusqu'à 12 ans) précédant le « stade génital » (à partir de 12 ans). Les développements définis par la psychodynamique placent vers 3 à 5 ans le complexe de castration et le complexe d'Œdipe pour les garçons ainsi que l'envie de pénis pour les filles. Le complexe d'Œdipe chez les filles étant plutôt identifié vers 12 ans.

Je ne prendrai donc pas la peine de détailler ici ces éléments. J'ai choisi d'utiliser dans ce document les notions de Ça, de Moi, de Surmoi et de Soi de telle façon qu'elles puissent avoir directement une utilité en psychothérapie ou en compréhension de soi, afin de comprendre les enjeux à l'œuvre dans la psyché. Mettre l'accent sur la cohabitation des mécanismes libidinaux et des mécanismes existentiels m'est apparue, ici, plus important.

En effet, les stades de développement cités ci-dessus sont intéressants du point de vue de l'étude théorique des phases d'évolution d'un individu, mais **l'expérience clinique m'a montré qu'ils n'apportent pas d'éclairage pour l'efficacité d'une psychothérapie dans laquelle le sujet a besoin d'une aide immédiate**. Ce document n'apportant pas d'éléments sur ces stades du développement, j'invite le lecteur qui chercherait ce type d'information à se tourner vers un site traitant principalement de la psychanalyse ou de la psychodynamique.

Que ce soit en tenant compte de ces notions, ou hors du champs de celles-ci, le lecteur qui souhaite plus de détails au sujet de la psychopathologie et de la psychothérapie peut lire la publication d'avril 2008: "[Psychopathologie](#)" et, pour des nuances particulièrement innovantes en ce domaine, la publication de décembre 2008 "[Le positionnement du praticien dans l'aide et la psychothérapie](#)"

7.5. Synthèse

Pour reprendre l'ensemble de ce qui a été évoqué dans mon document, **vous trouverez en annexe un tableau mettant en face de chacun des 4 éléments constituant la psyché**, ce qu'il induit d'attitudes, de réactions, de comportements, d'ouverture, de fermeture...etc. Vous trouverez dans ce tableau des mots renvoyant à de nombreuses notions développées dans d'autres documents de ce site.

Une 2e annexe reprend les évolutions simultanées du Moi (ego) et du Soi (individuation) sur le cours d'une vie. Ceci permet de bien visualiser le rapport entre l'évolution du paraître et celle de l'être (du libidinal et de l'existentiel)

Thierry TOURNEBISE

8. Annexe

8.1. Les 4 éléments et leurs conséquences

Il importe de comprendre que les 4 éléments sont présents en permanence mais dans des proportions plus ou moins importantes, ne serait-ce qu'à titre potentiel, et exercent une influence sur les trois autres. En début d'existence le Ça prédomine, à maturité, normalement le Soi prédomine. Mais tout est toujours là.

Ça	Moi	Surmoi	Soi
Jaillir	Posséder	Contrôler	Rencontrer
Pulsions	Profit	retenue	Spontanéité
Vide	Optimisation des profits et compensations	Régulation avec l'environnement	Plénitude
Sans idées	Accusations	Culpabilisation	Responsabilité
Fusions fausse proximité	Distances fausse individuation	Inhibitions fausse conscience	Distinct et proche Conscience réelle
Inexistence de l'être	Paraître être brillant	Paraître idéal être parfait	Etre exister
Faire compulsif	Faire calculé - Avoir		Etre
Narcissisme	Personnalité, statuts (faux Soi)		Présence
Se soulager	Utiliser ou éviter		S'ouvrir
Subir sa pulsion	Imposer - prendre		Proposer -recevoir
Désordre	Information et agitation		Individu, structuration
Source énergie pulsion de plaisir	Survie pulsion de survie		Source vie pulsion de vie
Réactions (subies)	Manipulations		Actions (décidées)
Instinct	Savoir (intellect)		Connaissance (vécu)
Libidinal	Libidinal et objectal		Existentiel
Indifférence	Pouvoir		Aide réelle

	aide autrui avec pouvoir sur ses problèmes	
Fusions dans le sens « indifférents »	Solutions ³¹ dans le sens de « ruptures »	Médiations rencontres
Sans pensées	Fermeture d'esprit (pensées fixes)	Ouverture d'esprit
Ignorance	Déni Déni - Colère - Marchandage <i>rejet - transactions anxiolytiques</i>	Reconnaissance Dépression – acceptation <i>lucidité - reconnaissance</i>
Anesthésie insensibilité	Emotivité affectivité	Sensibilité chaleur humaine
	Energie	Vie
	Relation fuite, combat, manipulation	Communication assertivité

Thierry TOURNEBISE

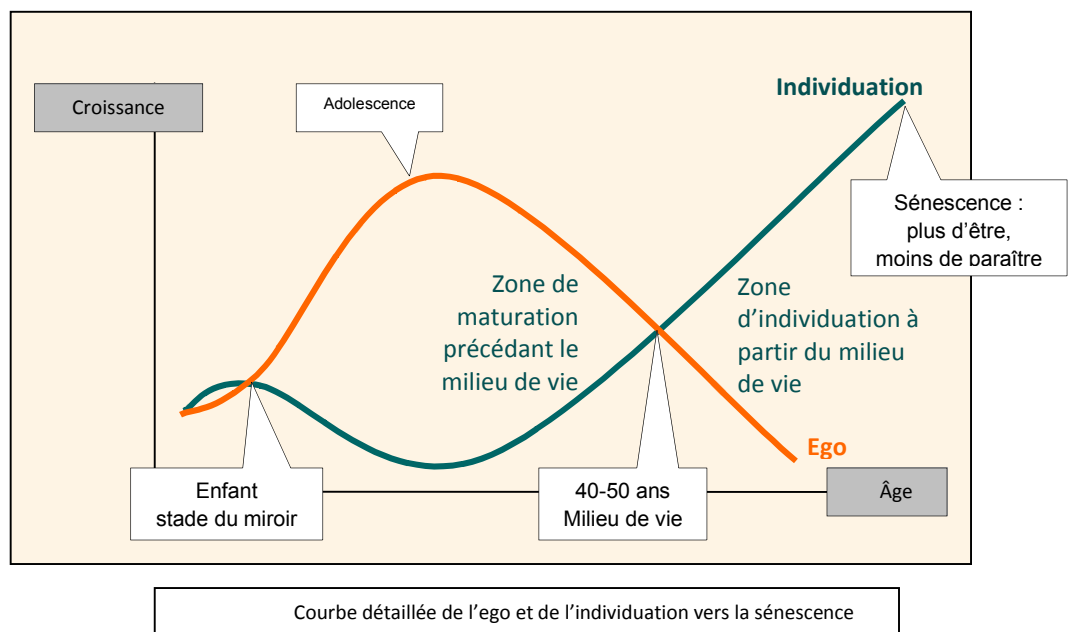
³ En médecine, **solution** de continuité du segment osseux signifie fracture.

9. Annexe 2

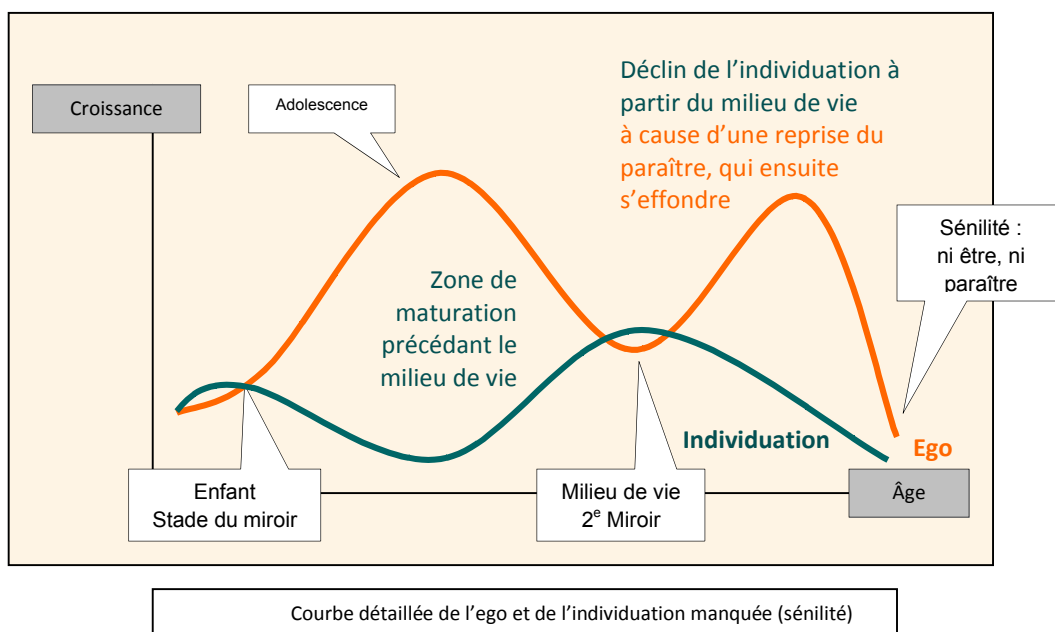
9.1. Evolution du Soi et du Moi dans une vie

Voir également l'évolution des courbes du Soi et du Moi dans ma publication de juillet 2005 "[Psychologie et violence dans le grand âge](#)". au paragraphe *Du Moi au Soi, de l'ego à l'individu*. Vous y trouverez l'évolution de l'individuation depuis le début de la vie jusqu'à la sénescence (développement du Soi) ainsi que les situations de dérive quand l'ego reprend de l'importance en milieu de vie et conduit, malencontreusement, à un vide d'être dans le grand âge, aussitôt que le Moi n'a plus la ressource de compenser.

9.2. Individuation réussie



9.3. Individuation manquée



Thierry TOURNEBISE

***Libido, amour
et autres flux
regard sur 4 types de thérapies***

Thierry TOURNEBISE

Je propose habituellement dans ce site des documents accessibles à tous lecteurs, professionnels ou non de la psychologie. Ici, ce document diffère un peu des autres, en ce sens où j'y propose une description de plusieurs approches avec, par conséquent, de fréquentes références bibliographiques. Certains trouveront que cela amène quelques complexités inhabituelles par rapport à mes autres publications. D'autres, au contraire, y trouveront une richesse supplémentaire. Ce document est l'occasion de placer le contenu de ce site dans un contexte plus vaste. Il commence en prenant pour prétexte de différencier les mots "libido" et "amour", si souvent et si maladroitement, confondus... pour décrire ensuite les différents types de flux et les différentes démarches psychothérapeutiques qui leur correspondent.

Mars 2005 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF

1. Flux et thérapies Cinq types de flux

Les mots *libido* et *amour* sont souvent abusivement utilisés pour désigner la même chose. Or leurs sens sont différents au point de nommer des notions quasiment opposées (même si elles peuvent être complémentaires). La libido nomme une attraction et un besoin pulsionnel conduisant à vouloir *utiliser l'autre*, alors que l'amour indique une ouverture à lui, tel qu'il est, avec *pour seul projet de le rencontrer* et non de l'utiliser. Celui qui ne fait pas la différence entre *libido* et *amour* n'a sans doute pas non plus fait la différence entre *besoin d'autrui* et *ouverture à autrui*.

Si le besoin joue un rôle dans l'accomplissement des rencontres, celles-ci ne trouvent toute leur dimension que dans l'*amour*. J'ai déjà évoqué cette notion dans [la publication de février 2001 sur la passion](#) pour ce qui concerne la rencontre dans le couple. Naturellement, nous nous garderons bien ici d'associer le mot *amour* à quelques mièvreries sensuelles ou à quelques dimensions métaphysico spirituelles que ce soit. Nous pourrions avantageusement l'associer à des mots comme considération, reconnaissance, respect, individuation, [assertivité \(publication de septembre 2001\)](#), sans pour autant qu'aucun de ces mots n'en soit le synonyme.

La façon pour un être humain de vivre dans le monde et d'expérimenter le quotidien, avec autrui ainsi qu'avec lui-même, passe par la manifestation (expression), ou la rétention (refoulement) de différents flux. J'évoquerai ici cinq types de flux, sans que cela ne prétende être exhaustif:

Les flux d'énergie: flux dynamique, flux de libido - *Moyens énergétiques, besoins* (Psychanalyse et thérapie psychodynamique)

Les flux existentiels: vie, amour, considération, reconnaissance - *Accès à la Vie* (psychologie existentielle, maïeusthésie)

Les flux de pensées: mécanismes de la pensée - *Moyens psychiques, Intellect* (thérapies cognitives)

Les flux d'actions: gestes et paroles - *Moyens physiques* (thérapies comportementales)

Les flux émotionnels: émotions - *Moyens de "re-animation"* (thérapies psychocorporelles). Les émotions sont ce qui anime (*é-mouvoir : mettre en mouvement*). Elles sont un moyen de sortir de l'insensibilité (incapacité à percevoir) et d'accéder à soi ou aux autres (thérapies psychocorporelles) Même si, en excès, elles peuvent conduire à des blocages, elles permettent néanmoins de garder une trace du vécu.

1.2. Quatre types de thérapies

La psychanalyse et la psychodynamique s'occupent de la problématique du flux libidinal et de son évolution à travers les différentes étapes de la vie. La maïeusthésie s'occupe des flux existentiels de considération et de reconnaissance, autrement dit, des flux d'amour (en prenant soin de clarifier le sens de ce mot). Les thérapies cognitivocomportementales (TCC) s'occupent des flux de pensées et des flux d'actions. Les

thérapies psychocorporelles s'occupent de l'écoulement et de la rétention émotionnelle.

Ce que je nomme ici flux existentiels a déjà été considéré par des praticiens psychologues, psychiatres ou professeurs comme Rollo MAY, Karl JASPERS, Carl ROGERS, Ludwig BISWANGER, dans la psychologie existentielle et phénoménologique. La considération pour l'individu, rencontré comme une source majeure, a aussi été particulièrement évoquée par le cognitiviste Joseph BRUNER (au delà des théories préfabriquées et de ce qu'il appelle la méthodolâtrie). Si je n'assimile pas la maïeusthésie à ces approches c'est juste par respect et considération envers elles, afin de ne pas les assimiler à ce qu'elles ne sont pas tout à fait. Cependant la maïeusthésie y reconnaît nombre de ses principes et je suis particulièrement touché que des praticiens aient eu, depuis le début du siècle dernier, et malgré d'autres idées dominantes, un tel regard sur les sujets (les êtres) qu'ils ont aidés. L'individu y est plus considéré que les événements et que les pathologies. Il y est vu comme un "être au monde" et non comme un objet de soin devant coller à une théorie.

Ce document a pour projet de mettre en exergue les cinq types de flux mentionnés ci-dessus et les approches thérapeutiques qui leurs sont associées. J'attire l'attention du lecteur sur le fait que d'une part ce document ne se prétend pas exhaustif et que d'autre part, il n'invite aucunement à la mise en concurrence des différentes approches qui seront plutôt envisagées sous l'angle de la complémentarité. Le seul reproche qui peut leur être fait, c'est quand l'une d'elle exclue, par un a priori, les zones de pertinences des autres.

Outre la définition plus précise de la libido (flux libidinal ou flux d'énergie) et de l'amour (flux de vie ou flux existentiel), nous verrons dans les pages ci-après, le rôle et la place des différents moyens thérapeutiques pour restaurer l'équilibre des cinq flux : énergie, vie (existantiel) , action, pensée, émotion.

1.3. Détails du flux libidinal

1.3.1. Une énergie à dépenser

La libido représente **l'énergie dépensée, ou à dépenser, vers des « objets »**. Si nous n'y mettons pas la précision nécessaire, la notion d' « objets » porte déjà une ambiguïté puisque l'habitude est, en psychanalyse et en psychodynamique, de parler d'« objets » quand il s'agit de parler d'individus autres que soi (je reviendrai plus loin sur ce point). La libido est une énergie, une pulsion, un instinct, qui s'exprime, soit envers soi-même, soit envers autrui. Quand elle s'exprime envers soi-même nous parlerons de **libido narcissique** ou de libido du moi (dans laquelle l'individu est son propre "objet" *sexuel*). Quand elle s'exprime vers autrui, nous parlerons de **libido objectale** (dans laquelle l'"objet" *sexuel* est un autre que soi).

Si je mets *sexuel* en italique, c'est que FREUD a beaucoup insisté sur la nature sexuelle de l'énergie libidinale⁴¹, mais que d'autres comme JUNG ont préféré y voir, de façon plus générale une énergie psychique. Dans les deux cas, l'idée d'énergie reste, mais chez JUNG, sa sexualisation n'est plus systématique (cette différence de points de vue leur a même valu de perdre l'amitié qu'ils se portaient).

1.4. Un incontournable écoulement

Cette libido étant considérée, du point de vue de Freud et de la psychanalyse, comme une énergie existant de toute façon, celle-ci doit s'écouler d'une manière ou d'une autre, quelque soit le moyen qu'elle trouve pour y parvenir. Freud décrit la psychopathologie à travers **un décodage de cet écoulement de la libido qui se trouve plus ou moins contrarié ou plus ou moins satisfait**. Il analyse ainsi les stratégies inconscientes que l'individu met en œuvre pour satisfaire à cette exigence fatale de l'écoulement de l'énergie libidinale malgré tous les facteurs qui viennent le contrarier au cours de la vie.

1.5. Un flux captatif⁵

La libido est une énergie, un flux, un prolongement que le sujet dirige vers l'objet. Dans la libido, l'objet (l'autre) est convoité. **Le flux d'énergie libidinale qui est envoyé dessus n'est pas un flux qui donne, mais un flux qui capte** et qui prend pour se « nourrir ». Freud ayant utilisé l'image naturaliste de l'hydre envoyant ses pseudopodes vers l'extérieur, pour parler du moi qui s'étire vers l'environnement, je n'hésiterai pas à comparer la libido à la langue du caméléon ou de la grenouille qui s'élanche vers l'insecte... plus pour s'en nourrir que pour le saluer. Cette image est un peu extrême, mais il faut bien reconnaître que quand seule la libido est à l'œuvre **il s'agit plus de profiter de l'autre pour apaiser un besoin, que de le rencontrer**. Chez l'être humain il y a mélange, de cette énergie libidinale, toujours aux aguets (gérée par le moi), avec une conscience qui porte au contraire au respect de l'autre (gérée par le surmoi).

Mais l'humanisation de l'être humain peine à se produire, tant cela génère des conflits. **Tantôt il ira vers la libido au détriment de la conscience, tantôt vers la conscience au détriment de la libido**, sans que les deux parviennent à trouver ensemble leur juste place. Dans les deux cas, les blocages de libido ou les blocages de vie, qui en résultent, produiront des troubles psychologiques ou psychosomatiques.

⁴ Freud distingue cependant la sexualité (simple flux de libido) d'une part, et la génitalité (flux de libido avec acte ou projet sexuel proprement dit, au sens habituel du terme) d'autre part. La distinction entre sexualité et génitalité ne suffit pas toujours à lever l'ambiguïté.

⁵ « captatif » de *captare* "capter" : Psychologique "Qui cherche à accaparer quelqu'un, à prendre pour soi". - possessif. Amour captatif (opposé à amour oblatif). Caractère captatif. Définition du petit Robert

NB. Nous remarquerons que l'association des mots "amour captatif" est contradictoire (oxymore) alors que l'association des mots "amour oblatif" est une répétition (pléonasme)

1.5.1. Source et nature de l'énergie libidinale

Sa source est essentiellement physiologique et influence les **échanges relationnels** (liens : attachements, répulsion) entre les êtres humains, ainsi que leur **psychologie** (échanges relationnels internes entre les différentes parties du Soi).

L'énergie a pour étymologie *ergos* qui signifie travail (donc avant tout *action*). Pour comprendre la libido, il est essentiel de concevoir qu'il s'agit d'une énergie qui s'exprime de différentes façons et pas seulement sexuellement. Même s'il y a analogie dans les différents modes d'expression il importe de comprendre qu'ils sont très différents. Par exemple, **quand un enfant veut « pénétrer » le monde de sa mère en essayant d'être intéressant à ses yeux** et de lire dans son regard « l'attire qu'elle a pour lui », il s'agit bien d'une expression libidinale sur le plan de l'énergie... mais **il serait déplacé d'y parler sexualité au sens strict**. C'est sans doute cette confusion qui a créé des distorsions de sens (et parfois, hélas, des ricanements) concernant la psychanalyse aux yeux du public.

Cette énergie est **source d'actions et aboutit à de l'avoir**. C'est certainement pour cela que **Freud nous parla si souvent d'objet quand il désigne l'autre**. Avec la libido, la pulsion n'invite pas à s'ouvrir à l'autre, mais à profiter de lui et à le posséder. Même quand il est possédé de façon délicate, il n'en n'est pas pour autant rencontré. **La libido, à elle seule, ne constitue pas l'amour**, mais peut contribuer à la rencontre.

1.5.2. L'amour n'y est que potentiel

Quand l'individuation n'est pas suffisamment mature pour permettre aux individus de se rencontrer vraiment tels qu'ils sont, l'amour n'est, au mieux, que potentiel. L'individuation le permettant sera une étape ultérieure vers laquelle la libido aura permis d'aller, mais qu'en aucun cas elle ne constitue. Le besoin libidinal initial, aura juste servi d'élément attractif et de "ciment provisoire" en attendant que la maturité permette la réalisation d'une réelle rencontre des individus.

1.6. Détails du flux de vie (existential)

1.6.1. L'amour différent de la libido

L'amour a pour étymologie *amor* qui, en latin, découle du nom de dieu Amor. Le picard, en a fait *ameur* qui signifie « *rut* ». D'où les confusions de sens !

Si nous faisons abstraction des sens divins ou sexuels du mot amour, nous trouvons une notion d'ouverture de conscience envers autrui, un canal par lequel il peut y avoir des échanges. Une sorte de canal de vie de nature essentiellement psychologique (existential). Il influence les **échanges communicationnels** (ouvertures d'esprit, de conscience) entre les êtres humains ainsi que les échanges communicationnels entre les différentes parties du Soi (état psychologique). Naturellement ce fonctionnement influence aussi la physiologie. Nous y trouverons

l'expression de la **pulsion de vie** qui tend soit à **créer une intégrité inexistente** (mais potentielle) soit à **retrouver une intégrité perdue**.

La pulsion de vie s'exerce sans énergie (un peu comme une attraction gravitationnelle spontanée). **La pulsion de survie s'y oppose** parfois, momentanément ou durablement, pour préserver d'une situation trop douloureuse. La pulsion de survie, elle, consomme de l'énergie (comme lorsqu'on veut s'opposer à la gravitation). C'est la pulsion de survie qui, quoique nécessaire, induit ruptures, conflits et épuisements. [Détails dans la publication de 2003 sur l'aide et la psychothérapie.](#)

1.6.2. Un flux oblatif⁶

Oblatif signifie, qui donne, qui est généreux. La pulsion libidinale tentait d'attraper « l'objet » pour satisfaire à son écoulement énergétique. La pulsion de Vie s'en différencie par deux points essentiels :

- 1- **D'une part elle ne s'oriente pas vers un « objet »** (être chosifié) mais vers un sujet (quelqu'un à part entière)
- 2- **D'autre part elle n'attrape pas ce sujet, mais s'y ouvre pour donner** (oblation) de l'attention et de la considération.

Contrairement à la pulsion libidinale, **la pulsion de Vie tend à la rencontre et non à l'utilisation de l'autre**. Il s'y ouvre un canal permettant un échange réciproque. L'écoulement de vie constitue **une voie de communication** et non une accroche de l'autre. La vie n'est pas vraiment quelque chose qui s'écoule, mais quelque chose qui habite, qui s'ouvre, qui rencontre, qui reconnaît, qui réhabilite, qui permet de naître, qui met au jour, qui révèle, qui respecte tout et ne force en rien. **Il n'y s'agit pas d'énergie mais d'être**. Par contre, cette qualité de l'être y sera source d'énergie. Ce flux de vie ne pourrait se mesurer en kilowatts, ni en lux. Il se mesure en qualité de présence, d'attention et d'ouverture (ce principe de "présence" est cher à Carl ROGERS, psychologue américain, nous y reviendrons en fin de document, avec un lien vers un texte explicite à ce sujet)

1.7. Différencier vie et énergie

Quand nous parlons d'énergie nous parlons de faire ou d'avoir (d'où la notion d'objets, abordée en psychanalyse). Quand nous parlons de **vie nous parlons d'être**. Un enfant a plus d'énergie que de vie. Une personne âgée a plus de vie que d'énergie. Si la vie et l'énergie sont toutes deux présentes tout au long de l'existence, il semble que leurs proportions s'inversent au fil des âges (voir publications: ["personnes âgées" - mai 2001](#); ["humanisation de la fin de vie" - avril 2003](#)).

⁶ oblatif : du latin oblativus « qui s'offre ». "Qui s'offre à satisfaire les besoins d'autrui au détriment des siens propres" - Dictionnaire Petit Robert

Trop souvent nous faisons de ces deux mots des synonymes alors que *être* et *faire* ne définissent pas du tout les mêmes notions, même s'ils sont souvent intimement liés.

2. Mécanismes psychodynamiques

La psychodynamique est l'approche psychotérapique inspiré de la psychanalyse et s'appuyant sur ses principes. Elle s'occupe des flux libidinaux (énergie venant du ça gérée par le moi, lui même supervisé par le surmoi).

2.1. Innovation de Freud

Pionnier dans la quête de compréhension des troubles psychiques, Freud, a découvert le rôle important de la sexualité dans les affections mentales et psychosomatiques. Il est à noter qu'**il a conduit ses recherches dans un monde puritain, à une époque et en un lieu où la sexualité était particulièrement taboue** (la Vienne victorienne). Il avait donc plus de chance de trouver des troubles liés à la sexualité... jusqu'à la révéler comme étant à l'origine de la plupart des dérèglements psychiques. **Il en découle tout un décodage des souffrances psychiques** de l'être humain, comme étant lié à l'état de l'énergie libidinale. Rollo MAY, évoquant la problématique des postulats de la psychologie, nous interpelle bien sur le fait que ... "ces présupposés relèvent en partie de notre culture et du moment précis où nous nous situons dans l'histoire"⁷. Il invite par là à des remises en causes théoriques au fur et à mesure de changements culturels ou sociaux.

Il n'est cependant plus à démontrer l'importance que l'épanouissement de la vie sexuelle représente pour l'équilibre d'un individu... bien que la notion d'épanouissement reste floue : qu'est ce qu'une vie sexuelle épanouie ? Même sortie du tabou, cet aspect de la vie des êtres reste une zone majeure de malentendus entre les hommes et les femmes, tout en étant ce qui les rapproche malgré les profondes différences dans leur façon de percevoir l'existence. Au delà de ces considérations sur la sexualité, toute l'histoire de la libido est une histoire d'énergie qui peut ou ne peut pas s'écouler naturellement.

2.1.1. Rééquilibrage libidinal (énergie et animalité)

La notion d'animalité n'a ici rien de péjoratif. **Elle prend simplement en compte notre réalité corporelle.** Cette réalité corporelle fait partie intégrante de notre vie et nécessite que nous en prenions soin pour optimiser notre existence. **Si nous la négligeons ou la nions, elle se rappellera à notre attention** en se manifestant contre notre volonté par des symptômes physiques ou psychiques.

Chez FREUD, il y a eu cette intuition que les problèmes psychiques viennent des frustrations de l'énergie libidinale (elle même expression de cette animalité). Qu'il s'agisse

⁷ Rollo May *and all.* "psychologie existentielle" - éd Epi 1971

de simple **névrose actuelle** (conflit libidinal présent), de **névrose de transfert** (conflit libidinal passé) ou même de **psychose** (libido narcissique avec perte de la réalité), pour Freud, tout vient de la libido dont l'écoulement peine à trouver son chemin.

Cette dimension de la biologie et de l'animalité de l'être humain, liée à sa sexualité, est ainsi, selon lui, la source de la plupart des troubles psychiques. La psychanalyse a pour projet d'en rétablir l'équilibre et l'écoulement juste, au sein de la conscience et du corps de l'individu.

Il y s'agit de l'expression d'une pulsion de reproduction tentant de trouver son chemin pour satisfaire à la continuité de l'espèce (venant parfois en contradiction avec la conscience) tout en mettant les individus en concurrence. Il se trouve qu'un individu ne peut trouver d'épanouissement sans **respecter son corps et ses besoins fondamentaux. Mais il ne peut y satisfaire sans respecter sa conscience** et ses exigences au niveau de l'être (et pas seulement du surmoi).

2.1.2. Le risque d'un parti pris

La pulsion sexuelle trouve donc son énergie dans la Libido. Nous avons là le principal outil de décodage, à travers lequel FREUD tentera de tout expliquer avec un parti pris à la fois idéologique et scientifique.

Idéologique car il montre envers son hypothèse libidinale un attachement tenace (qu'il saura perpétuer à nombre de ses successeurs). **Scientifique** car il accepte de considérer les cas de patients qui pourraient la remettre en cause et les points de vue différents de ses confrères... mais toujours pour aboutir à son décodage libidinal dont il apparaît clairement qu'il occulte, parfois, d'autres données fondamentales pour satisfaire coûte que coûte à l'exigence "scientifique".

Cependant, quand on découvre une chose nouvelle, il est naturellement délicat d'élargir sa vision au-delà de ses hypothèses. **Il est toujours plus facile de le considérer rétrospectivement**, lorsqu'on dispose d'autres éléments de décodages découverts ultérieurement. Il est parfois difficile de garder le doute nécessaire, propre à un réel cartésianisme.

Quand il est systématisé, ce décodage occulte parfois des pans entiers de la vie d'un être humain en le réduisant à un animal pulsionnel dépourvu de conscience en évolution. D'ailleurs, de l'avis de Freud lui-même, *la libido est plus d'origine physiologique que psychologique*⁸

⁸ Freud « Pour introduire le narcissisme » 1914. Il n'y considère pas la dimension de "l'Etre au monde" évoquée par Rollo MAY, de "l'Etre là" de Karl JASPERS, ni du Soi de JUNG, ni le Dasein (*Da là* et *sein* être) du psychiatre BISWANGER.

2.2. Du moi à l'objet

2.2.1. Libido narcissique (vers le moi)

Au début de son existence, **un individu sera conduit à laisser cette énergie s'écouler vers lui-même**. C'est la phase dite « narcissique » dans laquelle l'individu est son propre "objet" *sexuel* et considère son propre corps comme cible *érotique*. Ici le sujet qu'est l'individu se considère lui-même comme "objet" *sexuel* sur lequel il dirige son énergie libidinale. Puis par une sorte de saturation, la nécessité porte cette énergie libidinale à se tourner vers un "objet" extérieur au moi. Nous arrivons alors à la libido objectale.

2.2.2. Libido objectale (vers un objet)

L'évolution de l'individu le conduit à se détourner de lui-même quand **il découvre qu'il peut diriger cette énergie libidinale vers un "objet" extérieur**. Il sort alors de la phase narcissique et tendra à se retrouver en quête d'un "objet" vers lequel diriger cette libido. Nous noterons ici que **l'individu extérieur est nommé « objet »**... c'est le langage employé par Freud lui-même et par les psychanalystes ou psychologues. D'un côté il est choquant de parler d'objet pour parler d'individu, mais **s'agissant de pulsion, il est peut-être juste de parler d'objet** car une pulsion ne tient pas compte de l'être (c'est justement là le problème). C'est ce qui fait que nous prendrons soin de différencier la libido (qui va vers un objet), de l'amour (qui va vers un être, vers un sujet).

2.3. Ecoulements contrariés

Comme **« l'objet » convoité ne satisfait pas forcément à l'attente**, le sujet se retrouve frustré et contraint à donner à son énergie libidinale un autre chemin pour lui permettre de s'écouler tout de même. **Cela peut conduire à des déplacements** (trouver des substituts de l'objet convoité, transferts), **ou un retour à l'étape narcissique...** ou à une somatisation.

Ce mécanisme, se réalisant inconsciemment, peut induire des troubles du comportement, des psychopathologies de **type névrotiques** ou des psychopathologies de **types psychotiques**. Cela peut même produire des **somatisations** dont les premières étudiées par FREUD furent celles de l'hystérie dans lesquelles l'individu peut aller jusqu'à paralyser une partie de son corps.

2.3.1. Exemples d'astuces inconscientes

Maintient objectal

Par déplacements : un objet extérieur est substitué à celui qui nous a manqué. Par exemple, suite à un manque de mère, un homme va épouser une femme qui lui ressemble, dont il attendra inconsciemment qu'elle comble la frustration antérieure.

Retour narcissique

Par projection : Le sujet trouve un autre que lui (objet) mais qui lui "ressemble" et vers lequel la libido peut s'écouler. Il lui "ressemble" car il s'est projeté sur lui (comme un film sur un écran). La libido semble alors aller vers un autre mais le projet inconsciemment réalisé la fait indirectement aller vers lui même à travers ce « moi extérieur ». Il s'agit d'un narcissisme déguisé. Un parent peut parfois faire cela avec un de ses enfants en le considérant comme un prolongement de lui-même "faisant partie de lui" ou comme un "lui-enfant".

Par création d'un idéal du moi : Grâce à la construction d'un moi "idéalisé", le sujet devient la cible de sa propre libido. C'est une façon subtile de retourner au narcissisme perdu de l'enfance. Au lieu que la libido s'écoule vers le moi, elle s'écoule vers une image idéalisée du moi. Cela revient naturellement à refouler en soi tout ce qui ne correspond pas à cet idéal. Cette image idéalisée peut provenir d'un modèle qu'on admire (modèle culturel, modèle parental, modèle tiré de personnalités sociales célèbres...)

L'idéal du moi amène l'idée de surmoi : Le sujet comparera sans cesse son moi à cet idéal du moi, avec tout le cortège de culpabilisation, de censures et de refoulements qui en résulte. Cela est la source de nombreux conflits internes pouvant conduire à diverses troubles ou psychopathologies. Le surmoi sera ainsi le « surveillant » visant à éviter les écarts entre le moi et l'idéal du moi (mais, en même temps, générateur de blocages, conflits et refoulements)... d'autant plus que le modèle idéalisé est forcément inatteignable.

2.4. Névroses et psychoses

Freud associe d'une part la **névrose de transfert** à une **libido d'objet** (libido objectale), avec conscience de la réalité, parfaitement différenciée de l'imaginaire. D'autre part, il associe la **psychose** à une **libido du moi** (narcissisme), avec une confusion entre la réalité et l'imaginaire. La psychose est un état pathologique plus difficile à traiter en psychanalyse que la névrose de transfert, non pas seulement à cause de cette perte des repères de la réalité, mais parce qu'il ne s'y fait plus de transfert. Or le transfert est le point clé de la cure analytique. C'est un moment de la cure où le sujet *transfert* (déplace sa libido et les conflits qui s'y rattachent) vers son thérapeute. Le thérapeute peut alors accompagner le sujet dans ses zones de conflits, ainsi révélées.

2.4.1. Névrose de transfert

Les névroses génèrent des inconforts ou souffrances psychiques dont le sujet a conscience, mais qui échappent à sa volonté. La conscience de son origine lui échappe aussi. La névrose **provient d'un conflit ancien** (généralement datant de l'enfance) **entre les pulsions libidinales** (venant du Ça, qui est la base *animalisée*) **et le Surmoi** (Moi idéalisé). Le Moi doit tenter de rétablir un équilibre raisonnable entre la pulsion libidinale (élan impérieux du Ça) et la censure du Surmoi (instance morale, Moi Idéalisé) pour fonctionner dans le monde environnant.

Ultérieurement, ce conflit qui a bloqué l'énergie libidinale, **resurgira avec des déplacements vers des objets analogues à la cible initiale**. Par cette sorte de copie de la situation originale se reportant vers un objet qui lui ressemble, la libido tentera de retrouver l'écoulement interrompu. Ces déplacements vers une autre cible constituent les situations de transferts dans la cure analytique ou de déplacements dans la vie quotidienne. L'individu reste capable de transferts tant qu'il est capable de tourner sa libido vers des objets, quand il a quitté la phase narcissique dans laquelle il ne faisait que la tourner vers lui-même.

Cette libido objectale est celle qui permet un transfert. A un moment, dans ce qu'on appelle la cure analytique, le sujet va transférer sa libido autrefois destinée à l'ancien objet qui le frustra, sur la personne du psychanalyste. **Le psychanalyste devient alors l'objet de substitution** duquel le patient espère ce dont il fut autrefois frustré.

Malgré cette situation de transfert, pouvant être source d'ambiguïté dans le rapport soignant/soigné, nous noterons les propos de Freud lui-même: **"...la collaboration du patient devient un sacrifice personnel qu'il faut compenser par quelque succédané d'amour. Les efforts du médecin, son attitude de bienveillante patience doivent constituer des suffisants succédanés"**(études sur l'hystérie)⁹. Quand Freud parle de neutralité bienveillante, il ne parle donc pas de distance ou de froideur, mais d'une généreuse capacité à tout entendre sans jugements de valeur.

Pourtant, dans la mesure où la frustration est, d'après la psychanalyse, un ancien blocage de la libido... quand celle-ci se dirige vers le psychanalyste, cela demande, chez ce dernier, une grande lucidité. Ce moment de transfert est une opportunité pour aider le patient à « rejouer » et s'approprier l'ancienne histoire à la lumière de sa maturité actuelle et avec l'aide du thérapeute. Mais si le psychanalyste prend pour lui ce que le patient lui envoie, il tombe alors dans un contre transfert qui peut nuire à la cure (et à lui-même).

2.4.2. Psychose

Le psychotique a perdu ses repères dans la réalité, qu'il tend à confondre avec son imaginaire. Contrairement au névrotique, **il n'a pas vraiment conscience de son état**. Cette perte de la réalité du monde extérieur **le conduit à ne plus pouvoir diriger sa libido vers un objet**. Vivant dans son monde imaginaire, il ne pourra diriger sa libido que vers lui-même.

Le psychotique, d'après Freud, ne peut opérer de transfert. Frustrée, son énergie libidinale ne pourra donc s'exprimer qu'en retournant vers le Moi. Il s'agira pour le psychotique d'une **libido du moi** conduisant à un retour à l'état narcissique. L'absence de libido objectale ne permet pas de transfert et rend la thérapie psychanalytique basée sur lui, beaucoup plus difficile. Ce point n'est pas tout à fait partagé par Federn (président de la société psychanalytique de Vienne, qu'il rejoignit en 1903). Ce dernier estime que les psychotiques ont une disposition au transfert différente des névrotiques, mais rendant pour eux aussi, la psychanalyse possible.

⁹ "Les névroses - l'homme et ses conflits" Chez TCHOU 1979 - p 68

Pourtant, comme nous le fait remarquer par exemple Jan Pierre Charrier dans son ouvrage « Guérir après Freud »¹⁰, la psychologie psychodynamique peine à prendre en charge les psychotiques avec des résultats satisfaisants.

3. Mécanismes existentiels

La psychologie existentielle s'occupe de l'individu (Carl ROGERS, Karl JASPERS, Rollo MAY, Ludwig BISWANGER, Eugène MINKOWSKI, Edmund HUSSERL, Martin HEIDEGGER)¹¹. BISWANGER, qui décrit le Dasein ("Da" là "sein" être), poursuit même jusqu'à parler du Dawesen ("Da" là "wesen", l'être étant nu) pour désigner une certaine nudité de l'être dans sa présence, une nécessaire attitude de dénuement (et non "d'armement" ou de pouvoir)

Même si je me sens voisin de nombre de ces principes et de leurs auteurs, c'est par respect, que je ne prétends pas pour autant parler ici de leur approche, ainsi que je l'ai précisé plus haut, mais simplement de la maïeusthésie (décrite en détails dans l'ensemble de ce site). La maïeusthésie prend aussi en compte l'individu, (l'Être au monde) d'une façon bien précise, en le mettant comme source principale, au centre des échanges.

Pour mieux comprendre cette démarche tenant compte du flux de vie, nous commencerons par clarifier la place de la libido et de l'amour dans la sexualité afin de préciser comment s'y organisent les flux de vie et les flux libidinaux. Quand Freud parle de pulsion de vie, il parle de pulsion libidinale, et il ne fait hélas pas la distinction entre **le flux libidinal qui est un flux d'énergie** et **le flux existentiel qui est un flux de vie**. Les lignes qui vont suivre vont proposer une meilleure acuité à ce sujet.

3.1. Sexualité: différence amourlibido

La libido ne fonctionne pas de la même manière chez l'homme et chez la femme. Ceci n'est pas un scoop, mais mérite tout de même d'être explicité car de nombreuses confusions perdurent, dont certaines semblent même affecter le regard de FREUD, pourtant maître en la matière.

Curieusement, Eros (un dieu) fut éclairé par Psyché (humaine) qui lui permit de s'affranchir de l'emprise de sa mère Vénus (déesse). Détail de ce mythe dans mon ouvrage « Ecoute thérapeutique » chez ESF, chapitre 30

3.1.1. Au masculin

Nous trouverons souvent chez l'homme que la libido (pulsion) précède l'amour (l'existentiel). **L'énergie libidinale du corps favorise pour lui la rencontre de l'Être.** Il

¹⁰ « Guérir après Freud » Jean-Pierre CHARTIER – Dunod -Jean-Pierre CHARTIER: Docteur d'état en Psychologie Clinique, psychanalyste

¹¹ Carl ROGERS psychologue américain - Rollo MAY psychiatre américain - Karl JASPERS philosophe et médecin allemand, professeur de psychologie - Ludwig BISWANGER psychiatre allemand, Edmund HUSSERL philosophe allemand, Martin HEIDEGGER philosophe allemand, Eugène MINKOWSKI psychiatre français)

peinera souvent à comprendre la femme chez qui le processus est fréquemment inverse.

Naturellement il peut se faire que le corps prenne tellement de place qu'au lieu d'aboutir à l'amour, l'homme se limite à une attraction pour l'objet sexuel que représente la femme à ses yeux. Il se restreint ainsi à la libido objectale, sans aboutir à l'amour d'un individu. Nous trouverons ici une attitude particulièrement dévalorisante pour la femme et souvent décriée. Par contre en situation plus généreuse, **l'homme accordera beaucoup de valeur à l'être qu'est la femme**, mais éprouvera tout de même le besoin de passer d'abord par la libido pour que cet amour s'exprime.

3.1.2. Au féminin

Nous trouverons souvent chez la femme que l'amour (existentiel) doit précéder la libido (pulsionnelle). Cela la conduit à ne pas comprendre l'homme dont le fonctionnement est fréquemment inverse. **La qualité de l'être et de l'amour favorise pour elle la manifestation de son énergie libidinale.**

C'est sans doute cela qui a conduit **Freud a considéré la femme comme « se suffisant souvent à elle-même »**. Il nous propose une étonnante interprétation narcissique de cette attitude où il considère que la femme se met à considérer son propre corps comme cible de sa propre libido (serait-elle psychotique à ses yeux?). Cela amènerait celle-ci, selon lui, à prendre exagérément soin de son esthétique et à manquer d'attrait pour l'homme. Mais c'est justement cette indépendance libidinale, toujours selon FREUD, qui serait particulièrement attractive pour l'homme. **Nous avons donc d'un côté cette "auto suffisance féminine", et de l'autre, le besoin masculin de diriger vers elle son énergie libidinale**, un peu comme si nous avions affaire à des « vases communicants » d'énergie.

FREUD a même été jusqu'à considérer que **l'élan de la femme vers l'enfant, qui est une partie d'elle-même, n'est au fond que du narcissisme dirigé vers un prolongement de son moi** (notion déjà évoquée plus haut). Cela me semble **redoutablement réducteur** et ne tient pas compte du fait que la femme passe d'abord par l'être avant d'aboutir au corps et est dotée d'une sensibilité dont l'homme ne dispose que trop peu. Il n'en demeure pas moins que la grossesse fait partie de la dimension sexuelle de la vie féminine.

Naturellement nous trouverons des femmes qui commencent par la libido et des hommes qui commencent par l'amour, mais la tendance la plus répandue est que l'homme passe par la libido pour aboutir à l'être et la femme passe par l'être pour aboutir à la libido. En d'autres termes on pourrait aussi bien dire que **l'homme commence par l'énergie pour arriver à la vie** et que **la femme commence par la vie pour arriver à l'énergie.**

3.1.3. L'incompréhension résultante

Ainsi, de son côté, **l'homme croit à tort que la femme n'aime pas son corps d'homme** car il voudrait commencer par la libido. Il s'en trouve frustré et tend à en faire le reproche à sa compagne. **La femme de son côté, croit à tort que l'homme n'aime pas**

l'être qu'elle est et qu'il n'en veut qu'à son corps de femme. Elle s'en trouve niée et tend à en faire le reproche à son compagnon. En réalité la femme aime le corps de l'homme mais tend à commencer par l'être et l'homme aime l'être qu'est la femme mais tend à commencer par le corps.

Ce paragraphe est très résumé pour parler de quelque chose de très subtil et délicat, mais il importait en quelques lignes de préciser ces importantes nuances.

3.1.4. Une expérience explicite

L'armée américaine a réalisé un test sur son personnel masculin et féminin. Ce test consistait à évaluer comment leur regard s'animait face à des images érotiques. Avec les outils appropriés pour suivre le cheminement du regard de chacun en telle situation, le constat fut que **le regard des hommes suivait toujours les images sexuelles** alors que **le regard des femmes y restait relativement indifférent**. Par contre l'expérience, répétée chez les femmes avec des images de bébés, montra que celles-ci avait, face à ces images d'enfants, un regard très animé.

Nous y voyons clairement un fonctionnement différent de la libido. Ceci ne veut en aucun cas signifier un manque d'attrait des femmes pour la sexualité, mais souligne que ce qui initie le flux libidinal n'est pas chez elles de même nature que chez les hommes.

3.2. De la libido vers l'amour

3.2.1. Libido (flux énergétique)

La libido est donc une énergie, une pulsion. **Elle se porte sur des « objets » sexuels**. Elle prend sa source dans une **constitution quasi physiologique de l'être humain et influence sa psychologie**. Elle procède d'une certaine animalité basique de l'être (venant du ça), et constitue une des réalités corporelles de sa vie. Si elle trouve sa place il y a équilibre. Si elle est niée, combattue, culpabilisée, détournée, bloquée, elle produit divers déséquilibres.

3.2.2. Amour (flux existentiel)

Dans ce paragraphe, les éléments ne viennent pas de la psychanalyse, mais d'une réflexion que je développe dans les autres documents de ce site concernant l'antagonisme entre la [pulsion de vie et la pulsion de survie](#).

L'amour est une ouverture d'esprit. **Elle se dirige vers des sujets (des êtres) et non vers des objets**. Elle définit un état de vie et non une énergie. Elle procède d'un état de conscience ouvert (humanisation) et non de l'animalité (proies et prédateurs). La pulsion de survie semble s'opposer à cet amour. En fait **la pulsion de survie préserve l'individu de trop de souffrance** en maintenant à distance les parts douloureuses de l'Être (du Soi). C'est la source de fractures, de rejets, de cassures intérieures.

La pulsion de vie préserve, dans l'inconscient, ces zones de vie « séparées » (clivées) et permet ultérieurement de se les réapproprier afin de les réhabiliter et de contribuer

ainsi à une restauration de l'intégrité psychique. Les symptômes psy sont les moyens d'accès à ces zones de vie en attente de réhabilitation. Il s'agit cette fois-ci **non plus d'écoulement d'énergie, mais d'écoulement de vie entre différentes parties de ce qui constitue un être** (celui qu'il est, tous ceux qu'il a été et tous ceux dont il est issu). Il y s'agit de sa propre structure psychique, mais il n'y s'agit en aucun cas de narcissisme. Nous y parlerons plutôt d'accueil du Soi que de « libido du moi ». **Ce Soi ne constitue donc ici ni une cible libidinale, ni une cible d'admiration narcissique.** Ce Soi y est rencontré, reconnu et réhabilité, mais en aucun cas idéalisé. Il y s'agit plus d'un fondement pour rencontrer autrui, que d'un refuge pour fuir le monde.

Comme pour l'énergie libidinale, la vie tendra aussi à trouver son chemin quand elle rencontre un obstacle. C'est ce que je décris en détails dans [ma publication d'avril 2004 « Aide et psychothérapie »](#). Il peut sembler curieux de **différencier la vie et l'énergie**, mais l'énergie n'est que l'*ergos* (travail). Comme nous l'avons vu, la Vie c'est Être, alors que l'énergie c'est Faire (et avoir). Selon qu'on considère les concepts de vie ou ceux d'énergie, les attitudes thérapeutiques seront très différentes, mais se peuvent complémentaires.

3.3. Rééquilibrage existentiel maïeusthésique

En maïeusthésie, il ne s'agit pas de contrarier le point de vue psychodynamique, mais simplement d'y adjoindre un autre décodage. Un décodage où le point fondamental n'est plus l'énergie, c'est à dire n'est plus l'*ergos* (le travail, le faire). Le point central de décodage, y est l'existentiel... c'est à dire la vie (l'être).

3.3.1. Nouvel axe: pulsions de vie et de survie

La vie et l'énergie étant différenciées, nous pouvons ainsi préciser que **la pulsion libidinale n'est qu'une pulsion énergétique (faire et avoir)** alors que **la pulsion de vie est une pulsion existentielle (être)**. Ce qui est évoqué ici comme "pulsion de vie", ne doit donc pas être entendu au sens psychanalytique (libidinal) du terme. Il était impossible de trouver un autre mot pour éviter la confusion, car le mot "vie" définit vraiment de quoi il s'agit et ne peut être remplacé.

Il n'y s'agit donc plus de sexualité comme point fondamental (quoi que la sexualité soit un élément important dans la vie des êtres humains). Le nouveau point fondamental y est le cheminement de la pulsion de vie tendant à faire s'écouler le flux de vie (existential) pour satisfaire à la construction psychique d'un être humain (vers un plus d'être). La pulsion de survie vient accompagner cette pulsion de vie et la réguler afin d'encaisser les chocs ([résilience / concilience](#)) et de permettre de ne rien perdre du Soi.

Les pulsions de vie et de survie sont deux expressions antagonistes et complémentaires permettant à la vie de trouver sa place dans la structure psychique d'un individu, en dépit des circonstances extérieures difficiles. Nous distinguerons ainsi le **Soi intégré**, dont la cohésion dépend de la **pulsion de vie** et le **Soi non intégré**, mis à part par la **pulsion de survie**, en attendant que l'intégration soit possible lorsque la maturité le permettra. Cette pulsion de survie qui est une pulsion de rejet d'une par du Soi (pour pré-

server de la douleur) peut être rapprochée de la **pulsion de mort** évoquée en psychanalyse (qui porte à détruire). Cependant, la pulsion de survie définit sous un angle plus positif cette pulsion d'éloignement ou de destruction. La pulsion de survie est source d'anesthésie d'une part de Soi. Quand Freud nomme "**pare-excitation**" (Reizschutz - Reiz : "sensibilité" - schutz "protection")¹², il parle sans doute d'une telle **anesthésie** et avoir traduit Reizschutz par pare excitation n'est peut être pas une traduction satisfaisante. La pulsion de survie est source de l'anesthésie salutaire permettant de supporter une souffrance ou un choc en mettant de côté la part du Soi que le Soi intégré ne peut accueillir en l'état actuel de sa maturité.

La pulsion de vie tente de **réaliser une complétude de la structure psychique** d'un individu. Une sorte « d'histoire d'amour » à réaliser **entre celui qu'on est, tous ceux qu'on a été et ceux dont on est issu**. Son projet n'est pas la survie de l'espèce mais une maturation de la vie et de la conscience. Elle vise à permettre l'intégrité de la structure psychique qui rend ensuite possible l'ouverture d'esprit des individus entre eux. C'est le **processus d'individuation** et d'humanisation, par lequel un individu peut **être proche d'un autre individu tout en en étant distinct** et sans le considérer ni comme un danger, ni comme une proie. La libido ne permet au contraire qu'un processus d'individualisme dans lequel l'autre n'existe que comme un moyen... et dans le narcissisme n'existe même plus du tout.

Le projet de la pulsion de vie, elle, n'a rien de narcissique car, d'une part il n'y s'agit pas de libido et d'autre part il n'y s'agit pas d'admiration de soi (ni du moi) mais d'accueil de soi conduisant vers l'accueil d'autrui. C'est le principe d'une individuation dépourvue d'individualisme.

3.3.2. Deux zones du Soi, pulsions en conflits

Quand ce flux de vie est bloqué par des zones de conflits, il ne s'agira plus de libérer une charge de libido, mais de rétablir ouverture et considération entre deux zones fracturées de la structure psychique. C'est alors une réparation d'un clivage du Soi. Il y s'agit de redonner existence, reconnaissance et réhabilitation à une part du Soi autrefois séparée à cause de trop de douleurs.

Il y s'agit d'une fracture du Soi, qui est l'individu ou l'être (*l'être au monde* de Rollo MAY, *l'être là* de Karl JASPERS, le *Dasein* de Ludwig BISWANGER). **Il convient de ne pas confondre le Soi qui est l'individu avec le moi qui est l'ego**, le self. Le moi n'est que la *persona*, aspect superficiel nommé ainsi par Jung. Celui-ci se désolait que les psychanalystes ne différencient pas le Soi et le moi¹³.

En maïeusthésie, il ne s'agit plus d'attendre ou de permettre un transfert avec le thérapeute, mais de revisiter les transferts (déplacements) qui se produisent naturellement dans la vie de chaque jour. **Chacun de ces déplacements conduit directement aux zones initiales du blocage de flux de vie** (nœuds émotionnels contenus dans la mémoire ou dans la structure psychique). Tout le mécanisme de ce processus est décrit dans ma [DU-](#)

¹² "Le ça, le moi, le surmoi" - TCHOU -1978 - p 139 - Freud "psychanalyse et médecine"

¹³ "Ma Vie" - Carl Gustav Jung - FOLIO -1973 - p 460-463

[blication d'avril 2004 "Aide et psychothérapie"](#). La zone du Soi clivée étant localisée, il convient d'y restaurer l'écoulement du flux de vie qui y était interrompu. Souvent les symptômes psychiques (parfois somatiques) sont des moyens d'accès aux zones du soi à réhabiliter.

Une fois que la localisation est réalisée, il arrive qu'en imagerie mentale, je propose au patient de **visualiser un flux de "lumière"**, comme une "ouverture" entre lui-même et la part de lui avec laquelle il est en conflit (avec la part du Soi clivée, séparée). **Cette lumière n'a rien de matériel, ni de spirituel**. Ce type de visualisation permet juste de **concrétiser mentalement un canal d'ouverture** et de reconnaissance afin de s'approcher et de s'ouvrir à la part du Soi blessée qui vient d'être localisée. Il s'agit d'une "action mentale", d'une sorte de psychodrame¹⁴ réalisé dans l'imaginaire psychique. Nous verrons dans le chapitre suivant (mécanismes cognitivo comportementaux), la ressemblance avec la visualisation utilisée dans les thérapies comportementales, mais dans lesquelles le projet est différent.

Il n'y s'agit surtout pas d'énergie : une patiente à qui je proposais cette visualisation me dit « mais "ça" ne veut pas être éclairé ! » Je lui proposais aussitôt d'**envoyer « une lumière qui n'éclaire pas »**. Cette apparente contradiction ne la heurta pas. En effet il s'agissait d'un canal et non d'un éclairage. Rappelez-vous que **la lumière d'un tube est juste le passage en son centre** et qu'une lumière dans un mur est le nom qu'on donne à une fenêtre. Il s'agit de passage et non d'énergie. Pour plus de détails sur cette notion, vous pouvez lire la publication [de décembre 2000 « éclairer sans produire d'ombre »](#) . **La symbolique du mot lumière correspond bien au flux de vie** (qui est plus une ouverture qu'une circulation de quelque chose). Bien sûr, il ne s'agit pas de *lumière* à proprement parler, mais juste de proposer un *acte mental concret* conduisant à produire implicitement une ouverture, permettant de restaurer l'écoulement du flux de vie, du flux existentiel, ou plus exactement, de restaurer la qualité de présence et de considération avec la part bridée de Soi.

Ces quelques lignes sont très résumées et il y a naturellement beaucoup d'autres nuances, tant dans les moyens de localisation que dans les moyens de réhabilitation. Des détails très précis sont disponibles sur ce site dans les 40 pages du [document d'avril 2004 "aide et psychothérapie"](#).

Au delà de ces explications, le plus important est de loin que ce moyen permet d'importantes avancées concrètes du patient dans la réhabilitation de l'intégrité de sa structure psychique.

¹⁴ Le mot *psychodrame* signifie "action" (drame) "psychique" (psycho)". Les techniques de thérapie par psychodrame, sont des techniques par l'action (jeu théâtral), découvertes fortuitement par le psychologue américain J.L.MORENO. Même si dans le psychodrame mental maïeusthésique, nous retrouvons certains principes de MORENO, ce qui est décrit ici ne reprend pas ses techniques.

NB Vous trouverez des précisions sur le rapport entre la psychodynamique, et l'existential: sur les rôles du *Ça*, *du Moi*, *du Surmoi* d'une part (psychodynamique) et *du Soi* d'autre part (existential) voir sur ce site la publication de novembre 2005 [Le ça, le Moi, Le Surmoi, le Soi](#). (28 pages)

4. Mécanismes cognitivo comportementaux

Après la description des approches thérapeutiques s'occupant des écoulements de libido (flux énergétique) et de vie (flux existentiel), nous abordons ici, celle de la thérapie qui s'occupe de deux autres types de flux : les flux d'actions et les flux de pensées. Il s'agit de la thérapie comportementale et cognitive ou TCC.

Dans la thérapie comportementale et cognitive, comme c'est le cas dans toutes les psychothérapies, le thérapeute est sensé avoir une attitude chaleureuse, [« empathique »](#) et sincère. Cette approche en synthétise en réalité plusieurs autres, organisées autour de principes communs, avec des protocoles précis. Nous y trouverons notamment des mesures de l'état pathologique initial, puis des mesures des résultats thérapeutiques obtenus. Le projet y est d'objectiver, autant que faire se peut, les résultats des soins prodigués.

La dénomination « comportementale et cognitive » vient du fait qu'il s'est avéré nécessaire d'associer deux démarches initialement différentes mais dont la complémentarité s'est progressivement avérée incontournable. L'approche comportementale ne s'occupait que de l'action sans prendre en compte les mécanismes de pensées sous-jacents (behaviorisme¹⁵). L'approche cognitive, elle, s'occupait des mécanismes de pensées mis en œuvre. L'une s'occupe donc du **flux d'actions** et l'autre du **flux de pensées**. Leur association a permis de proposer un soin plus performant.

4.1. Comportementalisme: Flux d'actions

Quand une personne agit ou réagit d'une façon insatisfaisante, avec pulsions, inhibitions, phobies, anxiétés, rituels... elle souhaitera améliorer son flux d'actions et de réactions pour qu'il soit correctement adapté à la réalité extérieure et la libère de ces encombrantes souffrances.

La **thérapie comportementale** pure s'occupe de ces troubles, sans tenir compte de ce qui se passe dans l'esprit (cognitions). L'esprit y est considéré comme une « boîte noire » dont on ne s'occupe pas. Les écoulements de libido, de vie, ou même de pensées, ne sont pas le propos des thérapies comportementales et les rapports du présent avec ce qui a pu se passer antérieurement dans la vie du patient, n'y sont ni explorés ni pris en compte. La perturbation de son flux d'actions et de réactions y sera considérée uniquement du point de vue de la désensibilisation (déprogrammation) et de l'apprentissage (programmation). Nous trouvons ici ce qu'on appelle le **behaviorisme pur**, inspiré des travaux de Pavlov sur le conditionnement.

¹⁵ Le behaviorisme (en anglais behaviour signifie "comportement") nous vient de John Broadus WATSON, psychologue américain, qui s'est largement inspiré des travaux de Pavlov sur le conditionnement et l'apprentissage.

Afin de réaliser une désensibilisation, un protocole progressif est établi avec le patient en tenant compte de ses possibilités. La relaxation peut faire partie de cette approche afin de mieux gérer les réactions de son propre corps. Pourront s'y ajouter des techniques d'affirmation de soi. La visualisation également, permettra de réaliser une approche imaginaire des sources anxiogènes du monde réel (petite infraction à l'ignorance de la « boîte noire »). Puis une immersion *in vivo* (dans la réalité) est réalisée, pour accomplir dans le monde réel ce qui été approché dans l'imaginaire.

Qu'il s'agisse de l'imaginaire ou de l'approche *in vivo*, une échelle progressive est respectée, en accord avec le patient, afin d'accéder sans brutalité à la situation la plus forte, jusqu'à une désensibilisation significative qui est mesurée.

4.2. Cognitivisme: Flux de Pensées

Les actions, les réactions et les pensées du patient sont ici considérées du point de vue de ce qui se déroule dans l'esprit. Ici la « boîte noire » n'est plus ignorée. Il s'agit d'y étudier et d'y décoder les processus mentaux (processus cognitifs) par lesquels le patient arrive à ses conclusions... qui le poussent malgré lui vers ce qu'il ne souhaite pas.

La thérapie cognitive a pour projet de mettre en évidence des processus de pensées erronés qu'il va falloir désapprendre au profit de pensées adaptées qui les remplaceront. Les comportements mentaux (comportements internes) y seront décrit avec la même rigueur que les comportements externes l'étaient dans la thérapie comportementaliste. Il est à noter que la thérapie cognitive piste la pensée erronée pour accomplir une déprogrammation au profit d'une programmation plus performante.

Dans le paragraphe suivant, « sources et mémoires », nous aborderons comment la thérapie cognitive chemine à travers les nœuds émotionnels afin d'apporter les correctifs cognitifs (correctifs du flux de pensées). Nous pourrons y reconnaître quelques éléments qui font l'efficacité de la maïeusthésie.

4.3. Sources et mémoires

Pour les sources et les écoulements des flux de pensées, les cognitivistes distinguent deux mémoires : la **mémoire à court terme (MCT)** et la **mémoire à long terme (MLT)**

4.3.1. La mémoire à court terme (MCT)

Cette mémoire se nomme aussi **mémoire de travail (MDT)**. Elle est comparable à la *ram* d'un ordinateur et permet les opérations immédiates. Elle stocke l'information actuelle pour un temps limité, juste le temps de déduire le processus cognitif adapté (ce peut être de l'ordre du 1/100^e de seconde à quelques secondes) le contenu de cette mémoire est fluctuant, perpétuellement en mouvement. Nous y trouverons un flux de pensées ininterrompu.

Les sujets anxieux ont généralement cette mémoire saturée par un excès d'informations. Toujours aux aguets, ils mettent en œuvre des processus cognitifs de *pré*

attention très coûteux en énergie. Ces processus automatiques, inconscients et involontaires d'hyper vigilance, occupent une partie de la MDT.

Ces informations éphémères se relient à la mémoire à long terme (MLT) pour élaborer des processus cognitifs permettant de s'ajuster à la situation présente de façon optimum. En même temps elles enrichissent la MLT de nouvelles données qui, elles, seront durables.

4.3.2. La mémoire à long terme (MLT)

Cette mémoire est, plus profonde que la MCT. L'information y est stockée durablement. Nous y trouverons la trace des anciens conflits. C'est certainement là que se situent les blocages du flux de libido et les coupures des flux de vie. **Les informations s'organisent en réseaux d'éléments analogues, généralement reliés par des nœuds émotionnels.**

Ces liens par analogies (et par différences) entre zones de mémoire, font penser à la théorie des ensembles. « La théorie des ensembles est le fleuron des mathématiques » me dit un jour un enseignant universitaire en cette matière. Si cet aspect des mathématiques a rarement eu de succès auprès des lycéens (et même de certains enseignants), c'est peut être qu'il reflète les mécanismes de la pensée inconsciente. **Jean Charron, physicien relativiste**, en a même produit un ouvrage uniquement mathématique où il décrit « l'être et le verbe » par la théorie des ensembles¹⁶. **La pensée consciente** fonctionne surtout par **analyse** (décorticage) alors que **la pensée inconsciente** fonctionne plutôt de façon **analogique** (associations). Elle est capable de repérer les analogies entre des choses très différentes. Ce sera d'ailleurs le mode d'action des déplacements, du transfert ou du contre transfert. Une simple analogie peut réveiller une mémoire enfouie.

Aaron Timothy BECK nous parlait de schémas latents et de schémas actifs¹⁷. Un schéma latent, enfoui dans la MLT peut être réactivé par une circonstance. A partir du moment où le schéma (s'il est nuisible) est actif, il y a psychopathologie. Nous retrouvons là, sous un autre angle, l'idée des déplacements et transferts.

La **structure** (architecture) et le **fonctionnement** (process¹⁸) y sont indissociables en ce sens où l'un engendre l'autre et réciproquement. La boucle de rétroaction y est continue. La structure permet un fonctionnement qui amène une expérience la modifiant. Cette modification de la structure change l'action suivante...etc. Cette structure est en réorganisation permanente afin d'optimiser le bien être de l'individu.

¹⁶ L'être et le verbe – Jean Charon – Albin Michel

¹⁷ Aaron Timothy BECK un des fondateurs du cognitiviste. "Manuel de Thérapie comportementale et cognitive" Dunod - Propos rapporté par Mark Hautekeete Psychologue, Université Charles de Gaulle - Lille
Aaron Timothy BECK estime que nous sommes en situation d'équilibre quand notre esprit contient 1/3 de pensées négatives (protectrices) pour 2/3 de pensées positives (ressources)

¹⁸ Processus ou action. En grammaire, le mot process est synonyme de verbe. Le sujet est l'*agent* (qui produit l'action), le verbe est le *process* (l'action) et le complément est le *patient* (celui qui subit l'action) - "Grammaire du Français" - Robert Léon Wagner Jacqueline Pinchon - HACHETTE p 237

4.4. Les nœuds émotionnels

La théorie de **John R. ANDERSON** et **Gordon H. Bower**¹⁹ proposait l'idée selon laquelle le contenu de la MLT serait en lien étroit avec les émotions. Les nœuds émotionnels y regroupent des familles d'évènements. Le **modèle de Bower (HAM)**²⁰ propose l'idée d'un réseau mnémonique, comme une toile qu'on pourrait comparer au net. On y trouve un ensemble d'espaces, unis par des relations passant par des nœuds émotionnels. L'accès à un nœud y ouvre la porte vers un autre. Toute nouvelle information est susceptible de créer de nouveaux liens. Les espaces mnémoniques sont ainsi réunis entre eux par un tel réseau. Il est à noter que si l'on parle de réseau, le chemin d'un point à un autre n'est pas forcément linéaire. Il peut passer par différents itinéraires.

Un ensemble d'évènements similaires peut constituer une sorte "d'information type" susceptible d'être renforcée à chaque nouvelle occurrence analogue rencontrée. Il en résulte des schémas de comportements, dont certains peuvent nuire s'ils sont reliés à des émotions douloureuses, ainsi réactivées. Les comportements qui en découlent ne sont alors pas adaptés à la réalité du présent.

Nous retrouvons ici la théorie des ensembles dans laquelle des ensembles peuvent comporter des éléments analogues (nous avons là l'opération d'intersection) ou des éléments différents (nous avons là l'opération d'exclusion). Les éléments analogues les plus « performants » seront les analogies émotionnelles. Mais un élément non émotionnel peut aussi comporter des zones d'analogies suffisantes pour provoquer une réactivation.

4.4.1. Le questionnement maïeusthésique

Un des outils utilisés par les cognitivistes est la **découverte guidée**. Cet outil est pour eux un puissant moyen d'accès aux mécanismes cognitifs du sujet et aux événements qui les ont engendrés. Les cognitivistes le disent plus subtil que le **questionnement socratique** (maïeutique²¹). Le projet, avec beaucoup de délicatesse, y est de cheminer de nœuds émotionnels en nœuds émotionnels, pour faire émerger les mécanismes de cognition erronés. Il s'agit ensuite de les corriger avec un protocole thérapeutique adapté. Le **guidage non directif maïeusthésique**, permet aussi de cheminer entre ces nœuds émotionnels et d'aboutir à un processus de pensée nouveau (cognition mieux adaptée) en pistant la raison des ressentis.

Nous remarquerons que les projets cognitivistes et maïeusthésiques sont très différents. Le premier tente de pister l'erreur pour la corriger, alors que le second tente de pister la raison pertinente de la réaction, pour la réhabiliter. Pourtant, les deux ne sont

¹⁹ JR ANDERSON, psychologue américain. G.H. BOWER Médecin américain ayant tous deux travaillé sur la Mémoire à long terme

²⁰ Human Associative Memory

²¹ Maïeutique: Démarche initiée par Socrate. Par des questions pertinentes, Socrate permettait à l'esprit d'accoucher des pensées qu'il contient sans le savoir.

certainement pas incompatibles. Les deux moyens peuvent conduire à la même zone émotionnelle, et modifier les processus cognitifs.

Nous pouvons regarder cette situation sous deux angles différents : d'un côté le processus cognitif qui découle de cette zone de mémoire est inadapté au présent (cognition erronée), mais de l'autre les réactions inadaptées dans le présent sont aussi un moyen de retrouver la part du Soi clivée (part mise à distance, mise en rupture) par la pulsion de survie. Avec le cognitivisme, il y a mise en évidence de la cognition erronée par rapport au présent. Avec la maïeusthésie, il y a mise en évidence de la pertinence de la réaction présente conduisant à la zone du Soi à réhabiliter. Dans les deux cas il y aura mise en œuvre d'un nouveau processus cognitif. Mais dans le deuxième, nous trouvons, en plus, une amélioration de l'individuation par réappropriation du Soi.

4.5. Moyens thérapeutiques

Les techniques comportementales et cognitives, commencent toujours par un minutieux examen de la situation présente et du changement attendu. Les moyens thérapeutiques à mettre en œuvre sont alors établis. Après la thérapie, il y a mesure des résultats obtenus. Cette première étape fait déjà partie de la thérapie.

4.5.1. Thérapies comportementales

- **Par l'action:**

La thérapie comportementale ne s'occupe pas de ce qui se passe dans l'esprit. Elle ne s'occupe que des situations actuelles et des comportements. Nous y trouverons souvent une **procédure de désensibilisation systématique**. Le principe y est d'être progressivement confronté à ce qui provoque la réaction. Par exemple un sujet phobique de l'eau sera confronté progressivement à des situations croissantes l'exposant à ce qui réactive sa phobie. Le rythme de la progression est négocié à l'avance avec le sujet. Le nombre de séances peut varier de 15 à 20²³.

- **Par l'imagerie mentale:**

Le principe comportementaliste, qui ne veut pas s'occuper de la « boîte noire », ne va pas jusqu'à ne pas utiliser l'imagerie mentale. Un des outils de désensibilisation est justement l'imagerie mentale, en première approche. La thérapie peut par exemple commencer par **une exposition imaginaire progressive** sur 10 séances, puis continuer par une exposition in vivo, elle aussi progressive, sur 8 autres séances. Selon des critères précis il y aura mesure de l'état initial et mesure de l'état final²⁴.

- **Analogies maïeusthésiques:**

²³ "Manuel de thérapie comportementale et cognitive" Samuel Lajeunesse - éd DUNOD - 2004

²⁴ ibid

Nous remarquons que cette situation d'imagerie ressemble partiellement au **psychodrame mental**²⁵ **utilisé en maïeusthésie**. Il y ressemble en ce sens qu'il s'agit de produire une action mentale. La différence est que l'imagerie mentale comportementaliste concerne un imaginaire présent ou futur, alors que l'imagerie mentale maïeusthésique concerne la zone du nœud émotionnel moins lié aux circonstances (événementiel), mais plus en rapport avec l'individu qui a vécu la circonstance (le sujet lui-même, à un autre moment de sa vie). Comme en comportementalisme, la maïeusthésie procède un peu à une sorte de désensibilisation (une approche progressive où toutes les « résistances » sont respectées), mais dans laquelle la part du Soi correspondante est réhabilitée. La part du Soi y est la cible, alors que le comportement (apparemment erroné) y est le moyen de la localiser.

4.5.2. Thérapies cognitives

- **La triade cognitive de Aaron Timothy BECK**

Beck délimite trois « espaces » pour aborder les mécanismes de cognition du sujet. Sa « triade cognitive » est :

Les pensées qui concernent le sujet lui-même

Les pensées qui concernent le monde environnant

Les pensées qui concernent le futur,

Selon les pathologies, un de ces trois « espaces » est privilégié par le sujet. Par exemple, l'anxieux est sur le danger (futur) alors que le déprimé est sur la dépréciation de soi (lui-même). Dans tous les cas, l'attitude du cognitiviste sera chaleureuse et « empathique ». Il mettra la priorité sur l'autonomie du patient. Nous remarquons que le passé n'est pas évoqué par A.T. BECK.²⁶

- **D'abord l'identification cognitive**

L'utilisation de la découverte guidée, pour accéder aux zones de cognition posant problème, est sans doute un des éléments d'investigation de la thérapie cognitive qui est le plus proche des moyens d'investigation maïeusthésique (guidage non directif, développé dans la prochaine section). La thérapie commencera par l'identification des mécanismes de pensées. Une autre technique utilisée, sera la technique dite de la *flèche descendante*. Celle-ci permet d'examiner un enchaînement de cognitions involontaires : comment à partir d'un fait anodin, une succession de pensées se succèdent, d'aggravation en aggravation (dramatisation). Par exemple « il est en retard »...« il a du se perdre »...« il a sûrement du avoir un accident »...« il s'est peut-être fait agresser »...

- **Puis la modification du processus cognitif**

Pour modifier ces pensées automatiques, l'examen rationnel de la situation, de l'émotion ressentie, de la pensée automatique négative (il s'est peut être fait agressé),

²⁵ Paragraphe Deux zones du Soi, pulsions en conflits chapitre rééquilibrage existentiel dans la section précédente

²⁶ "Manuel de thérapie comportementale et cognitive" Samuel Lajeunesse - éd DUNOD - 2004

puis de la pensée alternative (un ami a du le retenir au téléphone) permet de faire émerger un nouveau processus de cognition¹. Une telle thérapie se réalise sur une vingtaine de séances.

- **Le changement de mécanisme cognitif en maïeusthésie**

L'identification émotionnelle et les pensées qui surviennent n'y seront pas utilisées de la même façon. Elles y seront considérées comme un chemin vers la part du Soi qui attend une réhabilitation. Quant à l'erreur de cognition trouvée par la thérapie maïeusthésique (si l'on choisit d'en parler comme ça), elle portera plus sur le mécanisme appris culturellement, qui consiste à mettre plutôt son attention sur les faits et les choses que sur les êtres qui les ont vécues. En opérant un recentrage d'attention vers les "êtres" plutôt que sur l'événementiel, les nœuds émotionnels contenus dans la mémoire à long terme se dénouent le plus souvent spontanément.

Il ne s'agit donc pas non plus en maïeusthésie de visiter le passé en tant qu'événement, mais de réhabiliter celui qu'on était et qui n'a jamais cessé d'être en nous depuis cette époque. En fait il s'agit plus d'une "rencontre avec le Soi" dans le présent que d'une visite du passé, même si le vécu de cette part du Soi s'est réalisé dans une époque lointaine. Cette part du Soi est présente et c'est cette présence qui est rencontrée dans son émotion toujours intacte et jamais reconnue jusqu'à ce moment actuel de reconnaissance et de réhabilitation.

4.6. Mesures et classements scientifiques, mais...

4.6.1. Précision des mesures, et flou des outils

Des questionnaires d'évaluation ou d'auto évaluation, mis au point par des spécialistes permettent de mesurer les résultats des thérapies comportementales et cognitives. Des mesures précises... mais... « 106 études sur le traitement de l'agoraphobie ont recensé 98 instruments de mesure différents pour évaluer les résultats des thérapies comportementales et cognitives. **L'importance du changement mesuré chez le patient varie dans un rapport de 1 à 6 selon l'outil utilisé²⁷.** » Donc quand un résultat d'amélioration de 60% est annoncé, ce peut aussi bien être 10% en changeant de matériel de mesure. Une incertitude bien gênante !

La cotation utilisée pour apprécier l'amélioration de l'état du patient est la suivante : une amélioration de 30% est considérée comme un échec, de 31 à 70% le patient est considérée comme étant amélioré, au delà, ils est considéré comme très amélioré. **Résultats, selon ces critères:** 18 études menées sur 20 ans rapportent que, les échecs concernent 10% des patients, les améliorations 39% et ceux qui sont très améliorés 51%²⁸

²⁷ Chiffres donnés par Christine Mirabel-Sarron et Rolland Dardennes au chapitre 4 de « Manuel de thérapie comportementale et cognitive » chez Dunod).

²⁸ Chiffres rapportés par Luis Vera chapitre 7 - 6 de « Manuel de thérapie comportementale et cognitive » chez Dunod

Mais nous venons de voir plus haut que le choix de l'outil de mesure peut modifier ces résultats de façon importante. La mesure des résultats est sans nul doute un outil inestimable dans le domaine de la psychothérapie. Même si les outils actuels n'ont pas toujours les précisions attendues, ils ont le mérite d'exister et seront sans doute sujet à évolution. Ces outils de mesure semblent cependant, pour l'instant, incapables de prendre en compte certaines évolutions émotionnelles, affectives, relationnelles... faisant suite à une action thérapeutique. La vraie question est : "qu'est-ce qu'on mesure vraiment?" Le fait que la mesure soit scientifiquement reproductible n'est pas un critère de pertinence suffisant.

4.6.2. Le DSM

Dans le but de mieux mesurer et classer les psychopathologies, cette nosographie²⁹ ambitionne de rendre l'approche plus rigoureuse, indiscutable et statistiquement éprouvée. Le projet est de fiabiliser les diagnostics psychiatriques. Restant, au départ (1952), d'inspiration psychodynamique, le DSM-1 tente une première version. C'est à partir de la troisième version (DSM III en 1974) qu'on assiste à un tournant majeur : indépendamment des sources étiologiques³⁰ et des théories, la liste des syndromes devient surtout destinée à un usage psychiatrique qu'elle prétend organiser et ordonner. La volonté de rendre plus scientifique l'approche du psychisme, conduit ainsi à définir plusieurs axes (cliniques I ; troubles de la personnalité II ; affection physiques III ; difficultés d'environnement IV ; fonctionnement global V). Cette organisation nosographique des attitudes et comportements, s'éloigne ainsi volontairement des anciennes théories de la psyché. Le DSM III est révisé en 1983 pour donner le DSM-III-R puis devient le DSM-IV en 1994. A chaque version, des diagnostics sont modifiés, d'autres disparaissent (comme par exemple l'homosexualité, considérée initialement comme une pathologie dans les premières versions).

Certains n'apprécieront pas cette apparente avancée. Ils y dénonceront même une *idéologie de la rationalité* cherchant un peu à faire oublier Freud³¹. Il semblerait aussi que ce *listage* conduise à diagnostiquer certaines attitudes ordinaires comme étant pathologiques, et produisent ainsi des dérives ou des abus, diagnostiquant des pathologies là où il n'y en a pas.

En attendant, il semble qu'une approche aussi « carrée » d'éléments aussi « rangée » ne puisse en aucun cas se substituer aux bases de la psychodynamique, pour permettre à une personne de donner du sens à ce qu'elle vit, que ce soit dans la normalité ou dans la pathologie (ceci est naturellement aussi très éloigné de psychologie existentielle). Rien, pour l'instant, ne semble pouvoir remplacer la qualité de la présence du praticien avec son discernement et son [« empathie »](#). Contrairement au DSM qui prône de plus en plus les sources physiologiques voire héréditaires, [Jean-Pierre Chartier](#)³, estime qu'il

²⁹ Nosographie: classement des maladies. Emil KRAEPLIN né la même année que FREUD a déjà réalisé une nosographie des psychopathologie si détaillée et hiérarchisée que Jean-Pierre CHARTIER, s'amuse à le nommer le plus grand "botaniste" des fleurs du mal. ("Guérir après Freud" DUNOD- 2003 - p 27)

³⁰ Etiologie: étude des causes d'une maladie

³¹ Remarques sur le DSM: Jean-Pierre CHARTIER - Docteur d'état en Psychologie Clinique, psychanalyste, vice président de la fédération française des psychologues et de la psychologie (même ouvrage p 35).

est plus raisonnable de penser que l'effet n'est jamais fixé une fois pour toute (même chez le psychotique). Là aussi, le progrès des recherches fera sans doute son chemin. (Vous pouvez lire, au sujet de ces inconvénients nosographiques, la publication d'avril 2008: "[Psychopathologie](#)").

4.7. Humanisme et cognitivisme

4.7.1. TCC et analytique

Les thérapies cognitivo comportementales sont quelques fois mal considérées par les psychanalystes ou par ceux dont la tendance est une approche de type analytique. Il est vrai que, peut être par effet de mode, les TCC ont pris une place parfois excessive et excluant, à tort, les principes analytiques.

Vous aurez cependant remarqué en lisant ce document que les approches ne s'excluent pas les unes les autres (nous y reviendrons plus loin) mais sont complémentaires.

Si quelques praticiens cognitivo comportementaux semblent avoir pris de la distance avec un certain humanisme thérapeutique (et avec les autres approches), c'est sans doute que quelques principes leur ont échappés (comme ceux de la découverte guidée), mais aussi et surtout qu'ils ont oublié les remarques du cognitiviste Jérôme Bruner qui a aussi développé la "psychologie culturelle".

4.7.2. Jérôme Bruner

Il n'hésite pas à dénoncer «En dépit de l'habitude bien installée de mener des "petites études bien nettes" et de ce que Gordon Allport a appelé la "**méthodolâtrie**", les grandes questions psychologiques sont encore une fois soulevées : questions concernant la nature de l'esprit et de ses processus; questions sur la manière dont nous construisons nos significations et nos réalités; questions sur la façon dont l'esprit prend forme au travers de l'histoire et de la culture»¹.

Il est vrai que Jérôme Bruner, cognitiviste, a développé la psychologie culturelle, dans laquelle **il estime qu'on devrait d'avantage faire cas de la psychologie populaire** de tout un chacun, trop souvent regardée avec dédain par les "savants". Il considère que cette psychologie populaire a pourtant bien l'air de décrire ce qui se passe vraiment. Il s'insurge même en disant qu'en rejetant la psychologie populaire **on «...en est venu à jeter par dessus bord le phénomène même que la psychologie doit expliquer»**¹.

Il dénonce aussi les langages obscures et inaccessibles au plus grand nombre: «Nous vivons publiquement en utilisant des significations qui appartiennent au domaine public, et selon des procédures de négociations et d'interprétations partagées par notre entourage. L'interprétation, aussi opaque qu'elle puisse devenir, doit demeurer accessible publiquement, faute de quoi la culture sombre dans le désordre, et avec elle chacun de ses membres»³².

³² "Car la culture donne forme à l'esprit" - Jerome Bruner - éditions Georg Eshel 1991

Par rapport à la **tendance excessive à la psychométrie** (mesure des états et des aptitudes psychiques) il nous interpelle: «que veut exactement dire "performance intellectuelle"? Y a-t-il une performance ou des performances? La définition ne serait-elle pas subtilement marquée par ce qu'une culture choisit d'honorer, de récompenser et de cultiver?»¹³³. A un autre chapitre de son ouvrage il ajoute «Les outils qui sont utilisés par les sciences humaines pour aboutir au concept de *self*³⁴ sont, en général, les instruments traditionnels de recherche conçus par les sciences formelles pour localiser et mesurer des objets ou des choses». J'ajouterai que cela ressemble un peu à un physicien tentant de voir l'atome avec un microscope optique!

Jérôme Bruner nous rappelle donc des principes de bon sens que certaines envolées théoriques nous font parfois oublier. Ce discours venant d'un cognitiviste, nous montre quelle humanité il peut y avoir dans son approche.

5. Mécanismes psychocorporels

5.1. Les mémoires du corps

5.1.1. Stockage dans le « mémorial corporel »

Rien ne dit si cette mémoire à long terme (MLT) est seulement neuronale ou également corporelle (à travers les somatisations). Il est certain que le corps en porte les traces. Le mot « mental » vient de la racine latine *men/mon* (idée de penser). Le verbe *monere* (faire penser, avertir), qui indique bien **l'idée de « mémoire », a donné « monument »**. D'ailleurs certains monuments sont même parfois appelés « mémorial ». Il est évident qu'il ne s'agit pas là de neurones, mais de « ce qui rappelle ». En quoi un monument serait une mémoire et une somatisation ne le serait pas ? C'est une façon comme une autre de stocker l'information. Il semble donc évident que le neurone ne soit pas la seule possibilité de stockage de l'information et que nous ayons aussi une sorte de **« mémorial corporel »**. Les thérapies psychocorporelles s'occupent particulièrement de cet aspect.

5.1.2. L'accès par le corps

Les thérapies psychocorporelles s'occupent particulièrement des accès à la mémoire par le corps. Il y s'agit probablement d'un des aspects de la mémoire à long terme (MLT) citée plus haut. **Dans cette mémoire profonde, se trouvent aussi bien le « noyau du vivant »** (personnalité primaire ou « première », qui est la personne elle-même, l'être là,

³³ ibid

³⁴ Le self désigne le moi, mais est parfois abusivement utilisé pour désigner le Soi. En anglais Soi se dit "oneself" et moi se dit "self". En allemand moi se dit ich, Soi se dit Sich. Ce qu'on appelle "le ça" en allemand est "es". Mais un traducteur a déjà transposé "das Ich und das Es" par "le moi et le Soi" (propos tiré de "le ça, le soi et le surmoi" chez TCHOU p 26 où il est d'ailleurs écrit "der Ich und das Es"). Nous remarquerons à quel point ces mots sont embrouillés même chez les spécialistes! Le médecin allemand Groddeck a parlé du ça avant Freud. Considéré comme psychanalyste par Freud, Groddeck, précurseur, avait une vision plus souple, plus simple du "ça" (das Es).

le *Dasein*), que la personnalité secondaire (*persona* de Jung) développée au cours de la vie en fonction des difficultés, afin de faire face à l'environnement³⁵.

Cette *persona* « personnalité secondaire », est en fait l'ensemble des stratégies développées par une personne, pour faire face aux expériences de la vie. Elle se cristallise en une sorte d'**armure tissulaire**.

5.1.3. L'incrustation musculaire des névroses

Wilhem Reich³⁶, tenant une place de première importance dans le premier mouvement psychanalytique, montre le rapport entre le refoulement psychique décrit par Freud et l'incrustation musculaire des névroses. Un peu plus tard, **Gerda Boysen**, psychologue et physiothérapeute, décrira comment une personne incarne sa névrose au plus profond de son corps, à chaque fois que ses mécanismes naturels d'auto guérison des blessures psychiques ne peut être spontanément opérant.

La mémoire corporelle joue donc ici un rôle majeur dans l'investigation d'un psychothérapeute bio-énergéticien. Les actions thérapeutiques passeront par des actions de mouvements et de respiration afin de libérer ces incrustations.

5.2. Les émotions et la bio-énergie

5.2.1. Circulation du flux émotionnel

Dans le psychocorporel, il est pointé que la circulation du flux émotionnel est en étroite relation avec la circulation des flux organiques. Dans la thérapie *psycho corporelle biodynamique*, le flux considéré est un **flux de bio-énergie** qui est sensé circuler librement pour vitaliser les tissus. En cas de blocage de cette circulation, le corps est affecté jusqu'au plus profond des cellules.

L'influence de cette circulation s'exprime aussi au niveau du péristaltisme intestinal qui est un point central d'accumulation des flux émotionnels bloqués (psycho péristaltisme). C'est sans doute à cela qu'on fait allusion, quand on dit instinctivement d'un ressenti émotionnel que « c'est viscéral » (une forme de psychologie populaire, évoquée plus haut chez Jérôme Bruner, dans le cognitivisme).

5.2.2. Les cycles émotionnels

Les praticiens y parlent de « cycles émotionnels » qui, quand ils sont réalisés complètement ne laissent pas de traces néfastes. Par contre **ils peuvent s'être stoppés en cours d'accomplissement et laisser des cuirasses, des blocages, des « citernes » émotionnelles**. Il y s'agit, comme pour la libido, d'une énergie. On remarquera le lien entre

³⁵ Nous remarquerons que le mot "personnalité" (*persona* : masque) ne convient donc pas pour désigner cette part de l'individu profond, ce "noyau du vivant", mais convient bien pour désigner la personnalité secondaire, qui elle est superficielle.

³⁶ Wilhem REICH: psychiatre psychanalyste autrichien qui élaborait une technique de relaxation musculaire et d'expression émotionnelle bioénergétique. : la végéto thérapie. Son disciple, le Dr Alexander Lowen, psychanalyste psychothérapeute américain, en fit une adaptation sous le nom de « thérapie bio-énergétique »

les mots *émotion* et *mouvement* : *Emouvoir* est construit à partir de *e* puis *mouvoir* et signifie « mettre en mouvement ». C'était le sens strict du mot *émouvoir* jusqu'au XVII^e siècle. *Emotion* a signifié strictement « mouvement » au XVI^e siècle.

5.3. Moyens thérapeutiques

5.3.1. Emergence du noyau du vivant

Pour **terminer ces cycles émotionnels inachevés**, une première approche par le massage peut être envisagée pour ensuite inviter le patient à explorer ses ressentis internes (stimulis de l'intérieur), afin de les laisser s'exprimer. **Il contacte ainsi son « noyau du vivant »** qui faisait pression pour être reconnu (une forme de pulsion de vie comme en maïeusthésie).

5.3.2. Actions visant à la libération de l'énergie

A partir du corps, un accès direct aux nœuds émotionnels est recherché. Peuvent être aussi utilisés des postures, des gestes ou des cris, visant à atteindre cette libération de l'énergie. Certaines approches psycho corporelles provoqueront une régression, c'est-à-dire que le sujet se retrouvera « comme autrefois ». L'explosion émotionnelle qui peut en résulter nécessite alors un accompagnement particulièrement compétent, emprunt de chaleur et de délicatesse. Le **Dr Alexander Lowen** précise comment un patient qui pense avoir déjà pleuré, car il pleure fréquemment dans sa vie, ne sait généralement pas encore pleurer de façon à atteindre le fond de sa tristesse.³⁷

5.4. Mode d'action

5.4.1. A la fois cathartique³⁸ et intégrative

Le but de ces thérapies est l'élimination de ce qui est bloqué. Il s'agit donc d'un principe cathartique. Les praticiens y parlent souvent de « purification biologique ». En ce sens il y a une sorte de **recherche du « mauvais à éliminer »** (comme en thérapie comportementale et cognitive, où l'on piste l'erreur de cognition pour y remédier). **Mais il y a aussi cette quête qui consiste à permettre au « noyau du vivant » de sortir de ses restrictions et de se rouvrir vers la vie.** Dans ce deuxième aspect il s'agit plus de l'émergence d'une *richesse* qui est en nous, il s'agit plus d'une méthode intégrative.

5.4.2. La catharsis (élimination)

³⁷ A. Lowen - La Joie retrouvée (pleurer est signe de force) - éditions Dangles

³⁸ **Catharsis** vient du grec *katharsis* « purification ». Selon Aristote, c'est un effet de « purgation des passions » produit sur les spectateurs d'une représentation dramatique. En psychanalyse, c'est une réaction de libération ou de liquidation d'affects longtemps refoulés dans le subconscient et responsables d'un traumatisme psychique. En psychanalyse, on parlera aussi d'*abréction* : brusque libération émotionnelle ; réaction d'extériorisation par laquelle un sujet se libère d'un refoulement affectif (définitions du petit Robert).

Joseph BREUER (1842-1925) repris le terme de catharsis pour désigner l'effet salutaire du rappel à la conscience d'un événement traumatique refoulé (définition du Dictionnaire usuel de la psychologie -Bordas).

La catharsis comporte l'idée de « purification ». Il est à noter que la plupart des approches thérapeutiques ont une orientation cathartique. C'est-à-dire qu'elle ont pour projet de libérer, purifier, débarrasser de quelque chose d'encombrant ou de néfaste. Quelles que soient les méthodes, il semble que ce soit une constante : débarrasser du *mauvais* pour arriver à du *meilleur*.

Même les TCC (thérapies comportementales et cognitives), qui auraient pu sembler échapper à cela, y sont confrontées : le comportemental veut aider à se débarrasser d'un mauvais comportement et le cognitif d'un mauvais mode de pensée. Naturellement ce nécessaire ajustement des mécanismes de cognition ou d'action ne peut faire l'économie de ce travers cathartique pour aboutir à ses résultats. C'est ce qui amène les praticiens en TCC à être prudent quant aux risques de culpabilisation ou de dévalorisation, si l'histoire du patient est trop évoquée ou fouillée par le thérapeute.

Les approches cathartiques permettent de nombreux recentrages, de précieuses libérations émotionnelles, de fructueuses réexpérimentations (par le transfert). Mais il se peut que la catharsis ne permette pas tout à fait la structuration du Soi. De plus, cette visite des « mauvais éléments à évacuer » peut s'avérer inquiétante pour le sujet et demande au thérapeute une extrême rigueur dans sa délicatesse. Enfin, confronté à ce qu'il y a de plus sombre chez son patient il devra veiller à ne pas se « charger lui-même » du poids de cette déferlante morbide... d'où l'incontournable supervision du praticien pour toute approche cathartique.

5.4.3. Le principe d'intégration (émergence, rencontre et assimilation)

A l'opposé de l'idée cathartique, nous trouvons celle de l'intégration. Il n'y s'agit plus de se défaire de quelque chose de néfaste, mais de retrouver et de réhabiliter une part noble du Soi. Nous remarquerons qu'en maïeusthésie, il ne s'agit pas de faire remonter à la conscience un événement traumatique refoulé (selon la définition de la catharsis de Joseph BREUER) mais de retrouver celui qu'on était lors de cette circonstance. Cela suppose de distinguer clairement la différence entre, d'une part l'événement (circonstanciel), et d'autre part, celui qui le vit (l'individu), .

En situation normale. L'individu intègre celui qu'il est et ce qu'il ressent à chaque instant. Cela se hiérarchise dans sa structure psychique (le Soi) qui accroît sa maturité (champ de conscience) ainsi que la finesse de ses perceptions et ses capacités d'intégrations à venir.

En situation douloureuse. Ce qui n'est pas intégré est réservé dans l'inconscient. Ce qui est réservé dans l'inconscient n'est pas l'événement survenu, mais la part du Soi qui l'a vécu. Il ne s'agit donc plus de retrouver « ce qui est arrivé », mais « celui qui a vécu ce qui est arrivé ». Nous noterons que, même si ce qui est arrivé est horrible, celui qui s'y trouvait ne l'est pas.

Catharsis ou intégration ? Si nous prenons le parti de retrouver ce qui est arrivé nous aboutirons à une nécessité cathartique (car le contenu des événements est néfaste). Si, au contraire, nous prenons le parti de retrouver la part du Soi qui l'a vécu, nous aboutirons à une évidence intégrative.

Jung est un des rares à considérer cet aboutissement du Soi, encore qu'il considère que, pareil à l'alchimiste, il faut savoir « transmuter » le mauvais ou l'ordinaire en « précieux » (comme le plomb en or). Il part donc aussi d'un *mauvais* à améliorer. Même s'il n'en propose plus l'élimination, il en propose quand même la *transmutation* plutôt que la « révélation ».

Avantage des approches intégratives: Le sujet ira plus volontiers vers ce Soi antérieur de valeur à révéler, que vers la morbidité des situations qui furent néfastes. D'autre part le thérapeute ne risquera pas de se charger du poids de la déferlante morbide du sujet en thérapie.

5.4.4. Analogie maïeusthésique

C'est sur le deuxième point (intégration du noyau du vivant), que nous trouverons une analogie avec la maïeusthésie. Le « noyau du vivant » qui tend à émerger fait penser aux parts du Soi en attente (un de ceux qu'on a été ou la part d'un de ceux dont on est issu) qui émergent en thérapie comme une "naissance" de Soi.

6. En conclusion: Complémentarités

6.1. Rappel des quatre approches.

Extrêmement différentes, elles auront en commun d'appartenir à des réflexions poursuivant une même quête : **améliorer la condition de l'être humain en l'aidant dans son fonctionnement psychique**. La plupart des actions obéissent à un principe cathartique d'élimination. Quelques unes mettent en œuvre un principe plutôt intégratif.

6.1.1. Psychanalyse, psychodynamique

Cette amélioration y est réalisée en accordant une place majeure à la **libido** (énergie). Le psychanalyste accompagne l'être humain vers un **écoulement optimisé de celle-ci**. Freud a conduit son approche clinique de façon empirique, mais rigoureuse. Il utilise le transfert comme outil majeur de sa cure analytique. Le psychanalyste n'a pas pour projet de guérir des symptômes (en tout cas pas dans l'urgence). Il a pour but d'accompagner le patient dans l'exploration de l'ensemble de sa vie pour y localiser et y libérer les zones où la libido s'est bloquée ou détournée. Il en découlera la disparition de symptômes, qui étaient liés à ces blocages libidinaux. **Une cure analytique peut durer plusieurs années.**

6.1.2. Maïeusthésie

Cette approche, abondamment décrite dans ce site, accomplit l'amélioration en accompagnant l'antagonisme pertinent, mais trop souvent contrarié, des **pulsions de vie et de survie** à l'œuvre en chacun de nous. Le praticien va y **optimiser un écoulement de vie (existentiel) et non plus un écoulement d'énergie (libidinal)** Il y est clairement fait la

différence entre la vie et l'énergie, entre « être » et « faire ». Une thérapie en maïeusthésie durera de une à cinq séances de deux heures (environ) chacune. **Il s'agit d'une thérapie courte dans laquelle une seule séance peut parfois être envisagée. Quand il y a plusieurs séances, celles-ci sont généralement espacées de quelques semaines ou quelques mois.** Il peut arriver néanmoins que le souhait du sujet soit un cheminement régulier sur sa vie et, dans ce cas, il peut y avoir deux ou trois années de séances (à la demande) à raison d'une séance tous les deux ou trois mois. Dans ce cas nous ne parlerons pas de thérapies longues, mais plutôt d'un accompagnement sur son cheminement de vie, pour réaliser une rencontre plus approfondie avec soi-même. La plupart des demandes concernent surtout une thérapie courte, car c'est sans doute ce qui manque le plus dans le domaine de l'aide psychothérapique: recevoir une aide ponctuelle au moment où l'on en a besoin, sans s'engager pour autant dans un processus long et systématique

6.1.3. Comportemental et cognitif

Ici l'amélioration se réalise en s'occupant des **actions réactions** et des **mécanismes de pensées** de l'être humain. Le thérapeute comportementaliste et cognitif accompagne vers une **optimisation des flux d'actions/réactions et des flux de pensées**. Il tente de **mesurer le degré de morbidité** des états psychopathologiques initiaux ainsi que les **résultats obtenus** après la thérapie. Pour y parvenir il utilise de nombreuses techniques de soins de différents types et n'exclut pas d'y adjoindre d'autres approches (aussi bien d'autres approches de psychothérapie qu'un soutien médicamenteux : le psychothérapeute en TCC adressera si nécessaire son patient aux praticiens ayant ces compétences complémentaires). Une thérapie comportementale et cognitive dure de quelques semaines à un an.

6.1.4. Psycho corporel

L'amélioration vient ici en provoquant l'**émergence de flux émotionnels bloqués**, le plus souvent jamais exprimés (ou insuffisamment exprimés). Elle utilise des procédés dans l'action, associés à l'imaginaire, pour **provoquer une situation favorable à cette émergence et terminer les cycles émotionnels inachevés**. C'est une thérapie qui passe par le corps. Si le patient souffre de rancunes ou de colères rentrées, le thérapeute l'invitera à ressentir ce qui est en lui et à se « lâcher » dans des gestes de colère ou des cris volontaires ou de prendre un positionnement du corps susceptible de faire recontacter une émotion. Il utilisera aussi le massage pour accompagner ces émergences. Le thérapeute se devra particulièrement attentif, délicat et accompagnant, car ces émergences peuvent atteindre de grandes amplitudes pour lesquelles il devra assurer un accompagnement serein.

6.2. Synthèse

6.2.1. Des flux en interactions

Si l'on veut donner un point d'analogie entre les quatre approches, outre le fait qu'elles s'occupent toutes de proposer un mieux être, nous pourrions les considérer toutes les quatre sous l'angle d'un écoulement de flux. La première s'occupe de **l'écoulement de la libido** (énergie), la seconde de **l'écoulement de la vie** (réhabilitation existentielle, individuations), la troisième de **l'écoulement des actions** (processus psycho physiques) **et de la pensée** (processus mentaux), la quatrième de **l'écoulement des émotions** (émergences, décharges).

Encore une fois, je vous invite à ne pas mettre toutes ces approches en concurrence, mais plutôt à en percevoir les nuances complémentaires.

Le côté extrêmement utile des TCC (source de leur efficacité) est de permettre à un patient de découvrir des apprentissages, soit qu'il n'a jamais rencontré auparavant, soit qu'il n'a pas eu l'opportunité de retenir du fait du contexte dans lequel ils sont survenus. Par contre, il ne tient compte ni de l'écoulement de la libido, ni de l'écoulement de vie, ni de la validation de la raison, ni de la décharge émotionnelle.

Une remarque particulièrement judicieuse des praticiens en TCC est de constater que de **fouiller dans le passé pour aboutir à des interprétations, ou à des recherches de causes antérieures, risque d'être culpabilisant**. Cette réticence me semble d'autant plus justifiée que le projet est pour le TCC de pister les erreurs. Cela accroît déjà, en soi, le risque de dévalorisation et doit être géré avec beaucoup de délicatesse par le thérapeute. Dans ce contexte il convient donc de ne pas ajouter à ce risque. J'ai longuement développé cette problématique du risque de culpabilisation dans mon précédent [document de novembre 2004 «Ne pas induire de culpabilisation»](#);

L'approche maïeuthésique ne rencontre pas cette difficulté puisque le projet n'y est pas de corriger une erreur mais d'aller vers une raison. Il n'y s'agit pas d'aller vers des événements douloureux (le circonstanciel), mais juste de retrouver, rencontrer et réhabiliter ceux (les êtres) que nous avons été et qui sont présents en nous (qui constituent notre "tissu psychique"). L'action thérapeutique consiste à leur offrir l'écoute, la reconnaissance et le soin qui leur a manqué, à restaurer leur valeur et leur existence (projet existentiel). C'est un travail sur le ressenti et sur le présent.

En maïeuthésie, les notions d'apprentissage à la réhabilitation et d'approche progressive de zones douloureuses font penser aux moyens comportementalistes de l'apprentissage et de la désensibilisation. En fait la maïeuthésie n'est pas spécifiquement analytique, mais joue aussi sur l'apprentissage, la désensibilisation, le psychodrame (en proposant une action mentale), l'émotionnel et le corps en passant par les somatisations et les ressentis pour localiser etc... Dans tous les cas elle vise à donner un plus d'existence et se rapprocherait assez de la psychologie existentielle (sans toutefois prétendre s'y identifier).

6.2.2. Vers plus de fluidité

Quand la vie s'écoule mieux, l'énergie disponible augmente. Quand l'énergie circule mieux, la vie trouve plus facilement son chemin. Les cognitions mentales sont plus performantes et les actions plus adaptées. Mais les apprentissages inédits renforcent aussi l'énergie et assoient la vie dans une plus grande sécurité. Les émotions s'y expriment plus spontanément et plus librement. Quand des émotions sont restées bloquées, leur rendre leur écoulement facilite également l'écoulement de la vie... celui de l'énergie s'en trouve alors amélioré et les nouvelles expériences d'apprentissages plus souples, plus faciles et plus performantes... etc.

Tous ces écoulements sont en relation et sont interdépendants les uns des autres. C'est pourquoi aucune thérapie ne peut prétendre détenir toutes les clés... mais elles assurent chacune une complémentarité des autres.

Les thérapies de l'esprit sont parfois compatibles avec la science (comme dans les TCC, ou dans la psychométrie utilisée aussi en psychodynamique avec les tests et les statistiques, d'usage très répandus). Mais certaines zones semblent difficilement accessibles à un tel regard scientifique et le risque de tomber dans la "méthodolâtrie dénoncée par Jérôme Bruner reste grand. Par contre, le fait qu'une approche ne puisse être totalement scientifique ne la dispense pas d'être précise et rigoureuse. Il n'en demeure pas moins que croire en des résultats comme représentant ce qu'ils ne représentent pas, tiendrait plus du scientisme ou de la métaphysique que de la science proprement dite.

A l'intersection de la science et de la psychologie la revue Science et Vie 1046 de novembre 2004 consacrait un dossier à **l'influence du psychisme sur le corps** : diminution du besoin d'anesthésiant, force musculaire décuplée, baisse d'hypertension, résultats de chirurgie placebo dans la maladie de parkinson, défenses immunitaires significativement augmentées chez des patients ayant eu un cancer traité et ayant été ensuite psychologiquement accompagnés, contrairement à un groupe témoin n'ayant pas eu ce soutien (publié dans le Journal of Clinical Oncology en 2004 - Résultats d'une étude réalisée par le Professeur de psychologie Barbara Andersen de l'Université de l'Etat de l'Ohio USA)³⁹.

Mais l'association de cette action psy aux traitements médicaux est fondamentale car l'effet y est bien plus important que ce qu'on croyait jusqu'ici. **Ces résultats, qui commencent à être mesurés et objectivés, contribuent à progressivement diminuer les anciennes frontières entre les médecines du corps et celles de l'esprit.** Cela contribue à faire prendre plus au sérieux ce qui a trop longtemps été regardé avec dédain par quelques scientifiques peu rigoureux et victimes de leurs « croyances », victimes de leurs « certitudes » uniquement corporelles. De ce fait, ils s'éloignent, à leur insu, du cartésianisme dont pourtant ils se revendiquent.

La source de progrès est toujours une acceptation du non savoir. Celui qui croit savoir, ferme son esprit et ne peut entrevoir de choses nouvelles. Cela restreint ses possibilités de recherche. Un scientifique considère normalement comme vrai ce qui est dé-

³⁹ Attention, il serait cependant dangereux de vouloir traiter une maladie grave, juste avec une psychothérapie, quelle que soit la psychothérapie.

montré et ne s'autorise pas à se prononcer sur ce qui n'est pas prouvé. **Une chose n'est ni fausse ni vraie tant qu'aucune démonstration de vrai ou de faux n'a été apportée.** Toute affirmation sans preuves, dans un sens comme dans l'autre peut être l'œuvre d'une intuition, d'une hypothèse ou d'une croyance, mais ne peut en aucun cas être un fait scientifique et défendu comme tel. Descartes lui-même avait pour fondement "**je doute donc je suis**" (et non comme on le croit trop souvent "je pense donc je suis")⁴⁰.

Cela permet une **liberté de recherche à la fois humble et rigoureuse** qui, je l'espère, amènera de plus en plus d'efficacité dans l'aide psychologique aux personnes en souffrance.

6.2.3. Du libidinal à l'existentiel

J'ai commencé ce texte inspiré par les deux mots *amour* et *libido*, à la fois tellement prononcés par tant de monde et si souvent mal connus, y compris par ceux là même qui les prononcent.

Une occasion pour préciser, puis pour **étendre la réflexion vers d'autres types de flux et de thérapies**. Une occasion pour réaliser un début de synthèse. Même si mon site est surtout dédié à décrire l'approche maïeusthésique, j'ai été particulièrement heureux de partager avec vous ces quelques pages mettant cette approche en relation avec d'autres méthodes dont chacune est constituée des réflexions et recherches assidues de nombreux praticiens investis pour améliorer la vie psychique des êtres humains.

Naturellement, cette synthèse ne prétend en aucun cas être exhaustive. Bien d'autres approches thérapeutiques pourraient être également considérées, comme la gestalt thérapie, le cri primal, la PNL, l'hypno thérapie, le coaching, la sophrologie...etc.

6.2.4. Remarque sur la psychologie existentielle

A plusieurs reprises, dans ce document, j'ai évoqué la psychologie existentielle comme assez remarquable, car tenant compte de la notion d'individu, "d'être au monde", "d'être là", de "*Dasein*", de "*Dawesen*"⁴¹.

Des philosophes, psychologues ou psychiatres comme Rollo May, Carl Rogers, Karl JASPERS, Ludwig BISWANGER, Martin HEIDEGGER, Eugène MINKOWSKI, Edmund HUSSERL, Herman FEIFEL Abraham MASLOW... cités au début de ce document, sont précurseurs en ce domaine⁴².

Cependant, quelques mouvements métaphysiques, astrologiques ou ésotériques, et même des époques new age, citent aussi des personnes comme Rollo MAY en référence, pour la grande place qu'ils accordent à l'être (nombreuses références sur Internet). Ce serait avoir une fausse idée que d'identifier Rollo MAY ou Carl ROGERS à de

⁴⁰ Lire à ce sujet l'article de Jean Jacques Crèvecoeur, physicien et philosophe, dans le Psychanalyse magazine 24 de novembre décembre, page 49

⁴¹ Pour plus de détails sur la notion de Dasein, visiter site belge Daseinsanalys

⁴² Sur ce sujet, vous trouverez des détails dans l'ouvrage "psychologie existentielle" -éd. Epi -19710. Pour situer cette approche au sein des autres méthodes, lire "Les 14 approche de psychopathologie" de Serban Ionescu -éd Nathan Université- 2004.

telles démarches. Si je cite ces psychologies dans mon site, il doit être clair qu'il n'y a aucune intention métaphysique, mais que c'est vraiment dans le cadre de leur approche de la psychologie et dans la qualité du respect qu'ils y accordent à autrui.

André BOTTEMAN, docteur en psychologie. directeur adjoint membre de l'équipe "Psychologie sociale des Insertions" du laboratoire de psychologie de l'université Victor Ségalen de Bordeaux II, évoque avec beaucoup de sérieux la dimension humaine de psychologues comme Rollo MAY ou Carl ROGERS. Il a publié l'article "[Un testament de Carl Rogers](#)" (conférence de Brian Thorne), que je vous recommande particulièrement. Article dans la revue scientifique "Carriérologie" disponible en ligne.

Même si je ne prétends aucunement me comparer à de tels auteurs universitaires, c'est avec ce même sérieux que je vous invite à considérer les pages de ce document, avec également tout l'esprit critique nécessaire à la liberté et à la progression de chacun.

Thierry TOURNEBISE

Dépression et suicide

Mieux comprendre, mieux aider

Thierry TOURNEBISE

Je

20/06/2006 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF

1. Un mal sous estimé

1.1. Juste avant l'été

Si j'ai choisi de vous parler de ce thème à cette époque de l'année, où l'on préfère d'ordinaire s'occuper de préparer ses vacances, c'est que **malheureusement cette période est aussi la plus chargée en suicides**.

Le printemps qui est source de joie et de vie est aussi statistiquement le moment où le plus de monde met volontairement fin à ses jours. Plus exactement, **le pic dominant est au mois de mai** (le double d'autolyse par rapport à la moyenne de l'année).

1.2. Plus de morts qu'avec la route et le sida réunis

En France, 12.000 personnes mettent fin à leurs jours chaque année (pour 160.000 tentatives). Vous trouverez ces chiffres dans le site du ministère de la santé http://www.sante.gouv.fr/html/info_pro/index_suic.htm

Comme nous le rappelle un article de **Science et Vie du mois de février 2001** (n°1001 page 80) c'est plus que les accidents de la route et le sida réunis : les **accidents de la route 8.000 morts, Sida 2.200 morts**. Sans compter que certains accidents de la route sont des suicides non détectés.

Sur le plan général, le suicide représente 10% des morts prématurées, mais actuellement **chez les 25-34, ans il représente la première cause de mortalité**.

On remarque aussi que **les hommes se suicident plus que les femmes** et **beaucoup plus après 60 ans** pour atteindre des sommets vers 90 ans !

1.3. Grande détresse et santé publique

Il y a une réelle détresse et il ne semble pas qu'on ait trouvé de moyens satisfaisants pour apporter une aide suffisante.

Même s'il y a des âges plus touchés que d'autres, ils sont tous concernés. Il est important de vraiment avoir une qualité d'écoute et d'aide avec ces personnes si blessées que pour elles, mourir est moins douloureux que vivre.

En **1993**, le **Conseil économique et social** se saisit du "suicide" afin "de permettre de sensibiliser les pouvoirs publics et l'opinion à cette souffrance à la vie qui n'offre d'autre issue que la mort." En **1994**, le **Haut comité de santé public** le classe "priorité de santé". En **1996**, à la **conférence nationale de santé**, le suicide est retenu comme l'une des dix priorités nationales de santé publique. En **1998**, **Bernard Kouchner**, secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action sociale annonce un programme national de prévention du suicide sur trois ans. En **septembre 2000**, **Dominique Guillot**, secrétaire d'Etat à la Santé, lance un nouveau programme sur cinq ans.

Vous trouverez plus de détails dans le [site du ministère](#) ou dans l'article de [Science et Vie](#) mentionnés plus haut (sources des données ci-dessus).

2. La dépression et les suicides

2.1. Omniprésente

La dépression est identifiée comme la **cause de la moitié des suicides**. Mais les autres cas attribués à la consommation d'alcool ou de drogue occultent que **cette consommation est elle-même souvent liée à une forme de dépression qu'elle compense**.

D'autre part, comment qualifie-t-on le désespoir de quelqu'un dont on a salit la réputation (harcèlement psychologique) ? Ou de quelqu'un dont on a brisé un espoir (professionnel ou amoureux) ? Quand ce qui faisait tenir s'effondre, une sensation de vide intense se produit. Pour certains, la douleur est telle que mourir est préférable... c'est aussi de la dépression.

2.2. Un mal ordinaire

L'état dépressif existe dans de multiples situations de la vie. Il va **du plus minime au plus dévastateur**.

Nous connaissons tous cette petite déprime que nous sentons quand une action qui nous tient à cœur est achevée, quand un livre qui nous passionne est terminé. Un moment de désappointement où l'on se dit "déjà". Nous pensions être comblé par cet achèvement... et en fait nous ne le sommes pas. Ce n'est pas systématique, mais c'est fréquent. C'est sans doute pour ça qu'on n'arrête pas d'arranger la maison que l'on s'est faite construire... par peur d'avoir fini et de ressentir ce vide. Mais on ne se suicide pas pour ça !

2.3. Une douleur extrême

Quand nous parlons de dépression, nous ne pensons pas aux situations dérisoires mentionnées ci-dessus (qui sont pourtant déjà des états dépressifs, mais de brève durée et de faible intensité). Nous pensons plutôt à **des états infiniment douloureux qui laissent la personne prostrée, sans motivation avec des désirs de ne plus vivre**.

Cet épuisement et cette difficulté à vivre sont caractérisés par le fait que **plus rien n'a d'intérêt**, plus rien ne vaut la peine. On y ressent **une sensation intense et douloureuse de vide** que rien ne comblera jamais. La douleur y est monumentale.

Ces états dépressifs douloureux surgissent lors d'échecs, de remises en causes importantes (croyances, éducation, enfants, couple). Ils peuvent survenir du fait qu'**on ne croit plus qu'on va réussir ce qu'on aurait toujours voulu faire...** mais aussi du fait que **nous avons tout engagé dans quelque chose** (profession, action sociale, réalisations de projets)... **tout a réussi... mais l'état d'accomplissement n'est pas au rendez-vous**. Le constat est alors un sentiment de "tout ça pour rien!". La raison du mal être était seulement dissimulée... elle ne faisait qu'être compensée. En fin de compensation, elle resurgit.

La douleur des remises en cause peut venir du fait que nous avons été élevés dans la **croissance qu'il ne faut pas s'écouter, aller de l'avant, s'occuper des autres et pas trop de soi.**

A force de ne pas s'écouter, d'être battant, de se dépasser et de se consacrer aux autres... **que sommes nous devenus?** Nous avons ainsi confondu **affirmation de soi** et **ego** autant que **négation de soi** et **humilité**. Alors la négation de soi l'a emporté.

Se remettre en cause, c'est **cesser de se nier**, se rencontrer, se comprendre et **se remettre aux commandes de sa vie.**

En réalité **notre culture favorise la négation de soi**. Il a été bien remarqué que l'ego nuit à la vie sociale, mais **on a confondu à tort "s'aimer" et "avoir de l'ego"**. Il est indispensable de préciser que celui qui a de l'ego ne s'aime pas, il ne fait que contempler une image idéalisée de lui-même pour ne pas se voir, car il a peur de se voir.

Cette négation de soi par les autres et par soi-même engendre une douleur sans cesse **compensée par de multiples occupations ou projets... quand ces occupations ou projets ne marchent pas... le vide de soi réapparaît cruellement!** Vient alors la déprime (dé-primer, c'est ne plus pouvoir mettre en premier ce qui était en premier).

3. Qu'est-ce que la dépression ?

3.1. D'abord un phénomène naturel

C'est un rééquilibrage entre la pulsion de vie et la pulsion de survie

Dans la **pulsion de survie**, l'énergie nous permet d'agir. Quand elle est présente, cette capacité à agir nous amène à ne pas nous poser trop de questions existentielles et à aller de l'avant. D'un côté c'est un avantage car cela permet d'aboutir à plus d'expérience de vie et de maturité, malgré nos blessures antérieures. Dans le même temps cela est un inconvénient car cela nous conduit à oublier les parts blessées de nous-mêmes qui ainsi vont nous manquer pour nous construire.

Alors une **pulsion de vie** nous anime dans le sens contraire, nous invitant à nous arrêter pour réhabiliter les parts délaissées de notre vie... car il n'y a plénitude que si nous sommes entier. **L'énergie c'est "faire", la vie c'est "être"...** et **chaque part manquante de nous-mêmes, nous empêche d'être tout à fait.**

3.2. Un arrêt de l'antagonisme entre la vie et l'énergie

La dépression, c'est la diminution de l'énergie, de l'intérêt et de la motivation. Cette diminution peut être légère et passagère ou tenace, parfois importante et douloureuse. La douleur peut être telle qu'elle peut même conduire au suicide. C'est donc à prendre très au sérieux (même si, fort heureusement, tous les déprimés ne se suicident pas).

Pourtant, **malgré cette apparence plutôt défavorable, c'est à cette occasion que les questions arrivent... et parfois aussi les réponses.** L'arrêt dans le "faire" **conduit à une sensibilité permettant de mieux aborder les parts de soi restées en attente dans un**

coin de notre vie. L'énergie manquant pour les maintenir à distance, celles-ci refont surface, nous demandant de les inviter à faire partie de nous. Tout ceci afin de trouver un plus d' "être".

Conscience et inconscience : ce qui paraît un effondrement est en fait un arrêt de l'illusion pour passer de **l'intérêt (pour les choses)** à **l'attention (pour les gens)**. **Ce qui a l'air d'un effondrement de l'individu n'est qu'un effondrement de l'ego** afin de permettre plus de conscience de soi et d'autrui. Une sorte de "bas les masques" qui est un premier niveau de conscience suivant les niveaux précédents où l'énergie ne faisait que maintenir une sorte d'inconscience.

Naturellement **cet aspect positif de la déprime ne doit en aucun cas en occulter la dimension parfois très douloureuse ou dramatique** nécessitant souvent un accompagnement.

Même si la dépression est une sorte d'indication qu'il se fait une sorte de travail d'accouchement de soi, de réhabilitation, de venue au monde de parts rejetées de notre vie... il peut falloir une aide à l'accouchement pour que celui-ci se fasse plus rapidement, avec plus de sécurité et moins de douleurs.

S'il vous paraît curieux de **considérer la déprime comme une naissance**, je vous invite à lire l'ouvrage [L'art d'être communicant](#) de la page 161 à 230 (et en particulier page 197)

La vigilance est de rigueur car cet accouchement de soi est une **période de fragilité où il vaut mieux ne pas être exposé à des manipulateurs**. Certains esprits malveillants peuvent profiter de cette fragilité pour vanter et vendre un mieux être illusoire, une pseudo thérapie ou une idéologie sectaire.

4. Facteurs d'aggravation

4.1. La non-communication

Si cet "accouchement de soi" est naturel, s'il est en général fait pour se passer tout seul, il est toutefois souhaitable qu'il ne soit, au moins, pas entravé par des situations trop défavorables.

La non-communication est l'un des facteurs aggravants les plus importants et les plus répandus. Le déprimé est particulièrement incompris. **Même ceux qui lui sont le plus dévoués mettront malheureusement un soin tout particulier à nier son état "pour lui remonter le moral"**. Ils lui asséneront des propos **"réconfortants"** du genre "Il faut que tu t'intéresses à quelque chose, fais un peu de sport, va te distraire, ne reste pas comme ça, il y a des gens qui t'apprécient..."

Tous ces propos, quoi que préférables à des remarques désobligeantes, ne font que renforcer **la conviction du déprimé: personne ne le comprend**. Alors il écoute ces longs discours "revitalisants" sans les entendre et décourage son interlocuteur en étant aussi mal après qu'avant. Mais c'est normal, car pour le remonter, tout le monde tente de l'éloigner de ce qu'il ressent alors que **son projet inconscient est de mieux ressentir ce qui se passe en lui !**

Le phénomène de la déprime, c'est quand **l'intérêt disparaît pour que l'attention apparaisse**.

Une conduite plus communicante et plus salutaire consisterait à **lui permettre d'exprimer ce qu'il ressent avec nuances**, et de le **valider** sur les **cing points** de feedback (réception, compréhension, accueil, gratitude, cohérence). Ensuite de **le guider pour exprimer ses vrais points de douleur** avec un guidage non directif (voir le dossier psychothérapie à **guidage non directif** sur ce site)

Ne pas communiquer peut favoriser un passage à l'acte suicidaire. Quand j'évoque ici "ne pas communiquer", je distinguerai avec soin "d'être communiquant" ou "d'être relationnel". Pour plus de détails sur cette nuance allez dans le dossier "**communication**" de ce site.

4.2. Situation présente insupportable

Échecs, rumeurs dévastatrices, destruction d'une réputation, harcèlement psychologique, deuils. De nombreuses situations de ce type peuvent soit être la cause d'un état dépressif, soit l'aggraver.

Elles se situent dans le présent et la situation est douloureuse à cause de la fragilité du déprimé. Ces situations **ajoutent à la sensation de manque**, à l'**absence de compensations** et à la **fragilité intérieure due aux parts de soi manquantes**.

Ces facteurs peuvent ajouter tant de douleur qu'ils conduisent certains au suicide.

4.3. Mal de vivre "sans raison"

Pulsions, phobies, angoisses, inhibitions. Du plus anodin mal-être au plus désastreuses angoisses, des ressentis apparemment sans raisons semblent s'acharner injustement. A ceux-ci s'ajoutent généralement la non-communication du genre : "**Mais je ne comprend pas, fais un effort, il n'y a pas de raison, tu as tout pour être bien...**"

Toutes **ces phrases sont des meurtrissures supplémentaires** qui, loin de soulager, finissent de briser et de projeter dans la solitude.

Or **tous ces ressentis ne sont qu'apparemment sans raison**. Ils sont en fait l'expression directe de la raison du déprimé. **La raison**, c'est ce qui produit ce ressenti. **C'est la raison** (la cause) **de ce ressenti qui "réclame" une écoute**. **C'est la part de vie en attente de naître qui pousse à la porte de la conscience**, qui fait irruption dans le présent pour recevoir l'aide et l'accueil qui lui ont fait défaut par le passé.

Il est même important de comprendre que **le ressenti présent** (pulsions, phobies, angoisses, inhibitions) **ne se produit pas "à cause de ce passé", mais spécialement pour le retrouver, le réhabiliter et retrouver son intégrité psychique**.

Si vous voulez **vous distraire tout en comprenant ce mécanisme**, je vous recommande le film "**Sale Môme**" (avec Bruce Willis) qui en est une touchante et parfaite illustration, même si peu de critiques semblent en avoir saisi la portée.

4.4. Dépendances

Alcoolisme, toxicomanie, boulimie/anorexie. Ces dépendances sont soit une compensation à des vides, soit l'expression de moments de vie qui demandent écoute et réhabilitation.

Compensations : quelqu'un qui se met à boire suite à un deuil ou une rupture le fait par compensation pour anesthésier sa douleur. **C'est un moyen de survie face à quelque chose d'insurmontable.** Naturellement le service rendu comporte un grand inconvénient: la dépendance qui s'installe. Ici l'alcool est un **allié de la pulsion de survie** qui tend à rétablir un confort acceptable.

Réhabilitations : quelqu'un dont le père était alcoolique se mettra à boire **pour se rapprocher du père qui lui a manqué.** Ce père lui a manqué car il ne s'est pas occupé de lui, mais aussi et surtout parce que pour échapper à trop de douleur l'enfant s'est mis à le rejeter (pulsion de survie). Plus tard, cet enfant peut s'alcooliser progressivement sans s'en rendre compte... afin de se rapprocher de ce père manquant. **En faisant comme lui, il se donne une chance de le comprendre.** Ce processus inconscient est animé cette fois-ci par la **pulsion de vie** qui porte à réhabiliter les parts manquantes de notre vie afin de restaurer notre intégrité psychique.

Enfin, l'**anorexie et la boulimie** peuvent aussi être des **processus de réhabilitation** ou un **moyen de survie** : Par exemple une femme ne mange pas, son corps "disparaît" petit à petit... et on trouve dans son histoire que sa grand-mère a perdu un enfant avant la naissance de sa mère... et que cette dernière en a porté une culpabilité à naître et à vivre. A la génération suivante, cette culpabilité est transmise à la fille qui cherche aussi à ne pas exister. Une sorte de commémoration pour que personne n'oublie. **Cette culpabilité disparaîtra quand le souvenir et la dimension de l'enfant défunt et de la grand-mère en deuil seront "rencontrés" et validés.**

Dans un autre cas le corps doit être maigre pour rappeler un membre de la famille déporté pendant la guerre. Dans un autre cas il faut ne pas être femme pour **ne pas être désirée car il y a eu un traumatisme sexuel dans l'enfance...** et bien d'autres situations.

Dans ces cas d'anorexie ou de boulimie, **les thérapies à tendance comportementalistes peuvent être dangereuses quand elles sabotent le projet inconscient de réhabilitation.** Dans ce cas spécifique elles peuvent même conduire au suicide. Tout en veillant physiquement à la santé du patient, **il est alors préférable d'accompagner cette réhabilitation plutôt que de combattre l'anorexie.** Cessant d'être nécessaire; cette dernière disparaîtra ainsi spontanément. Si au contraire on choisit de la combattre, on ne fait que l'enfourir (et encore quand on arrive à l'enfourir !)

5. Plusieurs degrés dans la TS

D'abord, il est important de considérer que **le projet est rarement de mourir mais plutôt de cesser de souffrir.** Et il faut que la souffrance atteigne une certaine force pour que mourir soit moins douloureux que vivre. Même quand la mort est souhaitée pour rejoindre un être cher défunt, il s'agit de se libérer de la douleur du manque de cet être.

5.1. Un désir passif de ne plus vivre

Se dire "**je préférerais mourir**" ou "**si je mourais ça m'arrangerait**" ne constitue pas une TS. Une étude réalisée par la SOFRES en février 2000 révèle que 13% des français ont déjà envisagé sérieusement de se suicider. Ce chiffre semble déjà important. Mais il ne tient pas compte de tous ceux qui ont un jour dit ou pensé "Je ferai aussi bien de mourir" sans pour autant envisager une action en ce sens.

Chez ceux qui expriment ce genre de propos, **une prise en compte de leur message serait souhaitable**. Ils en sont déjà à une bonne dose de souffrance et il suffit de circonstances aggravantes (ci-dessus) pour les faire basculer. Il y a déjà là un important travail d'aide et d'écoute à proposer.

5.2. Un appel au secours

Avec des **passages à l'acte qui ne sont "que" des tentatives, nous entendons trop dire "Oh ce n'est qu'un appel au secours"**. Sous entendu, "s'il avait vraiment voulu mourir il ne se serait pas raté".

Même dans le cas où ça ne serait qu'un appel au secours, c'est à prendre très au sérieux. Cette situation où il y a eu un passage à l'acte est un degré supplémentaire à la situation ci-dessus de désir passif.

Si toutefois il ne faut pas se laisser emmener dans l'engrenage du chantage au suicide, il est important d'être capable d'aider la personne à exprimer sa douleur et ce qui la fonde. Il y aura là un sérieux travail de thérapie ou au moins d'aide ou d'écoute à offrir à une telle personne.

Il est vrai que celui qui veut mourir dérange tout le monde. **Vivre avec un dépressif n'est pas aisé. Il n'est pas aisé non plus pour lui de trouver l'aide dont il a besoin**. Ses proches tentent de le remonter sans jamais le comprendre, son **médecin** lui donne des antidépresseurs sans l'écouter (il est vrai qu'il n'en a pas le temps) et le **psychiatre** affine la prescription et propose une écoute trop basée sur la pathologie et pas assez sur la vie et sur les vraies raisons de sa douleur.

Quant à l'**hôpital**, il n'y a que peu de temps que l'on a cessé de donner des soins violents aux suicidaires pour les décourager, comme pour les punir de leur acte. Mais l'écoute n'est toujours pas au rendez-vous car **il est naturellement douloureux pour des soignants et médecins non formés à cela de se trouver confrontés à des patients qui souhaitent la mort alors que leur métier est de sauver la vie**.

Depuis 13 ans que je forme du personnel hospitalier j'ai malheureusement rarement vu que la pratique soit correcte à ce niveau.

5.3. Quand l'acte est "réussi"

Quand l'acte est réussi, l'aide n'a pu être apportée à temps au suicidaire... restent alors ses proches. C'est naturellement une épreuve difficile pour eux car à celle du deuil s'ajoute celle de la **culpabilité de ne pas avoir su l'aider**.

Dans la plupart des deuils, il y a déjà une tendance à en vouloir au défunt de nous avoir quitté. Comme cela n'est pas convenable, cette pulsion de reproche et de rupture est refoulée, mais elle est là. Dans le cas du suicide, aux reproches que l'on se fait à soi, s'ajoute d'autant plus **une forte colère qu'on adresse à celui qui est parti**, qui "nous a fait ça". Il arrive même que l'on le taxe d'égoïsme ou de lâcheté.

Naturellement il est tout à fait compréhensible que les proches passent par cette attitude. Mais on se rend compte que même après l'acte, la compréhension n'est pas au rendez-vous. **Pour aider les proches**, il est souhaitable de **leur permettre leur colère** puis de **les amener à accomplir la compréhension qu'ils n'ont pu faire auparavant**.

La douleur d'un proche défunt doit être entendue même après sa mort. C'est au moins libérateur pour les proches qui le "rencontrent enfin" et apaisent ainsi leur manque. Et puis qui sait ! peut être l'est-ce aussi pour celui qui est parti ? en tout cas ça l'est au moins pour la mémoire qu'il laisse.

Naturellement cette compréhension peut s'accompagner d'une aggravation temporaire de la culpabilité. **Le psy qui accompagnera devra mettre du soin à réhabiliter chaque élément de vie meurtri**, tout ceci pouvant être emmêlé avec de multiples épisodes de l'existence du proche et de son histoire familiale.

6. Mieux aider après une TS

Cette aide comporte en premier une **aide physique** consistant à gérer l'urgence et à sauver la vie. Puis en second, une **aide psychologique** permettant d'apaiser la douleur et de prévenir la récurrence.

6.1. Urgence physique et premiers mots

Bien que la prise en charge physique soit primordiale, les services médicaux qui s'en occupent se doivent de l'accompagner de comportements humains adéquats.

Les médecins et soignants sont professionnellement compétents pour cette prise en charge physique. Mais ils sont très **démunis au niveau des comportements à adopter pour accompagner leurs soins**.

Quand leur patient leur dit avec culpabilité "J'ai fait le con", ou avec **violence "Coward, pourquoi tu m'as sorti de là!"** ou silencieux quand il montre un silence inquiétant... le médecin et le soignant sont désappointés.

De nombreux services hospitaliers proposent une aide physique correcte, mais "relâché" les suicidaires sans soins psychologiques adaptés. Leur travail s'arrête quand la vie est hors de danger. Malheureusement **les soins physiques, quoiqu'indispensables, ne suffisent pas**. **Le taux de récurrence le montre : 37%**

6.2. L'aide et l'accompagnement

Face aux premiers mots, aux premiers pleurs, aux premières agressions suivant la tentative, quelle attitude adopter ? Naturellement les soignants et médecins ne sont pas

obligés de tout savoir faire. **Nous sommes déjà très heureux de trouver leurs compétences sur le plan physique.** Nous ne devons jamais oublier que ces dernières nous sont indispensables.

Il y a tout de même des attitudes simples qui devraient faire partie de la première prise en charge.

La première chose est de **ne pas nier ce que dit le suicidaire.** Quand il se morfond en disant **"j'ai fait le con"**, il est important de lui demander **"Vous regrettez votre tentative?"**. Quand il agresse avec un **"Conard pourquoi tu m'as sorti de là!"** il est judicieux de lui demander **"Vous auriez vraiment préféré mourir?"**, Dans les deux cas ces questions seront posées avec un **non-verbal** infiniment **respectueux**, surtout **ni ironique, ni culpabilisant**, avec une sincère intention d'inviter le suicidaire à préciser son ressenti... **en lui accordant d'avance que ce ressenti quel qu'il soit est pertinent. Il ne doit jamais avoir besoin de se battre pour être compris.**

Naturellement ces questions, que je propose, ne sont que des exemples. Elle doivent tenir compte du verbal et du non verbal. Peut-être faudra-t-il les construire différemment selon le contexte. Je ne crois surtout pas aux modèles de phrases toutes faites... et dans ce cas encore moins que dans tout autre.

Naturellement **ce qui fait craindre de poser de telles questions** ce sont les réponses qui risquent d'arriver... tout simplement parce qu'on ne pense pas à accorder au suicidaire de la confiance. **Nous pensons qu'il a tort et qu'il faut lui inculquer notre vérité salvatrice!**

Mais **nous ne devrions pas craindre sa réponse et lui accorder de la confiance.** S'il répond **"Oui, j'aurai préféré crever!"** nous pouvons poursuivre par **"la vie est vraiment trop douloureuse?"**

Vous remarquerez que je vous propose des **questions fermées** (auxquelles il répondra par oui ou non). Rappelez-vous que **les questions ouvertes ne s'adressent qu'aux personnes ayant parfaitement structuré leur pensée** sur le sujet, et se trouvant en **confiance** pour s'exprimer. (or quelqu'un qui est en grande souffrance et qui se sent agressé par les soins qu'il vient de recevoir n'est ni structuré ni confiant). Cependant ces questions fermées doivent toujours laisser le libre choix de la réponse (oui ou non) qui ne doit pas être induit par le ton.

De toute façon ce qui nous dérange c'est justement qu'il risque de dire **"oui, la vie est vraiment trop insupportable"** Nous devrions alors continuer par **"Qu'est-ce qui y est le plus insupportable pour vous?"** Puis s'il nous énumère des faits (ordinaires ou extrêmes) nous continuerons par **"ça, c'est vraiment trop dure?"**. S'il répond **"oui"** nous validerons son propos par une phrase du genre **"Si vous le vivez douloureusement à ce point, je comprends que vous n'avez plus le goût de vivre!"**

C'est le type même de validation qu'un soignant n'ose jamais faire car il croit à tort qu'il s'agit d'un encouragement à recommencer. Or **c'est tout le contraire qui se passe.** Le suicidaire vient enfin **d'être compris au moins par une personne. C'est là une raison de vivre nouvelle pour lui.**

D'autre part, **cela prépare bien une invitation à aller chercher une aide auprès d'un spécialiste.** Le soignant ou le médecin peut alors déléguer vers un spécialiste la suite du

travail d'aide qu'il a commencé. Le patient l'acceptera d'autant mieux qu'il se sera senti compris dans ce premier contact

6.3. Les attitudes dangereuses

Alors que le soignant ou le médecin craignent les phrases ci-dessus, ils ne craignent pas de formuler des **remotivations maladroites**, des **phrases "positives" déplacées** qui ne font que **nier le patient**.

A la validation que j'ai proposé on préférera à tort une phrase du genre "**Mais il ne faut pas dire ça. Vous êtes jeune. Votre mari et vos enfants tiennent à vous, il y a toujours des solutions...**" **De tels propos se voulant positifs ne sont pas autre chose qu'une violente négation du patient et de son ressenti**. Contrairement à l'effet attendu, cela le conduit à se sentir d'avantage incompris et ne fait que lui confirmer **qu'il ne sert à rien de vivre dans un monde, où même ceux qui vous veulent du bien vous font du mal...** dans un monde, où ceux qui vous sauvent le corps vont ensuite tuer votre esprit, vos ressentis, votre âme...!

Toute négation d'un être et de ses ressentis contribuent à aggraver son désir de quitter la vie. J'ai déjà évoqué cette idée concernant la prise en charge des personnes âgées dans mon [article de mai 2001](#). Nous trouvons ce même travers dans les maisons de retraite où les soignants et médecins produisent trop souvent l'inverse de ce qu'ils souhaitent.

Naturellement, il est **utile de mettre l'attention sur les bons côtés de la vie**, que la personne ne voit plus du fond de sa douleur... mais **ne le faire qu'après la validation des ressentis douloureux**. Sinon l'effet produit est inverse de celui attendu.

7. Pour mieux aider avant !

Notons que les suicides ont plus que **doublé en 25 ans** et rappelons nous qu'ils sont aujourd'hui la **première cause de mortalité chez les 25-34 ans!** La santé publique l'a placé comme faisant partie des priorités.

Rappelons aussi que **les suicides tuent plus que les accidents de la route et le sida réunis**. Ces deux dernières causes mobilisent à juste titre notre attention. Le suicide justifie aussi une telle mobilisation. Peut-on prévenir une telle hécatombe ?

7.1. Développer la culture de l'écoute de soi

Ne cédon pas à la tentation de croire qu'il y a un remède miracle. L'être humain et les situations sociales sont complexes. Mais chaque chose ajoutée dans le bon sens est importante et nous rapproche d'une situation meilleure.

Le premier point à considérer est sans doute de développer une culture de l'écoute de soi. Mais **nous avons eu des siècles de culture culpabilisante... suivis de son homologue contemporaine : la croyance que notre inconscient est rempli de mauvaises choses**.

Plutôt que d'être à l'écoute de cet inconscient, nous sommes parfois, à tort, invités à le maîtriser, à l'oublier, à le remettre en ordre, à le nettoyer... Plutôt que de miser sur l'intelligence qui habite chacun, j'entends trop souvent une invitation à devenir plus fort que ce qui nous habite, qui est considéré comme mauvais, ou dans le meilleur des cas pathologique.

L'écoute de soi serait une attitude dans laquelle nous devenons capable d'accueillir **celui que nous sommes, ceux que nous avons été et ceux dont nous sommes issus**. Nous mettons un soin tout particulier à **préférer l'accueil de soi plutôt que la maîtrise de soi**.

C'est une véritable façon de **se remettre en cause, de se remettre aux commandes de sa vie**. De mieux se respecter soi-même et de mieux respecter autrui. Or nous ne sommes aujourd'hui invités qu'à être battant et à nous dépasser.

7.2. "Être positif" dans le sens de "Ne pas nier"

Trop souvent, **"être positif" est confondu à tort avec "nier ce qui ne va pas"**. Or nier ce qui ne va pas est une attitude aussi négative que de nier ce qui va. Ce qui importe, c'est de "reconnaître ce qui est". C'est d'ailleurs le vrai sens que donne le petit Robert méthodique à "être positif".

Reconnaître ce qui est, c'est écouter ce qui se passe en nous, mais c'est aussi et surtout savoir entendre vraiment ce que l'autre essaye de nous dire. **Or notre culture revendiquant le "Positif" ne sait que proposer la négation comme source d'aide:**

Quelqu'un qui n'a pas le moral s'entend dire **"Tu t'en fais trop. Ça va aller"** Cela touche même l'enfant dès son plus jeune âge. Quand il a peur, il s'entend dire **"Mais ne t'inquiète pas. Tu n'as pas de raisons d'avoir peur"** Quand il pleure après être tombé, on lui dit **"Ce n'est rien!"** etc... à croire que chacune de **ces phrases sont là spécialement pour lui démontrer qu'il est idiot de ressentir ce qu'il ressent**.

Toutes ces situations de vie où l'autre est nié sont des sources potentielles de désespérances. Comme je l'ai mentionné dans mon [article de mai 2001](#) sur les **personnes âgées**, celles-ci subissent le même sort, même de la part de professionnels de l'aide... Ça ne s'arrête jamais... si ce n'est avec la mort !

Apprendre à entendre l'autre plutôt que de le nier, c'est lui donner l'occasion de s'entendre lui-même et de se réapproprier sa vie. Ne pas l'entendre, c'est l'inviter à se nier lui-même... et le jour où il ne peut plus compenser la douleur que cela lui procure... il déprime puis peut vouloir en finir.

7.3. Comprendre le sens des troubles psychologiques

Après l'âme pleine de démons, nous avons eu droit à **l'inconscient plein de choses suspectes** (l'enfant de cinq ans qui veut coucher avec sa mère et tuer son père). La culture continue.

Même sans avoir un regard aussi catégorique sur l'inconscient, **la psychologie considère trop souvent les psychopathologies comme une conséquence du passé**. Dans le

meilleur des cas elle voit un passé qu'il faut remettre en ordre et dans le pire des cas, un passé qu'il faudrait éradiquer afin d'en être libre.

Mais tout cela fait fi du fait qu'**une psychopathologie ne se produit pas "à cause de", mais "spécialement pour"**.

Ce n'est pas le passé qui produit le trouble présent, mais la façon dont on l'a vécu. Et le présent n'est pas perturbé à cause de cela, mais spécialement pour qu'on y mette un peu d'attention et de soin.

La **pulsion de survie** nous pousse à **mettre ce passé difficile à distance** pour échapper à la douleur. La **pulsion de vie**, elle, au contraire, **sauvegarde l'événement dans notre inconscient** et nous **pousse à y revenir pour intégrer cette part de nous** sans laquelle nous resterions amputés et handicapés. Pour plus de détails, vous pouvez lire sur ce site le dossier [psychothérapie](#) ou l'ouvrage [chaleureuse rencontre avec soi-même](#)

Attention: ne toutefois jamais sous-estimer les aspects **somato-psychiques** où le trouble originel est d'origine physiologique (par exemple un manque de fer rend dépressif). L'aide est alors pleinement du ressort du **médecin** généraliste ou du **psychiatre** selon la nature du trouble.

8. Contexte et actions

8.1. Moins de repères et plus de conscience

Notre époque est particulière. **La perte d'une bonne partie des repères sociaux conventionnels exige aujourd'hui de trouver ses repères en soi.**

Un monde mouvant où le **travail est incertain** et les **études exigeantes** sans toutefois ne promettre aucune carrière. **Les différentes autorités se sont émoussées**, qu'elles soient familiales, morales ou religieuses. La politique, en crise, souffre d'une crédibilité décroissante. **La science**, qui nous promettait le bonheur grâce au progrès et à la technologie nous laisse plein de doutes et parfois même d'angoisses face aux conséquences des technologies mal maîtrisées. Les **cellules familiales** éclatent, parents et enfants souffrent....

Le tableau montre que le mal n'est pas que localisé à quelques individus, il est aussi social et concerne une ou deux générations de façon particulièrement aiguë.

Au premier abord nous y voyons un échec ou une dégringolade des valeurs humaines. En y regardant de plus près, c'est le contraire.

L'absence de repères absolus oblige à **ne plus laisser une autorité supérieure penser à notre place** (mais il nous reste en même temps à apprendre à ne pas rejeter la pensée d'autrui). Cela **exige de développer une sensibilité à ses ressentis et à la vie.** Les difficultés rencontrées poussent à des réflexions d'**éthique plus profondes** qui jusque là n'avaient même pas effleurées l'esprit de l'humanité.

Tant que nous n'avions qu'à suivre les règles dictées par la collectivité à laquelle nous appartenions la vie était relativement simple. Mais cela conduisait à n'être vraiment **conscient ni des autres ni de soi.** Il y a une grande différence entre "**respecter au-**

trui parce qu'on nous a dit que c'est bien" ou "respecter autrui parce qu'on a pour lui une authentique considération" Les règles sont une béquille venant compenser le manque de conscience... et faute de conscience, mieux vaut des règles que rien.

Nous sommes sans doute dans une **époque transitoire** où les règles se relâchent et où la conscience apparaît. **Il y a moins de l'un, mais pas encore tout à fait de l'autre.**

Ceci favorise les états dépressifs, mais est en même temps le signe d'une progression. Faut-il encore que cette progression soit accompagnée dans le bon sens.

8.2. Quand la vie vous pèse trop

Quelles que soient les raisons personnelles ou sociales, si vous êtes dépressif ou suicidaire, **vous vous moquez pas mal des considérations intellectuelles sur le sujet... et vous avez raison.** Ce qui compte pour vous, c'est de trouver une véritable écoute. Ce que vous ressentez au plus profond de vous-même est forcément à vos yeux bien plus important que toutes les théories du monde.

Si vous faites partie de ces personnes à qui la vie pèse trop, **vous devez tenter de trouver un interlocuteur capable de vous entendre.** Trouvez **quelqu'un qui sache vous accompagner dans ce processus de naissance.** La souffrance ne disparaît définitivement qu'après cette naissance.

Ne permettez à personne de nier ou de simplifier votre souffrance. Reprenez confiance en le fait que ce que vous sentez a de l'importance et vous conduit à des parts précieuses de vous-même ou de votre histoire familiale. Prenez soin de vous.

Sachez qu'un **psychiatre** pourra vous aider avec des médications adaptés pour diminuer votre souffrance et qu'un **psychologue clinicien** ou un **psychothérapeute** pourra vous aider au processus de naissance proprement dit. Naturellement tout dépendra de la technique qu'ils utilisent et aussi de comment ils l'utilisent. Ces approches sont si variées qu'il est difficile d'en préconiser une. **Il existe des psychiatres qui sont également psychothérapeute ou psychologue,** mais sachez que a priori, **ce sont des métiers différents.**

Si un thérapeute ne vous convient pas n'hésitez pas à en changer. Aussi compétent qu'il soit, peut être ne vous correspond-il pas. Vous devriez le ressentir dès la première séance. **Ne vous laissez jamais culpabiliser,** car **vous êtes le seul à savoir l'importance de vos ressentis.**

En cas de trop grande souffrance, d'urgence ou de solitude, utilisez les numéros d'aide.

8.3. Si vous êtes un proche de celui à qui la vie pèse trop

N'hésitez pas à aborder le sujet. Entendre la douleur sans détour est fondamental. La règle est **"ni dramatisation ni dérision"**. Méfiez-vous de **l'attitude néfaste qui consiste à être soi-disant positif en tenant des propos rassurants qui ne sont en réalité qu'une négation des ressentis** du suicidaire ou du déprimé.

Donnez lui l'écoute qui lui donnera envie de se faire aider par un spécialiste.

Que vous soyez un ami ou un soignant (non psy) **votre rôle est déterminant dans le fait que le suicidaire ou le déprimé envisage d'accepter l'aide d'un spécialiste**. Donnez lui les éléments décrits dans le paragraphe précédant. Informez-le sur les numéros d'aide. Faites lui lire cet article s'il le veut bien. **Ne vous culpabilisez pas non plus si la tâche est trop difficile**. Faites pour le mieux avec authenticité et avec cœur, **pourvu que vous ne niez jamais ses ressentis**.

Si cette situation vous bouleverse trop, n'hésitez pas à demander conseil à un spécialiste... et même faites vous aider si vous en ressentez le besoin.

J'espère que ces lignes auront apporté une **modeste contribution pour avancer vers un autre regard sur la déprime et le suicide**. Je souhaite **que les spécialistes affinent de plus en plus leur prise en charge des patients** afin de répondre au mieux à cette détresse meurtrière.

Les suicidaires sont encore trop souvent mal accompagnés dans notre société, où le taux de récurrence de 34% est réellement inacceptable. Il montre qu'il y a pour les thérapeutes psy une nécessité de recherche et de remise en cause continue.

Thierry TOURNEBISE

Malade alcoolique
Alcoolisme, addiction, toxicomanie

Thierry TOURNEBISE

Cet article s'adresse aux soignants, aux aidants, aux bénévoles s'occupant de malades alcooliques, mais aussi aux malades souffrant d'une dépendance alcoolique eux-mêmes et à leur entourage ainsi qu'à toute personne atteinte d'une addiction.

Mars 2003 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF

1. Définition

L'alcoolisme est une dépendance, une addiction. **Nous prendrons soin de le différencier d'une consommation excessive occasionnelle.** Cette dernière peut également représenter des dangers (santé, circulation routière, accidents du travail), mais ne constitue pas une dépendance.

Par contre, il faut savoir **qu'il y a dépendance, même en cas de consommation modeste, quand celle-ci est devenue régulière, que le besoin en est impérieux et que les doses ont tendance à progressivement augmenter.**

Cet article n'est pas un article sur la consommation d'alcool en général, mais sur la situation de dépendance. **Même si l'alcoolisme ne devient apparent que lorsque les doses sont devenues assez importantes, il a généralement commencé bien avant et s'est installé insidieusement.**

Les aspects psychologiques de ce mécanisme de dépendance nous conduiront à évoquer le cas d'autres addictions au cours de cet article.

2. Reconnaître un visage humain

L'alcoolisme est un tel fléau qu'il nous fait oublier que **celui qui boit est un individu à part entière... très souvent en grande détresse.** Sa violence, ses pathologies, la vie infernale qu'il fait le plus souvent subir à ses proches font du malade alcoolique une cible de reproches, de colères et de raz le bol.

Dans certains cas on se moque de lui, dans d'autres on le méprise. Puis, croyant lui rendre un peu de dignité, plutôt que de parler de poivrots ou d'ivrognes, **la médecine parlera de malades alcooliques.**

S'occupant à le guérir, **le médecin voit ainsi un malade à libérer du mal alcoolique. Il risque alors d'accorder plus d'importance à ce mal à combattre qu'à l'individu qui le porte...** ou plutôt qui l'exprime, car ce mal est très souvent l'expression d'une grande douleur que personne n'écoute. La considération envers l'individu malade est donc toujours un peu absente. Le mal est "mieux considéré" que celui qui le porte.

Les méfaits réels et cataclysmiques de l'alcool nous font oublier que **celui qui boit, a une raison de boire.** Les graves dangers des effets de cet alcool sur lui-même, mais aussi sur les autres (par exemple sur la route) masquent son visage humain, son visage meurtri.

Il est juste de mener un combat contre les méfaits de l'alcool. **Il est par contre beaucoup moins pertinent d'identifier ce combat à un combat contre les alcooliques.** Pour venir à bout des méfaits de l'alcool, nous avons besoin que l'alcoolique soit partenaire.

Naturellement quand de graves conséquences ont eu lieu (préjudices lourds, accidents de la route), la justice doit toujours faire son travail. Mais la répression à elle seule ne peut suffire. L'information médicale non plus. Les leçons de «bonne conduite» aussi ne suffisent pas. Il faut autre chose en plus, c'est ce que je vous proposerai dans cet ar-

ticle, car autant pour la collectivité que pour ses proches ou que pour l'alcoolique lui-même, il est urgent d'accroître l'efficacité des démarches visant à le libérer de ce fléau.

3. L'illusion de l'information manquante

C'est un piège de croire que la consommation excessive d'alcool est surtout liée à une mauvaise information. Même si c'est en partie vrai cela mérite plus de précisions.

3.1. Pneumologues fumeurs

J'ai eu l'occasion d'animer une formation sur l'**humanisation de la fin de vie** dans un service de pneumologie. Les soignants de l'équipe avaient demandé cette intervention car **il leur était de plus en plus douloureux de voir mourir les patients par suffocation**. Je fus surpris de trouver **sur l'ensemble du personnel du service une moitié de fumeurs, dont certains consommaient jusqu'à trois paquets par jour**. Ils n'avaient rien de stupide et pourtant, nul ne peut être mieux informé qu'eux. Cela indique clairement qu'il y a d'autres enjeux que le manque d'information.

3.2. Educateurs de la CPAM

Des éducateurs de la caisse primaire d'assurance maladie ayant pour tâche de **dispenser une information dans les écoles et les entreprises en vue de réduire les méfaits du tabac et de l'alcool** m'ont également sollicité pour parfaire leur approche. Je découvris qu'**ils appuyaient leur intervention sur des diapos terrifiantes afin de démontrer à quel point il faudrait être stupide pour s'exposer à de tels dégâts** causés par l'alcool ou par le tabac. Même si cette information est nécessaire il est illusoire de croire qu'elle suffit.

Démontrer implicitement à des jeunes qu'il est stupide de boire ou de fumer alors que certains d'entre eux sont déjà consommateurs ou que d'autres ont leurs parents qui le sont, **conduit à générer vis-à-vis d'eux-mêmes ou de leurs parents une fracture indésirable**. Déjà que souvent ces points sont litigieux chez beaucoup de jeunes, même indépendamment de la consommation d'alcool ou de tabac ! Mauvaise image de soi et rejet des parents sont des attitudes très banales à l'adolescence, voire au-delà !

La vraie question est «comment se fait il que connaissant les méfaits de l'alcool ou du tabac, certains s'y exposent quand même et continuent de consommer dangereusement?» **Trouver la raison est plus important que de dénoncer la faute !**

3.3. L'avis d'un gendarme

Un gendarme, s'occupant d'une association d'aide aux toxicomanes, participait à l'un de mes stages. **Il était, tout comme moi, choqué de cette campagne «la drogue c'est de la merde»** car le problème, n'est pas de savoir que c'est de la merde, mais de **comprendre pourquoi, le sachant, on en prend quand même**.

3.4. L'alcoolique sait déjà

La connaissance des méfaits de l'alcool (ou de la drogue, ou du tabac) est nécessaire. Parfois elle est réellement insuffisante. Mais le plus souvent le consommateur excessif sait qu'il se détruit, qu'il vit dangereusement... mais ne peut faire autrement et il ne comprend pas pourquoi. **Tous les ajouts d'information ne font que renforcer son sentiment d'impuissance ou de stupidité...** puisqu'il voit bien qu'il n'arrive pas à se contrôler. **Or commencer par démonter à quelqu'un qu'il est stupide pour qu'il comprenne n'est pas une bonne technique.**

4. Le mythe du déni

Il est habituel de mentionner que **le malade alcoolique a tendance à nier son alcoolisme**. Les soignants signalent souvent que ce dernier dissimule la réalité de sa consommation, qu'il ment sur les doses réelles et estime qu'au fond il ne boit pas vraiment tant que ça. Cette attitude de déni est en effet fréquente chez ce type de patients.

Pourtant, je vous invite à examiner cette situation d'une façon inattendue : **Le déni de l'alcoolique pour son alcoolisme n'a d'égal que celui des soignants vis-à-vis de sa raison de boire.**

Quand l'aidant ne nie pas la raison de boire du malade alcoolique, le malade alcoolique a moins besoin de nier sa dépendance.

Par exemple une **infirmière de nuit** que j'avais en formation est appelée par une patiente qui lui réclame quelque chose pour dormir. L'infirmière lui demande «que prenez vous habituellement?» La patiente lui énumère une liste impressionnante de médicaments dont elle a déjà usé et apparemment abusé. L'infirmière lui **reformule** «vous prenez de tout cela?» La patiente répond «Non, je prends aussi ... un peu d'alcool» L'infirmière lui renvoie «si vous en consommez c'est que cela doit être important pour vous» (**message de cohérence**) Se sentant comprise, la patiente lui répond que ça va aller. Elle la remercie pour sa gentillesse, puis lui dit qu'elle va s'occuper un peu et ensuite s'endormir naturellement. En consultant le cahier de transmissions l'infirmière lit «patiente niant son éthylisme» On voit très bien ici qu'elle l'a dit facilement... à celle qui ne nie pas sa raison. **Ce qui a été écrit dans le cahier de transmissions ne reflète pas tant l'attitude de la patiente qu'une conséquence de l'attitude des soignants vis-à-vis d'elle.**

Pour mieux comprendre cette attitude de reconnaissance de la raison de l'autre, lire l'article de décembre 2003 sur la **reformulation**;

5. Ramener le malade alcoolique à sa raison

5.1. Retour à la raison

Pour aider un malade alcoolique, le premier point est de le ramener à la raison. J'aime cette formulation **«ramener à la raison»**, car en première approche, elle dit vrai pour tout le monde et chacun pourrait y voir le juste chemin à suivre.

Mais ensuite il faut préciser ce que signifie vraiment la formule «ramener à la raison» car elle comporte un double sens où les deux sens sont contraires : doit on ramener le malade alcoolique à la raison qui est la notre ou à la raison qui est la sienne ?

Ceux qui prétendent aider les alcoolos dépendants tombent souvent dans cette croyance qu'il faut ramener le malade alcoolique à notre raison (les bonnes raisons de ne pas boire). Or **il ne s'agit pas de ramener ce malade à notre raison, mais à la sienne.**

Ramener un malade alcoolique à la raison, c'est ramener à la raison qui fonde son besoin de boire... c'est le ramener à SA RAISON, à son fondement.

Il est plus important de localiser, reconnaître et valider cette raison que de conduire à mépriser l'alcool.

Dans ce domaine, la plupart des démarches d'aide prônent des stratégies conduisant à un mépris de l'alcool. Or même **si l'abstinence reste juste, elle ne doit pas s'accompagner de mépris.**

Valider la (ou les) raison(s) est plus efficace que de développer du rejet. **Il est maladroit de prétendre guérir les fractures en en ajoutant une.** Etre contre l'alcool génère une sorte de nouveau lien qui laisse vulnérable. Ne pas le rejeter permet d'en être plus libre.

5.2. Une triple fracture

Il y a trois fractures à prendre en compte pour comprendre et aider un malade alcoolique :

Pour la première, une situation douloureuse de son passé l'amène à éprouver le besoin d'en éloigner le souvenir de sa pensée. Il cherche à soulager sa douleur par la mise à distance de celui qu'il était dans ce moment pénible. L'alcool l'aide à augmenter cette distance en anesthésiant la blessure. Il s'en trouve moins douloureux ou moins inhibé, mais aussi coupé de ce moment de sa vie.

Pour la seconde, la rupture s'étend à sa vie sociale où l'alcool produit un éloignement entre les autres et lui-même. Il est devenu insupportable et son entourage le met à distance. Ses proches sont moins proches, et même parfois très loin, de plus en plus loin. La rupture s'installe et s'aggrave de la part de ceux qui l'entourent. Inversement, une rupture de sa part avec autrui se développe également car il doit de plus en plus se cacher pour échapper aux insupportables conseils, reproches ou jugements des autres.

Pour la troisième il méprise secrètement l'individu dépendant qu'il est devenu. Il finit par détester cette anesthésie alcoolique, même si elle l'aide à mieux supporter son mal vivre. Il sent bien que le côté néfaste de l'alcool prend le pas sur le bénéfique qu'il en retire. Mais, devenu dépendant, sa volonté est sans effet et il se contente de mépriser celui qu'il est devenu et qui s'est mis à boire. Il en vient même à détester l'alcool dont pourtant il ne peut se passer.

Comme dit l'adage, avec cette troisième fracture, il doit maintenant aussi boire pour oublier qu'il boit. Ceci est dit comme une boutade, mais c'est hélas bien réel.

Pour aider le malade alcoolique, il faudra s'occuper avec délicatesse de ces trois fractures (et non les agrandir). Examinons plus en détail ces trois ruptures.

6. Détail des trois fractures

6.1. La Raison initiale : rupture et non reconnaissance

Des situations anodines aux plus importantes, il y a un point de départ. **Dans ce départ il y a toujours un manque.** Ce manque vient d'une rupture ou d'une non reconnaissance (article de mars 2001 "un quelqu'un en habit de personne"). Après, c'est une opportunité qui a fait que l'alcool a été utilisé comme compensation à ce manque. Cette opportunité peut être le fruit du hasard ou avoir une source culturelle.

Exemples de ruptures initiales

-La Rupture avec autrui: il s'est fâché avec quelqu'un qui comptait pour lui et vit un manque cruel.

-La Rupture par un deuil: Un proche important est décédé. Cela engendre de multiples ruptures en cascade... d'abord une rupture par la perte physique, puis une rupture par le fait que, souvent, on en veut au défunt de nous avoir quitté (il manque alors en plus par le rejet), enfin on s'en veut à soi de lui en vouloir (car ça ne se fait pas d'en vouloir à un mort). Ce dernier point ajoute ainsi une rupture avec soi-même. Comme tout cela a été trop douloureux il y a rupture avec l'ensemble de ce moment de vie pour en oublier la douleur (encore une amputation de plus). En pareille circonstance, les manques qui en découlent sont nombreux.

-La Rupture avec lui-même : ayant vécu une situation traumatisante, il veut oublier celui qu'il était dans ce moment de sa vie trop douloureux pour habiter sa mémoire. Il se retrouve alors amputé d'un bout de lui-même.

Pour mieux comprendre cette notion de rupture et d'amputation de soi, lire sur ce site le dossier psychothérapie (au moins le chapitre « La quête des parts manquantes »).

Exemples de non reconnaissance

Il y a différentes causes possibles au fait qu'il ne s'aime pas et qu'il n'ait pas confiance en lui.

Par exemple, au début de sa vie, il peut ne pas avoir été sécurisé par son entourage.

Ou encore, par esprit de destructivité ou par croyance que cela va le dynamiser, ses proches lui ont asséné des reproches, des critiques, des réflexions abaissantes. Les parents, les frères et sœurs, les copains d'école, les enseignants... différentes personnes peuvent avoir (même involontairement) participé à ce petit jeu dévastateur.

De façon plus caricaturale, il peut même arriver que ses parents n'aient pas voulu de lui quand ils l'ont conçu et son mal a déjà commencé pendant la grossesse.

Naturellement, dans de tels cas, il est hors de question de culpabiliser les parents. Les parents ont fait pour le mieux avec ce qu'était leur vie à ce moment là. **Reconnaître la douleur de l'enfant ne veut en aucun cas dire culpabiliser les parents.** Cela serait d'autant plus maladroit que l'enfant a besoin que ses parents aient de la valeur. A l'inverse, **ne pas culpabiliser les parents ne doit pas conduire à nier la douleur vécue par l'enfant.** Les deux sont importants.

Nous trouverons aussi ce sentiment de non reconnaissance chez certaines personnes dont la vie sexuelle n'est pas épanouie. Elles peuvent ne pas se sentir reconnues en tant qu'Homme ou en tant que Femme.

Dans tous les cas, que ce soit pour oublier un traumatisme ou pour se donner du courage par manque d'affirmation de soi, **le malade alcoolique a trouvé dans l'alcool une aide, une compensation, une béquille l'aidant à vivre malgré la difficulté et/ou la douleur de ces manques.**

6.2. La Douleur ajoutée : l'alcoolique méprisé par les autres

L'avantage qu'apporte l'alcool en tant que compensation est vite effacé par les comportements insupportables qu'il produit envers l'entourage. Alors les autres s'éloignent progressivement. Selon le type de liens, cet éloignement est plus ou moins long à se produire et plus ou moins douloureux.

De nombreuses critiques et jugements se produisent, d'une part à cause du fait que le malade alcoolique rend la vie difficile (parfois dangereuse) à son entourage, mais aussi afin de nous rassurer nous-mêmes... nous qui ne sommes pas comme ça ! **Plus il y a d'écart entre lui et nous, plus il est stigmatisé comme «autre» et comme «mauvais», moins nous pensons inconsciemment risquer de devenir comme lui.**

C'est une façon de conjurer notre peur d'être «mauvais» et de s'assurer qu'au fond... nous, nous avons une certaine valeur. Il faut dire que même sans que cela ait entraîné d'alcoolisme, chez chacun d'entre nous **l'empreinte de la culpabilisation pèse lourd dans nos vies.**

Notre culture sociale ne nous ménage pas à ce sujet. Alors c'est notre façon à nous de nous en sortir... en jugeant l'autre. Comme vous pouvez le constater l'alcool n'est pas la seule solution... mais **porter des jugements sur autrui n'est pas glorieux non plus.**

La conséquence pour l'alcoolique est qu'il s'éloigne de la société qui elle aussi s'éloigne de lui.

6.3. 3/ Le Rejet de la solution : l'alcoolique se rejette lui-même

Après la solution de l'oubli, il y a l'oubli de la solution. Une distance supplémentaire par laquelle il méprise celui qu'il est quand il boit. Il méprise cette foutue habitude, il en veut même à l'alcool.

Mais là encore, l'alcoolique ne se libère pas. Il s'enfoncé, il se perd. Pourtant, comme il veut s'éloigner de l'alcool, on pourrait croire ici à une avancée? Mais il n'en est rien. Il n'a pas réglé les ruptures qui l'ont conduit à boire et il ne fait qu'en ajouter une autre. **Il enterre le problème plus profondément et au lieu de se rencontrer, il va tenter de livrer une lutte acharnée contre lui-même, puis contre l'alcool.**

S'il en a la force il pourra même devenir abstiné. Et c'est au moins un temps de repos pour son corps et pour son entourage... Mais il restera très exposé à la rechute,

nous verrons plus loin pourquoi car il n'y a pas que la sensibilité alcoolique du corps qui est en cause.

S'il n'en a pas la force, il devra au contraire boire plus... pour oublier qu'il boit. Il ne se supporte plus, mais ne peut pas revenir en arrière. Lui-même et les autres sont dépassés par la situation. La consommation continue et même augmente. Il ne peut s'en sortir seul.

Dans tous les cas **le rejet de celui qu'il est quand il boit est une stratégie néfaste.** J'irai jusqu'à dire que même **le mépris de l'alcool est un piège source de vulnérabilité.**

7. Mécanismes de la dépendance

7.1. Dépendance physiologique

Il existe plein de moyens de compenser ses manques. Mais **tous ne créent pas de dépendance physiologique.** **Tout peut devenir un outil de compensation en étant utilisé en excès.** La musique, le travail, le sport, la nourriture, les collections de timbres... Mais seules certaines stratégies exposent à la dépendance physiologique.

Par exemple le sport en excès peut créer une dépendance aux endorphines produites par le corps pendant l'effort intensif. La nourriture excessivement sucrée crée aussi une dépendance tenace où le corps réclame une consommation croissante de glucose.

L'alcool, la drogue ou le tabac, moyens parmi tant d'autres, génèrent bien sûr une **dépendance physiologique, que l'on prendra soin de ne pas mélanger avec la dépendance psychologique.**

La sensibilisation chimique de l'organisme fait qu'il réclame «sa dose», même quand psychologiquement il n'y en a plus besoin. Le corps «reconnaîtra» une présence (même minime) d'alcool et peut ainsi relancer une dépendance en «réclamant» un retour à la consommation.

C'est la raison pour laquelle un malade alcoolique devra être abstinent toute sa vie pour éviter cette source de rechute. Il devra même se méfier de la bière sans alcool (qui contient un degré selon la législation), des eaux de toilettes alcoolisées (voie cutanée), de la laque (voies respiratoires).

La médecine sait assez bien s'occuper du problème de la dépendance physiologique pour prescrire une cure de désintoxication médicalement accompagnée. **Mais elle ne compose pas assez souvent avec le fait que la dépendance physiologique est en synergie avec les causes psychologiques.**

Quand ces causes psychologiques ne sont abordées que par une **approche comportementaliste**, (dans laquelle on tente de «reprogrammer» un comportement meilleur) les racines du manque restent et il n'y a que déplacement des compensations. La vulnérabilité reste très grande.

7.2. Dangers psychologiques d'une attitude de lutte

Avant d'aborder le paragraphe sur la dépendance psychologique, je souhaite clarifier les dangers d'une attitude guerrière vis-à-vis de l'alcool.

Trop d'associations visent à se réunir pour être fort contre l'alcool. Le dévouement y est remarquable et il est excellent de se réunir pour **se soutenir, s'encourager, partager entre personnes qui ne jugent pas et sont capables de comprendre.**

Mais le fait de mépriser l'alcool est un piège. Le fait de vouloir prendre de la distance avec la période alcoolisée est également maladroit. Se dire «j'étais nul, j'étais moche, mais maintenant je suis fort et je suis quelqu'un de bien» est encore une rupture. Le piège est discret mais dangereux.

J'ai vu de telles erreurs dans une association où j'ai participé en tant que bénévole. J'étais attristé d'y voire que **le projet maladroit était d'être fort contre l'ennemi alcool.** Lors des réunions, les membres se présentaient en annonçant «Bonjour, je suis malade alcoolique...» **Sous prétexte d'assumer sa situation, celle-ci, malencontreusement, devenait une identité.** Il serait plus judicieux d'annoncer «Bonjour, je suis Mr Untel, et je souffre de maladie alcoolique» ou «je souffre d'une sensibilité, ou vulnérabilité à l'alcool»;

Après ce départ maladroit ces réunions étaient basées sur le fait de se soutenir pour être fort pour lutter contre l'ennemi que représente l'alcool. On se serre les coudes pour ne plus se laisser avoir.

Pour se divertir aussi, on organise des sorties, des pique-niques ... on parle de mille choses. Mais ni les membres de l'association, ni les infirmiers psy, ni le psychiatre qui les accompagnaient n'envisageaient à aucun moment un regard sur la raison.

Dans ce contexte, le président de cette association, abstinent depuis vingt ans, a rechuté! Et la rechute impliquait l'exclusion du groupe (il fallait retrouver l'abstinence pour revenir).

Cette rigidité, ce manque de chaleur humaine, ce manque de compréhension, les jugements portés sur la faiblesse de la rechute... autant de maladresses, éloignant d'une possible liberté vis-à-vis de l'alcool.

7.3. Dépendance psychologique

L'utilisation d'une stratégie d'évitement est pulsionnelle ([pulsion de survie](#))... mais aussi hélas culturelle.

Ce que la société, bien pensante, ne voit pas, c'est que **d'un côté elle condamne (à juste titre) l'alcool et la drogue... et d'un autre, recommande la fuite face aux difficultés.**

Par exemple quand **l'enfant pleure** on lui dit «c'est rien... regarde le beau jouet» Quand **l'ado a un chagrin d'amour** on lui dit «Bof ! Un de perdu dix de retrouvés. Pense

plutôt à ton avenir» Puis quand l'**adulte vit une souffrance importante, comme un deuil** par exemple... son médecin lui prescrira un psychotrope. Ajoutons à cela des «tu t'écoutes trop», «soit fort», «domine toi», «dépasse-toi...» On voit bien qu'il **n'a pas de recommandations pour l'écoute de soi par soi.**

Tout ce prosélytisme social pour le déni, enferme le malade alcoolique et augmente l'épaisseur de sa forteresse.

Pour se libérer de sa dépendance psychologique **le malade alcoolique devra d'abord reconnaître qu'il boit.** Pour cela **il faut qu'on lui accorde qu'il a une raison de boire.** Il s'agira donc de trouver et de reconnaître sa raison de boire. Puis d'apporter un soin à cette raison. Ensuite, veiller à **avoir du respect pour la période alcoolisée** (où il a fait pour le mieux avec ce dont il disposait). Pour finir, j'oserai même dire qu'il devra savoir «être reconnaissant envers l'alcool» pour le soutien qu'il a représenté pendant ce temps. **Quand on n'a plus besoin d'une béquille, il est ingrat de la condamner.**

Même si tout cela nécessite de la discipline et des protocoles de désintoxication, le soutien psychologique qui l'accompagne se voudra tout en douceur et en respect.

Nous allons aborder maintenant comment apporter ce soutien psychologique.

8. Aide du malade alcoolique

Nous rencontrerons au moins six étapes à parcourir. Pour commencer, l'aidant doit se positionner dans un état d'esprit adéquat.

8.1. Confiance et ouverture vers la raison

Le point de base est la confiance. **L'aidant doit avoir une confiance absolue et inconditionnelle en le fait que le malade alcoolique a une raison de boire... et que cette raison est une bonne raison.**

Il ne peut en être autrement. Sinon, il ne boirait pas. Tout le travail d'aide tournera autour de cette raison, ainsi que nous l'avons vu plus haut.

Ce regard respectueux, envers le malade et sa raison, induira de la part de l'aidant **une attitude naturellement délicate.** Sachez que cette **attitude non verbale** (intonation, gestes et mimiques) représente **93% de l'information envoyée.**

Sans cette qualité non verbale, même de bonnes phrases sont sans effet... jusqu'à en être néfastes. Le non verbal est l'expression involontaire de notre pensée et ne peut que très partiellement être travestie. Quand ce qu'on dit et ce qu'on pense sont en accord, on dit qu'il y a «**congruence**». On pourrait dire dans le cas contraire que la situation est incongrue... et le malade alcoolique ne s'y trompera pas, même s'il ne fait que le percevoir inconsciemment.

Cette raison, cette cause, cette circonstance initiale a provoqué la mise en œuvre de la **pulsion de survie.** **Celle-ci pousse involontairement à éloigner de soi une zone de souffrance.** C'est une anesthésie naturelle et salutaire permettant de tenir le coup en attendant de meilleurs instants. L'alcool sera utilisé par le malade alcoolique pour pro-

longer ou fortifier cet endormissement de la douleur ou de la zone de vie contenant de la douleur.

D'un autre côté, la [pulsion de vie](#) ramène continuellement vers ce qu'on voulait éviter... afin de retrouver son intégrité.

L'aidant doit être un allié de cette pulsion de vie tout en respectant la pulsion de survie.

Attention, le projet ne doit pas être l'arrêt de l'alcool. Le projet est d'abord la localisation puis la réhabilitation de la raison qui a conduit à boire. Si au départ l'aidant se focalise sur l'arrêt de l'alcool, il ne peut aboutir sérieusement. Il **risque même de provoquer un recul de la personne aidée.**

Il ne peut se poser comme un ennemi de la pulsion de survie (poussant à boire) en insistant sur l'impérieuse nécessité de l'abstinence.

Il ne peut non plus se poser comme un ennemi de la pulsion de vie (poussant à revenir vers la zone de vie blessée) en invitant à prendre une distance avec le passé pour en être moins affecté.

Naturellement le projet est que le patient devienne libre de l'alcool. Mais pour y parvenir le respect de ces pulsions de vie et de survie est fondamental. **Le point de départ ne peut être «il faut arrêter», mais plutôt «à quoi ça sert».**

8.2. Localisation de la raison

Pour aider l'alcool- dépendant, quand l'état d'esprit est correct, le [Guidage non directif](#) sera l'outil majeur pour localiser la raison.

Pour cela il n'est pas besoin que le malade alcoolique se sente fort ou soit adroit. **Il lui suffit de décrire ce qu'il ressent.** Ses ressentis sont un bon guide.

Parfois la raison se trouve dans des éléments de son histoire connue, directement accessibles. Dans ce cas il n'y a pas vraiment besoin d'un guidage non directif approfondi pour aboutir à la raison initiale. Il m'est arrivé de demander à une femme alcoolique depuis quand l'alcool lui est nécessaire. Elle me répond «ça ne doit pas avoir de rapport, mais je crois que c'est depuis la période où j'ai fait une [IVG](#) que je ne souhaitais pas» En vérité cela avait bien un rapport, car cette partie de sa vie de femme était restée douloureusement tue... Mais même quand ces éléments d'histoire sont connus le lien n'a souvent pas été fait auparavant avec le ressenti douloureux actuel. Dans ce cas le guidage non directif permet de trouver rapidement ce lien.

Quand ces éléments ne sont pas consciemment connus par le patient, un [guidage non directif](#) approfondi devient nécessaire. Partant du ressenti actuel du patient, un enchaînement de questions pertinentes permet d'accéder rapidement à la raison. Il s'agit d'un *Guidage* car l'écouter guide par des questions. Mais il est *Non directif* car il ne fait, que poser des questions reprenant ce qui vient d'être exprimé (en verbal et non verbal), afin d'aboutir à une précision supplémentaire. A aucun moment l'aidant ne prévoit une réponse. Il doit impérativement se considérer comme ignorant. Celui qui sait, c'est l'écouté. La seule direction qui compte, c'est la sienne. Au fur et à mesure des questions,

le fil de sa raison se déroule dans le labyrinthe de sa pensée... jusqu'à aboutir au fondement du ressenti.

Après chaque réponse, l'écouter doit rester en non savoir de ce qui va suivre. Tout en guidant, il se laisse conduire par les précisions qui lui sont révélées.

Par exemple :

Thérapeute : «Il vous est important de boire ?» Question fermée avec un non verbal respectueux, reconnaissant la pertinence d'une raison, même si, à ce stade elle n'est pas connue.

Malade : «Assez important!»

Thérapeute : «Pour quelles raisons vous est-il important de boire ?» Question ouverte, maintenant possible pour accéder à une précision.

Malade : «ça me soulage»

Thérapeute : «Ok. De quoi cela vous soulage-t-il?»

Malade : «de ma solitude»

Thérapeute : «La solitude vous est douloureuse?»

Malade : «oui»

Thérapeute «D'accord. De quelle manière cela vous est-il douloureux?»

Malade «Comme si personne ne m'aimait»

Thérapeute : «Il vous est souvent arrivé de ressentir cela?»

Malade «Oh oui»

Thérapeute «Ok. Une de ces fois a-t-elle été plus douloureuse que les autres?»

Malade : «Oui. J'avais cinq ans. Fière de faire voir mon déguisement de fée, je me suis présentée devant ma grand-mère avec mon costume. Comme j'étais un peu rondouillarde, au lieu de me complimenter elle m'a dit *personne ne se moque de toi dans cette tenue?*»

Là nous avons localisé la raison, ou au moins une raison possible. **La pulsion de survie amènera cette enfant à essayer d'oublier ce moment de destruction.** Plus tard, adolescente ou adulte, elle trouvera en l'alcool un moyen d'appuyer cette anesthésie.

Reste à savoir quoi faire de cette émergence de la raison. Naturellement, nous ne savons pas si c'est LA RAISON. Mais peu importe. **L'enfant qu'elle était à ce moment a besoin de soin et nous allons nous y consacrer.**

Pour savoir accomplir le guidage non directif qui a permis d'accéder à cette raison, l'aidant doit déjà impérativement **être capable de ne pas savoir à la place de celui qu'il aide.** Pour approfondir cette notion, lire l'article d'avril 2001 «[Le non savoir source de compétence](#)».

8.3. Accomplir une réhabilitation de la zone blessée

Dans l'exemple ci-dessus, **le projet n'est pas de trouver une solution à l'alcool, mais de réhabiliter cette petite fille malmenée**. Pour y parvenir, l'aidant doit se sentir prêt à comprendre cette enfant... mais aussi à ne pas juger la grand-mère... (tout [jugement](#) mettrait fin au processus d'aide).

Il n'y a rien à combattre, pas d'effort à faire... juste à rencontrer, juste à faire que l'alcool cesse d'être nécessaire.

Naturellement, nous trouverons aussi parfois des incidents encore plus graves tels que viols, incestes, deuils, pathologies graves. Pourtant, il faut savoir que la gravité de l'évènement ne change en rien la nature de l'aide à apporter.

Rappelez vous que **la pulsion de survie éloigne la zone blessée** (dans le but de ne pas souffrir) et que **la pulsion de vie la ramène** (dans le but de retrouver son intégrité).

Quelle que soit la gravité de l'incident vécu, il est fondamental de faire clairement une distinction : **différencier d'une part ce qui est arrivé, et d'autre part la personne à qui c'est arrivé**.

Ce qui est arrivé est un évènement passé (parfois terriblement néfaste) dont la valeur est profondément négative. Mais celui à qui c'est arrivé est quelqu'un, un individu, qui reste infiniment précieux.

Celui à qui c'est arrivé n'a jamais cessé d'être présent en soi depuis que c'est arrivé., et «attend» toujours l'écoute et le soutien qu'il n'a pas reçu.

L'évènement est dans le passé mais celui à qui c'est arrivé n'a jamais cessé d'être là, en soi, depuis que c'est arrivé.

Réhabiliter, c'est permettre une réconciliation entre celui qu'est le malade aujourd'hui et celui qu'il était au moment du traumatisme. Cela revient pour lui à pouvoir être tendre et délicat avec celui qu'il était et à ne plus le confondre avec ce qui est arrivé.

Il rencontre celui qu'il était plutôt que de se rappeler ce qui est arrivé. Cela réhabilite ce morceau de lui-même, lui rend son intégrité (en tant qu'individu) et le libère de l'obsession que représentait ce souvenir (en tant qu'évènement historique). Cette rencontre s'accomplit dans le présent et laisse un sentiment actuel d'intégrité.

Dans l'exemple de l'enfant et de sa grand-mère, l'aidant pourrait être amené à suivre le chemin suivant :

L'aidant pourrait demander «Vous pourriez imaginer (visualiser) que vous allez vers cette petite fille dont la grand-mère se moque ?»

Puis, si le malade le fait, l'aidant continue en demandant «Êtes- vous d'accord pour entendre ce que ressent cette petite fille?».

Si cela fonctionne, il continue par **«Imaginez que vous la prenez dans vos bras, pas pour la consoler, mais pour lui montrer que vous la comprenez, que vous l'avez entendu!»**

Puis il vérifie en demandant : «Comment se sent-elle (la petite fille) quand vous faites cela?» Puis «comment vous sentez vous?»

Telle est la phase de réconciliation.

Naturellement il peut y advenir des milliers de nuances, de résistances, de détours, d'allers et retours, de désaccords. Il arrive que l'on aboutisse à une situation, puis que finalement il faille poursuivre vers une autre.

Il est important de comprendre que **ce qui en fait l'importance n'est pas ce qui est arrivé, mais comment cela a été vécu**. On peut parfois être plus blessé par des choses apparemment moins importantes.

Le patient n'y revient pas pour chasser le mal ou combattre la douleur... il y revient pour entendre et accueillir celui qu'il était, afin de lui donner une place avec la reconnaissance de son vécu et de son ressenti. Il n'y va pas pour nier ce qui a été ressenti mais pour le reconnaître. C'est cela qui est libérateur.

Pour plus de détails sur un tel cheminement lire le dossier [psychothérapie](#) ou l'ouvrage «[L'écoute thérapeutique](#)».

8.4. Réhabiliter celui qui a bu à ses propres yeux

Les trois premiers points sont alors accomplis : 1/l'état d'esprit accordant une raison, 2/la localisation de cette raison, 3/la réhabilitation de la zone blessée.

Il reste trois autres étapes généralement négligées, pour ne pas dire totalement inconnues.

Déjà que les trois premiers points sont rarement au rendez-vous, ces trois suivants sont à des lieux de la pensée de celui qui aide et même de l'alcoololo dépendant qui reçoit cette aide.

Dans sa pensée, le malade alcoolique abstinent doit maintenant offrir une place d'honneur à celui qu'il était lorsqu'il buvait.

Or la tendance naturelle est plutôt d'avoir un regret de s'être tant égaré dans une consommation si destructrice. Le risque pour le malade alcoolique est de s'en vouloir d'être tombé si bas. Fier de s'en être sorti, maintenant qu'il est abstinent, il risque de développer un mépris pour celui qu'il était dans cette période alcoolisée. Or il ne peut vivre en paix en s'amputant de ce morceau de sa vie.

Notre culture nous invite trop souvent à laisser le passé. Avec des «il faut vivre dans le présent et se tourner vers le futur. A quoi bon rabâcher ce qui n'est plus?».

Il est important de comprendre qu'en effet le présent est fondamental et que de se lamenter sur le passé est néfaste. **Il est tout aussi important de comprendre que les circonstances passées sont effectivement passées, mais que celui que nous étions dans ces circonstances, lui, n'a jamais cessé d'être avec nous**. Il est présent en nous et fait partie de nous, de notre [structure psychique](#). Le mépriser revient à s'amputer d'un bout de sa vie, d'un bout de soi. Or nous ne sommes stables que si nous sommes entiers.

Toute amputation d'un bout de sa vie entraîne une fragilité qui devra être compensée avec de l'énergie et des béquilles.

La rechute vient souvent du fait que c'est le seul moyen pour l'abstinant de recontacter l'alcool dépendant qu'il a été et qu'il rejette (sauf quand sa validation a été faite dans le processus d'aide).

C'est toujours cet antagonisme entre la [pulsion de survie](#) qui tend à jeter au loin ce qui fait mal et la [pulsion de vie](#) qui tente de le ramener afin de ne pas perdre celui que nous étions dans cette circonstance.

La première préserve judicieusement de la douleur immédiate, la seconde permet, tout aussi judicieusement de ne pas se perdre définitivement. **Comme une sécurité permettant d'éviter tout effacement intempestif de la vie malgré nous.**

La lutte entre les deux est inégale car la pulsion de survie consomme de l'énergie et ne fonctionne que tant qu'il y en a, alors que la pulsion de vie est un état naturel qui tend spontanément à retrouver sa position initiale. **Quand l'énergie diminue ou disparaît (momentanément ou définitivement) la pulsion de vie reprend ses droits.**

Il est donc judicieux de faire ce travail de rencontre et de réconciliation avant que, par manque d'énergie, la rechute ne survienne inconsciemment comme un ultime moyen d'y parvenir!

Pour concrètement réaliser cela je demanderai au malade de mettre l'attention sur celui qu'il était dans l'époque de dépendance alcoolique et d'imaginer que celui qu'il est aujourd'hui s'en approche, puis lui signifie qu'il entend sa raison de boire, qu'il ne lui fait pas honte et qu'il lui réserve une place d'honneur dans sa pensée... pour ne pas dire dans son cœur. Ceci est extrêmement libérateur et rend la rechute moins probable.

8.5. Lui faire mesurer le service rendu par l'alcool

Après que la raison ait été validée, cette étape n'est plus qu'une formalité. Mais elle est importante. Il s'agit d'amener le patient à bien mesurer le service rendu par l'alcool. Cette étape est impossible à envisager avant d'avoir réalisé les précédentes. Ce n'est que maintenant que l'on peut considérer la compensation et l'aide à vivre qu'a représenté cette consommation pourtant néfaste par ailleurs.

A aucun moment le côté néfaste ne doit être minimisé. Ce qui est important c'est de n'être ni dans le déni du danger que représente l'alcool, ni dans le déni du service qu'il a rendu.

Cela renforce ou aide à approfondir le respect pour celui qui buvait, mais aussi cela permet de mieux reconnaître à quel point il y avait difficulté et à quel point l'alcool a été une aide. Le côté néfaste n'est pas nié, mais l'aide reçue non plus.

Cela va permettre la dernière étape : laisser sa béquille sans rupture.

8.6. L'inviter à laisser sa béquille sans rupture

On ne peut être libre de ce qu'on méprise. Le mépris crée involontairement une sorte d'attachement. L'attachement ne concerne pas que les «papouilles» et les gentillesses. C'est aussi un enchaînement avec des chaînes au sens propre du terme qui concerne les zones de mépris.

Vous remarquerez qu'il n'y a rien de tel que de détester quelqu'un pour ne penser qu'à lui, pour ne parler que de lui. Ceux que nous détestons occupent plus souvent nos conversations que ceux que nous aimons. C'est dire si notre attachement est grand quand nous sommes en rupture.

Pour l'alcool il en est de même. Il est judicieux de ne pas laisser actif un tel attachement. Comme une béquille il a été une aide à vivre, même s'il a représenté un danger.

Celui qui a une jambe dans le plâtre peut néanmoins marcher grâce à une paire de béquilles. Puis, **quand sa jambe est guérie, il laisse les béquilles...** et **il ne lui viendrait pas à l'idée de les mépriser**. Au contraire il leur sera reconnaissant pour l'aide qu'elles lui auront procurée pendant ce temps d'invalidité.

De la même manière, quoi que cela puisse sembler surprenant, **l'alcool ayant rendu un service il va s'agir maintenant de le remercier pour ce service**.

Toutes les étapes précédentes accomplies on invitera alors le malade alcoolique à **quitter sa béquille sans mépris... et même avec reconnaissance**. Il prend congé de ce qui l'a aidé. Il ne le jette pas. Il cesse d'en avoir besoin mais est pleinement dans la reconnaissance de ce qu'il lui a apporté.

Ce dernier point, comme une cerise sur le gâteau vient parfaire le potentiel de liberté de celui qui est devenu abstiné.

9. En cas de rechute

Malgré toutes ces précautions et délicatesses, si malgré tout la rechute survient il est important de savoir la considérer comme **une indication que tout n'a pas été vu**.

Plutôt que de la considérer comme un échec, il sera judicieux d'y voir **une invitation à se rencontrer plus profondément**.

Moins celle-ci sera stigmatisée comme la pire des choses, comme une faiblesse ou un manquement impardonnable, **plus il sera aisé de l'accompagner et d'accomplir une aide plus profonde et plus efficace**.

Plus l'accompagnement de cette rechute se fait tôt, moins elle sombrera dangereusement. Pour cela il est impératif que celui qui a rechuté puisse venir chercher de l'aide avec la tête haute. **Cela n'est possible que s'il sait que sa rechute est plus une opportunité qu'une catastrophe** et qu'il est assuré que celui qui va l'aider a le même regard.

S'il y a rechute c'est que quelque chose n'a pas dû être vu dans sa raison, n'a pas été vraiment réhabilité. Peut être aussi n'a-t-il pas correctement pointé ce que l'alcool lui a apporté ou a garder un peu de rancœur sur l'époque alcoolique ou sur l'alcool lui-même.

Bien sûr **n'oublions pas le cas où une nouvelle situation de vie douloureuse réclame une béquille** et où il ne s'agit pas d'un antérieur mal pacifié. C'est là une circonstance actuelle pénible réclamant à nouveau une compensation. Cela lui permettra de **s'en occuper plus vite avec une autre stratégie que la stratégie alcoolique**. **Pour cela il est impératif que le début de rechute ne soit pas condamné**.

Il faut néanmoins comprendre que la tendance naturelle est de revenir à l'ancienne stratégie qui a autrefois apporté soulagement. C'est pourquoi il sera judicieux d'amener à faire l'expérience d'un soulagement par un autre moyen.

Même quand le passé est en paix, il reste encore l'apprentissage d'un mieux vivre au présent. Celui-ci sera en grande partie amené par une plus grande qualité de la [communication](#) et une plus grande aptitude à l'[assertivité](#).

10. Les autres addictions

Vous aurez bien compris en parcourant cet article que sur le plan de l'aide psychologique **l'approche sera similaire pour toutes les addictions.**

La différence portera surtout sur la prise en charge médicale de la désintoxication quand la substance utilisée est toxique et produit une accoutumance physiologique.

Sur le plan médical, s'occuper d'un malade alcoolique ou d'un toxicomane comportera des différences.

Sur le plan psychologique ce qui est décrit dans cet article sera par contre identique dans l'alcoolisme, la toxicomanie, la boulimie, le tabagisme, la topomanie... mais aussi dans l'anorexie, les pulsions et les tocs.

Le principal point est de **considérer non pas «comment s'en débarrasser», mais plutôt «à quoi ça sert»** avec un regard respectueux sur **cette stratégie addictive qu'on prendra soin de ne pas considérer comme une erreur de comportement, mais comme un chemin permettant de se rapprocher de soi.** Toujours garder à l'esprit ce fonctionnement antagoniste mais pertinent des pulsions de vie et de survie.

11. Nuances et résistances

Parfois une aide peut ne pas se dérouler comme prévu. **Tout ce que j'ai évoqué ici n'est qu'une ligne directrice.** Naturellement **il s'y ajoute une infinité de nuances** qu'on ne peut développer dans le cadre d'un simple article. Ces autres nuances sont d'ordre psychothérapique ou plus simplement dans le domaine de la communication

Dans tous les cas, je vous invite à ne pas considérer mes propos comme une technique. Il s'y trouve avant tout un état d'esprit.

Quand dans ce cheminement apparaît la moindre résistance de la part du patient, **l'état d'esprit veut que cette résistance soit profondément respectée.**

Si par exemple une personne alcoolique dit **«je ne bois pas tant que ça!»**, sans ironie, l'aidant lui retournera **«vous trouvez que votre consommation n'est pas excessive?»** Pour comprendre ce genre d'aide lire l'article sur la [reformulation](#). Cela amènera l'alcoolique à dire «si peut être un peu trop» plus facilement que si on essaye de lui expliquer qu'il a tort.

Si ayant reconnu sa consommation il dit **«oui, mais je ne peux pas m'en passer»**, plutôt que de lui faire accepter qu'il faudrait quand même qu'il pense à une désintoxica-

tion, l'aidant lui proposera **«vous en avez vraiment trop besoin?»** afin de l'amener à trouver et dire plus précisément à quoi cela lui sert (sa raison).

Puis si sa **raison est très intime et douloureuse il peut hésiter à la révéler**. Par exemple un viol ou un inceste subit dans l'enfance peut être très délicat à révéler. Si la personne hésite, respectez son hésitation par **«vous préférez ne pas en parler?»**, **«c'est trop difficile à évoquer?»**.

Plus il y a de respect et de délicatesse plus la parole se délie.

Pour bien accompagner vous pouvez aussi lire l'article [«le danger de convaincre»](#) afin de bien comprendre que convaincre c'est détruire. Cela vous permettra de mieux vous ajuster face aux résistances.

12. Avec tous mes vœux...

Je vous remercie pour l'attention que vous avez accordée à mon article. J'espère que celui-ci aura, aussi modestement que ce soit, contribué à mieux vous faire comprendre la problématique de l'addiction et de l'alcoolisme.

Une contribution destinée à ceux qui ont pour métier d'aider autrui... mais aussi pour toute personne concernée, soit parce qu'elle est elle-même alcoolisée, soit parce qu'elle a dans son entourage proche une personne souffrant de cette addiction.

A toutes les personnes concernées j'adresse tous mes vœux de justesse et de succès dans leur approche. Les besoins sont importants. Dans ce domaine l'efficacité et la douceur sont particulièrement attendues.

Thierry TOURNEBISE

Anorexie
Quête d'écoute et de reconnaissance

Thierry TOURNEBISE

Dans toutes les publications précédentes j'amenais des éléments théoriques, que j'illustrais généralement par des cas réels. Pour certaines illustrations de dialogues, j'utilisais parfois des situations fictives (inspirées de situations réelles) quand elles fournissaient un meilleur éclairage.

J'ai choisi ici une écriture différente, car dès les premières lignes, et surtout pendant toute la première moitié du document, nous découvrirons la situation uniquement du point de vue du patient. Cela m'est apparu comme un incontournable préalable à toutes considérations théoriques.

Pour mieux rendre compte d'un tel ressenti, et pour garder une fluidité optimale, c'est avec différentes situations rencontrées en consultation que j'ai choisi de composer un cas imaginaire. Ce cas se fait le porte parole de ceux qui souffrent ou qui ont souffert d'incompréhension, de ceux qui n'ont pas su comment dire, ou de ceux que l'on n'a pas su aider à exprimer la pertinence de ce qui se passe en eux. Je leur dédie chaleureusement ces lignes, ainsi qu'à leur entourage si souvent démuné devant une telle situation.

Juillet 2006 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF

Lucie, 21 ans, mange de moins en moins et préoccupe sérieusement ses parents. Cette jeune fille (ou jeune femme) a déjà été hospitalisée en services spécialisés mais a rechuté. En fait, son entourage ne sait plus que faire et Lucie subissant cette pression se sent perdue, car il est difficile pour ses proches de la comprendre. Nous concevons tout à fait leur souffrance, mais je vous propose ici d'imaginer plutôt le vécu du point de vue de Lucie. Nous lui donnerons la parole dans ces quelques lignes d'un discours qui, quoiqu'imaginaire, se fait porte parole des anorexiques subissant de nombreuses pressions, perdus dans un environnement aimant, mais peinant à les entendre. Ce document est autant destiné au sujet anorexique lui-même qu'à ceux qui l'entourent et souhaitent l'aider.

Après l'exposé du ressenti et des thérapies de Lucie, suivront quelques éclairages théoriques s'appuyant sur cet exemple.

1. Les pensées intimes de Lucie

1.1. Vie familiale

Je n'ai pas envie de manger ! Je ne supporte pas d'être devant mon assiette avec leurs regards qui guettent la moindre de mes mastications et déglutitions. Ils observent comment je traîne avec les petits bouts de nourriture que je tente désespérément de détacher de cette masse alimentaire qu'ils ont déposée devant moi, tout en prononçant des mots faussement rassurants « allez, juste un peu. Je ne t'en ai pas mis beaucoup ». Sans doute ce n'est pas de leur faute. Ils ne peuvent pas se rendre compte. Ils ont toujours l'air d'avoir peur pour ma santé. Ce qu'ils ne comprennent pas c'est que je me sens mieux comme ça, que ma santé ne va pas... justement quand je mange. Pour moi la santé c'est quand mon corps est mince. Comment je pourrais me sentir bien avec ces surcharges (elle pèse 46 kg pour 1m72), avec ce ventre plein, avec ces digestions impossibles.

Ils voudraient que je retourne à l'hôpital spécialisé. Mais je n'en ai pas très envie. La dernière fois, quand j'ai accepté... pour leur faire plaisir... ça n'a rien changé. Le problème, c'est qu'ils ne comprennent pas non plus. Ils veulent à tout pris que je mange sans jamais se préoccuper de ce que je ressens. Ils me font adhérer à un contrat. Ils prétendent que je suis libre d'accepter ou non, mais en fait si je ne l'accepte pas, ils ne me soigneront pas. Le contrat fait partie du soin. Je ne vois d'ailleurs pas pourquoi ils veulent me soigner. Au fond je ne suis pas malade. C'est vrai, je ne mange pas beaucoup... du moins par rapport à eux. Ils ingurgitent des quantités invraisemblables de nourriture. Dans le contrat, ils me retirent certains avantages comme le téléphone pour joindre mes proches, mes CD pour écouter de la musique, mes livres pour passer un peu de temps à la lecture. Tout cela me sera restitué au fur et à mesure que je reprendrai du poids... jusqu'au jour où je pourrai sortir !

Ils veulent tous que je mange et surtout que je grossisse. Il y a l'infirmier qui est derrière moi pour vérifier que je mange TOUT mon repas. Ah ça ils sont collés à moi... Mais qui se soucie de ce que ça représente pour moi. Si j'y retourne, ça va encore être un calvaire. Je finirai par faire ce qu'ils veulent pour qu'ils me libèrent. Quand je sortirai, je ferai comme je veux.

Bon c'est sans doute vrai que j'ai un comportement alimentaire différent. C'est vrai que des fois je me sens un peu faible. Mais au fond pas tant que ça. Puis ce n'est pas si grave à côté de ce que je ressens si je mange trop... et trop pour moi, le problème, c'est que c'est rien pour eux !

A qui pourrais-je parler de ce que je ressens. Ils sont tous fixés au pire sur la nourriture ou sur mon poids, au mieux sur le fait de vouloir me guérir de je ne sais quoi ou de résoudre mes problèmes. Comment veulent-ils résoudre quoi que ce soit s'ils ne m'écoutent pas. Bien sûr personne n'est méchant avec moi. Tout le monde veut mon bien... mais quand même... personne ne m'écoute. Une phrase comme « Dis nous ce qui ne va pas ? » ... vraiment, ça ne le fait pas !

Le problème c'est que quand ils viennent vers moi pour m'aider, c'est surtout pour que je calme leur angoisse en faisant ce qu'ils attendent de moi, c'est pour que je mange plus. Quand ils viennent vers moi pour m'aider, j'ai plus le sentiment qu'ils viennent contre moi (et pour eux) que pour moi. Je sens comme une énergie qui vient combattre, qui vient ME combattre et j'ai surtout envie de me fermer avant même qu'ils ouvrent la bouche. Je ne le fais pas exprès. En fait je me sens seule. Je ne leur en veux pas. Ils font ce qu'ils peuvent. Mais c'est plus fort que moi. Même quand ils arrivent gentiment vers moi, je sens tellement cette opposition à mes ressentis que je me ferme. C'est plus par réflexe que par volonté. Il m'est impossible de ne pas me fermer. Quand le doigt s'approche de l'œil, il se ferme. Quand l'autre s'approche de mon âme pour la nier, celle-ci se ferme aussi spontanément que l'œil.

Qui veut bien entendre ce que j'ai au plus profond de moi ? Qui, au lieu de vouloir résoudre le problème, qui soi disant m'habite, voudra bien venir écouter la raison qui est au plus profond de l'être que je suis. La raison pertinente qui fait que pour moi, ma façon de manger est correcte, qui fait que pour moi, prendre du poids est insupportable, que les rondeurs me mettent en danger. Est-ce que quelqu'un a seulement une petite idée de l'angoisse que ça représente pour moi ces rondeurs et qu'elles me mettent plus en danger que le manque de nourriture ?

Naturellement, je ne comprends pas toujours pourquoi je ressens cela, mais je sais que je le ressens. On veut toujours l'aborder comme un problème ou une maladie, mais cela, je ne le sens pas. Je sens que c'est plus important que ça, en moi. Qui pourrait m'aider à accéder à ce sens qui m'habite et non s'acharner à vouloir me débarrasser de je ne sais quelle prétendue erreur. J'en ai assez qu'on regarde mon comportement comme mauvais. J'en ai assez qu'on n'ait pas cet élan de me rencontrer vraiment.

1.2. -1ère expérience thérapeutique

Cela me rappelle la première fois que j'ai vu un psy : Il était tellement à l'écoute qu'il n'a rien dit. Les vingt minutes de la séance se sont déroulées sans qu'il ne me dise un seul mot, à part le premier « Bonjour. Je vous écoute » et le dernier « Au revoir. A la semaine prochaine »... Bon j'exagère un peu ! Vous avez raison ! Mais quand même je me suis sentie un peu abandonnée. J'aurais tellement eu besoin qu'il se sente plus concerné, qu'il soit plus proche de moi, plus chaleureux. Il me regardait le plus souvent sans rien dire et j'avais l'impression qu'il m'examinait au plus profond, en silence... que pensait-il ? Était-il au moins en train de comprendre quelque chose ? J'aurais tellement ai-

mé qu'il me pose ne serait-ce qu'une question pour m'aider à m'exprimer... En fait je n'y suis allée que quelques fois car j'ai rapidement ressenti que cela ne me correspondait pas. Je ne doute pas que c'était quelqu'un de très compétent. Mais dans mon cas, je ne ressentais pas l'aide dont j'avais besoin.

1.3. -2ème expérience thérapeutique

Sur le conseil de mes proches, j'en ai consulté un deuxième : Oh ce n'était pas de gaieté de cœur car la première expérience ne m'avait pas encouragée. Celui-ci fut plus bavard. Il me demanda ce qui m'amenait ici et je lui répondis que mon entourage trouvait que je mange trop peu. Il me questionna pour me demander des détails sur mon alimentation... en ce sens il m'aida à dire... mais à dire ce qui pour moi n'était pas l'essentiel.

Puis il me demanda ce que je ressentais face à la nourriture et cela me semblait de bon augure pour être comprise. Mais il finit hélas simplement par lancer son diagnostic, un peu comme s'il lançait une fléchette « vous êtes anorexique ! ». Je ne sais si c'est ce qu'il visait, mais je l'ai reçue en plein cœur. Je pensais qu'il me comprenait alors qu'en réalité il ne faisait que m'analyser pour me diagnostiquer.

Et maintenant, on fait quoi ? lui disais-je en silence, depuis mes pensées.

Il commença à me poser des questions sur mon enfance, fit apparaître que ma mère était proche de mon frère à sa naissance quand je n'avais que trois ans et qu'elle ne m'a plus donné l'attention dont j'avais besoin. Puis que pour compenser cela, plus tard, elle et moi nous sommes excessivement attachées et que ce cordon compensateur qu'elle peine à couper, m'empêche aujourd'hui de trouver mon équilibre. Je ne suis pas certaine d'avoir bien compris où il voulait en venir... mais en d'autres termes, c'était un peu la « faute de ma mère ». Même si ma mère m'énerve quand elle me gonfle avec sa bouffe, je ne supporte pas qu'on l'attaque de la sorte. Certes, ce n'était pas méchant, c'était « thérapeutique »... mais quand même... ça me laissait un goût amer et je n'en ressentais pas du tout le bien fait.

Sentant que je n'adhérais pas à son propos, étant malgré tout attentif, il me fit alors remarquer que je résistais un peu à considérer cela, mais qu'au fur et à mesure du travail les choses se feraient progressivement.

Ce qui s'est fait en réalité c'est que je n'ai été qu'à quelques séances au cours desquelles le problème de ma mère revenait de façon récurrente... je ne sais plus si c'est lui qui m'y amenait ou moi qui en parlais... mais ce qui est certain c'est que je ne sentais aucune considération de sa part envers elle... un peu comme s'il attendait que je reconnaisse enfin sa « nuisance », à elle... Mais peut être n'ai-je pas bien compris ? Dans tous les cas le miracle ne s'est pas accompli et j'ai aussi cessé de le voir.

1.4. -3ème expérience thérapeutique

Un peu plus tard, les choses devenant sérieuses, j'ai été hospitalisée. En effet mon poids descendait de plus en plus. Curieusement, plus je m'en réjouissais... plus tout le

monde s'en inquiétait. Par tendresse pour mes proches plus que pour moi-même, j'ai fini par accepter d'y aller.

Là il y avait toute une équipe avec le psy (infirmiers, éducateurs, aides soignants). Nous avons commencé par le fameux protocole. Rapidement je compris qu'on m'invitait à une lutte. « Tu sais c'est un peu dure, mais ce n'est pas contre toi. C'est contre ta saloperie de maladie et il faut que tu te battes avec nous pour gagner ».

Je ne comprenais pas pourquoi il fallait lutter. Au fil de tout ça, il me semblait plus avoir un problème avec mon entourage qu'avec moi-même... ou du moins que c'était eux qui avaient un problème avec moi. Puis lutter contre le fait de peu manger alors que ce qui me met bien c'est justement de peu manger, me semblait totalement incongru.

De toute évidence, je n'étais pas tombée en un lieu où l'on se préoccupait de ma raison de ne pas manger, mais où le sujet était l'énergie que je devais mettre pour lutter contre ma façon de m'alimenter. Au cas où cette énergie m'aurait fait défaut, la motivation serait venue des récompenses (restitution du téléphone, des CD et des livres, à chaque prise de poids). J'ai entendu dans leur jargon qu'ils parlaient entre eux de « renforcement positif » afin d'ancrer les bonnes habitudes à la place des mauvaises. On aurait dit des informaticiens en train de s'acharner sur le bug d'un logiciel.

En réalité, j'avais plus la sensation de me battre contre eux que contre moi, et cette surveillance continuelle de mes repas et de mon poids me donnait plus le sentiment d'être la marchandise d'un épicier, qu'un être en train de ressentir quelque chose. Quand je faiblissais, ils s'en rendaient compte, car ils étaient très observateurs. Pour m'encourager, pour me motiver, ils me rabâchaient « il faut te battre encore ». En vérité, ils étaient plus observateurs qu'ils n'étaient attentionnés. Au lieu de courage, je ressentais de la colère. J'avais envie de crier et de revendiquer « Et moi là dedans ? ». Mais je ne disais rien. Peine perdue.

Je finis par me soumettre douloureusement car je savais que c'était la seule façon d'en finir. Sans doute cette approche était-elle excellente pour d'autres personnes, mais de façon certaine, pas pour moi. D'ailleurs en sortant je fus plusieurs fois traversée par des idées suicidaires venant contraster avec la surprenante sensation qu'ils avaient d'avoir réussi leur mission : comme j'avais remangé et repris du poids « ça avait marché ».

Personne n'a jamais su que j'ai voulu mourir plusieurs fois à ce moment là. Déjà que personne ne m'entendait sur la nourriture, ça aurait été vain que d'aborder cet autre sujet plus tabou que tous les autres : le suicide.

1.5. -4ème expérience thérapeutique

Le hasard me conduisit vers un quatrième praticien. Je n'y croyais plus du tout, mais mon corps commençait à tellement faiblir qu'il devait tout de même y avoir un problème. De toute façon c'était ça ou l'hôpital. Je ne savais pas où cela me mènerait, mais je me sentais si mal que je n'avais plus rien à perdre. Mon entourage se faisait plus de soucis que jamais. Au plus profond de moi, j'espérais tout de même que quelqu'un pourrait m'aider à dire, entendre et reconnaître ce que je ressens.

Il commença quasi directement, sans détours ni paraphrases, par une question simple et inattendue, prononcée avec chaleur et délicatesse « C'est mieux pour vous de ne pas trop manger ? ». Un curieux moment de bonheur dont je ne savais pas ce qui se passerait après... mais déjà, il se produisit là quelque chose qui n'était jamais arrivé. Il n'y avait dans le ton aucun sarcasme, aucun sous-entendu... une simple reconnaissance de mon ressenti. Pas de diagnostic, pas de problème à régler, pas de lutte ... juste une reconnaissance. J'avais envie de me dire « Enfin ! ».

Puis il me demanda ce qui m'avait déjà été demandé « Que ressentez vous face à la nourriture ? » Mais là ce fut tout à fait différent. C'est curieux, car c'était presque les mêmes mots. Ce qui changeait tout, c'est que je ressentais qu'il y accordait un sens. Il n'y avait, dans son ton, aucune idée de chose à résoudre, ni de lutte à mener... juste une rencontre, une justesse à révéler. Je m'investis pour répondre, sans trop savoir, mais je sentais suffisamment de confiance en lui, car je sentais que lui avait confiance en moi. Il ne regardait pas un problème à résoudre, mais un être en train de vivre quelque chose d'important. Il semblait vouloir rencontrer cet être non pour venir à bout d'une quelconque pathologie, mais pour en faire émerger la justesse, la raison, la pertinence. Fini de rechercher « où ça cloche » ! Il était en train de chercher « où ça va » ! Curieuse sensation que cette quête de pertinence, plutôt que cette chasse à l'erreur. Ce fut comme une sorte de douceur dont on a la sensation que « ça sait où ça va ».

Il me vint à l'esprit aussitôt que je voulais débarrasser mon corps de ses rondeurs. Je le lui dis tout simplement. Alors que tout le monde s'acharnait à vouloir l'arrondir et à me convaincre de sa maigreur, ce praticien me rétorqua simplement « Ces rondeurs vous sont insupportables ? ». Évidemment c'était cela ! Le visage reconnaissant, je lui dit que oui, n'osant espérer une suite aussi juste... il me dit alors « En quoi sont elles si insupportables ? » Je n'osais lui révéler ce qui me vient soudainement à l'esprit. J'avais confiance, mais là c'était difficile à dire. Mon corps fut parcouru par un désagréable frisson, mais en même temps je sentais que c'était ça.

Il attendit sans me presser puis, voyant mon trouble me demanda, en signe de reconnaissance « C'est délicat à dire ? ». Il semblait m'inviter à prendre tout mon temps, à ne révéler que ce que je souhaite révéler, à ne regarder que ce que je souhaite regarder... il sous entendait ainsi qu'on a le temps et que de toute façon c'est important et mérite beaucoup de délicatesse.

A aucun moment il ne semblait inquiet. Même sans savoir de quoi il s'agit, il avait confiance en moi et semblait se réjouir du fait que je me rapproche de moi-même. Il semblait déjà présent à ce que je venais de découvrir alors qu'il ne savait pas ce que c'était et que je ne le savais pas moi-même, à part une gêne intense au plus profond de moi.

Je lui dis simplement que je ressentais en moi une gêne intense, mais que je ne me l'expliquais pas. Il m'invita avec confiance à tourner mon attention vers cette gêne et à cueillir ce qui me vient à l'esprit. En le faisant, cette gêne s'intensifiait et je « voyais » un regard. Je lui parlais de cette gêne de plus en plus forte et de ce regard. Il en reconnut l'existence sans peine et me demanda de mettre mon attention sur ce regard. J'éclatais soudain en sanglots en découvrant que ces yeux étaient ceux de mon père. Il me fit un jour une réflexion qui bouleversa ma vie. J'avais 12 ans quand je dis candidement à un repas que j'aimerais avoir un petit copain. Je ne sais pourquoi il se leva brusquement, se

mit en colère, me regarda méchamment avec une violence que je ne lui connaissais pas et me lança « t'as pas intérêt à te comporter comme une traînée sinon tu n'es plus ma fille ! ». Puis il a quitté la table. Je me suis sentie fautive, sans savoir de quoi. Il était parti à cause de moi. A cause de moi qui devenait une femme (mais je ne m'en rendais pas compte)... alors il ne fallait pas que j'en sois une... je n'ai pas manqué de m'y employer. Prendre du poids c'était perdre mon père. Chaque rondeur était une menace d'abandon. Chaque gramme me conduirait à me retrouver seule et bannie...

Le praticien reprend simplement « ça a tellement touché l'enfant que vous étiez ? » Comme je le lui confirme, profondément émue, il continue par « Vous voyez cette enfant ? ». Je lui dis que oui, alors il m'invita à me rapprocher d'elle (dans l'imaginaire) et à lui dire que j'entends à quel point elle souffre des paroles qu'elle vient d'entendre. Voyant que je le fais, il me demande « Comment se sent l'enfant ? » Elle était plus détendue, souriante, enfin entendue. Il ajouta « et vous comment vous sentez-vous ? » Je me sentais comme libre d'un grand poids que j'avais toujours ressenti sans savoir ce que c'était. J'avais passé ma vie à lutter pour ne pas devenir une femme... et jusque là on n'avait fait que me demander de lutter contre ma lutte... ça ne pouvait pas marcher.

Me voyant m'apaiser le praticien me demanda alors « Avec cette petite fille, toutes les deux ensemble, vous pouvez regarder vers cet homme qui est votre père, puis "écouter" pour quelle raison ça a été important pour lui, de dire ce qu'il a dit ? ». Je découvris ce que pourtant je savais. Il ne s'entendait plus avec ma mère. Ils ont traversé à cette époque une grosse crise. Il souffrait de la séparation potentielle de leur couple (qui finalement ne s'est pas séparé, mais ça n'a plus jamais été pareil)... Sa réaction a été à la mesure de sa douleur mais n'avait rien à voir avec moi. « Vous et la petite fille, ensemble, vous pouvez lui "dire" que vous entendez sa douleur à l'idée de perdre son couple ? ». Bien sûr. Je lui répond que bien sûr. « Comment est votre père quand vous faites cela ? » Il a un regard souriant. Ça lui fait du bien. « Comment vous sentez vous ? » Beaucoup mieux.

Me laissant le temps de goûter ces nouvelles sensations de vie, il finit par me demander « Si vous repensez à la nourriture, quelle impression avez-vous par rapport à tout à l'heure ? ». Ça ne me fait plus la même chose.

A partir de ce jour je me suis remise à manger normalement.

Je suis tout de même retournée à l'hôpital, mais juste en médecine et non en hôpital spécialisé. Cette fois-ci, ce n'était plus pour mon anorexie, mais juste pour assurer un rééquilibrage métabolique, car mon corps avait trop souffert de cet épisode de dénutrition. Je ne peinais plus à m'alimenter ni à prendre les nutriments qu'on me proposait et l'équilibre revint relativement vite

Jusqu'à aujourd'hui je n'ai pas rechuté, j'ai 26 ans... Ça fait déjà cinq années...

2. Soins rencontrés par Lucie

2.1. Quatre approches différentes

Lucie prenait la peine de ne pas juger ses thérapeutes. Elle se disait de chacun qu'il devait sans doute être compétent, que ça devait sans doute être bon pour certains, mais

que pour elle, ça ne correspondait pas. Ce qui dénote déjà une certaine force de caractère. Certains sujets, plus fragiles, auraient pu se dire « les techniques sont bonnes, c'est moi qui suis nulle ».

Dans sa première expérience, effectivement, l'approche plutôt à tendance analytique aurait convenu à un sujet en quête de cheminement personnel, mais pas à quelqu'un en situation d'urgence. Il n'y a pas ici le temps d'attendre que se produise le moment de transfert salutaire sur lequel le praticien peut s'appuyer pour que le patient trouve en lui ce qui l'a touché dans sa vie.

Dans sa deuxième thérapie, l'axe aurait pu mieux lui correspondre, car elle était accompagnée par des questions pour l'aider à exprimer ce qu'elle ressent. Cependant, l'annonce de diagnostic, la dérive « culpabilisante » envers la mère et la non reconnaissance de sens, ne pouvaient la satisfaire. Le diagnostic n'apporte rien ici en terme d'écoute et le fait de se sentir « classée » n'aide pas Lucie. La culpabilisation de sa mère ajoute une blessure à sa blessure car une structure psychique n'a son équilibre que quand elle est complète (celui qu'on est, ceux qu'on a été et ceux dont on est issu). Enfin, le fait de chercher « ce qui ne va pas pour le résoudre » est une forme de recherche du « non sens » alors que Lucie a besoin d'une recherche de « sens ».

Dans l'hospitalisation spécialisée, elle a rencontré une approche (comportementale et cognitive) visant à lui faire vivre une nouvelle expérience de l'alimentation avec le « renforcement positif » apporté par les « récompenses ». Cela aurait eu un meilleur résultat chez un sujet ayant vécu dans une culture familiale où l'apprentissage de la nourriture se serait fait autour de l'idée de peu manger et que la nourriture est plutôt ennemie. Cette approche aurait eu du succès dans les situations de défaut d'apprentissage, mais pas quand une circonstance de vie doit être réhabilitée.

Lucie avait plutôt besoin de « retrouver » la fille de 12 ans à qui le père a dit avec une grande colère, tout en partant « *t'as pas intérêt à te comporter comme une traînée sinon tu n'es plus ma fille !* » Puis elle avait besoin « d'entendre » le vrai ressenti de cet homme qu'était son père, en souffrance avec sa femme. Elle avait besoin d'accéder au sens et surtout à ces parts de vie, à ces parts d'être, à ces parts de sa structure psychique que sont la petite fille de 12 ans et l'homme qu'était son père à ce moment là. Il en résulte une sensation de complétude.

2.2. Vouloir aider peut être un piège

Un être en souffrance psychologique, peut rencontrer plusieurs écueils, quand il se retrouve face à un proche, un ami ou même un praticien.

Le premier écueil et le plus inattendu, est pour celui qui souffre, de rencontrer quelqu'un qui veut l'« aider ». Sans doute vaut-il mieux rencontrer des gens qui veulent nous aider que de ne rencontrer personne ou que des gens indifférents, mais pour un sujet en souffrance psychologique, sentir quelqu'un s'approcher de lui avec le projet de l'aider peut être vécu presque comme une agression. Même quand le sujet est lui-même demandeur (ce qui est généralement le cas lors d'une consultation), **si le praticien a pour projet « d'aider », il risque de générer une résistance chez celui qui le consulte.**

Comme le souligne Jung « *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 guérissons* » (Jung, 1973, p.157) ou Rogers « *...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.137)

Une des raisons à ces « résistances » est sans doute cette pulsion aidante, qui est une sorte de principe de « pouvoir » sur le mal qui est en l'autre. Naturellement il s'agit là d'un « pouvoir » pour le « bien », mais cela ne correspond pas aux enjeux de celui qui souffre, quand bien même il en serait demandeur. Quoi que sincère et généreux **un tel élan peut verrouiller l'interlocuteur en besoin d'aide.**

Vouloir aider est **trop souvent l'expression d'une volonté qui consiste à « chercher ce qui ne va pas » pour faire en sorte que « ça aille mieux »**. Or partir du principe que « ça ne va pas » est déjà, hélas, un mauvais départ. En effet, quand un sujet ressent une souffrance psychologique, ce qu'on estime « ne pas aller » est le plus souvent l'expression de quelque chose d'important qui s'accomplit avec justesse chez lui.

Commencer en voulant combattre cela n'est pas approprié. Cela revient à dévaloriser le processus qu'il a mis en place au plus profond de lui-même pour s'en sortir, soit pour survivre (pulsion de survie mettant à distance la part douloureuse de soi), soit pour grandir (pulsion de vie tentant de rétablir la complétude de Soi). Ce mauvais départ engendre immédiatement une mauvaise suite car alors celui qui pour aider cherche « où est le problème », se met aussi à rechercher « A cause de quoi » ou « A cause de qui ». Ce « à cause de » vient malencontreusement combattre un enjeu fondamental : **le symptôme ne se manifeste pas « à cause de » mais « spécialement pour »**

2.3. Un symptôme « spécialement pour »

Nous assimilons trop souvent le symptôme psy à un état de morbidité. Comme s'il s'agissait de débarrasser le sujet de quelque chose de mauvais, qu'il aurait contracté à un moment de sa vie. Notre regard, par habitude, considère un peu cette situation comme celle où on contracte une maladie infectieuse où il faut se débarrasser de l'agent pathogène.

Or, l'expérience montre que, de cette manière, on a généralement peu de résultats. Il ne s'agit pas d'un pouvoir contre ce qui se passe de mauvais, mais d'un accompagnement de ce qui se passe de juste. C'est tout simplement le contraire. Nous ne sommes pas en présence d'un mauvais processus à corriger, mais d'un processus pertinent à accompagner.

Dans l'exemple de Lucie, nous ne nierons pas, bien évidemment, que la dénutrition est un danger et nuit gravement à sa santé. Cependant, **en ne mangeant pas, elle accomplit quelque chose de juste et d'important.** Même d'un point de vue purement cognitif, son mécanisme de pensée l'amenant à choisir l'absence de rondeur pour ne pas être femme est un indispensable moyen pour ne pas perdre l'estime de son père. Bien sûr, à l'époque où survient l'événement, quand le père lui lance « *t'as pas intérêt à te comporter comme une traînée sinon tu n'es plus ma fille !* » tout en se levant de table

très en colère, Lucie n'a pas toutes les données. Elle croit que c'est contre elle, alors que son père ne fait que « parler » de sa douleur conjugale. Compte tenu des informations dont elle disposait à cette époque son ressenti et sa stratégie étaient justes et doivent être considérées comme telles.

Combattre cela, ou lui montrer que c'est stupide, c'est tout simplement nier qu'elle n'avait pas tous les éléments, ainsi que la justesse qu'il y a à ne pas vouloir perdre un père. De cette validation de l'être, de son ressenti et de ses choix (ou même de son processus cognitif), il découle une réassurance qui lui permet de se sentir exister et de reconsidérer la situation avec les nouveaux éléments disponibles

2.4. Le danger de la culpabilisation

Quand cela est compris il devient évident que les paroles et l'attitude du père ont joué un rôle dans ce qui s'est passé. Nous n'oublions pas cependant que **la douleur ne vient pas de ce que le père a dit, mais de ce que Lucie en a fait**. C'est pour cela qu'on peut y revenir ultérieurement en thérapie, car tout au long de sa vie, il lui sera toujours possible d'en faire autre chose, au fur et à mesure de sa maturation.

Elle est habitée par une peur de perdre son père. Elle est prête stratégiquement (même si c'est inconscient) à ne pas s'arrondir (ne pas devenir femme), donc à ne pas manger... pour ne pas le perdre... jusqu'à en risquer la mort. C'est à dire qu'inconsciemment, pour Lucie, sa propre mort est moins douloureuse que la perte de son père. La faire manger par force la met réellement en danger... un danger pire que la mort, d'où ses pensées suicidaires après la troisième thérapie.

Donc **toute approche qui viserait à mettre en exergue que c'est « à cause du père », le rendant mauvais et coupable, le lui ferait perdre définitivement**. Non seulement le père serait devenu une source nuisible définitivement perdue, mais en plus, Lucie se sentirait stupide d'avoir tant souhaité se rapprocher de quelqu'un qui a si peu de valeur. **Il en résulterait une « désagrégation » de la structure psychique** (manque de père et manque de soi) où la détresse peut même également entraîner des idées suicidaires tant la vie semble alors, à ses yeux, sans issues. Ça devient encore pire que d'être forcée à manger (et ce n'est pas peu dire !)

Dans la dernière thérapie nous voyons par contre que, non seulement le père n'a pas été culpabilisé, mais même que la raison de son attitude a été validée. Il a été rencontré plus profondément et reconnu, au point que son existence en a été confortée. Nous remarquons aussi que la douleur de Lucie, entendant les paroles de son père, n'a pas été niée non plus. En effet, quand on a bien intégré qu'il est indésirable de culpabiliser le père il ne s'agit pas pour autant de nier le vécu de Lucie en lui demandant maladroitement de « pardonner ».

2.5. Le piège de « pardonner »

Ayant parfois compris à quel point il ne faut pas culpabiliser, nous rencontrons la dérive contraire qui consiste à vouloir absolument faire pardonner. Or si la culpabilisation détruit l'auteur (ce qui est très fâcheux quand c'est un ascendant dont on a besoin

pour se construire) le pardon, lui, détruit la victime (lui demandant d'étouffer la douleur vécue).

Dans *le Robert, dictionnaire historique de la langue française*, nous trouvons que « Pardonner » vient étymologiquement du latin *perdonare* où *Per* (donnant l'idée d'absolu et d'accomplissement) est ajouté au verbe *donare* (faire remise de). L'ancienne expression *Perdonner vide* signifie ainsi « faire grâce, laisser la vie sauve à un condamné ». Il s'agit ainsi de « lever la punition », de « remettre de la punition des péchés », mais pas d'accéder à la raison de l'auteur. Or, dans l'aide psychologique, il ne s'agit ni de punition ni de pardon, mais de compréhension et de reconnaissance. La victime doit être reconnue dans la dimension de sa douleur et l'auteur dans la raison de son acte. Il s'agit de comprendre, mais pas de pardonner, car pardonner est ici hors sujet. Comprendre, rencontrer, reconnaître les fondements de l'auteur ne constitue pas un pardon mais une reconnaissance de celui qu'il est et de sa raison. Cela n'empêche pas qu'il puisse répondre de son acte, car quelle qu'en soit la raison, il en est l'auteur, il en est la source, en ce sens où « c'est lui qui l'a fait ». L'auteur est alors plus engagé dans une responsabilité qu'il se doit d'assumer que dans une culpabilité qui pourrait le bannir. Cette reconnaissance permet à la victime de se conforter en tant qu'individu, en tant qu'Être vraiment humain, mais sans rien nier de celle qu'elle a été lors du vécu antérieur, sans rien nier des douleurs qu'elle a éprouvées. Elle est ainsi autant apte à prendre soin de celle qu'elle était et de la reconnaître dans son vécu que de comprendre l'auteur.

Si j'insiste sur cet aspect qui peut surprendre de « reconnaissance de l'auteur et de sa raison », c'est particulièrement dans les cas où l'auteur est un ascendant. En effet si les ascendants ne font pas partie de notre structure psychique (si on les en a banni) les manques qui en résultent peuvent produire des vies anormalement fragilisées. Dans l'exemple de Lucie, **elle en a voulu à son père et l'a rejeté pour ce qu'il a dit... mais elle a en même temps tout fait pour ne pas le perdre**. Nous trouverons de telles situations même en cas d'actes plus graves, de violences ou de violences sexuelles. Le sujet est alors dans une délicate situation où il va en même temps « violemment rejeter » et « tout mettre en œuvre pour retrouver ».

2.6. Libre des statuts familiaux (ou imagos)

Il est à noter, dans la 4^e thérapie de Lucie, une expression importante en thérapie : **« ... vous pouvez regarder vers cet homme qui est votre père ? »**. Si le praticien avait simplement dit « ... vous pouvez regarder votre père ? » au lieu de « ...cet homme qui est votre père... », il aurait produit une situation dans laquelle on aurait eu la petite Lucie en train de regarder son papa. En disant « ...l'homme qui est votre père... » il produit au contraire une situation où **un humain regarde un humain**. Le statut familial (paternel) n'est pas nié, mais l'accent est mis sur le fait que c'est un homme et non juste un statut. **Cela permet surtout à Lucie de le regarder en étant elle-même adulte** (en étant celle qu'elle est aujourd'hui). Un tel regard donne existence à l'homme qu'est son père, et de cette façon donne à Lucie le père qu'elle a peur de perdre. En ne voyant que son « papa », ce père lui manque car il n'existe qu'en tant que statut.

2.7. Le sujet actuel distinct de celui qu'il était

La façon dont le thérapeute nomme le sujet quand il était enfant est également une façon de s'exprimer qui a ici beaucoup d'importance. Dans la quatrième thérapie, Lucie entend le thérapeute lui dire : « **ça a tellement touché l'enfant que vous étiez ?** ». S'il avait dit « ça a été tellement douloureux pour vous ? », il aurait amené Lucie à ne pas distinguer celle qu'elle est aujourd'hui, de celle qu'elle était à cette époque. Ne faisant ainsi pas la différence entre celle qu'elle est et l'enfant qu'elle était, Lucie se serait trouvée « revivre » la situation antérieure. Or un sujet n'a surtout pas besoin de revivre l'ancienne douleur. Il a avant tout besoin « d'aller » s'occuper de celui qu'il était quand cette douleur est survenue. Pour cela, il doit en être distinct. Or il ne peut se rapprocher de celui qu'il était que dans la mesure où il en est distinct.

Le praticien dira aussi « **Vous voyez cette enfant ?** » (dans le but de s'y ouvrir), puis « **Comment se sent l'enfant ?** » (une fois qu'elle a été reconnue) et enfin « **et vous, comment vous sentez-vous ?** » car le fait que l'enfant soit apaisée est une chose et comment se sent le sujet actuel en est une autre.

La structure psychique est ainsi faite qu'elle forme un tout, mais que chaque partie est distincte de l'autre. Entre ces parties, le flux de vie (flux existentiel) s'écoule librement ou ne s'écoule pas, selon qu'il y a ouverture (pulsion de vie) ou fermeture (pulsion de survie).

Cette notion de « parties distinctes » peut surprendre au niveau de la structure psychique, alors que ça ne nous surprend pas au niveau de notre structure physique corporelle : notre corps forme un tout dont les parties sont distinctes, quoique reliées entre elles : les mains ne sont pas les pieds et la tête n'est pas le buste... Quelqu'un qui ne ferait pas la différence aurait un sérieux problème de schéma corporel ! Or dans la structure psychique faire la différence entre celui qu'on est et celui qu'on était permet d'en restaurer l'intégrité, permet de mieux localiser où c'est « fermé » et où c'est « ouvert » et de restaurer les ouvertures (reconnaissance) là où c'est possible.

Loin de dissocier le sujet, cette façon de l'aborder lui permet de se « réunir » et de retrouver son intégrité. Nous pourrions ici reconnaître le principe d'individuation de Jung, avec la complétude du Soi, même s'il n'a jamais nommé les choses tout à fait de cette façon.

3. Pour mieux rencontrer Lucie

3.1. Comprendre les difficultés face à la différence

D.W. Winnicott (médecin, psychanalyste 1896-1971) met bien notre attention sur la difficulté qu'a un enfant, au début, à voir sa mère comme « autre » que lui. Ils sont fusionnels. La mère ou l'enfant, pour l'enfant, c'est pareil. Puis quand celle-ci lui échappe (elle est absente, le gronde, ou ne le satisfait pas) l'enfant doit retourner vers lui-même pour calmer son manque. Il s'auto apaise avec une ressource narcissique (par exemple

son pouce dès qu'il parvient à le contrôler pour le porter à sa bouche). Puis arrive un moment où il ne peut plus se contenter de cette seule source narcissique (auto satisfaction), et il cherche à y ajouter un réconfort extérieur qu'il peut contrôler. C'est pourquoi, quand le parent lui échappe, pour calmer cette angoisse du manque, il utilise le fameux *objet transitionnel* qui n'est pas le parent et qui n'est pas l'enfant non plus. Il développe néanmoins un pouvoir sur cet objet qui lui est extérieur (ce n'est pas lui), mais qui n'est pas non plus un autre (ce n'est pas le parent). Cela se poursuit jusqu'à ce que la maturité permette de considérer l'autre comme « autre » et ne produise ni manque ni angoisse. Il n'y a plus peur de le perdre.

Cette maturité tarde à venir au point que Winnicott nous fait remarquer qu'un adulte n'utilisant plus les peluches ou un coin de couverture comme objet transitionnel, a néanmoins besoin de ce qu'il appelle une *aire intermédiaire* entre *son monde intérieur* et *le monde extérieur*. « Cette aire n'est pas contestée, car on ne lui demande rien d'autre sinon d'exister en tant que lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche interminable qui consiste à maintenir, à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure » (Winnicott, 1971, p30).

Je soupçonne, sur ce point, que les *idées communes* lui assurent cet espace intermédiaire qui lui est extérieur, mais qui ne le met pas en danger par rapport à cet autre, face à lui, qui est trop autre, un peu trop étrange... c'est à dire un peu trop *alien* (qui veut simplement dire *étrange*, ou *étranger*). Quand Philippe Pinel, psychiatre du XVIIIe siècle (1745-1826) a décidé d'appeler les malades mentaux des *aliénés* plutôt que des *fous* et qu'il les a libéré des chaînes avec lesquelles les entravaient indignement ses prédécesseurs, c'est qu'il les considérait comme des êtres qui étaient devenus *étrangers à eux-mêmes*. Le mot n'avait rien de péjoratif et tentait au contraire de donner aux malades mentaux une meilleure considération. Il n'a hélas pas été suivi sur ce point par tous ses successeurs.

Face à Lucie l'entourage peine à accorder sens ou valeur à sa différence. Cette différence bouscule trop le monde personnel de chacun et ne respecte pas les « idées communes », les idées habituelles, sur lesquelles chacun s'appuie naturellement. Même les praticiens estiment que cette différence doit être corrigée et, ne lui accordant pas son sens, induisent qu'elle est « mauvaise ». Cette différence est plus perçue comme une « aliénation » que comme l'expression d'une intelligence ou comme l'expression de quelque chose de précieux qui s'accomplit en Lucie. Il apparaît que cette différence la rend surtout « étrange » (pour ne pas dire *alien*) aux yeux d'autrui. Elle est plus étrange aux yeux d'autrui, qu'elle ne se sent étrangère à elle-même. Chacun, face à elle se trouve bousculé dans tout ce qui fait les pensées dites « raisonnables ».

Qui, sachant lâcher ses préjugés et ses pensées toutes faites, accordera suffisamment d'importance au ressenti de Lucie pour la rencontrer et surtout pour lui permettre de se rencontrer elle-même ?

3.2. Développer une capacité à ne « pas savoir »

Dans notre vie sociale ordinaire, quand « l'autre » a des idées trop différentes des nôtres, il arrive qu'on le trouve déraisonnable, égaré, pour ne pas dire « un peu fou ». La mode est, hélas, plus de savoir convaincre que de savoir comprendre. L'humain a en-

core quelques progrès à réaliser dans sa capacité à vivre la différence de l'autre comme une richesse plutôt que comme un danger. Pour cela il doit développer sa sensibilité et son humanité. Il devra aussi accepter de s'approcher de l'autre avec un état de « non savoir », humble, afin de le rencontrer vraiment. Il s'agit toujours d'une page vierge à remplir. Les idées préconçues ferment la perception.

C'est ici une attitude fondamentale pour pouvoir entendre Lucie qui fait quelque chose de « déraisonnable » à nos yeux, mais de juste pour elle.

La propension à défendre bec et ongles les « idées communes » ressemble à la tentative de créer une sorte *d'objet transitionnel* utilisé par les grands en manque de maturité... Vu que tout le monde tente de convaincre tout le monde plutôt que d'entendre les différences... nous pouvons estimer que la maturité est un phénomène rare, et que les possesseurs de « doudous idéologiques » sont légions dans le monde « soi-disant adulte ». Les adultes promènent partout leurs *idéaux*, un peu comme le petit traîne sa *peluche* ou son *coin de couverture*...

La maturité est plus ou moins développée chez chacun d'entre nous, et parfois il s'y trouve une souffrance particulièrement éprouvante. La maturation, c'est de savoir être distinct tout en étant proche et en respectant la différence de l'autre. Ce n'est que dans ce cas que celui-ci est rencontré, et que le sentiment de vie et de plénitude qui en résulte, calme durablement l'angoisse de solitude. « La chose réelle est la chose qui n'est pas là » nous précise J.B. Pontalis, traducteur, explicitant le propos de Winnicott (Winnicott, 1971,p.14). Il indique ainsi que ce qui est réel est ce qui nous manque, et que le vide ressenti est une réalité intime qui peut être utilisée comme un point de départ pour accéder à l'être qui fait défaut. Mais celui qui manque, pour ne plus manquer, doit être rencontré comme un individu, comme un être, et cesser d'être perçu comme un statut, comme un imago.

Il est clair que l'enfant n'est jamais conscient que *ses parents* sont des individus (les parents aussi peinent souvent à voir *leurs enfants* comme des individus). Ce sont *ses parents*, voilà tout. Cette situation dure parfois longtemps... très très très longtemps. Curieusement l'enfant va d'autant plus développer un attachement à ses parents qu'il ne les aura pas rencontrés en tant qu'homme et femme, en tant qu'individus, car dans ce cas ils lui manquent en permanence. Il sortira de ce manque quand il lui deviendront réels, c'est à dire le jour où celui qu'il était (l'enfant) voit au delà de l'imago, voit des êtres avec une vie, des ressentis, des joies, des peines...

Il en va de même pour la mère. Une mère n'est pas sensée *couper le cordon* d'avec son enfant car celui-ci compense ainsi le manque provenant de la non rencontre, du fait que chacun voit plus le statut que l'être. Le cordon est l'expression d'un besoin compensateur (libidinal) qui cesse naturellement quand il y a eu rencontre réelle (existentielle). Il ne s'agit jamais de demander aux mères de *couper le cordon*, mais de les aider à passer du lien (cordon libidinal de besoin) au canal (ouverture existentielle de rencontre et de reconnaissance). Le premier ne peut sans danger disparaître tant que le second n'est pas abouti.

Curieusement, plus il y a attachement, plus cela signifie que la vraie rencontre peine à s'accomplir. Chacun se contente alors de fantasmer l'autre à travers le statut (l'imago) sans le percevoir vraiment. Un praticien qui insiste pour faire « couper le cordon », sans ouvrir le canal existentiel, risque de saboter un tel processus. **Celui qui induirait en plus**

une culpabilisation à propos de ce cordon deviendrait même dangereux en détruisant ce qui n'a pas été encore rencontré. Ce fût le cas dans la deuxième expérience thérapeutique de Lucie.

4. Autres cas

4.1. Diversité

Naturellement le cas de Lucie est un exemple permettant d'illustrer un vécu, mais pas tous les vécus. Dans l'exemple il s'agit du père, dans un autre il peut s'agir de la mère ou du vécu avec un proche de la famille ou une autre personne avec laquelle une douleur a été ressentie.

J'ai choisi dans cet exemple une situation où la cause du trauma est, en terme de situation objective, relativement dérisoire. En effet, nous cherchons trop souvent des circonstances objectivement graves là où il n'y en a pas... jusqu'à parfois les induire et faire « retrouver » à un sujet ce qu'il n'a pas vécu. Ce peut être extrêmement dommageable. Seul le vécu subjectif compte. L'aspect objectif des circonstances est à peu près sans importance dans le moment thérapeutique, car ce n'est pas la gravité de l'événement que nous devons prendre en compte, mais la gravité du ressenti. Un sujet peut s'effondrer face à une situation dérisoire, ou au contraire ne pas être ébranlé devant une situation terrible. *Nous serons tout de même attentif au fait que dans le premier cas il peut s'agir de la dramatisation de quelque chose d'important se situant ailleurs et dans le deuxième que ce peut être un refoulement de la part de quelqu'un disposant de beaucoup d'énergie pour faire illusion (aux autres autant qu'à lui-même).*

Comme les situations où il y a eu des attouchements sexuels peuvent provoquer un problème de rapport au corps et engendrer un syndrome anorexique, le risque est de trop souvent systématiser ce genre de cause et de « chercher » une chose dont on a déjà « décidé l'existence » avant de la trouver. C'est volontairement que j'ai pris l'exemple de Lucie où ce n'est pas le cas, car autant il ne faut pas manquer une telle situation sexuelle quand elle s'est produite, autant il est hautement néfaste de la chercher à tout prix quand ça n'a pas eu lieu. Normalement cela ne devrait pas arriver à un praticien expérimenté. Un praticien ne prétend pas savoir avant que l'autre ne se soit révélé. Sa base est le non savoir et il se fait éclairer par le patient qu'il accompagne.

4.2. Situations vraiment inattendues

Cette neutralité chaleureuse, ce non savoir confiant, peuvent parfois conduire à des émergences qui ne semblent pas raisonnables. La source du trauma est parfois évoquée avec des réminiscences dont on ne peut mesurer le degré de réalité objective et dont l'aspect symbolique n'est pas forcément perceptible non plus (ici l'interprétation me semble être une démarche dangereuse). Le praticien se doit alors, en toute confiance de cheminer sur ce que propose son interlocuteur.

Je me souviens de cette femme qui, me disant ce qu'elle ressent avec la nourriture, me parle de gavage, de supplice, puis de réel supplice tel qu'on en infligeait au moyen

âge. Au début elle pense me parler d'un film qu'elle aurait vu et qui l'aurait choquée, mais rapidement elle éprouve le besoin de me dire qu'il s'agit d'elle. Ne portant aucun jugement sur ce qu'elle me propose, aussi étonnant que ce soit, je l'invite naturellement à accompagner « celle qu'elle était » en train de subir ce supplice légal (car elle y voyait une fin de vie, une fin de « sa vie » dans cette situation, vécue comme antérieure). Il se trouve que, suite à cet accompagnement dans l'imaginaire, son anorexie a disparue et n'est pas revenue (je l'ai revue plusieurs années plus tard et elle n'avait pas rechuté). Nous avons là un accompagnement sur un thème qui heurte l'intellect, mais sur lequel nous ne sommes sensé avoir ni jugement, ni croyance, ni présupposé.

J'ai rencontré une autre situation où le sujet restait maigre pour rappeler la mémoire d'un membre de la famille qui avait vécu la déportation, mais envers qui les "proches" manquaient de considération.

J'ai aussi reçu en consultation une jeune fille qui, pensant à la nourriture, voyait une femme maigre... dans un camp de concentration... dont on a tué le mari... et pris l'enfant. Ici, la logique nous échappe d'autant plus que ni elle (bien sûr vu son âge) ni sa famille (à sa connaissance) n'ont vécu une telle chose. Pourtant je l'accompagne simplement sur ce qu'elle me propose. Je l'invite à « voir », « entendre », reconnaître cette femme « qui est elle », « déportée » dont on a « tué le mari et pris l'enfant ». De cet accompagnement il a résulté une importante douceur chez le sujet et une disparition de l'anorexie.

Vous devrez prendre en compte que je ne donne pas ces exemples comme des modèles. Il me servent simplement à démontrer à quel point il faut savoir entendre l'autre dans sa raison et que « sa raison » ne se trouve pas toujours dans quelque chose de « raisonnable ». Notre capacité à nous ouvrir à cet autre, différent, étonnant, apparemment incohérent est ce qui fait la qualité de notre accompagnement. Si notre intellect veut de la nourriture « raisonnable », dans les deux exemples ci-dessus on peut lui parler de « vision symbolique », de « transgénérationnel », « d'inconscient collectif » de « fausses mémoires », de « vie antérieures » (dont on n'a prouvé ni l'existence ni l'inexistence). Mais en réalité nous n'en savons rien et nous n'avons pas besoin de « savoir » pour accompagner.

4.3. Les grilles et le non savoir

Ces exemples me servent à mieux faire pointer l'humilité, le non savoir et la non intellectualisation des processus. C'est ce qui permet une écoute sans préjugés, sans grilles de lecture réductrices, qui voudraient nous faire croire que tout est écrit d'avance, rangé, classé.

Les pratiques utilisant excessivement de telles grilles, peuvent transformer la liberté promise, en prison fermée à double tour. Rappelez vous pour Lucie : Si on lui casse son père qui lui manque (en lui faisant adhérer à l'idée qu'il est la cause de sa douleur) on double son manque. Si on lui demande de lutter contre sa maigreur, on lui demande de lutter contre sa lutte (qui consiste à se préserver d'un manque de père). De telles doubles négations risquent de fermer les portes à double tour si on n'y prend pas garde. Si, au lieu de cela, on veut lui faire adhérer au fait que c'est à cause de sa mère alors que

ça n'a rien à voir avec elle, c'est évidemment pire. Et en y ajoutant le reproche d'avoir une résistance à le reconnaître (alors que c'est faux)... ça ajoute encore des verrous !

Heureusement, rien n'est irréparable. Chaque praticien peut hélas être amené à commettre une insuffisance (ou même une erreur), car l'aide psychologique est toujours perfectible. S'il repère cela dans sa pratique et s'il le reprend, rien n'est définitivement fermé. En psy, un aidant est sensé être en continuelle évolution et est principalement enseigné par ses patients. D'ailleurs Winnicott commence son ouvrage ainsi « A mes patients qui ont payé pour m'instruire » (Winnicott, 1971, p.19)

Thierry TOURNEBISE

BIBLIOGRAPHIE

Quelques praticiens ayant décrit leur confiance en la justesse de ce qui se passe chez leurs patients :

Carl Gustav Jung, psychologue et psychiatre suisse (1875-1961) évoque cette « intelligence » qui est en l'être avec l'individuation qu'il décrit comme un accomplissement naturel du Soi, qu'il différencie soigneusement du moi, c'est à dire de l'ego.
<http://pages.globetrotter.net/desgros/auteurs/dissidents/jung.html>

Donald Wood Winnicott, médecin et psychanalyste anglais (1896-1971), nous propose l'idée selon laquelle chacun de nous dispose d'une tendance naturelle à la santé. Il estime que tout le monde est capable de trouver une issue personnelle à ses conflits.
<http://pages.globetrotter.net/desgros/winni/index.html>

Carl Ransom Rogers, psychologue américain (1902-1987) lui, parlera toujours de confiance inconditionnelle envers le patient. A ses bases que sont l'empathie, la confiance et la congruence et il ajoutera surtout, à la fin de sa vie, la « présence ».
http://www.epanouissement.net/acp/carl_rogers.html

Ouvrages

Jung, Carl Gustav

-*Ma vie, souvenirs rêves et pensées* - (Titre original *Erinnerungen, Träume, Gedanken*)
Gallimard Folio, 1973

Rogers, Carl Ransom

-*Relation d'aide et psychothérapie* - (Titre original *Conselingn and psychotherapy* 1942)
– ESF, Paris 1996

Winnicott, Donald Woods

-*Jeu et Réalité* - (Titre original *Playing and reality*) Folio essais Gallimard, 1975

***Déni de grossesse
ou plutôt
« grossesse inconsciente »***

Thierry TOURNEBISE

Cette publication est destinée autant aux femmes ayant vécu cette circonstance de « grossesse inconsciente », qu'aux adultes nés jadis d'une telle grossesse, qu'aux soignants, médecins, psychologues et psychothérapeutes devant accompagner ces personnes, juste après la circonstance, ou longtemps après celle-ci.

Nous verrons ci-dessous que la dénomination « déni de grossesse » n'est pas très heureuse et qu'elle risque même de détourner le praticien d'un accompagnement correct, tant pour la mère que pour l'enfant. Nous aborderons comment se positionner face aux êtres ayant vécu cette expérience, comment leur offrir un accompagnement de qualité, comment leur permettre d'aboutir à une salutaire intégration de ce qui est en eux et doit être reconnu et réhabilité avec justesse.

Dans ces situations, la souffrance est telle que ces êtres méritent un accompagnement de qualité, afin de « toucher » la paix dont ils ont besoin pour se retrouver... pour que la mère se retrouve, pour que l'enfant se retrouve... et aussi pour qu'ils se retrouvent entre eux.

Mai 2009 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF

1. Le choix des mots

1.1. Les mots ont des sous-entendus

S'il faut des mots pour désigner une situation, il convient de bien les choisir. Qu'on le veuille ou non, **les mots désignent aussi des « sous entendus »**.

Tout commence avec des faits, des observations. Dans le cas dont nous traitons ici, il s'agit de femmes, dont nous constatons qu'elles découvrent leur grossesse particulièrement tardivement, et même parfois à terme, au moment d'accoucher. Nous observons qu'elles n'ont aucun signes de grossesse perceptibles par elles-mêmes, ni par leur entourage. Cela représenterait environ 3 grossesses sur 1000.

Des entretiens auprès de quelques unes de ces « parturientes exceptionnelles » ont révélé que presque la totalité d'entre elles avaient expérimenté un stress sévère précédent la grossesse, mais que 52% ne présentaient aucun troubles psychiatriques (« Psychopathologie de la périnatalité » Jacques Dayan, Gwénaëlle Andro, Michel Dugna – Masson 2003, p.44).

La notion de « **grossesse inconsciente** » fut évoquée en 1898 (Ibid. p.41) et il est regrettable que ce terme n'ait pas été conservé, ou qu'on n'en ait pas trouvé un qui lui soit équivalent, afin de respecter davantage la mère et l'enfant.

Avant Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) et Philippe Pinel (1745-1826), l'on croyait que les manifestations psychopathologiques étaient dues à de la dissimulation (ou pire à des phénomènes de possessions) et l'on se contentait d'emprisonner les malades mentaux. Nous devons à ces deux praticiens remarquables d'avoir fait cesser ces pratiques inhumaines et non efficaces. Le regard porté aujourd'hui envers les êtres souffrant psychiquement ne manifeste pourtant pas encore toute la délicatesse requise !

Face à ces « **grossesses inconscientes** », la tendance fut longtemps de parler de « **dissimulation volontaire** ». Puis estimant finalement qu'il s'agissait d'une psychopathologie, le terme de « **déni de grossesse** » fut adopté vers 1970. Dans cette nouvelle terminologie, le « **déni** » est alors reconnu comme une « **dissimulation involontaire** ».

Il importe alors de comprendre ce que le mot « déni » signifie sur le plan de la psychopathologie, libre de toutes considérations morales ou de tous jugements :

« ...refus par le sujet de reconnaître une perception traumatisante [...] opération défensive dont la fonction est de maintenir, hors du champ de la conscience, des perceptions, des pensées et des sentiments contradictoires et incompatibles les uns avec les autres, » le déni « porte sur la réalité extérieure, contrairement au refoulement » qui porte sur les réalités intérieures (Dictionnaire de psychopathologie – Doron 1991, « déni »).

De plus, la psychanalyse freudienne place dans la notion de déni le rejet de la différence sexuelle (présence ou absence de pénis)...etc. Nous trouvons, derrière ces considérations, l'idée de **clivage du moi** dont **une partie « sait » (partie inconsciente) et l'autre « ne sait pas » (partie consciente)**.

Cette notion de clivage ramène à une tendance psychotique et tout cela ne saurait recouvrir les cas de « grossesse inconsciente » (même si cela peut concerner quelques uns d'entre eux).

Implicitement, même si ces notions sont libres de tous jugements moraux elles véhiculent une idée bien précise : **Dans tous ces cas, l'accent est mis sur quelque chose qui ne va pas, et l'idée d'une raison profonde, juste et pertinente, ne semble même pas effleurée.**

Dans ma publication d'avril 2008 sur la [psychopathologie](#), j'avais mentionné que le DSM⁴³, abandonna la dénomination « névroses » pour adopter le mot « troubles » (traduction du « *desorder* » américain) afin d'être plus « a-théorique ». Or il se trouve que ce mot contient aussi une « charge théorique », car il **sous-entend qu'il s'agit forcément de « troubles » et n'envisage pas l'éventualité qu'il puisse s'agir d'un « éclaircissement » ou d'un « ordre en train de se rétablir »**. Le symptôme y est vu comme l'expression d'un « désordre » (à évacuer ou à corriger) et de cet a priori, il risque de décoller une systématisation du regard du praticien. **Une vision différente peut alors lui échapper** et la qualité des soins qu'il délivre en pâtir.

C'est particulièrement le cas avec la terminologie « déni de grossesse » (sans relation avec le DSM qui ne l'a pas répertorié en 1990). Ces mots se révèlent être une dénomination diagnostique à connotation très négative et même culpabilisante. Cela met la mère, au mieux en pathologie mentale (face aux psys qui la considèrent en « disfonctionnement »), au pire en faute (face au « bon sens » populaire qui prend ces mots au premier degré). Or, **il serait souhaitable qu'une désignation de symptôme soit libre de toute connotation afin de laisser ouvertes toutes les possibilités de causes (toutes les étiologies)**, et de ne s'enfermer dans aucune d'elles avant l'examen approfondi.

1.2. Mieux se dégager de l'a priori

Remarquons tout de même que cette notion de pathologie « déni de grossesse » est un progrès par rapport à des jugements expéditifs trop souvent portés envers la mère qui ne se savait pas enceinte. Cette notion permet d'éviter des jugements trop souvent entendus (ou pensés) du genre « quelle menteuse » ou « quelle inhumanité », ou « faut-il être niais ». La dénomination psychopathologique « déni de grossesse » est en ce sens un progrès permettant aux soignants d'être moins exposés à ce réflexe de jugement.

Pourtant, la dénomination choisie n'est pas vraiment aidante et risque même de produire le contraire de l'effet attendu. **Parler de « déni de grossesse » risque d'entraver le fait que la mère et l'enfant puissent enfin se rencontrer et que l'enfant ait enfin une mère** (du moins pour les cas où c'est possible).

Nous retrouvons ici le même progrès que celui observé chez les personnes en addiction alcoolique. Nous en avons enfin fini de parler « d'ivrognes » ou de « pochotrons », pour ne plus évoquer que des « malades alcooliques ». Pourtant cette terminologie (pourtant moins grave que celle de « déni de grossesse ») met en avant une « maladie », mais manque la « considération envers l'être qui boit », ainsi qu'elle manque la « reconnaissance de la raison pour laquelle il boit » (voir à ce sujet ma publication de mars 2003 sur [« Aider la malade alcoolique »](#) ainsi que [« dépression et suicide »](#) juin 2001, [« anorexie »](#) juillet 2006).

⁴³ « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », nosographie psychiatrique américaine servant de référence dans le monde psy

Partir du principe que la méconnaissance de l'état de grossesse vient forcément d'un déni de la part de la mère est un a priori assez inacceptable. Cela entérine une « distance mère enfant » qui risque alors de s'aggraver.

1.3. Avant tout deux êtres

S'il convient d'avoir une prudence pour les cas où il s'agit d'un véritable déni ou rejet de l'enfant, le généraliser peut aggraver la situation sans donner à chacun sa chance, ni à la mère ni à l'enfant, de se rencontrer. Je n'oublierai pas que certains cas de « déni de grossesse » réels peuvent conduire à des situations graves de maltraitements ou même d'infanticides (1 infanticide pour 10.000 accouchements). Mais la gravité de certains cas (qui mériteraient cependant aussi une prise en charge délicate) ne doit pas faire systématiser la notion de déni. Il convient de comprendre que se retrouvant seule à accoucher alors qu'elle ne se savait pas enceinte, une jeune femme a de quoi paniquer (surtout si elle n'a que 16 ou 17 ans !). Il se trouve alors que ses gestes sont plus le reflet de sa panique que d'une quelconque malveillance préméditée. La panique est rarement bonne conseillère et nul ne peut dire à l'avance ce qu'il ferait en pareil cas. Si cela ne peut être une excuse face à la gravité des faits, cela doit au moins être pris en compte comme une explication et permettre un accompagnement de qualité.

Nous devons donc davantage prendre en compte le fait que, dans cette situation, il y a au moins deux êtres : la mère et l'enfant... et que cette situation est difficile pour chacun d'eux.

Il y aurait eu avantage à ce que la dénomination psychopathologique choisie reflète mieux cette réalité vécue. En effet, outre qu'il est douloureux pour cette mère de se retrouver étiquetée « déni de grossesse », **cela risque aussi d'orienter le regard, (du psychologue, du médecin ou du soignant, qui s'occupent d'elle) dans un a priori ne permettant plus d'entendre la réalité du vécu.**

Une grossesse, c'est une mère et un enfant. **Quand bien même ils peinent à se rencontrer, il y a deux êtres. Ces deux êtres méritent tous deux de la considération.**

Une telle situation, où la mère ne se sait pas enceinte, représente plus de 1000 cas par an en France (2 à 3 pour 1000). Selon les propos de quelques médecins qui les accompagnent régulièrement, **tous ces cas ne peuvent avoir la même cause.** Alors pourquoi garder une telle terminologie pour décrire ce symptôme, pour décrire cette manifestation étonnante ? En fait cette dénomination désigne surtout l'étonnement de ceux qui l'observent, pour qui une telle situation semble impossible. **Cette terminologie reflète davantage ce que pense l'observateur que ce que ressent la mère,** (elle se préoccupe encore moins du ressenti de l'enfant).

On aurait pu parler « d'enfant non perçu », « de grossesse invisible », « d'enfant secret ». On a hélas préféré « déni de grossesse », chargeant ainsi dès le départ la mère qui doit subir ces mots, en plus du choc que la situation représente pour elle.

1.4. Le « bébé secret »

La manifestation de « grossesse qui passe inaperçue » (jadis nommée « grossesse inconsciente »), est une manifestation psychosomatique qui aurait aussi pu être avantageusement nommée « bébé secret » ou « grossesse invisible »...etc. Je ne sais si ces terminologies sont suffisamment justes, mais elles auraient le mérite de refléter ce qui se passe de façon plus neutre, sans porter le moindre a priori ni sur la mère, ni sur l'enfant. En effet, autant la mère peut être inconsciemment à l'origine de cette invisibilité de l'enfant qu'elle porte, autant l'enfant lui-même peut participer au fait de « se cacher ». Nous pouvons aussi avoir diverses pressions de l'environnement conduisant à cette discrétion. **Nous devons bien comprendre qu'une situation résulte toujours d'une multitude de facteurs et que rien n'est isolé** (sauf dans les théories simplistes) : tout est systémique. Les gestalt-thérapeutes, par exemple, sont rompus à ces notions de « champ » dans lequel sont évoqués plusieurs êtres en interaction et où ce qui se passe est la résultante d'un ensemble et non le fait d'un seul être isolé.

Les raisons de cette discrétion peuvent être multiples et il est désobligeant de les réduire au « déni » (même dans son sens purement psychologique). Bien sûr, il ne faut pas éviter cette éventualité, mais il convient de ne pas la généraliser a priori pour **ne pas mettre la mère et l'enfant dès le départ en fracture... alors qu'ils doivent se rencontrer**. Plus cette rencontre leur est difficile, plus nous nous devons d'être vigilants si nous voulons proposer un accompagnement efficace.

Je suis assez sensible aux propos de **Françoise Molénat** qui est psychanalyste et pédiopsychiatre s'occupant de la prévention de la maltraitance : elle énonce qu'il est difficile de faire de la prévention de la maltraitance tout en conservant la confiance du (ou des) parent(s). **Il semble en effet incompatible de regarder quelqu'un avec suspicion, et en même temps d'attendre qu'il nous fasse confiance**. Autant la sécurité de l'enfant est infiniment précieuse, autant il n'est pas concevable de culpabiliser une mère qui ne serait coupable de rien et dont son enfant a un urgent besoin qu'elle le voit et le reconnaisse. **Culpabiliser la mère, c'est enlever encore un peu plus de mère à l'enfant** et il est nécessaire de repenser cette situation pour, à la fois garantir la sécurité de l'enfant, mais aussi garantir une mère à cet enfant.

« Comment organiser le soutien pour qu'une mère ayant souffert de carence affective sente à ses côtés une présence chaleureuse, la bienveillance qui lui a manqué le temps de construire sa sécurité intérieure ? » (Molénat, 2001, p.26). Et comme elle aborde les problématiques de la prévention de la maltraitance dans des entretiens avec les parents, Françoise Molénat pointe avec une grande justesse : « **Prévenir la maltraitance, c'est risquer de voir l'enfant maltraité comme avenir possible. L'intention est plus que louable, mais comment rester reliés aux parents concernés, avec à l'esprit de telles images ?** » (p.14) [Françoise Molénat « Naissance : pour une éthique de la prévention » – ERES, 2001]

2. La quête de sens

2.1. Chercher le « sens noble » et non le « fautif »

Que la mère soit dans le déni de grossesse, que l'enfant soit (osons ce terme) « dans un déni de venue au monde », ou qu'il s'agisse d'une pression extérieure produisant la discrétion, ou de toutes autres causes auxquelles nous ne pensons pas, **gardons la sagesse de ne rien prétendre savoir par avance** et allons à la rencontre des êtres et du sens de ce qui se passe.

Nous devons retenir **qu'il importe plus de chercher le sens, que de chercher l'erreur à corriger ou le mauvais fondement à éradiquer**. Il y a (au moins) deux êtres en souffrance qui méritent une écoute et une reconnaissance sans laquelle le pronostic ne peut qu'être, sinon mauvais, au moins délicat.

Comme je l'ai développé dans mes publications [« Le positionnement du praticien »](#) (décembre 2007) et [« Validation existentielle »](#) (septembre 2008) nous ne devons pas nous demander « qu'est-ce qui ne va pas et qui fait qu'il en est ainsi ? », mais plutôt « en quoi ceci est la juste expression d'un ressenti profond qui n'a jamais été entendu ? ». Dans le premier cas on ne pense qu'à corriger l'erreur ou à faire éliminer le mauvais, dans le second on pense plutôt à rencontrer l'être qui est en face de nous et à l'aider à intégrer ce qui, en lui, n'avait pas encore trouvé sa place.

2.2. Multiples causes possibles

Qu'est-ce qui peut conduire une mère à ignorer sa grossesse ? Elle peut ne pas la souhaiter. Elle peut au contraire la souhaiter mais ne pas penser y avoir droit. Elle peut aussi craindre la réaction d'un tiers (conjoint, parents, ou enfants qu'elle a déjà). Tout en étant animée d'un désir d'enfant elle peut en même temps craindre d'être une mauvaise mère. Elle peut encore se sentir en conflit avec d'autres projets que cela pourrait gravement contrarier...etc. Nul ne peut prétendre produire ici une liste exhaustive. Nous pouvons même envisager le cas où la mère n'a aucune raison de ne pas percevoir sa grossesse, mais où c'est l'enfant lui-même qui ne souhaite pas venir.

Qu'est ce qui peut retenir l'enfant de se manifester ? Nous sommes en droit de nous étonner sur le fait qu'un enfant pourrait souhaiter ne pas venir. Un enfant à naître, à peine formé, juste conçu, a-t-il une conscience lui permettant un tel positionnement ? Mais en fait, est-il si nécessaire d'être conscient pour avoir des réactions corporelles ? En psychothérapie, il m'arrive de rencontrer des êtres qui ne voulaient pas venir au monde. Naturellement c'est ce qu'ils retrouvent en eux, et nous savons tous qu'une mémoire peut être « reconstruite » et que cela ne prouve rien quand à la réalité objective. Il se trouve seulement qu'on rencontre cela et qu'on ne peut pas le balayer d'un revers de neurone sous prétexte que ça ne satisfait pas notre intellect.

2.3. L'étonnante situation psychosomatique

Quelle qu'en soit la cause, nous constatons ici une étonnante situation psychosomatique. L'enfant se positionne verticalement de sorte que le ventre ne soit aucunement proéminent. Les muscles abdominaux de la mère sont toniques et ne permettent pas la visibilité de quoi que ce soit (pas même par elle-même). Tellement discret, l'enfant n'est pas perceptible dans ses mouvements, et la mère peut même continuer à avoir ses règles (ou du moins quelque chose qui y ressemble).

Encore plus étonnant : dès que la grossesse est révélée, dans les heures qui suivent, le ventre prend sa dimension normale et tout est visible, la tonicité des muscles abdominaux se relâche, l'enfant se positionne.

Cependant alors que « tout semble prendre enfin sa place », la femme qui se découvre enceinte (quelquefois à terme) est dans la stupeur... et l'enfant qui est enfin « visible » **expérimente le premier contact avec sa mère.**

Si ce moment se produit à terme, et est vécu sans accompagnement, la mère peut se mettre à gravement paniquer et même parfois accomplir des gestes qu'elle regrettera plus tard (et qui lui vaudront des démêlés avec la justice).

Evitons de faire entrer la moindre idée de volonté dans tout ça. Une volonté de cacher une grossesse (chose qui peut aussi arriver) ne suffit pas à provoquer de telles manifestations psychosomatiques.

Nous devons avoir présent à l'esprit que les manifestations psychosomatiques, ainsi que les sensations corporelles, sont intimement **liées à des ressentis psychiques, avant même que ceux-ci soient conscients.** La croyance que cela dépend de la volonté de qui que soit est bien hasardeuse. Ce n'est pas une affaire de volonté, mais une expression somatique de ce qui est inconscient (et pertinent).

L'idée que l'enfant à naître y ait une part heurte peut être quelques esprits excessivement rationnels... qui ont oublié d'être cartésiens (rappelons nous que René Descartes était particulièrement sensible et ouvert, contrairement à l'idée faussement répandue).

Rappelons nous aussi qu'il n'y a pas encore si longtemps on opérait les enfants petits sans protocole d'anesthésie (juste un peu endormis) car on pensait, qu'encore inachevé, leur système nerveux ne leur faisait pas ressentir la souffrance... jusqu'à ce qu'on découvre qu'en fait c'est le contraire : ils souffrent plus que les adultes car leur système nerveux encore non protégé les expose davantage à la douleur ! Quand un dogme ou une croyance nous tient... que d'erreurs ! Il se trouve que certaines de ces erreurs sont particulièrement dommageables.

Pour aborder l'idée de source de ces manifestations psychosomatiques, nous devons adopter un regard systémique et considérer l'ensemble constitué de tous les êtres et de l'environnement (l'enfant, la mère, le père, la famille de chacun... et le contexte).

Nous y trouverons souvent des causes et des conséquences intriquées, dans lesquelles le symptôme **de l'un peut être l'expression de la souffrance de l'autre.**

Il arrive par exemple qu'un enfant présente un symptôme psychologique qui soit l'expression de la souffrance psychique d'un des parents (présente ou ancienne). Par exemple cet enfant de 8 ans qui dit

qu'il veut mourir et dont on découvre que le père, quand il avait lui-même huit ans, avait perdu son chien (son unique confident de l'époque) et n'avait jamais pu partager sa peine réelle avec qui que ce soit. Dans cette situation, après que le père ait réhabilité cette part de lui-même en psychothérapie, on constate que son fils ne dit plus qu'il a envie de mourir. Tout se passe ici « comme si l'enfant exprimait (sans la connaître consciemment) la peine que son père avait gardé en lui »... jusqu'à ce que celui-ci puisse la contacter et réhabilite en lui l'enfant qui a souffert.

3. Ecouter le choc

3.1. La première urgence

Quoi qu'il en soit, inutile, du moins dans un premier temps, d'épiloguer sur le fait que les causes soient plutôt ceci, ou qu'elles soient plutôt cela, que l'enfant ressente ou ne ressente pas, que cette situation s'explique ou ne s'explique pas... En effet, **pendant que nous pensons toutes ces choses, nous ne devons surtout pas oublier un fait essentiel qui, lui, est une certitude bien présente : la femme qui se découvre enceinte en fin de grossesse vient de vivre un choc majeur.** Au lieu de se triturer l'intellect, nous pourrions, d'abord, lui offrir une présence accompagnante. C'est ce qui est recommandé pour toute personne venant de vivre un choc majeur, tous les psys le savent ! Alors il serait impardonnable de ne pas offrir cela immédiatement à celle qui est en état de choc.

Naturellement, il ne faut pas oublier l'enfant, afin qu'il ne soit aucunement en danger... mais il ne faut pas oublier que s'occuper de la mère est bon pour l'enfant. **On ne peut prétendre faire du bien à un enfant en malmenant ou en jugeant sa mère.**

Plutôt que de commencer par la recherche de la cause de cette situation « bébé invisible » ou « grossesse inaperçue », ou « grossesse inconsciente » il conviendrait de se préoccuper d'être à l'écoute du choc que cela représente pour la mère, autant que pour l'enfant, qui peinent ainsi à se rencontrer, à exister, à être au monde et, à être ensemble. La plupart des attitudes soignantes ou juridiques risquent d'entraver cette possibilité de rapprochement quand celui-ci est possible, et **nous risquons de trouver, de ce fait, deux vies brisées.** La mère choquée, et l'enfant qui n'a pu vivre la nécessaire intimité avec sa mère, doivent tous deux être accompagnés. **Il semble simpliste de vouloir juste protéger l'enfant de la mère alors que celui-ci a besoin de la rencontrer.**

3.2. Donner existence

Il s'agit d'offrir à la mère et à l'enfant un regard dans lequel tous deux trouvent existence. Il importe de bien comprendre **qu'on ne peut gagner en existence face à quelqu'un dont on voit dans ses yeux qu'il nous trouve tordu, mauvais, suspect, ou même s'il ne fait que nous ignorer.**

Cette écoute de l'être en situation de choc, qu'est la mère, doit être la première urgence avant de rechercher les causes. Ceci, en même temps qu'on accompagne avec tous les soins psychologiques nécessaires cet enfant qui a manqué de mère...

Le soin principal, quand il est possible, est de lui permettre de rencontrer cette mère qui lui a manqué et d'être rencontré par elle. Mais pour la rencontrer il faut qu'elle

existe, et pour qu'elle existe faut-il encore qu'elle se sente reconnue et accompagnée dans ce qu'elle ressent.

Naturellement nous continuerons à voir en premier tout ce qui touche les pronostics vitaux (simple question de bon sens) car il serait stupide d'écouter d'abord, et de sauver la vie après. Pourtant l'urgence de la situation (hors pronostics vitaux) sera l'écoute des êtres en situation de choc et non de douteuses et malsaines recherches de causes, ressemblant plus à une enquête cherchant un coupable, qu'à un accompagnement. La douleur de ces femmes parle plus que toutes les théories sur le sujet !

4. Réaliser un accompagnement

4.1. Comment accompagner la mère en état de choc

D'abord lui permettre d'exprimer ce qu'elle ressent. Sa stupeur, sa peur, son inquiétude, ses questionnements, sa douleur, son effondrement, ses larmes, ses cris, son incrédulité...etc.

Chaque chose qu'elle exprime doit être entendue, reconnue, validée avec soin. Elle ne doit pas ressentir qu'on la regarde comme une malade à guérir, mais comme un être entrain de ressentir une chose si invraisemblable que toute sa vie entière en est bouleversée.

Le praticien qui l'accompagne se devra de trouver les questions justes pour accompagner cette expression. Par exemple si la mère dit « je n'y crois pas », au lieu de penser à une situation de déni, le praticien ne fera que reconnaître « cela est vraiment incroyable pour vous ? ». Si elle ajoute « Mais cet enfant, je ne savais même pas qu'il était là ! », le praticien l'aidera par exemple à préciser « Cela vous bouleverse tellement de penser à tout ce temps que vous avez passé ensemble sans vous voir ». Et si elle confirme, de poursuivre par « Que ressentez-vous en pensant à cela, comment est ce bouleversement ? ». De proche en proche, la parturiente exprimera ses ressentis, puis peut être aussi la situation précédent la grossesse, puis peut-être même des éléments de sa vie où, celle qu'elle était, a aussi eu besoin d'être reconnue, entendue.

Naturellement on ne peut préjuger de rien. Elle peut aussi bondir en disant « Mais cet enfant je n'en veux pas ! » Dans ce cas, le praticien lui dira « Cela ne vous semble pas possible de vous retrouver avec lui ? ». Si la parturiente répond « Mais je ne vais pas m'en sortir ! Puis je ne serai jamais assez forte ! De toute façon mon conjoint n'en voulait pas ! Il ne me le pardonnera jamais ! ». Le praticien poursuivra par exemple par « Vous tenez tellement à votre conjoint ? » (ceci étant exprimé avec un non verbal témoignant d'une profonde et chaleureuse reconnaissance). Si elle répond « oui », il poursuivra par « Comment viviez-vous son refus d'enfant ? ». Puis nous aurons là la réhabilitation d'une femme qui a ressenti plein de choses et ne les avait jamais dites, elle n'avait jamais été ni entendue, ni reconnue dans tout ce que cela représente pour elle (Pour plus de détails sur la façon de procéder, lire sur ce site [« Reformulation »](#) novembre 2002, et [« Validation existentielle »](#) septembre 2008).

De nombreuses subtilités peuvent surgir comme « Non je ne veux pas vivre la même chose que ma grand-mère qui n'a jamais accepté sa grossesse quand elle a porté mon

père. Elle a fait plusieurs tentatives d'IVG infructueuses. Mon père nous a souvent parlé de la douleur que ça représente pour lui ». Comme si l'enfant que cette parturiente porte aujourd'hui était le témoin de l'enfant qu'était le père et qui a manqué d'attention quand il était encore dans le ventre maternel qui ne le voyait pas et même le rejetait. Elle vient ici « comprendre sa grand-mère, s'en rapprocher intérieurement », elle y est du moins invitée par cette circonstance de « grossesse inconsciente ».

Des tas de choses peuvent émerger et il importe tellement qu'on ne fasse pas de suppositions sur les causes. Il y a seulement des êtres à rencontrer et à reconnaître. Il y a avant tout une pertinence à rechercher... qu'il s'agisse d'une situation actuelle, d'une situation antérieure ancienne (ou très ancienne), ou même d'une situation transgénérationnelle. Nous devons avoir présent à l'esprit cependant, qu'il ne s'agit pas tant d'explorer ces situations que de « rencontrer » et réhabiliter les êtres qui s'y trouvaient.

4.2. Comment accompagner l'enfant

Nous ne devons pas oublier pour autant que l'enfant aussi a vécu un événement exceptionnel. Il importe de se positionner à proximité de lui. De le regarder, de l'écouter (ses pleurs ou toutes ses mimiques ou crispations sont une expression). Il importe de lui offrir notre présence et notre reconnaissance. Nous pouvons lui reformuler ce que nous ressentons en sa présence « C'est étonnant tout ce temps passé avec ta mère sans qu'elle te voit ? » ou « C'est tellement difficile qu'elle ne t'ait pas vu plus tôt ? », ou « Ce n'était pas facile de lui permettre de te voir ? ».

Il y a là tellement de subtilités à ressentir, qu'on ne peut proposer une phrase type. Tout est dans le non verbal, tant de la part de l'enfant que de celle de celui qui l'accompagne.

Ce qui importe de comprendre est **qu'il ne s'agit surtout pas de rassurer l'enfant ni de le plaindre, mais de reconnaître ce qu'il exprime**. On ne doit pas le « rassurer »... mais plutôt faire en sorte qu'il se sente « rassuré » et cela n'est pas la même chose. Ce qui est paradoxal, c'est qu'il se sent rassuré quand on le comprend ou le reconnaît, sans chercher à le rassurer. En effet, le rassurer reviendrait à vouloir faire taire ce qu'il ressent... déjà que ça fait de nombreux mois qu'on ne le voit pas et ne l'entend pas, cela lui serait encore plus insupportable. **Donc, la tendresse qui lui est offerte est une tendresse reconnaissante visant à lui permettre l'expression de ses ressentis et non à les faire taire.**

La pointe de réjouissance que l'on ressent face à cet enfant est primordiale. Celui qui l'accompagne doit se sentir heureux de le rencontrer. C'est cela qui permet à l'enfant d'être comme il est avec ce qu'il ressent. Pour plus de précisions sur cette notion de « réjouissance », tant en accompagnant l'enfant qu'en accompagnant la mère, je vous invite à lire ma publication de septembre 2008 [« Validation existentielle »](#). Ceci est vraiment un point majeur : le praticien ne doit pas mettre son attention sur l'aspect catastrophique de la situation, mais sur l'enfant et se réjouir d'en faire la rencontre.

4.3. Comment favoriser la rencontre mère-enfant

Après avoir accompagné la mère par rapport à son choc, il convient aussi de l'accompagner dans le fait de se rapprocher de l'enfant. Les mettre en présence ne suffit pas. La mère ayant été entendue et reconnue sera maintenant invitée par le praticien à « expliquer » à son enfant pourquoi elle ne le voyait pas (ce qu'elle vient de découvrir). Elle peut le faire dans un dialogue intérieur et imaginaire ou en lui parlant à voix douce.

Les réactions de l'enfant sont à prendre en compte et à reconnaître, comme cela a été décrit dans l'accompagnement de l'enfant.

Cette rencontre de la mère et de l'enfant doit se faire de telle sorte que les deux aient une place et soient constamment reconnus au gré des émergences. Se sentant sécurisée, la mère peut livrer ses impressions, même les plus étonnantes ou les moins rationnelles. Par exemple « C'est curieux, j'ai l'impression que tu ne voulais pas venir » « C'est comme si tu portais une peur en toi » ou, plus simplement « J'ai l'impression que c'est dur pour toi de venir au monde ». Dans tous ces cas, la mère sera invitée par le praticien à valider l'enfant dans son ressenti.

Mais elle peut aussi dire « Je n'arrive pas à me tourner vers lui ». Dans ce cas, le praticien, loin de la forcer validera « Cela vous est difficile ? ». Si elle confirme, le praticien, avec délicatesse ajoutera « En quoi cela est-il difficile ? Que se passe-t-il en vous à l'idée de vous tourner vers lui ? ». Si par exemple elle dit « J'ai peur qu'il m'en veuille », le praticien l'invitera à exprimer cela sans détour à son enfant « Dites lui votre peur. Tout cela est si nouveau tant pour vous que pour lui ». Puis il éveillera l'attention de la mère vers son enfant en lui demandant « Comment reçoit-il votre peur ? ». En fait ils souffrent tous les deux et il importe qu'ils se sentent la liberté de se rencontrer avec cette souffrance, qu'ils s'épaulent l'un l'autre. Ils n'ont pas à être forts... ils ont juste à être.

4.4. Comment restaurer le temps de grossesse

Tout le temps de la grossesse s'est déroulé sans que la mère soit consciente de l'enfant qu'elle portait. En plus des possibilités d'accompagnement ci-dessus, il importe d'inviter la mère (si elle a déjà accouché) ou la parturiente (si elle n'a pas encore accouché), à offrir son attention à l'enfant depuis sa conception jusqu'à ce jour.

Nous remarquons que la **structure psychique** d'un être est constituée de celui qu'il est, de tous ceux qu'il a été et de ceux dont il est issu. A tous moments de l'existence, tout se joue entre la **pulsion de survie** lui faisant mettre « à distance » des parts de soi qui ont trop souffert (et que la maturité de l'époque ne permettait pas d'intégrer) et la **pulsion de vie** qui tend à assembler tous ces éléments dans un processus d'individuation, d'accomplissement de soi. Tous ces éléments sont présents à chaque instant de l'existence, mais ils le sont soit assemblés, soit coupés les uns des autres. Les symptômes psy se produisent généralement pour permettre une restauration des contacts coupés, afin de retrouver son intégrité.

Pour plus de détails sur ce sujet, je vous invite à lire ma publication d'avril 2004 [« Communication thérapeutique »](#), et celle d'avril 2008 [« Psychopathologie »](#), ou l'ouvrage [« L'écoute thérapeutique »](#) chez ESF, 2005.

La mère (ou la parturiente) est invitée, dans l'imaginaire, à porter son attention vers cet enfant depuis qu'il est là, depuis la conception. Celle qu'elle était pendant le déroulement de la grossesse n'en était pas consciente, mais elle, aujourd'hui l'est. Celle qu'elle est aujourd'hui va ainsi, dans un psychodrame imaginaire (une action imaginaire) se situer auprès de cet enfant depuis le départ et lui donner l'accompagnement qu'il n'a pas eu. Elle peut même, dans l'imaginaire, refaire toute la grossesse en lui offrant son ventre actuel. Elle fera cela tout en lui parlant avec douceur de sa mère qui ne l'a pas encore vu.

Elle va aussi, selon la même démarche accompagner celle qu'elle était, tout au long de sa grossesse et « entourer » avec bienveillance cette mère et cet enfant qui ne se voyaient pas. Nous devons comprendre qu'ici **elle ne fait pas un voyage dans le temps** et ne retourne pas dans le passé. Elle ne fait que s'ouvrir à celle qu'elle était et à l'enfant qu'elle portait qui n'ont jamais cessé d'être en elle à chaque instant et sont encore là.

Nous croyons à tort qu'en thérapie, en évoquant celui que nous étions autrefois, nous retournons dans le passé. **Nous ne faisons jamais un tel voyage temporel**, nous ne faisons que nous rapprocher d'une part de soi qui n'a jamais cessé d'être là depuis tout ce temps, mais dont nous étions coupés. Cela est simple et spontané. Les choses se compliquent quand nous préférons mettre l'accent sur les événements ou sur des choses à éliminer ou à corriger. Dans l'approche ici décrite sur les bases maïeusthésiques, il ne s'agit que de révéler, mettre au monde, accueillir, se laisser toucher par ces précieuses émergences qui se rapportent à l'être et non aux circonstances. Ma publication sur la [psychopathologie](#) (avril 2008) vous donnera quelques précisions sur les différentes façons de considérer la psyché avec les nombreuses considérations théoriques venant, hélas trop souvent, masquer celle-ci plutôt que de lui permettre en toute simplicité d'être au monde dans toute son intégrité.

Naturellement la démarche ici décrite se fera avantageusement dès le contexte de la grossesse inconsciente révélé. Mais elle sera tout aussi pertinente de nombreuses années plus tard si la femme en souffre toujours.

4.5. Accompagner un adulte qui a été conçu dans un processus de grossesse inconsciente

Cela nous conduit à considérer aussi les enfants nés de telles grossesses et n'ayant pas bénéficié de tels accompagnements. Il se peut que leur existence se soit déroulée confortablement, de telle façon qu'une aide ne soit nécessaire, mais il se peut aussi que cela laisse une sorte de blessure psychique dont la manifestation récurrente conduise le sujet à consulter un praticien.

De la même façon que celle décrite ci-dessus, un tel individu devenu adulte « s'approchera » (portera son attention) sur celui qu'il était dans le ventre de sa mère et s'ouvrira aux ressentis qui furent les siens à cette époque. Il portera aussi son attention

sur cette femme qu'était sa mère pendant la grossesse. Ce cheminement (comme tous les autres en maïeusthésie) ne peut être systématisé. **Son attention révélera soit d'abord l'enfant, soit d'abord la mère, soit un peu de l'un et un peu de l'autre alternativement, sans oublier les autres êtres concernés.** Parmi ces autres êtres nous trouverons le père (bien-sûr) et éventuellement les grands parents. Dans ce cheminement de réhabilitation de soi, et de ceux dont il est issu, le sujet réalisera une individuation plus stable, une existence retrouvant des fondements. Nous remarquons qu'un individu n'existe avec une assurance suffisante que dans la mesure où ces fondements ont leur juste place.

Un tel cheminement dans « l'imaginaire » peut sembler faire partie de phénomènes de suggestions. Nous constaterons en effet que tout ce qui se passe est ici subjectif, mais aussi que cela est **ressenti avec une profonde réalité intérieure.**

Il importe de bien comprendre que ce qui s'y passe ne dépend pas d'un quelconque pouvoir de soi sur soi, ou du quelconque pouvoir d'un autre sur soi, mais doit répondre à des règles précises de considération, de reconnaissance et de respect. Ce qui se passe ne peut que se dérober devant toute tentative de pouvoir, que celui-ci vienne de soi ou que celui-ci vienne d'un autre.

Tout y est subjectif, mais tout y est ressenti avec réalité et **ici la réalité est le subjectif** et non l'objectivité des faits. Il arrive même souvent que l'objectivité des faits masque la réalité subjective des ressentis.

Si nous voulons néanmoins avoir un quelconque repère objectif, nous remarquerons ce qui résulte d'une telle approche : le mieux être durable du sujet l'ayant mise en œuvre.

5. Des rencontres à ne pas manquer

Je vous ai proposé dans ces quelques lignes un regard différent sur le thème du « déni de grossesse ». J'ai un peu insisté sur l'importance des mots remettant en cause cette dénomination, afin de permettre plus de liberté dans la façon de percevoir la réalité du vécu des êtres concernés.

La façon dont j'ai proposé de considérer la parturiente ayant ce vécu de la « grossesse inconsciente » aura, je l'espère, permis un autre ressenti et une autre expérience, tant aux femmes ayant ce vécu qu'aux enfants nés jadis d'une telle grossesse.

J'espère aussi que les soignants, les médecins ou les psy s'occupant de ces mères ou de ces enfants, ajouteront à leurs intuitions et à leurs compétences quelques nouveaux éléments venant étoffer la qualité des accompagnements qu'ils leur offrent...

Ce qui ressort de ces éléments, c'est qu'il convient de ne pas manquer la rencontre, sous prétexte de pré-connaissances de « confection » face à des êtres qui ont surtout besoin de « sur mesure ».

Thierry TOURNEBISE

A ne pas manquer de consulter :

Association Française pour la reconnaissance du déni de grossesse

<http://denidegrossesse.iffrance.com/>

De nombreux témoignages très touchants
qui ne peuvent que conforter vers une nouvelle façon de considérer
cette circonstance particulière de la grossesse.

Association Française pour la reconnaissance du déni de grossesse:

<http://denidegrossesse.iffrance.com/>

Lisez ces exemples en entier sur le site de l'association

C'était un dimanche matin. Ma fille s'est plainte de maux de ventre, disant qu'elle avait une diarrhée, elle rentrait et sortait des toilettes. J'ai prévu de lui donner des médicaments et vers 12h30 la voyant entrer dans la salle de bain je croyais qu'elle allait mieux et qu'elle allait prendre une douche. C'est là que tout s'est passé ! **ma fille était en train d'accoucher toute seule et moi j'étais dans le salon devant la télé !! (...)** ➔ [suite](#)

J'ai 29 ans, et **je suis une enfant née "par hasard"** au mois de juillet 1979, mes parents étant en vacances. J'ai vécu dans une famille aimante et sans soucis "apparents". Je suis tombée enceinte et j'ai commencé à poser des questions autour de ma naissance, j'ai commencé à m'y intéresser plus que ce que l'on m'en avait déjà raconté. D'abord à ma mère. J'ai eu des doutes sur le fait de ne pas avoir été désirée, puis sur le fait (...) ➔ [suite](#)

Merci à toutes les femmes qui témoignent. **Je souhaite dire que le mot "déni" n'est pas approprié.** "Déni" suppose nier la réalité. Le déni, me semble-t-il, est de connaître la réalité d'être enceinte et se la cacher, voire de la cacher à l'extérieur. Or, ce n'est pas ce que je ressens lorsque je vous lis. Peut-être que le mot "déni" véhicule dans son sens général la négation d'une réalité connue et refusée. C'est pourquoi, à mon avis, les (...) ➔

J'ai été confrontée au déni de grossesse d'une élève dont **le ventre a grossi miraculeusement en 2 à 3 heures d'entretien lors de la découverte de cette grossesse de 8 mois** et pendant les échanges avec la jeune fille de 18 ans. Vraiment sidérant ! une seconde expérience de déni de grossesse chez une collègue de 42 ans qui se pensait stérile et a découvert sa grossesse à 15 jours du (...) ➔ [suite](#)

J'ai 24 ans et j'ai découvert que j'étais enceinte le 10 octobre 2008 et ma fille est née le 31 octobre 2008, pour haloween, c'est ma petite sorcière. **Pendant 8 mois 1/2 j'ai mené une vie normale, j'avais toujours mes règles, je n'ai eu aucune nausée et mon ventre ne s'était pas arrondi.** A l'annonce ça a été le choc, je n'arrivais pas à y croire mais je me suis dit maintenant elle est là. Lors de mon premier rendez-vous à la (...) ➔ [suite](#)

et de nombreux autres exemples

[Retour](#)

La mère et l'enfant
concevoir,
mettre au monde,
accompagner

Thierry TOURNEBISE

J'ai hésité à mettre cette publication dans le pack « psychopathologie », car, de toute évidence, être enceinte, accoucher et élever un enfant n'a rien d'une psychopathologie.

La présence de cette publication ici, vient simplement remettre en cause quelques croyances ou mythes quant au lien mère-enfant et simplifier la démarche du praticien à ce sujet.

Nous retrouverons cependant ici quelques éléments concernant la dépression post partum et l'IVG qui entre tout à fait dans le cadre de ce pack, non parce que l'IVG est une psychopathologie (bien sûr que non), mais parce que celle-ci entraîne une presque toujours une nécessité d'accompagnement avisé, tant je vois dans mon cabinet des femmes qui en ayant eu (même par choix parfaitement décidé et consenti) se retrouvent de nombreuses années après avec une souffrance intense en pensant à cet enfant qu'elles n'ont pas gardé. Nous remarquons ici que le deuil n'est pas achevé et que l'ensemble de cette publication permet d'en comprendre le mécanisme.

Aux futures mères, aux futurs parents
Aux professionnels d'obstétrique, de maternité, de néonatal
Une pensée à tous les parents qu'on a maladroitemment culpabilisés
et à tous ceux qui n'ont pas trouvé l'accompagnement dont ils auraient eu besoin.

A la demande de soignants et de sages femmes, je vous proposerai cette année pour Noël 2001 un article sur la conception, la grossesse, la naissance et l'accompagnement dans ce même esprit de respect d'autrui. Noël m'a semblé une excellente occasion pour ce thème car les enfants y sont à l'honneur.

Nous devons tout naturellement ce plaisir de voir nos enfants au fait qu'un jour ils naquirent... c'est à dire aussi au fait qu'un jour nous les avons conçus.

Pour un enfant qui naît en décembre, neuf mois plus tôt, en mars, c'était le premier temps (printemps) de la maternité, le premier pas nous conduisant vers l'heureux événement.

Pour qu'un être humain vienne au monde, il y a d'abord eu une femme (sa mère) et un homme (son père). Pour envisager sa naissance, nous devons d'abord envisager sa conception ... c'est à dire ce moment sexuel par lequel commence sa vie.

Pour aborder la venue de l'enfant, je commencerai donc ainsi tout simplement par le commencement. Je poursuivrai ensuite par sa rencontre avec sa mère, rencontre intime, de l'intérieur, d'où il percevra aussi son père et l'entourage familial.

Puis je continuerai avec sa naissance, avec l'accouchement (et sa préparation) et enfin avec ce lien privilégié au cours des premiers mois, dans lesquels l'allaitement jouera un rôle majeur. Il sera sans cesse question, depuis la conception jusqu'après la naissance de la communication intime de l'enfant avec ceux qui l'entourent et en particulier avec sa mère.

Décembre 2001 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF

1. Origine de la vieConception

1.1.1. Précieux et pourtant mal considéré

Nous n'avons pas vraiment l'habitude de considérer **le sexe comme précieux**. L'évolution de la société nous le fait considérer avec plus de simplicité et d'aisance qu'autrefois. Pourtant, **le sexe reste tout de même une zone du corps considérée avec gêne** (et pas seulement avec pudeur).

Notre cher Freud a contribué à une certaine libération sur ce point. **Pourtant il n'en a pas fait l'éloge non plus**. Tout ce qui concerne le sexe et les pulsions qui s'y rattachent, même à travers lui, reste **hélas un peu ambiguës!**

Or, que nous le voulions ou non, **ce lieu de notre corps est le lieu d'où vient la vie...** Sans le sexe, nous ne serions pas là. Cette partie du corps est donc infiniment précieuse puisque **nous lui devons tous notre existence**. Nous lui devons même l'existence de l'humanité toute entière !

La venue d'un enfant est, le plus souvent, vécu comme un **heureux événement**. Par contre **le sexe, lui, a souvent été stigmatisé comme associé au mal** (qu'il s'agisse des vieux démons d'autrefois ou de l'inconscient moderne).

Il devient alors contradictoire de considérer que l'heureux événement vient de quelque chose de malsain. **Venir au monde, en devant sa vie à ce qui est mauvais, est pour le moins un départ difficile!**

Si **le plaisir associé secrètement à la sexualité** fait tourner le monde et enflamme tant de passions, c'est sans doute que **ce plaisir est à la mesure de l'importance de cette partie de notre corps**.

Naturellement, je n'oublie pas **les nombreuses déviances sexuelles où l'irrespect d'autrui est plus que condamnable**. Mais **ces déviances sont aussi à la mesure de l'irrespect que l'humain a eu pour le sexe...** dont pourtant il vient. **Considérer une chose comme mauvaise, finit hélas par la rendre mauvaise.**

1.1.2. Revalorisation pudique

Les plantes, au sujet de leur sexe, ont bénéficié de plus de considération que l'humain! **Chez la plante, la partie sexuelle, c'est la fleur !** Or, comme chacun le sait, les fleurs sont un symbole social de grande valeur. Nous aimons en offrir et en recevoir. **Nous en ornons nos jardins... et un splendide bouquet trônant au milieu de la table ravit les hôtes et les convives**. Chaque commune de notre pays s'enorgueillit même d'en avoir le plus possible dans ses rues et ses espaces verts !

Il est amusant que nous ayons tant de considération pour le sexe de la plante... et si peu pour le nôtre.

Naturellement, il est hors de question d'envisager d'exhiber le sexe de l'humain comme celui des plantes. **La pudeur est certainement une qualité... mais faisons bien la**

différence entre les comportements dictés par de la pudeur et ceux dictés par de la honte.

Si la pudeur sexuelle vient **du fait que cette partie de soi est infiniment précieuse...** Alors elle est justifiée, car il est naturel que **ce qui est précieux reste intime.**

Si, par contre elle **vient du fait que cette partie du corps est considérée comme honteuse, c'est très dommageable...** car avoir honte de là d'où l'on vient, ne peut conduire qu'à un fondement instable et même parfois à ces déviances tant redoutées.

Nous distinguerons donc avec soin la différence entre **honteux (car mauvais)** et **intime (car précieux)** Les deux conduisent à la pudeur... mais ne donnent pas les mêmes résultats comportementaux.

1.2. Le couple parental

1.2.1. L'amour, le désir et la pulsion

L'homme et la femme, qui sont attirés l'un par l'autre, ressentent au moins trois sentiments : l'amour, le désir, la pulsion.

L'amour est une ouverture d'esprit inconditionnelle **à autrui, dont on reconnaît la valeur inestimable.** Cet amour ne dépend pas du caractère, ni du physique, mais d'un profond sentiment d'ouverture à l'autre. **Cet amour ne demande rien, n'attend rien, mais il peut recevoir autant que donner.** C'est lui qui dégage la chaleur humaine et la sécurité.

L'amour donne à l'enfant sa réalité individuelle.

Le désir, c'est quand on reconnaît en l'autre **le corps que l'on "attend"**. C'est une sorte de magie corporelle où l'autre est reconnu comme l'individu singulier dont on souhaite qu'il soit parent de notre enfant. C'est une reconnaissance identitaire et physique de l'autre. C'est ce désir qui pousse à l'envie d'enfant. Le mot "désir" vient de *desiderare*... c'est à dire, "manque d'étoile" (sidéral). Avec le désir, l'autre est reconnu comme **l'étoile manquante pour constituer notre univers intérieur.**

Le désir donne, à l'enfant qui en résulte, sa réalité charnelle.

La pulsion, elle, est très différente. C'est l'expression d'un besoin personnel **qui ne tient pas compte de l'autre**, mais qui **se sert de l'autre**. L'autre y est reconnu comme un moyen d'assouvir sa pulsion. **Cela n'a rien de généreux, mais l'autre y trouve son compte** en ce sens que cela lui donne un certain pouvoir et **une satisfaction de séduction**. Cela le (ou la) confirme dans son caractère attractif en tant qu'homme ou en tant que femme. Cela le (ou la) **confirme dans sa virilité ou sa féminité**. D'autre part, cette pulsion a engendré l'humanité en étant source de la transmission de vie ne s'encombrant pas de la volonté de chacun.

La pulsion donne, à l'enfant qui en résulte, l'énergie de l'espèce humaine.

La pulsion est un besoin personnel dans lequel on utilise l'autre. Elle ne s'exprimera pas que dans l'aspect sexuel où on l'imagine habituellement. Elle pourra aussi s'exprimer dans la quête irrépressible d'avoir un enfant où l'autre devient alors une

sorte d'objet géniteur, de la même façon que cet autre peut n'être qu'un objet sexuel dans la sexualité.

Naturellement, **s'il n'y a que la pulsion... la situation manque de chaleur humaine**, et l'enfant s'en trouvera hélas dévalorisé.

Mais sans pulsion, il y a manque d'élan. Or il est préférable que l'enfant ne soit pas construit qu'avec l'amour et le désir. Il est bon que s'y ajoute le côté pulsionnel. Remarquons que ce sera une difficulté majeure chez les couples ayant du mal à avoir un enfant. Le côté "technique" prenant petit à petit le pas sur le côté pulsionnel... le charme se dissout et défavorise la fécondité tant attendue.

1.2.2. Un équilibre d'amour vers l'enfant

Il est souhaitable que les trois composantes (amour, désir, pulsion) soient présentes dans un couple. Si ce n'est pas le cas, l'amour sans désir ni pulsion, la pulsion sans amour ni désir, le désir sans amour ni pulsion ne donnent que des couples qui s'éteignent ou se déchirent.

Le couple et sa sexualité ne s'épanouiront vraiment que si les trois sont présents dans une mesure suffisante. L'enfant issu d'un tel couple a de la chance...

Le plus souvent, chacun de ces trois aspects n'est **jamais, ni tout à fait présent, ni tout à fait absent**. **Les équilibres sont différents**, plus ou moins stables... mais **chacun s'en sort à peu près en se sécurisant dans ses propres compensations**.

Les inconforts ou les tensions, qui en résultent, s'apaisent avec la communication (quand il y en a)... chacun le vit au mieux et assure ainsi sa maturation le conduisant de plus en plus vers l'autre.

En effet, **ces trois composantes peuvent se développer**. Pour mieux comprendre l'histoire du couple, ce qui fait sa grandeur et ses difficultés, vous pouvez lire l'article de février 2001 sur [« La Passion »](#) ou celui [« Vivre son couple »](#) de janvier 2009

Quoi qu'il en soit, **ce couple en vient à concevoir l'enfant**. Quand les trois composantes de l'amour, du désir et de la pulsion sont là, l'enfant est particulièrement aimé et attendu.

Dans le cas contraire, il arrive qu'il survienne sans être souhaité... d'où peut-être alors l'expression "tomber enceinte"... La grossesse en sera moins épanouie, **la chaleur du nid qui accueille l'enfant en dépend**.

Ne tombons surtout pas dans le travers d'en faire le reproche aux parents. Rappelons nous toujours que chacun fait pour le mieux et que **s'il y a souffrance, il y a plus besoin d'aide que de reproches et de culpabilisation**.

La psychologie doit essayer d'en finir avec cette propension à culpabiliser les parents des difficultés de leurs enfants. Si la qualité du nid matriciel et psychologique dépend des parents, s'il est important de comprendre ce qui fait cette qualité, il serait néanmoins déplacé de se servir de ces connaissances pour reprocher quoi que ce soit à qui que ce soit. **Ces connaissances ne doivent servir qu'à aider, jamais à briser**.

Nous ne répèterons donc jamais assez **qu'une mère qui ne peut assurer le nid psychologique de son enfant a certainement plus besoin d'aide que de reproches**. Ceci est

aussi important pour elle que **pour son enfant qui**, plus tard pour retrouver son intégrité, **aura plus besoin de la comprendre que de la mépriser !**

2. Temps de la grossesse

2.1. Le nid

Quand tout se passe bien, le nid matriciel est un lieu où l'on bénéficie d'un moment d'exception. En tout cas, sur le plan physiologique, rien ne manque. **Cette douceur baigne l'enfant d'une délicieuse continuité.** C'est d'ailleurs une des choses qui marquera le plus sa naissance : passer du continu au discontinu, passer du permanent à l'alternance (faim-satiété, chaud-froid, présence-absence...).

2.1.1. Le nid physiologique

Le nid physiologique est le **minimum incontournable**. Sauf en cas de grossesses à problèmes graves ou en cas d'accouchements prématurés, le nid physiologique est là... que la mère le veuille ou non.

Ce n'est pas une affaire de volonté personnelle, mais plutôt une expression de la volonté de la nature.

Naturellement, **la qualité de ce nid peut malgré tout être affectée** par l'hygiène de vie de la mère. **Alcool, tabac, drogues, médicaments, mauvaise nutrition etc...** affecteront ce nid qui assurera ainsi plus ou moins bien **sa fonction protectrice et nourricière**. Dans la plupart des cas l'enfant n'en sera que fragilisé... mais dans les cas d'excès, sa santé et même sa vie pourront être en danger.

Prendre soin de l'enfant, pour la mère, c'est d'abord prendre soin d'elle-même par sa nourriture, son activité physique, par l'évitement de toxiques de toute sorte, par son repos... etc. Il est toujours dommageable pour l'enfant que la mère qui le porte continue de fumer ou de boire. Naturellement il n'est pas bon non plus de culpabiliser une telle mère... mais il n'en demeure pas moins que cela est néfaste pour l'enfant qu'elle porte.

2.1.2. Le nid psychologique

Le nid psychologique, lui, n'est pas toujours là. Sa qualité est plus fragile. Ce n'est plus un minimum incontournable. **Une grossesse peut même arriver à terme sans qu'il ait existé.**

Cela jouera certainement sur la psychologie de l'enfant, mais n'empêche pas la formation de son corps ni sa naissance. Encore que certaines situations extrêmes peuvent avoir des conséquences psychosomatiques... mais c'est une chose difficile à démontrer avec rigueur.

La façon dont l'enfant est considéré jouera un rôle sur la façon dont il viendra à la vie. Par exemple : les parents peuvent attendre un garçon alors que c'est une fille ; Ils peuvent avoir peur d'être de mauvais parents ; il peuvent souhaiter un enfant pour remplacer celui qu'ils ont perdu ; Ils peuvent souhaiter un enfant pour prouver aux

autres qu'ils en sont capables. Pour diverses raisons, une mère peut aussi ne donner aucune attention à l'enfant qu'elle porte...

Toutes ces situations sont certainement dommageables pour l'enfant, mais **les parents n'en sont pas reprochables**. D'abord les situations sont rarement caricaturales (il y a beaucoup de nuances), ensuite **ils ont une raison intime à leur attitude**. Par exemple, une mère qui a vécu plusieurs fausses couches avant sa grossesse, a des raisons d'hésiter à s'attacher... à ce qu'elle risque de perdre. Elle ne s'ouvrira vraiment à son enfant que vers le sixième mois, moment à partir duquel le risque diminue.

Une telle mère a besoin d'aide, d'écoute, de délicatesse et de compréhension... elle n'a surtout pas besoin de reproches !

J'ai déjà eu en thérapie des personnes vivant aujourd'hui un vide, une sensation de désert, correspondant en fait à cette étape de leur vie... Ce sentiment fut apaisé en donnant de l'attention et du soin à l'enfant qu'elles étaient dans le ventre de leur mère, à une époque où leur mère ne pouvait encore le faire. Le processus de cette rencontre avec eux-mêmes est décrit dans le [dossier psychothérapie](#) ou dans les ouvrages « [chaleureuse rencontre avec soi-même](#) » (Dangles) et « [L'écoute thérapeutique](#) » (ESF).

Dans le ventre de sa mère, l'enfant est déjà un être de communication. Il est déjà **concerné par la vie et le ressenti de ses parents**. Certes il ne s'agit pas des canaux habituels... mais la communication est une composante essentielle de son nid psychologique.

2.2. La Rencontre mère-enfant

C'est cette rencontre qui constitue le nid psychologique.

2.2.1. De la fusion à la rencontre

Au tout début, le plus souvent, la mère ne communique pas encore avec son enfant... même si elle s'adresse beaucoup à lui ! Ce tout début n'est pas encore une étape de communication. Ce n'est encore qu'une **étape relationnelle et fusionnelle**.

De même que le couple se rencontre dans la **passion** ([lire à ce sujet l'article de février 2001](#)), **l'enfant et la mère se rencontrent d'abord dans la fusion**. Cette étape, fort naturelle, délicieuse et nécessaire, **doit évoluer vers une individualisation** (individuation) **permettant véritablement la rencontre**.

Quand la mère et l'enfant cessent de ne faire qu'un, ils se mettent à communiquer vraiment (car pour communiquer il faut être deux) **Il est souhaitable que cette individualisation se produise avant la naissance... cela devrait même faire partie de la préparation à l'accouchement!**

2.2.2. Un échange de vie

Il y a d'abord la découverte de la **présence en soi**, puis la sensation de **profonde intimité**. Une intimité telle, que la sensation de ne faire qu'un emplit tout le corps d'une chaleur de vie dans laquelle on ne sait pas très bien lequel des deux donne de la vie à l'autre.

La mère donne la vie à l'enfant, mais aussi l'enfant donne la vie à sa mère. A tel point, qu'il arrive que ce sentiment vienne **compenser, chez certaines femmes, un vide de vie, que le quotidien ne remplit pas habituellement**. Dans ce cas, **la véritable rencontre sera plus difficile** car l'étape fusionnelle risque de perdurer... parfois au-delà de la naissance... et pour longtemps.

Si c'est le cas, la vie ne s'échange plus, car **l'état fusionnel**, naturel au départ, plus tard **devient un frein**. C'est comme si on voulait dépasser le terme de la grossesse sous prétexte que le ventre de la mère est un bon endroit pour le petit... c'est profondément vrai... mais pas au-delà de neuf mois !

Naturellement, une fois encore, la mère n'en est surtout pas reprochable. Si un tel manque la conduit à ce type de fusion, elle a besoin d'aide... pas de reproches.

Il est utile de bien pointer la **différence entre la fusion (affectivité) et l'amour**. La fusion, l'affectivité, absorbe l'autre (et le nie involontairement) alors que l'amour le reconnaît dans sa propre dimension. **Il ne peut y avoir de véritable mise au monde dans la fusion** (précisions en fin d'article sur la différence entre [l'amour et l'affectivité](#)).

2.2.3. La "rencontre message"

Des "messages" divers et subtils s'échangent entre la mère et son enfant. La mère et l'enfant sont **à la fois distincts et fusionnels**. Les mots peuvent s'exprimer, les sons, les musiques, la voix des parents.

Mais s'expriment aussi **les mouvements de l'enfant**, ses sursauts, ses jeux, ses réponses aux présences, aux **caresses** et aux **intentions**. L'**haptonomie** est par exemple une approche qui tient beaucoup compte de cette communication par le toucher, par le ressenti. Un canal particulièrement approprié pour l'enfant habitant le sein de sa mère.

Invisible, mais très présent, très ressenti, très expressif, **l'enfant partage beaucoup avec cette mère qui lui offre un nid physiologique nourricier et un nid psychologique chaleureux**. Il partage aussi déjà beaucoup avec ceux qui l'entourent... élargissant ainsi le nid psychologique au moins au père et à l'ensemble de la famille.

Tous ceux qui l'entourent doivent se faire les acteurs d'une telle reconnaissance et d'une telle communication.

2.2.4. L'intimité

L'intimité va encore plus loin, car **l'enfant sera sensible à ce que la mère ressentira**. Elle n'aura pas besoin de "dire" pour qu'il "ressente" ses joies, ses peurs, ses tristesses, **ses envolées et ses effondrements**.

De ce fait, il sera judicieux **qu'elle ose éclairer l'enfant qu'elle porte**, sur ses doutes ou sur ses envolées. Il sera précieux **qu'elle ose l'éclairer sur ce qui se passe**. Que son ressenti soit joyeux ou douloureux, cette mère l'explicitera à celui qui est en elle afin de **lui offrir l'authenticité de sa présence**. Elle s'adressera à l'enfant qu'elle porte comme on s'adresse à quelqu'un à qui on offre sa sincérité... **car ce qu'on a de plus beau à lui offrir c'est Soi**.

Simuler ou dissimuler ne fait qu'embrouiller. Cela conduit un peu à perdre l'autre, cela conduit à interpréter et à dramatiser. Cela diminue la sensibilité (on ne perçoit plus l'autre) et par conséquent augmente l'émotivité (on imagine l'autre puisqu'on ne le perçoit plus).

Que les moments de vie soient heureux ou douloureux, **l'authenticité du partage reste la composante précieuse de la rencontre**. Tous les ressentis de l'enfant l'aideront à se construire.

A chaque instant de sa vie, ce qu'il sera, contiendra tout ce qu'il a été et ce qu'ont été ses parents. Il sera essentiel que ce qui est en lui soit clair, compris, intégré, sans mystère. Il sera important qu'il accède à **la raison** de chacun. **Connaître la raison des parents permet d'être libre de leurs pesanteurs**.

L'intimité permet une rencontre sans mots, qui va au plus profond de l'être et de ses ressentis. Si les moments douloureux portent à quelques hésitations d'authenticité, **les moments heureux** produisent au contraire spontanément des **envolées de bonheur avec une sensation d'être au plus près de l'autre**, de partager avec lui, sans pour autant être dans la fusion.

Tout cela se vit avec beaucoup de profondeur, quand il est ressenti à quel point l'enfant à naître est déjà quelqu'un à part entière, et que **ce quelqu'un est un être de communication, porté vers la vie**.

Si la mère rencontre l'enfant... la mère se rencontre aussi elle-même dans une dimension jusque là inconnue d'elle.

2.3. La rencontre de la mère avec elle-même

2.3.1. Devenir mère

Quand il s'agit d'un premier enfant, **la maternité fait entrer la mère dans un autre aspect de la femme**, mal connu d'elle jusqu'alors. L'idée de maternité, tant qu'elle n'est connue qu'**intellectuellement**, même si elle est désirée viscéralement, **ne peut rendre compte de la réalité effectivement vécue et ressentie**.

La femme devenant mère se trouve dans une **position protectrice et nourricière** qui fait qu'elle n'est plus simplement la fille de sa propre mère. A son tour, elle est la **source**, le **nid**, la **sécurité**. A son tour la **vie** est là, en elle. Elle fait une **expérience nouvelle de la femme qu'elle est et de la femme qu'elle devient**.

Les autres la regardent tantôt avec considération, tantôt avec plus de considération pour l'enfant qu'elle porte que pour elle! Ce désagrément va parfois jusqu'à incommoder certaines femmes qui aimeraient qu'on les voit aussi! La mère découvre en elle des réactions qu'elle n'aurait pas imaginées.

2.3.2. La mère revit sa propre naissance et sa propre enfance

La grossesse la conduit à revisiter différents aspects de sa propre vie.

Si le premier est une fille, cela amènera naturellement la mère à penser à sa propre naissance, et donc à la grossesse de sa propre mère.

Si le premier est un garçon, il réactivera moins, chez la mère, sa propre naissance. Mais si le suivant est une fille, cette deuxième naissance la rapprochera plus du moment où sa propre mère a accouché d'elle. Ce sera une sorte de première fois quand même.

Si le garçon arrive en deuxième, il donne aussi à sa mère une expérience nouvelle : celle de porter en elle un homme en devenir. La femme en devenir, quand c'était une fille la rapprochait d'elle-même, l'homme en devenir quand c'est un garçon donne un nouveau rôle à la femme.

Si la mère est la troisième dans sa propre fratrie, elle vivra la venue de son troisième enfant comme un événement singulier la rapprochant d'elle-même lors de sa propre naissance, surtout si ce troisième est une fille... etc.

De nombreuses situations sont possibles et renvoient la mère (et le père à leur propre histoire). Quelquefois les situations sont étonnantes : ma femme et moi par exemple avons eu quatre enfants, d'abord trois filles, puis un garçon... or ma femme a deux sœurs et je suis fils unique.

2.3.3. La pulsion maternelle

Après cet accouchement, le **désir d'enfant est rarement définitivement rassasié**. Que cela soit raisonnable ou non, après quelque temps, la femme **ressent souvent le besoin d'une nouvelle maternité**.

Ce désir peut se trouver **mal compris et frustré**. Or il fait partie de la femme, qui souvent **n'ose l'avouer aux autres...** et même, **n'ose se l'avouer à elle-même**.

Naturellement l'amplitude de ce désir dépend en grande partie de la façon dont les choses se sont passées dans les accouchements précédents. Elle dépend aussi de l'histoire personnelle, conjugale, amoureuse et familiale de la femme.

Ce désir, qui est toujours là, **même après plusieurs grossesses, rend douloureux le cap des 40 ans**. Un âge où la maternité est possible, mais non souhaitée. Une sorte de **pré-deuil** avant que, plus tard, la fécondité ne cesse totalement. **Là encore elle rencontrera une nouvelle dimension de sa vie de femme**.

Cette étape est difficile et mal prise en compte, car **peu d'interlocuteurs entendent son ressenti**. Chacun ne tentera que de la raisonner sans jamais vraiment la comprendre. **La comprendre ne voulant pas dire "fais donc un enfant!"**. Cela signifie plus **simplement reconnaître l'importance que ça a pour elle**.

3. Venue au monde

3.1. La préparation à l'accouchement

L'accouchement est l'aboutissement de la grossesse et naturellement de la conception. Un moment attendu... et pourtant parfois source d'inquiétudes.

Les inquiétudes y sont **physiologiques** et techniques: comment ça se passe? Est-ce que ce sera douloureux? Comment se comportent les parties du corps entrant en jeu dans la naissance?... mais aussi comment favoriser au mieux la sécurité de la naissance de l'enfant, autant que son propre confort, en tant que mère.

Les inquiétudes y sont également **psychologiques**: il va falloir se séparer, l'enfant va passer du dedans au dehors, la mère se demande parfois si elle saura être une mère à la hauteur...etc.

La préparation à l'**accouchement de la mère** devrait aussi prévoir la préparation à la **naissance de l'enfant**. Préparer la naissance à venir c'est aider à l'individualisation mère-enfant pendant la grossesse. C'est aider à être proche, intime, mais distinct, car on ne se rencontre vraiment que si on est distinct l'un de l'autre. Cela permet de **prévenir la déprime de la naissance**.

3.1.1. Côté physique de la préparation

Depuis longtemps, l'accent a été mis sur la **découverte de l'anatomie** féminine. De nombreuses femmes, connaissant mal leur corps, trouvent un grand avantage dans cette étape de la préparation.

Comprendre comment l'évènement physique se passe est important. Mais **le risque à ce niveau est** de trop mettre l'accent sur les différentes difficultés susceptibles de se produire... et **de provoquer ou d'augmenter l'inquiétude de la mère**.

Ce côté technique de la préparation abordera donc l'anatomie, la respiration, les mouvements à faire pendant les contractions.

3.1.2. Côté psychologique de la préparation

La **relaxation**, la **sophrologie**, la **visualisation** sont des méthodes souvent utilisées pour préparer la mère à vivre plus sereinement son accouchement.

Cela lui permet de **mieux se disposer mentalement**, de **trouver en elle des ressources et de l'énergie qu'elle pourra mobiliser le jour J**. En cas de difficulté elle sera ainsi moins soumise au stress émotionnel ou à la peur, **elle saura mieux se relâcher, tout en disposant de plus d'énergie**.

3.1.3. Côté communication de la préparation

De plus en plus de sages femmes abordent l'aspect de la communication de la mère avec l'enfant. Mais cela n'est pas généralisé. Communication tactile, verbale, pensée, intime, intérieure...

Hélas, on dit "**préparation à l'accouchement**" mais rarement "**préparation à la naissance**". Or, trop souvent, si on conçoit bien que **la mère accouche**, on a tendance à oublier que **l'enfant, lui, naît**. Il est judicieux de s'occuper des deux aspects de l'évènement.

Comme nous l'avons vu plus haut, **le lien mère-enfant passe de la fusion vers l'individualisation**. **Cette individuation** doit si possible se faire avant la naissance. Ce travail **devrait faire partie intégrante de la préparation à l'accouchement-naissance**.

Il s'agit ici de permettre **une communication mère-enfant qui ne soit pas une relation fusionnelle**. Il s'agit que la mère apprenne à **s'adresser à son enfant comme à un Être qui est autre et non comme à un Elle-même-intérieur**.

Cette individuation et cette rencontre prénatale feront que la naissance sera une heureuse continuité et non une rupture. **Il sera toujours plus dure pour la mère de "lâcher" un enfant qu'elle n'a pas encore rencontré**.

Il m'est déjà arrivé en consultation de rencontrer une patiente ne "sentant pas sa fille" de 12 ans (contrairement à ses autres enfants). Cette patiente découvre que le dernier moment où elle l'a senti c'était pendant sa grossesse. Nous repartîmes de là pour effectuer psychologiquement la rencontre qui ne s'était pas faite. Elle se mit aussitôt à mieux sentir sa fille, à se sentir plus mère.

Souvent, **quand un tel travail n'est pas fait, la mère risque de se crispier, de se "resserrer" pour ne pas laisser échapper cet enfant...** à l'idée qu'il parte, il lui manque déjà! En plus le terme "expulsion" est maladroit (on a l'impression qu'on va en faire un SDF!) et aggrave ce sentiment d'inquiétude à le laisser naître.

Cette naissance étant alors plus vécue comme un déchirement que comme une joie, il s'en suit alors une déprime qui n'est pas que d'origine hormonale.

3.2. La naissance

3.2.1. La mère

La naissance, pour la mère, c'est de toute façon cesser de ne faire qu'un, au moins physiquement. **Laisser naître l'enfant, c'est accepter qu'il soit autre**. Ce lâcher prise peut ne pas être si évident et devrait occuper une partie de la préparation à l'accouchement qui est aussi naturellement une préparation à la naissance.

C'est le moment où la mère va rencontrer son enfant dans **une nouvelle réalité physique, avec d'autres perceptions**. L'enfant rêvé et ressenti se matérialise d'une façon

nouvelle. Un contact différent se prépare, même s'il n'est (ou ne devrait être) que le prolongement du contact vécu pendant la grossesse.

Cette étape se passe beaucoup **plus sereinement si l'individualisation s'est déjà faite avant la naissance.**

Moins de douleur pour la mère: depuis quelques décennies déjà l'obstétrique a eu l'idée de **se préoccuper de la mère.** Plus exactement, on s'est préoccupé de sa souffrance physique avec le fameux **accouchement "sans douleur"** surtout basé sur la respiration.

Puis les sages-femmes se sont préoccupées de la douleur avec la **dimension plus délicate de la relaxation, de la sophrologie,** des visualisations.

Enfin, pour permettre un plus grand confort de la mère, la médecine a développé la fameuse **péridurale.** Mais ici on s'est aperçu que certaines femmes, si elles ne veulent pas souffrir, **veulent néanmoins sentir naître leur enfant. Naturellement il s'agit que la péridurale soit davantage destinée au confort de la mère... qu' à celui de l'accoucheur** (qui souhaite parfois une parturiente plus calme, surtout pour lui-même travailler sans gêne).

Puis la **communication tactile et sensible** s'est développée avec l'**haptonomie,** amenant une dimension très humaine, remplie de délicatesses.

Malheureusement, nous constatons que la dimension psychologique de la naissance est encore trop souvent négligée. Tout au plus parle-t-on du **baby blues qui suit la naissance.** Nous en reparlerons plus loin.

3.2.2. L'enfant

Si la psychologie de la mère a longtemps (et encore aujourd'hui) été négligée, celle de l'enfant le fut encore plus. On a longtemps cru que l'enfant nouveau-né ne sentait rien. Tout en ayant beaucoup de respect pour cette vie nouvelle venant au monde, on ne s'est que fort peu préoccupé des ressentis subtils habitant cette étape de la vie.

Or les **psychologues et psychothérapeutes se sont aperçus dans certaines thérapies que la naissance est chargée de nombreux ressentis, y compris l'étape prénatale.**

Naître, pour l'enfant, c'est se retrouver dans le **monde du discontinu** comme nous l'avons vu plus haut au paragraphe "**Le nid**". Une étape vraiment nouvelle, dans laquelle il fait **l'apprentissage d'un début d'autonomie.** Même en dehors de toute problématique particulière, c'est déjà au moins de cela qu'il s'agit pour lui!

L'enfant à naître est déjà quelqu'un! Nous devons à quelques médecins comme **Frédéric Leboyer** ("Pour une naissance sans violence" - 1974 au SEUIL) ou **Michel Odent** ("Bien Naître" 1976 au SEUIL) de s'être enfin préoccupé du confort de l'enfant. Si le côté sécurité avait évolué, le côté sensibilité et psychologie de l'enfant était bien en retard. On remarquera aussi la démarche de **Frans Veldman** (L'**haptonomie**) où l'enfant à naître est reconnu à part entière dans son **existence physique, sensible et émotionnelle.** Nous avons eu le bonheur aussi de découvrir en 1985 cette émission de Bernard Martino sur TF1 "Le Bébé est une personne". Plusieurs médecins nous y ont montré une approche sensible et très délicate de l'enfant à naître ou du nouveau-né.

Malheureusement, toutes ces nuances ne font même pas encore aujourd'hui le quotidien de toutes les maternités... loin s'en faut!

Pourtant, la médecine s'intéresse enfin à la douleur du nourrisson. Mais le chemin fut long! **Elle a même longtemps opéré les tout-petits sans anesthésie** (y compris sur des interventions lourdes), pensant qu'ils ne sentaient rien. Il y avait encore tant de chemin pour comprendre qu'ils sont des êtres de nuances et de sensibilité.

Depuis vingt ans, les progrès ont permis de découvrir que le **système nerveux de l'enfant perçoit la douleur (influx nociceptifs) dès la 8e semaine de grossesse**. Ce sont au contraire **les mécanismes d'inhibition et de protection contre la douleur qui sont immatures jusqu'au 3e mois après la naissance**. La réflexion (non encore complètement aboutie) porte donc même sur la douleur de l'enfant in-utéro. Elle pose alors le problème des interventions invasives que la médecine actuelle permet d'accomplir pour sauver des enfants en difficulté pendant la grossesse.

(Informations contenues dans le **Rapport de l'Académie Nationale de Médecine** de Mars 2001: "Les avancées dans le domaine des douleurs et de leur traitement chez l'adulte et chez l'enfant") site www.pediadol.org

Nous commençons heureusement à réaliser que si la mère accouche, l'enfant, lui, accomplit sa naissance. Nous comprenons enfin que cet événement est un moment majeur de sa vie et qu'**un souvenir inconscient en marquera son existence**.

4. Séparation - Rencontre

4.1. La dépression post partum - dépression chez la mère... et chez l'enfant

4.1.1. La dépression de la mère

Cette dépression, après l'accouchement est assez connue. Imputable en partie aux modifications hormonales, elle est surtout la **résultante d'un changement fondamental de la morphologie et de l'habitation de son propre corps**. Le ventre a perdu son volume... et son contenu.

Savez-vous que des **adolescents dont le corps se transforme trop vite** ne se reconnaissent plus? Savez vous que certaines personnes suivant un **régime amincissant, si elles maigrissent trop vite peuvent être déroutées par leur modification corporelle** (pourtant désirée)? Dans ces deux cas il peut y avoir état dépressif. **Pour la mère qui vient d'accoucher, c'est un peu ça, mais d'un coup... plus la séparation!**

Trop souvent, la préparation à l'accouchement ne prévoit pas la préparation à la naissance, c'est à dire l'individualisation et la communication de la mère et de l'enfant. **L'heureux événement se transforme alors en déchirure, en arrachement dont le vide qui en résulte est un effondrement**.

Il est souhaitable d'**aider la mère à rencontrer son enfant individualisé, mais aussi à être reconnaissante envers son ventre, par lequel il a pris corps**. Il peut y avoir aussi de nombreuses situations difficiles, dans la vie de la mère, qui ont été réactivées par la

naissance, ou même par la grossesse. Dans ce cas une aide psychothérapique aurait été utile.

4.1.2. La déprime de l'enfant

Si la dépression de la mère est connue (bien que souvent mal prise en charge, psychologiquement), **la déprime de l'enfant n'effleure généralement même pas les consciences**. L'enfant, lors de ce passage du monde de continuité vers le monde de discontinuité se retrouve séparé, seul, en attente de la suite... Ce passage est un changement d'univers radical et sans retour.

Venant de quitter le nid physiologique, il lui faudra apprendre à vivre de cette façon nouvelle. Pour y parvenir, **il a encore besoin du nid psychologique de sa mère**.

J'ai déjà entendu dans une maternité une puéricultrice dire à une mère "ne le prenez pas autant, vous allez lui donner de mauvaises habitudes!"

Craindre qu'à cet âge un enfant prenne de mauvaises habitudes est aussi ridicule que si on avait cru que le ventre de la mère est une mauvaise habitude entre 0 et 9 mois. Il y a un temps pour chaque étape de la vie. Celle-ci requiert la présence de **la mère** qu'il est maladroit de réglementer... car elle **est la mieux placée pour en ressentir l'équilibre adapté à son enfant**.

4.2. L'allaitement

L'allaitement est une sorte de **prolongement du nid physiologique**.

Pour passer le cap vers cette discontinuité, le nouveau-né trouvera ici la chaleur maternelle qui lui est nécessaire.

Naturellement le nid psychologique peut aussi s'exprimer avec des biberons, en caressant l'enfant, en lui parlant, en lui donnant de l'attention. Mais la chaleur et **le côté charnel du sein en font un contact d'exception, tant pour la mère que pour l'enfant**.

Trop souvent, des mères ont été découragées d'allaiter. Heureusement, de plus en plus les mères sont, au contraire, encouragées à cette pratique dans laquelle la qualité du lait est inestimable... mais aussi dans laquelle **le contact est particulièrement nourricier**. Il l'est pour l'enfant, mais il l'est aussi pour la mère qui trouve ici une **heureuse continuité**.

Une étape autour de laquelle la famille, père, frères, sœurs, s'organisent différemment. Avec le bonheur, se joue en même temps quelques frustrations quand le mari, les frères et sœurs se sentent un peu délaissés par cette mère si attentionnée à ce nouveau-né.

Certaines séparations, d'un tout autre genre, sont bien plus délicates.

Avant d'aborder la fin de l'article, où **j'évoquerai le cheminement de l'enfant vers de plus en plus d'existence**, j'aimerais d'abord évoquer un regard subtil et nuancé sur quelques situations délicates.

4.3. Séparations particulières

Quand la naissance se produit, il y a passage d'un enfant en soi à un enfant hors de soi. Si le travail d'individualisation s'est bien fait, cette étape est vécue comme un grand bonheur. Dans le cas contraire, **l'heureux événement produit parfois, comme nous l'avons vu plus haut, un état dépressif, un état de manque douloureux**, qui n'est pas du qu'à un changement hormonal.

Si la grossesse se passe bien, j'ai déjà abordé le sujet et il n'est pas utile de lire ce paragraphe, vous pouvez alors directement passer au suivant.

Par contre, en cas de **grossesse difficile**, de **fausse couche**, d'**IVG** (interruption volontaire de grossesse) ou d'**ITG** (interruption thérapeutique de grossesse), ce paragraphe est très important.

J'ai un peu hésité à évoquer ces cas dans cet article de l'enfant à naître, mais comme **il y s'agit aussi de rencontre avec l'enfant**, je ne pouvais l'ignorer. Ces nuances ne feront que mieux prendre conscience de **l'importance de la rencontre... dans tous les cas**.

Trop souvent on pense résoudre le problème en invitant à prendre de la distance d'avec l'enfant pour ne pas s'y attacher, dans le but de ne pas trop souffrir de le perdre!

Même si de nombreux soignants ont compris qu'il est préférable de faire l'inverse, ces situations restent délicates. Paradoxalement, c'est celle de l'IVG (la plus courante) qui est la moins bien accompagnée.

Pourtant, **on quitte mieux ce qu'on a rencontré que ce qu'on a manqué**.

4.3.1. Séparation par choix (IVG)

L'IVG est certainement une avancée. Les grossesses non désirées, les interruptions clandestines meurtrières pour les mères, l'exploitation de la détresse de femmes par les autres, la souffrance des enfants violemment non désirés... autant de raisons de considérer que c'est une avancée prodigieuse.

Mais **le fait que ce soit une avancée ne doit pas pour autant nous conduire à en banaliser la pratique**. Quand je parle de banalisation indésirable, **je ne parle pas du nombre, mais de la manière**.

Je vois trop de femmes ayant vécu une IVG par choix, récemment ou il y a longtemps, **me livrer en consultation, la détresse qui leur en est restée**. Même de nombreuses années après, il reste un travail de réhabilitation à faire : la réhabilitation de la mère meurtrie qu'elle fut à ce moment et la réhabilitation de l'enfant qu'elle a choisi de ne pas garder.

Ce travail peut être accompli beaucoup plus tard, mais il serait préférable que la femme soit accompagnée dans ce sens au moment de l'événement.

Un tel accompagnement l'amène à **bien ressentir ce qui motive son choix**. Il ne s'agit surtout pas de la détourner de ce qui motive sa décision. Au contraire **il s'agit de l'aider à asseoir ce qui la fonde**.

Quand la décision est de ne pas garder l'enfant, il est important **qu'elle ose mettre l'attention sur lui** et qu'elle ose **lui expliquer qu'elle ne peut pas le garder**. Elle devrait **lui ouvrir son ressenti** sans détour et néanmoins **accueillir ce que lui a fait vivre ce bref temps de partage** se limitant à quelques semaines.

Un véritable au revoir ne peut s'accomplir qu'après une véritable rencontre. **Attention, je le répète, une telle démarche n'a surtout pas pour projet, lui faisant rencontrer l'enfant, de la détourner de sa décision**. Le projet est qu'elle l'assume et la partage avec l'enfant, puis qu'elle accepte de l'accompagner vers cette séparation.

Elle en sera moins vide, moins meurtrie, moins coupable. Ultérieurement le manque en sera moins douloureux... car la rencontre aura eu lieu. Ignorer cet enfant produit au contraire un regret profond et récurrent.

4.3.2. Séparation spontanée (Fausse couche)

Là il ne s'agit plus de choix. **La nature semble lâcher la mère et l'enfant qui vont devoir mettre un terme à cette rencontre**. Soit cela se produit de façon un peu attendue ou redoutée (grossesse à risque) soit cela se produit sans crier gare de façon soudaine.

Dans tous les cas cela ne remet pas en cause la nécessité impérieuse de la rencontre mère enfant. Au contraire, **un enfant perdu, quelque soit l'avancée de la grossesse doit avoir une place privilégiée dans le cœur de la mère**. Il doit faire partie de son histoire comme ayant existé. L'ignorer c'est le faire disparaître une seconde fois et cela, généralement, la mère ne peut l'accepter.

Je me souviens d'un couple me consultant pour un trouble du comportement de leur quatrième enfant. Nous trouvâmes que **la mère eut une fausse couche avant la naissance du premier. Avec tendresse son mari lui avait dit, dans le but de la rassurer "ce n'est pas grave, ma chérie, nous en aurons un autre!"** Le **"Ce n'est pas grave"** était resté gravé en elle comme une profonde douleur.

Cela fait partie des phrases à ne plus dire.

L'enfant perdu doit exister dans le cœur de la mère et aussi être reconnu, dans son importance, par les autres. Pour les enfants suivants il fera partie de l'histoire familiale, ne sera pas occulté, il aura sa place dans le cœur de tous.

Il ne s'agit surtout pas de pensées morbides, ni d'incitation à la commémoration perpétuelle. Au contraire **lui donner existence permet de se libérer de la pesanteur et de l'obsession**.

Naturellement, **si parfois une mère choisit plutôt l'oubli, car cela lui semble momentanément plus acceptable pour survivre, cela doit être profondément respecté**. Il ne s'agit en aucun cas de lui imposer ce contact avec son enfant... il s'agit plutôt de **savoir repérer le moment où elle le souhaite, et alors de le lui permettre**. Alors, on saura l'accompagner pour faciliter cette rencontre valorisante et libératrice.

4.3.3. Séparation thérapeutique (ITG)

Si les deux premières situations de l'IVG et de la fausse couche sont délicats, l'interruption thérapeutique de grossesse l'est encore plus. **Il y s'agit d'un enfant désiré chez qui on découvre une pathologie grave, justifiant d'interrompre la grossesse** (après réflexion d'éthique en équipe et avec les parents).

Cela est d'autant plus délicat quand cette révélation pathologique se fait tard dans la grossesse, par exemple à six ou huit mois.

Dans l'IVG l'enfant est à son tout début, alors que **dans l'ITG, il est beaucoup plus proche du terme**, beaucoup plus proche de nous. En dehors du problème d'éthique que pose cette situation, c'est une profonde meurtrissure pour les parents... et en particulier pour la mère.

Dans ce cas aussi la communication, avec cet enfant qu'on ne gardera pas, est de première importance. Il s'agit d'une sorte d'euthanasie intra utérine, et la femme doit accoucher ainsi d'un enfant décédé avant la naissance.

Le temps où l'on faisait vite, puis comme si rien ne s'était passé est heureusement révolu. **De nombreuses équipes médicales ont compris qu'il fallait considérer l'enfant comme né puis décédé avec une place dans l'état civil.** Ils mettent aussi un soin tout particulier à préparer l'enfant pour **le présenter à la mère qui ainsi fera mieux son deuil.**

Naturellement **il se peut que la mère ne le souhaite pas.** Dans ce cas, l'équipe prend des photos qui seront à la disposition de la mère quand elle le souhaitera.

Ces délicatesses sont un immense progrès auquel on ajoutera toute la communication prénatale telle que décrite ci-dessus.

Là aussi la séparation est moins douloureuse si on ne s'est pas manqué.

5. Existences croissantes

5.1. Pour qu'il accède à lui-même

Le paragraphe précédent (que vous avez lu ou que vous avez passé selon votre choix) a mis l'accent sur le fait que, **quelques soient les circonstances, la rencontre avec l'enfant reste le point clé.** Les trois circonstances qui s'y trouvent décrites sont heureusement rares, comparées au nombre de naissances.

Hors de ces circonstances, revenons à la situation naturelle et délicieuse dans laquelle l'enfant a été conçu, porté, accueilli puis allaité. **Il reste à l'accompagner vers un plus d'existence toujours croissant.**

Une étape quelquefois remplie de maladresses, involontaires où voulant aider l'enfant, les parents (ou les autres) freinent quelquefois cette croissance d'être.

5.1.1. Le prendre pour l'entendre, pas pour le calmer

Valider les ressentis de l'enfant est très important. Quand celui-ci exprime son inconfort (généralement par les pleurs) la tendance naturelle est de le prendre dans les bras... pour le calmer!

Naturellement, il est très important d'être près de lui à chaque fois qu'il en a le besoin. Mais **si on le prend pour le calmer plus que pour l'entendre, c'est involontairement nier ce qu'il exprime.** Le problème n'est pas qu'on le prenne dans les bras... ça, c'est plutôt une bonne chose ! Le problème c'est quand c'est plus pour le calmer que pour l'entendre.

Il est bon d'**entendre son pleur comme l'expression d'un ressenti profond.** L'accent doit être mis sur le fait de prendre en compte ce qu'il exprime. **Entendre son pleur comme une conversation dans une autre langue.** L'écouter avec ouverture d'esprit et considération.

Il peut sembler curieux d'accorder tant d'importance à ce qui peut-être n'en a pas autant ? **En fait, l'expérience montre qu'en faisant cela, on apaise mieux l'enfant qu'en voulant le calmer.**

Cela continuera quand il grandira. **Quand il se cognera et pleurera,** les parents penseront à lui demander "Tu as mal?", "Où t'es tu fait mal?"...etc pour valider ce qu'il exprime plutôt que de lui lancer "Ce n'est rien, ne pleure pas!"

Un enfant, dont on valide les ressentis, gagne de la confiance en lui et se calme plus vite... alors qu'un enfant dont on nie les ressentis, ne peut plus faire confiance à ce qu'il perçoit. Quand son ressenti est validé, son apprentissage devient meilleur car il devient plus lucide et plus confiant.

Donner droit à la sensibilité, c'est donner la possibilité de percevoir la vie et d'assurer une capacité d'ajustement et d'adaptation plus juste. C'est aussi l'accompagner dans la découverte de soi et du monde. C'est **le préserver de trop de danger sans pour autant lui bloquer l'accès à l'expérience** et sans nier le ressenti personnel qu'il en éprouve.

5.1.2. La différence entre l'amour et l'affectivité

Accompagnant leur enfant, **la mère comme le père peuvent être excessifs.** C'est sans doute ce qui a conduit à quelques conseils de réserve du genre : ne le prend pas trop, lâche le un peu, ne soit pas toujours après lui, laisse le un peu respirer...etc.

Or il doit être clair que **les parents n'auront jamais trop d'amour envers leur enfant.** L'amour, plus il y en a, mieux c'est, plus l'enfant est heureux et chanceux. Mais il faut différencier l'amour de l'affectivité, car **l'affectivité, souvent il y en a trop...** et cela est plutôt source de perturbation, d'inconfort, de révolte, de souffrance.

Nous différencierons soigneusement l'amour (qui réchauffe) de l'affectivité (qui étouffe).

L'amour est une **considération reconnaissante et constructive d'autrui**, lui accordant liberté et ressentis personnels. L'amour accueille, ne nie jamais, sécurise, reconforte. Celui qui le reçoit peut devenir de plus en plus lui-même en toute sécurité.

L'affectivité, elle, est **l'expression d'un manque personnel qu'on essaye de compenser au dépend de l'autre**. Par exemple un parent, qui ne s'est pas senti assez aimé par ses propres parents, attendra de son enfant qu'il lui donne ce qu'il n'a pas reçu. Il voudra se sentir aimé par son enfant pour recevoir ce qu'il lui a manqué. Ses actions, ses conseils, **ses gentillesse**s, a priori destinées à l'enfant, **ne seront alors en fait qu'une demande déguisée rendant l'enfant redevable**. Ce dernier ne se sentira alors pas le droit de mener sa propre vie sans risquer d'offenser son père ou sa mère. Cela contribuera à le retenir de vivre et à l'étouffer.

Il est important de comprendre que **ce qui étouffe, ce n'est pas trop d'amour, mais plutôt trop d'affectivité**. Naturellement, là encore, les situations sont rarement caricaturales et les deux aspects sont inégalement mêlés.

5.2. Source de croissance réciproque

Si en tant que parent **nous nous découvrons un excès d'affectivité**, il ne s'agit pas de s'en culpabiliser, mais simplement de **s'offrir une rencontre avec soi-même pour combler les parts manquante de notre vie**. Il arrivera ainsi, que grâce à la venue de son enfant, le parent soit amené aussi à **s'occuper de l'enfant qu'il était lui-même et qui est resté en attente, en lui, depuis tout ce temps**.

En venant au monde, un enfant fait ainsi à ses parents, en bonus, le cadeau de les conduire à se mettre eux-mêmes au monde. Ainsi la famille est de plus en plus complète!

Ceux qu'on a été et ceux dont on est issu, sont la base de celui qu'on est et trouvent ainsi, grâce à nos enfants, une nouvelle opportunité de réhabilitation, d'écoute et d'existence. **Un cadeau inattendu... dont l'enfant peut être fier** et dont les parents peuvent lui être reconnaissants! **Ils se donnent mutuellement plus de vie**.

Thierry TOURNEBISE

Fausse couche

Un deuil à prendre en compte

Thierry TOURNEBISE

Il s'agit de grossesses qui se terminent avant 20 ou 22 semaines. Ce phénomène représenterait 15 à 20% des grossesses (dont la plupart au cours des 12 premières semaines). Pratiquement une femme sur cinq y étant confrontée il convient de proposer en ce cas un accompagnement de qualité facilement accessible à celles qui en éprouvent le besoin. S'il est évident qu'une fausse couche tardive peut être particulièrement traumatisante, on aurait tort de penser que celles survenues en début de grossesse soient vécues de façon anodine !

Ces quelques lignes vont proposer un regard délicat et subtil sur cet événement qui marque particulièrement la vie d'une femme et qui est souvent mal compris par l'entourage. L'ex-parturiente en reste généralement blessée et ne peut que taire ses ressentis, tant ceux-ci ne sont pas entendus, que ce soit par les proches (même très aimants) ou que ce soit par les professionnels des soins et de la médecine (même très compétents)

Novembre 2009 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2011 pour cette version PDF

6. Apparition de l'enfant

6.1. A partir de quand ?

Le commencement est celui de la découverte. Après les incertitudes initiales, la présence d'un enfant à venir se précise, et le rapport des parents avec lui aussi (surtout celui de la mère).

Si l'on se demande à partir de quand l'être en devenir est un enfant, d'un point de vue biologique, il est sans doute possible de donner quelques réponses en fonction de l'avancement du développement de son corps, de son cœur, de ses neurones...etc. A partir de combien de semaines, puis de mois, peut-on estimer qu'on passe de l'embryon au fœtus, puis du fœtus à l'enfant ?... Le débat mérite sans doute d'exister, ne serait-ce que pour des raisons légales, mais il y a une autre composante qu'il convient de prendre en compte : **pour la mère, l'enfant est un enfant dès la conception, ou du moins dès qu'elle sait qu'il est là**. Cela n'est pas sensé donner la moindre indication légale, mais est simplement un ressenti fréquent à côté duquel il ne faut pas passer.

A vouloir trop objectiver par des précisions scientifiques (nécessaires ailleurs pour d'autres raisons) nous risquons de passer à côté du vécu subjectif, qui en matière de soutien psychologique est le seul qui compte.

Quand la grossesse est souhaitée ou généreusement accueillie, celle-ci peut être ressentie comme un miracle de la vie venant combler une attente au plus profond de l'être. La fausse couche est alors toujours un drame. Mais même pour les autres, ceux qui ne la souhaitaient pas si ardemment, cette perte de ce qui commençait à trouver sa place en leur sein, peut être vécue plus douloureusement qu'il n'y paraît. L'ambivalence d'une grossesse non désirée, mais dont l'arrêt n'est pas non plus satisfaisant, trouble l'esprit.

C'est comme s'il se jouait, entre la mère et l'enfant à venir, une sensation subtile, difficilement définissable mais profonde. Cette sensation se retrouve même aussi dans pas mal d'IVG ! Ne remettons surtout pas en cause la possibilité de l'IVG qui est une avancée incontestable dans l'histoire de la femme, mais il aurait fallu considérer cet acte, ce choix, avec plus de subtilité et d'accompagnement, surtout après. Quand bien même l'IVG est clairement décidée et n'a pas à être remise en cause, sa mise en œuvre laisse chez pas mal de femmes une blessure qu'on retrouve souvent en psychothérapie de nombreuses années plus tard. Cette blessure aurait pu être évitée avec un accompagnement adéquat.

6.2. Des sensations indicibles

Nous venons de voir qu'il est difficile de dire à partir de quand on peut parler vraiment d'enfant et ce ne sera pas ici notre propos. La seule chose qui compte, c'est que c'en est un pour la mère... dès le départ. Un lien se dessine entre elle et lui, quasiment à son insu, et cette présence se met à compter profondément.

Une intimité indicible, une circonstance à découvrir, des sensations ineffables et secrètes, qui ne trouvent pas de mots, pas plus que n'en trouveront celles qui sont ressenties lors de la fausse couche.

De ce parcours de vie qui surgit au creux de soi, la femme éprouve une sorte d'accomplissement qui, en dehors des divers tourments que la vie ne manque pas d'apporter, offre une sorte de bien-être intérieur. En dépit des désagréables nausées et autres inconforts physiologiques, cette émergence de vie la remplit.

Sans qu'elle n'en mesure toujours l'importance, un lien naturel se construit. Bien au delà du cordon nourricier visant le corps, émerge une sorte de cordon existentiel faisant de ce qui l'habite un être à part entière. Cette sensation de présence la sort du sentiment diffus de solitude, souvent peu consciemment éprouvé jusque là. Ce sentiment de solitude, pareil à une sorte de brume, ne faisait que discrètement troubler la visibilité des êtres et des présences. C'est comme si soudain elle « voyait clairement ce qui palpite » avec une connivence existentielle dont elle seule perçoit la présence.

Naturellement tout cela peut être troublé par de multiples situations de la vie, que celles-ci soient conjugales, médicales, professionnelles, familiales, sociales... etc. Il ne s'agit surtout pas de considérer que toutes les femmes vivent la même chose ! Il s'agit avant tout de ne pas manquer les subtilités qui les habitent en ce moment exceptionnel de leur vie.

Avoir conscience de cet aspect exceptionnel permet de mieux s'approcher aussi de la détresse qui résulte de la fausse couche.

6.3. Perte de grossesse ou perte d'enfant ?

Dans le cas de fausse couche, la pudique appellation « perte de grossesse » occulte la réalité de la sensation de « perte d'enfant ». Trop souvent la gestion des situations délicates se fait par la négation des ressentis réels. Or, tenter de « rassurer » est une violence portée envers celui qui ressent une blessure, dont on résiste tant à reconnaître la dimension.

La femme ne perd pas une grossesse. Pour elle, elle perd un enfant ! Ne pas le reconnaître c'est lui rendre le deuil impossible. Rappelez vous qu'il ne s'agit pas savoir à partir de combien de semaines ou de mois on peut parler d'enfant... il y a juste à considérer que c'en est un pour elle !

On croit souvent apporter de l'apaisement en objectivant. Or **la seule réalité qui compte sur le plan psychologique est la réalité subjective.** Aussitôt reconnue, celle-ci pèse moins lourd. Quand bien même la grossesse s'interrompt à deux ou trois semaines, juste après l'avoir découverte avec un test, la femme qui vit cela vient de traverser un moment qui changera sa vie.

Il ne s'agit en aucun cas de le dramatiser, ni de le minimiser : il s'agit juste de le reconnaître.

6.4. Les phrases assassines

Bien qu'animées de bons sentiments, les personnes de l'entourage tiennent spontanément des propos forts maladroits. Qu'il s'agisse du conjoint, de la famille ou des soignants, nous trouvons fréquemment les mêmes phrases toutes faites apparemment protectrices, mais en réalité parfaitement assassines :

« Il ne faut pas te mettre dans cet état. A ce stade c'est rien du tout, ce n'est pas encore un enfant »... nous avons là un insoutenable déni de l'enfant.

« Ce n'est pas grave. Tu en auras un autre »... ici nous trouvons un insoutenable déni du ressenti sous-entendant « va de l'avant, oublie le, il ne compte pas ».

« C'est sans doute mieux ainsi. C'est la nature qui fait son travail (sous entendu en éliminant ceux qui sont ratés) » ... voilà une insoutenable affirmation que c'était une erreur, un moins que rien, un loupé... et qu'elle, en tant que mère, a loupé la « fabrication » d'un enfant en bon état.

« Ça arrive presque dans une grossesse sur cinq. C'est un phénomène naturel »... nous trouvons ici encore une insoutenable banalisation, comme si rien n'avait été vécu, que ce n'est pas si grave et qu'il faudrait être stupide pour s'en faire.

« En début de grossesse c'est moins grave »... encore une banalisation qui anéantit la profondeur des ressentis, qui anéantit l'ex-parturiente dont le statut même devient par là inexistant !

L'entourage ou la médecine rivalisent de maladresses. Tout en croyant rassurer ils versent de l'acide sur la blessure encore à vif.

Le deuil n'est pas reconnu, l'enfant non plus, la femme non plus. Elle devra faire son parcours tout à l'intérieur d'elle-même, faire bonne figure à un entourage qui ne mérite aucun reproche, car il ne pense pas mal faire et ne se rend compte de rien.

Elle doit vraiment réaliser un deuil... mais au fait sait-on seulement ce qu'est un deuil ? Le mot « deuil » vient de *dolere* signifiant « douleur. Celui qui fait son deuil « fait sa douleur ». « Faire le deuil de » ne signifie pas « passer à autre chose » mais « faire sa douleur » ! Et cette douleur joue un rôle précis : elle donne l'assurance qu'on n'oubliera jamais l'être qu'on vient de perdre. Tant qu'un doute subsiste à ce sujet, la douleur reste nécessaire. Toute personne qui vise à l'enlever apparaît comme un danger potentiel d'engendrer une double perte : celle de l'être aimé... augmentée de la perte de son souvenir, de sa présence en soi. Généralement quand le sujet en deuil a l'assurance qu'il n'oubliera jamais, sa douleur diminue ou cesse, ainsi que ses pensées obsessionnelles, qui jouaient le même rôle.

7. La grossesse ultérieure qui ne vient pas

A cette douleur de deuil qui n'en finit pas il peut s'ajouter celle d'une grossesse suivante qui ne vient pas. La femme (et son compagnon) peuvent éprouver une certaine révolte face à cette succession d'épreuves de la vie. Or il se peut souvent que les deux situations soient liées par des mécanismes psychologiques inconscients. Avant

d'aborder ceux-ci, nous nous devons de ne pas occulter les causes physiologiques dont il revient à la médecine de les diagnostiquer.

7.1. Les causes physiologiques

Lorsque la fausse couche touche une première grossesse, il y aura généralement le souhait d'un nouvel enfant. Je dis ici d'un nouvel enfant car c'est bien de cela qu'il s'agit, nous y reviendrons plus loin.

Seulement, malgré la volonté intense de cette réalisation il peut se faire que rien ne se produise. L'attente interminable, insoutenable, engage alors finalement le couple dans une recherche médicale de la cause. Etat de l'utérus, des trompes, des ovaires, acidité vaginale, bilans hormonaux, spermogramme... tout est passé en revue. La médecine sait bien faire cela et il est important de ne pas négliger cet aspect purement somatique de la situation.

Parfois des situations objectives semblent expliquer le fait que la femme ne se retrouve pas de nouveau enceinte. Mais il arrive aussi qu'on puisse se demander si l'état corporel est purement corporel ou résulte d'une composante psychosomatique, là où une blessure de la psyché génère une modification physiologique (jusqu'à la disparition des règles).

Les causes physiologiques seront traitées médicalement pour ce qu'elles sont, mais au cas où se trouverait un enjeu psychosomatique, un accompagnement psychologique est souvent nécessaire, ne serait-ce, au minimum, que pour traverser plus sereinement l'attente, ou même quand c'est parfois le cas, l'impossibilité définitive d'avoir un enfant. Dans toutes ces situations, des plus anodines aux plus éprouvantes, un soutien psychologique est souhaitable... à condition que celui-ci ait la qualité requise.

7.2. Les causes psychologiques

Dans d'autres cas, tout est physiologiquement normal... mais il n'y a pas de grossesse pour autant. Il est là très probable de trouver la psyché comme source de premier rang. Nous pouvons trouver simultanément « consciemment le souhait qu'il y ait... et inconsciemment le souhait qu'il n'y ait pas » un nouvel enfant..

Les causes psychologiques peuvent être nombreuses. Parmi les plus fréquentes, nous pouvons rencontrer la peur de perdre de nouveau un enfant. Dans ce cas, même si une nouvelle grossesse arrive, il est courant que spontanément la mère ignore l'enfant qu'elle porte. Elle l'ignorera, jusqu'à ce qu'il dépasse le nombre de mois auquel s'est produite la fausse couche antérieure. Ceci est bien évidemment encore plus marqué en cas de fausses couches successives. Elle ne le prendra en compte qu'une fois assurée de sa survie, évitant ainsi de s'attacher à ce qu'elle risque si douloureusement de perdre. Ce cas nécessite un accompagnement de la mère, mais aussi, à travers elle, de l'enfant qu'elle porte. En effet celui-ci commence sa vie sans être ni perçu ni accompagné, et cette absence de présence et d'attention à son égard peuvent cruellement lui faire défaut. Il arrive que nous retrouvions un tel vécu intra utérin en psychothérapie chez des êtres adultes. Sans que cela puisse pleinement être objectivé (le fœtus a-t-il vraiment vécu cela ?), nous en constaterons néanmoins la présence, et remarquerons de façon

pragmatique que sa prise en compte produit une amélioration et un apaisement signifiant des ressentis du sujet.

Ainsi, la mère veut bien être de nouveau mère, mais la crainte de se retrouver confrontée à une telle douleur est trop forte, trop prégnante. Même si ce n'est qu'inconsciemment, une autre grossesse ne peut être envisagée.

7.3. Le remplacement impossible

Un autre phénomène est à prendre en compte, qui ne consiste pas du tout en la peur d'une nouvelle perte : il s'agit du fait que **le ventre ne peut simplement pas être habité par un autre enfant, tant que le précédent n'a pas été réhabilité dans son importance**. Tout le monde s'est acharné plus ou moins à insister sur le fait que ce n'était pas encore un enfant (pensant apaiser la douleur de la mère) et n'a ainsi fait qu'en retarder le deuil. En effet on ne peut faire le deuil de quelqu'un qui n'a pas existé. Eluder sa venue au monde pour faciliter le vécu de son absence est un leurre absolu.

Pour que la mère fasse le deuil de cet enfant, l'existence de celui-ci doit d'abord être reconnue. Le ventre inhabité est devenu ici une sorte de lieu sacré (pour ne pas dire de sanctuaire), un lieu de mémoire, qui ne peut accueillir un autre être sans prendre le risque de perdre encore une nouvelle fois le premier. De ce souvenir fragile, nié par tous, la mère ne peut prendre le risque d'un effacement définitif.

Le suivant ne peut en aucun cas venir faire oublier le premier. Le suivant n'aura sa place que si le premier qui a été perdu a, lui aussi, la sienne. D'une certaine façon, si l'enfant de la fausse couche résulte d'une première grossesse, le suivant devra être considéré comme étant un second, comme étant en quelque sorte son frère ou sa sœur et non « enfin l'enfant qu'on attendait ».

Il n'y a là aucune morbidité, bien au contraire. Plus cela est considéré chez la mère, plus celle-ci se libère rapidement des pensées obsessionnelles concernant sa fausse couche. Voulant lui faire oublier ce qui s'est passé on ne fait que renforcer cette obsession dont on croit maladroitement la libérer.

8. L'accompagnement psychologique

L'entourage de la femme qui a fait une fausse couche souhaite sincèrement l'aider. Il s'agit simplement de lui donner ici les moyens de le faire avec plus de justesse en évitant les erreurs mentionnées ci-dessus.

Cependant, comprendre certains mécanismes de la psyché et savoir ce qu'il ne faut pas faire est une chose... savoir comment s'y prendre pour proposer un accompagnement adapté en est une autre.

Nous allons examiner cet accompagnement de deux points de vue : d'abord celui que peut apporter l'entourage, puis celui que peut apporter un psy, un médecin, ou un soignant.

8.1. L'accompagnement par l'entourage

Comme nous l'avons vu, l'entourage se devra de considérer que l'enfant perdu est un enfant à part entière pour cette femme.

Quand la femme évoque sa fausse couche et se sent bouleversée, ou même en larmes, l'attitude qui convient n'est surtout pas de la rassurer ou de la consoler, mais de reconnaître la peine qu'elle exprime et de lui offrir l'opportunité de l'exprimer complètement, sans gêne et sans retenue. Attention **l'idée n'est pas qu'elle se libère de sa charge émotionnelle, mais seulement qu'elle ait sa place avec son ressenti tel qu'il est.**

Il ne s'agit pas non plus de la conduire à adhérer aux façons de voir exposées ci-dessus (la conduisant à adopter l'idée qu'il s'agit déjà d'un enfant), mais seulement de ne pas manquer ni les allusions qu'elle fait à ce sujet, ni les attitudes qu'elle montre sans rien dire. La conduire loin de son ressenti serait inacceptable. C'est malheureusement ce qui se passe habituellement, et il conviendra de ne pas retomber dans ce piège par l'autre bord.

Si elle se montre triste il peut lui être adressé « c'est un moment trop difficile ?! ». Nous avons ici ce que j'appelle une reformulation. C'est à la fois très simple et très délicat. L'interlocuteur peut y vivre le sentiment d'une profonde reconnaissance de ce qu'il ressent... aussi bien qu'une niaiserie venant de quelqu'un qui n'a rien compris. La phrase reprend de façon affirmative ce que le sujet montre (pas forcément ce qu'il dit), mais avec un ton légèrement interrogatif. C'est pourquoi je ponctue la reformulation par « ?! »

Je ne vais pas développer ici en détail ce qu'est une reformulation telle que je l'entends car vous trouverez sur ce site une importante publication qui lui est entièrement consacrée : [« La reformulation »](#) (novembre 2002). Je rappellerai seulement que **la reformulation ne reprend pas ce qui a été dit verbalement, mais ce qui a été exprimé.** Si la femme dit « Finalement j'accepte ce qui s'est passé. Il le faut bien », la reformulation serait par exemple « Ce n'est pas si facile à accepter ?! » Nous noterons que **ce n'est pas une interprétation mais une mise en mot de ce qui est implicitement exprimé.** Naturellement le risque d'interprétation existe, mais il convient de bien noter que ce n'est pas le projet. Le point sacré est qu'**on ne sait jamais à la place de l'autre** et qu'on ne se hasarderait jamais à savoir ce qu'il ressent sans passer par lui. La reformulation nomme ce qui a été exprimé, comme pour inviter à **une expression plus profonde, plus précise du ressenti.**

A titre d'exemples :

(attention les reformulations sont exprimées avec un non verbal délicat, subtil, respectueux et profondément reconnaissant)

-Si elle dit « Et dire que je pensais que ça allait bien se passer ! », la reformulation peut être « Tu es tellement déçue ?! »

-Si elle dit « Je n'ai quand même pas mérité ça ! », la reformulation peut être « Tu trouves cela vraiment injuste ?! »

-Si elle dit « Nous étions tellement heureux à l'idée de la venue de cet enfant ! » la reformulation peut être « C'était vraiment un grand bonheur pour vous ?! »

-Si elle dit « J'ai vraiment vécu un sale moment ! C'est dur d'aller en gynéco- obstétrique pour un truc comme ça ! », la reformulation peut être « Le fait de devoir aller à cet endroit a été particulièrement dur pour toi ?! »

Ces phrases sont comme une invitation, soit à confirmer ce qui vient d'être reformulé, soit à le réajuster si ce n'est pas tout à fait ça... ou même pas ça du tout. Par exemple dans la dernière reformulation, elle peut répondre « Ce n'est pas tellement l'endroit en lui-même, mais c'est que pour le trajet j'ai du y aller dans le SAMU tellement je saignais. J'étais terrorisée ».

La reformulation est un type particulier de question fermée à laquelle le sujet répond par oui ou par non (que ce soit en verbal ou en non verbal) et cela permet de continuer plus profondément l'expression du ressenti qui venait juste d'être ébauchée.

On évitera soigneusement le fameux « je comprends » qui invite plus à se taire qu'à dire (à quoi bon dire plus, puisque l'autre prétend avoir tout compris).

Il se peut aussi que l'invitation à l'expression plus profonde conduise à un lâcher de larmes, qui étaient jusque là pudiquement contenues. En ce cas celui qui aide peut se sentir démuni et craindre d'avoir mal fait. Qu'il se rassure il n'en est rien. Il lui suffira de valider ces larmes par un mot (une nouvelle reformulation : « C'est douloureux à ce point ?! ») ou par un geste comme prendre la main, mettre la main sur l'épaule ou prendre dans les bras (ce geste n'ayant surtout pas pour but de calmer les larmes, mais d'offrir sa présence pendant que celles-ci s'expriment).

A la fin de cette expression du ressenti, une question du genre « Comment te sens-tu là ? » peut permettre d'exprimer la sensation finale qui sera souvent plus paisible que celle du début.

Le projet est ici juste la reconnaissance et non l'apaisement... et c'est justement pour ça qu'il y a un apaisement ! Il faut vraiment considérer ce paradoxe : pour produire un apaisement il ne faut surtout pas chercher à apaiser, mais juste à reconnaître ce qui est éprouvé.

8.2. L'accompagnement par les professionnels

Un accompagnement plus approfondi sera aussi le bien venu. Si, pour elle, il est souhaitable de ne pas se sentir niée dans ses ressentis par son entourage, et si cela constitue déjà un excellent accompagnement pour cheminer vers un apaisement naturel, un accompagnement psychologique professionnel pourra apporter un apaisement plus profond, plus rapide et durable (s'il est correctement réalisé).

Pour les professionnels du soin ou de la psychologie, la question est alors de savoir comment concrétiser cet accompagnement. Il ne s'agit pas de leur donner plus de théorie, mais le moyen subtilement réaliste de la mise en œuvre.

Pour comprendre cette mise en œuvre, nous pointerons néanmoins la notion de structure de la psyché : nous sommes constitués de celui que nous sommes, tous ceux que nous avons été et de tous ceux dont nous sommes issus. Nous sommes sujets à deux pulsions : l'une « pulsion de survie » maintient à distance ce que nous ne savons pas encore intégrer, puis compense les manques qui résultent de cette « mise à distance » et l'autre, « pulsion de vie » a pour rôle de rassembler les morceaux épars de

soi, de conserver ce qu'on a mis à distance et de produire les symptômes qui permettent d'y accéder de nouveau. Pour plus de détails sur ce sujet, vous pouvez lire sur ce site les publications « [Communication thérapeutique](#) » (avril 2004), « [Le positionnement du praticien](#) » (décembre 2007), « [Validation existentielle](#) » (septembre 2008)

Je me contenterai ici de donner ce qui peut être mis en œuvre dans cette situation particulière de la fausse couche.

Le premier pas pour le praticien qui est sollicité est de demander à la femme comment elle vit cela. De sa réponse dépendra le début de son accompagnement.

L'accompagnement psychothérapeutique

Il ne saurait être question de donner un modèle absolu, comme une sorte de « marche à suivre simpliste ». Nous devons néanmoins avoir des éléments précis et réalistes de cette mise en action.

Comme il est impossible d'envisager tous les cas de figure, à titre d'illustration, je vous proposerai une situation particulière et concrète. Celle qui est développée ci-dessous est une sorte de synthèse réalisée à partir de plusieurs cas rencontrés, permettant de pointer quelques éléments forts d'un tel échange entre le praticien et la patiente. Nous y remarquerons la souplesse du praticien, sa confiance, son partenariat avec le sujet accompagné, la prise en compte d'éléments qui ne sont pas dans le champ objectif de la rationalité mais dans la réalité des sensations subjectives. Il y s'agit de restaurer une ouverture, une communication entre différents éléments de la psyché (différentes parts du Soi) qui se sont temporairement clivés pour assurer la survie après le choc du deuil. Tout commence par une profonde reconnaissance du ressenti douloureux éprouvé :

Mère : « C'est vraiment très douloureux » (avec des larmes).

Praticien : « D'accord. Pouvez-vous me décrire de quelle façon c'est douloureux ? Qu'est ce qui vous fait le plus mal ? » (Le fait de savoir que c'est douloureux ne dit pas de quelle façon ça l'est, et on se garde bien de l'imaginer à sa place. D'autre part, le « d'accord » qui commence la phrase du praticien est une validation de la douleur exprimée. Il est impossible de transcrire ici en un mot ce qui en fait est toute une attitude. C'est cette attitude qui donne tout son sens et toute sa délicatesse à ce « d'accord ». Sans être habité par cette attitude, le même mot peut prendre une allure ridicule ou même désinvolte et désobligeante. Attention : quand il n'y a aucun mot, l'attitude de validation doit néanmoins toujours être là).

Mère : « je m'en veux, je me sens coupable ».

Praticien : « Ok, de quoi vous sentez-vous coupable ? ».

Mère : « Vous savez, j'ai continué à faire mes courses, à travailler. J'avais des travaux à finir dans la maison et je ne me suis pas assez reposée. C'est de ma faute s'il n'est pas resté ».

Praticien : « Vous regrettez tellement de ne pas vous être reposée ?! ».

Mère : « Oui, je ne me le pardonne pas ! ».

Praticien : Prononcé avec beaucoup de délicatesse, sur le ton de la connivence « La femme que vous étiez n'a pas mesuré le risque ?! Elle ne s'est pas rendu

compte ?! » La formulation « la femme que vous étiez » est importante car elle permet à la femme présente de se dissocier de celle qui a fait tout ça. C'est cela qui va permettre de mieux la rencontrer et la comprendre. Pour le moment, elle n'en est pas dissociée. Elle est plutôt en fracture d'avec elle, et pour ne pas la perdre tout à fait se trouve en train de continuellement ressentir ce qu'elle a éprouvé, tout en essayant de moins souffrir mais sans y parvenir).

« En quoi était-ce si important pour elle de finir ces travaux ? » (Ici le praticien va tenter d'aller vers la révélation de la raison pertinente du sujet, que le sujet ne s'accorde pas ou qu'il a oublié).

Mère : « Je voulais que tout soit fini pour la naissance afin de pouvoir être plus libre pour mieux m'occuper de l'enfant » (La femme reprend par « je » et non par « elle » en parlant de celle qu'elle était, mais ce n'est pas grave. L'essentiel est que la dissociation soit claire pour le praticien).

Praticien : « Celle que vous étiez avait tellement à cœur de se consacrer à son enfant ?! » (Validation de la raison révélée).

Mère : « Oh ça oui ! » (Confirmation que la reformulation était juste).

Praticien : « Vous pouvez mettre votre attention vers cette femme qui souhaite tellement avoir du temps pour se consacrer à son enfant ? » (L'idée est de lui permettre de s'en rapprocher, si elle le veut bien et de guérir sa fracture d'avec elle).

Mère : « Non je ne peux pas ». (il se révèle que ce n'est pas, pour le moment, le juste chemin).

Praticien : « D'accord (ce « d'accord » confirme que la réponse est une avancée et non un obstacle), en quoi est-ce plus juste pour vous de ne pas vous approcher d'elle ? » (Le praticien explore toujours la justesse et non un problème ou une difficulté. Ce qui semble une résistance n'est en fait qu'un réajustement dans la bonne direction).

Mère : « C'est à cause d'elle que je n'ai plus mon enfant ! » (Avec colère).

Praticien : « Vous lui en voulez beaucoup ?! » (Reconnaissance de son sentiment. C'est là que se tient l'incontournable passage par lequel se laisser conduire).

Mère : « Oui »

Praticien : « C'est trop dur de ne pas avoir votre enfant ?! » (Implicitement, la colère est l'expression de la douleur et cela est validé par une reformulation).

Mère : confirmation en non verbal.

Praticien : « Cet enfant compte tellement pour vous ?! » (Validation de l'importance de l'enfant)

Mère : larmes, sanglots.

Praticien : « Vous pourriez mettre votre attention sur cet enfant qui compte tant pour vous ? » (Il apparaît qu'il est essentiel d'aller d'abord vers l'enfant).

Mère : « Ça c'est facile ! ».

Praticien : « Imaginez que vous lui dites à quel point il compte et combien sa venue vous a apporté du bonheur. Vos vies se sont croisées peu de temps, mais il vous a déjà fait éprouver le bonheur de sa rencontre, intime, en vous » (Le praticien ne fait ici que mettre en mots et en flux, de la mère vers l'enfant, les réalités existantes qui viennent d'être implicitement évoquées par elle)

Mère : elle le fait en silence (Il se voit qu'elle met son attention sur lui et en ressent un apaisement).

Le praticien : « Comment est-il quand vous lui dites cela ? » (Vérification de l'état de l'enfant tel qu'elle le perçoit dans son imaginaire, ou dans sa sensibilité intérieure)

Mère : « Il me sourit ».

Praticien : « Et vous comment vous sentez-vous ? » (Vérification de son état à elle)

Mère : « Ça me fait du bien, je me sens plus calme ».

Praticien : « Il a beaucoup compté et beaucoup apporté, mais il a fini sa vie très tôt. Pouvez-vous l'accompagner jusqu'à cette fin de vie, afin qu'il ne s'y trouve pas seul ? » (Offrir de la présence, ne pas se détourner de la fin, accompagner et savoir remercier avant de dire « au revoir ». Il s'agit réellement d'un accompagnement de fin de vie, rendant à l'enfant toute sa dignité et sa place dans le monde, même s'il l'a quitté prématurément.).

Mère : elle confirme que oui, sans mots.

Praticien : « Pouvez-vous être près de lui à ce moment là ? Imaginez que vous êtes toute proche, et qu'en lui disant à quel point il compte pour vous, vous le remerciez d'avoir été là. Puis vous restez avec lui jusqu'au dernier moment, emplie de gratitude ». (faire faire « concrètement » cet accompagnement dans la dimension imaginaire, ou plus exactement : dans la dimension psychique).

Mère : elle le fait en silence.

Praticien : « comment est l'enfant, et comment êtes vous ? ». (Vérification de l'état de chacun).

Mère : « Nous sommes tous les deux en paix. Nous ne nous oublierons jamais ».

Praticien : « Ok, très bien. Je suis très touché que vous ayez pu réaliser cette rencontre. Maintenant, pouvez vous mettre votre attention sur cette femme qui fait la fausse couche et qui est seule avec son ressenti ? » Nous noterons la différence entre le fait d'être touché (validation existentielle) et le fait d'être affecté (contretransfert).

Mère : « Oui ».

Praticien : « Présentez lui son enfant, et accompagnez le ensemble vers cette fin de vie. Montrez lui à quel point cet enfant a eu une place d'honneur dans son cœur ».

Mère : « Elle pleure » (parlant de la femme qu'elle était).

Praticien : « Vous pouvez la prendre dans vos bras et lui permettre ses larmes ? Elles sont le signe de l'amour qu'elle a pour son enfant, et en pleurant ainsi, elle lui rend honneur, elle lui donne toute sa place. Comment est-elle quand vous faites cela ? (Car on voit qu'elle l'a fait).

Mère : « Ça lui fait du bien qu'on considère son enfant comme étant important, ça lui fait du bien qu'on lui dise au revoir. Elle s'apaise ». (Parlant de celle qu'elle était).

Praticien : « Et vous comment vous sentez-vous ? »

Mère : « Je me sens mieux. J'ai vraiment l'impression que je ne l'oublierai jamais. Il a fait de moi une mère pour la première fois, et je lui en suis reconnaissante ».

Praticien : « Est-ce que vous seriez d'accord pour qu'on s'en tienne là, sur ce grand moment de rencontre ? » (elle confirme en non verbal) « Si vous avez besoin, je reste à votre disposition. Dans tous les cas je vous invite à me tenir au courant de la façon dont ça se passe les jours prochains ».

Il n'est pas nécessaire de prévoir un autre rendez-vous de façon systématique quand un point majeur a été atteint. L'imposer (ou le proposer trop fortement) pourrait dévaloriser le résultat obtenu. Néanmoins, rester à sa disposition est primordial et aussi de se faire tenir au courant de la suite. La question peut lui être posée « Souhaitez-vous qu'on prévoit un autre rendez-vous ? Ou préférez-vous vivre avec ce que nous avons vu, le laisser se placer en vous, et décider plus tard en fonction de comment ça se passe ? ».

La décision se prend en partenariat avec la patiente. Certains praticiens seront peut être surpris ici par l'absence de protocole, de cadre. En fait il y a un cadre : celui de la considération, de l'autonomie, de la reconnaissance, de la confiance. Il est extrêmement sécurisant et favorise l'accès à soi. Les contraintes d'un cadre rigide sembleraient au contraire indiquer un manque de confiance et risquerait de produire plutôt un éloignement de soi (cela viendrait entraver la réduction de la fracture de la psyché).

8.3. Autres éléments pouvant surgir dans l'entretien

Naturellement l'exemple ci-dessus n'est qu'une possibilité parmi tant d'autres. Réaliser un accompagnement psychologique, c'est s'ajuster continuellement à ce que le patient exprime. Celui-ci emmène le praticien quelque fois dans des zones totalement inattendues.

Nous trouverons souvent :

8.3.1. L'enfant qui été évacué dans les toilettes

Quand lors de la fausse couche l'enfant a été évacué dans les toilettes, la mère en garde souvent une grande douleur (quand ici je parle « d'enfant » nous nous rappellerons que je tiens compte du fait que c'en est un pour la mère et je ne me soucie pas de son stade d'évolution biologique). Les toilettes comme sépulture... cela est difficile pour elle à digérer. Le praticien pourra dans l'imaginaire permettre un accompagnement de l'enfant dans ce moment de sa « fin de vie ». La femme pourra témoigner comme ci-dessus à cet enfant de l'importance qu'il a pour elle et lui rendra ainsi honneur (un peu comme pour le corps des marins décédés qu'on jette en mer avec honneur, sans se soucier de là où il tombera au fond). Nous remarquerons qu'il s'agit d'un deuil proche de ceux que nous trouvons quand un être cher est décédé et qu'on ne retrouve pas le corps, ou que le corps se trouve dans un endroit de connotation négative. Là, plus que jamais, il convient de porter son attention sur l'être qu'il est, et non sur la circonstance

(qu'il convient par ailleurs de ne pas éluder, mais sans que l'attention soit focalisée dessus)

8.3.2. La mort en direct à l'échographie

Lors d'un contrôle, suite à un souci lors de la grossesse, l'échographie révèle que le cœur de l'enfant ne bat plus. Ce moment tragique doit être annoncé avec tact par le médecin ou le radiologue. La femme vit à ce moment là un effroi intérieur, comme vidée de soi. Quelque chose de si fort que les mots sont dérisoires. Il lui faudra pourtant trouver quelqu'un capable d'entendre ce qu'elle vient de vivre. Malheureusement elle le gardera souvent pour elle. Le médecin dans sa consultation pourrait juste reformuler « C'est vraiment trop difficile ?! ». Cette phrase toute simple serait bien mieux qu'un « Vous savez, à ce stade ce n'est pas encore un enfant ! » ou « C'est la nature qui fait son travail ! ». De se sentir reconnue juste à ce moment pourrait l'aider à continuer vers une aide complémentaire. Un praticien en psychothérapie pourra poursuivre en demandant à la femme présente d'être à côté de celle qui a été choquée (en imaginaire), puis de valider son ressenti. Ensuite, toutes les deux (la femme présente et celle qui a été choquée mais entendue), il leur est demandé, ensemble, d'accompagner l'enfant dans sa fin de vie. Un tel parcours imaginaire va remplir d'une indispensable présence tout le monde subjectif du sujet (toute sa dimension psychique). La réalité est qu'il en ressort aussitôt un apaisement signifiant et durable.

8.3.3. L'enfant qui été « jeté » (curetage pour enlever l'enfant mort in utéro)

La mort de l'enfant constatée, il se peut que celui-ci ne s'évacue pas spontanément. Aussi, un curetage est médicalement envisagé. Sans bien sûr remettre en cause la nécessité de cet acte médical, il convient que celui-ci s'accomplisse avec la plus grande délicatesse de la part du médecin et du personnel soignant (attentionnés à la reconnaissance des ressentis de la mère en deuil). Puis en psychothérapie, il sera procédé comme dans le premier exemple. En effet, le fœtus risque de se retrouver incinéré avec différents restes chirurgicaux plus ou moins nobles. Alors un temps de considération pour le réhabiliter dans toute sa dimension est nécessaire. Si la grossesse était déjà avancée, si la fausse couche est très tardive, même des obsèques pourraient être envisagées, ou au moins une cérémonie qui s'en rapproche. Il ne s'agit pas là de fantaisie morbide, mais d'une possibilité de mieux faire le deuil. Nous croyons à tort que le deuil consiste en le fait de « passer à autre chose ». En réalité la personne en deuil ne peut aller sereinement de l'avant que si elle a la certitude qu'elle n'oubliera jamais. Cela vaut pour tous les deuils. Plus on tentera de l'éloigner de l'être qu'elle a perdu, plus la personne s'accrochera à ses rituels morbides et à ses pensées obsessionnelles. L'expérience clinique montre qu'une pleine réhabilitation, au contraire, l'en libère instantanément.

8.3.4. Situation déjà vécue par la mère de cette mère

Nous pouvons aussi aboutir au fait que la mère de cette parturiente avait été enceinte d'elle après un deuil d'enfant, ou après avoir elle-même fait une fausse couche. La mère de cette femme l'ayant vécu jadis de façon particulièrement douloureuse et

non entendue, s'était retrouvée à avoir du mal à accueillir ce nouvel être en son sein. Froideur, indifférence, distance, ont présidé à son début de grossesse... et parfois même à la naissance. Le praticien accompagnera la parturiente dans la souffrance de la froideur de cet accueil initial, en réhabilitant l'enfant qu'elle fut et pour qui la chaleur humaine a tant manqué. Mais il verra aussi qu'il s'agit là « d'entendre enfin cette mère de la mère » dans une blessure restée jusque là silencieuse, mais intérieurement déchirante. Ainsi le praticien invitera la femme qui a fait la fausse couche à s'imaginer accompagner la femme que fut sa mère, quand celle-ci la portait en pensant à son enfant perdu. Puis il l'invitera aussi à l'accompagner quand elle perdit l'enfant (et il sera donné une place à cet enfant qui est un frère ou une sœur non connu). Là nous trouverons une réhabilitation de l'enfant perdu par la mère de la mère, puis une réhabilitation de « la mère de la mère » en deuil, puis un accompagnement de l'enfant qu'était la mère. Toutes ces étapes, ici résumées, ne se font qu'au fur et à mesure des portes qui s'ouvrent dans la psyché. Le praticien ne fait que suivre sa patiente dans ce qu'elle lui propose, dans ce qu'elle lui montre d'important en elle. Il respecte tant ses résistances que toutes les directions qu'elle lui montre.

8.3.5. L'enfant est désiré, mais aussi il y a une peur de ne pas être une bonne mère.

Nous pouvons aussi trouver une situation où il y a ambivalence, avec en même temps un désir d'enfant, et une peur d'en avoir un. Les sources de cette peur peuvent être multiples. J'ai choisi ici de vous présenter celle qui consiste à craindre de ne pas être une bonne mère. Cette crainte peut survenir par exemple du fait que cette femme a vécu une enfance difficile et que sa propre mère a été dure avec elle. Cette rupture d'avec sa mère, et cet unique modèle qu'elle lui a fait connaître, lui font craindre elle-même de reproduire sur son enfant ce qu'elle a subi. Naturellement il s'agit là d'un vécu spécifique, car une personne ayant eu une enfance difficile ne développe pas forcément une telle peur (et ne reproduit pas forcément sur son enfant ce qu'elle a subi). Dans le cas de cette crainte, lors de la fausse couche qui est une douleur, il y a en même temps une libération de cette crainte. Il est difficile d'affirmer que la fausse couche soit une conséquence psychosomatique de cette peur. Il serait même inacceptable d'affirmer une telle chose ! On ne peut que constater que les deux phénomènes coïncident et sont intimement reliés dans les divers ressentis éprouvés chez cette femme. Pour le praticien, ce qui importera (si cela surgit au cours de l'entretien), c'est d'une part de réhabiliter l'enfant que fut cette femme, puis, toutes les deux (elle et cette enfant), de voir ce qui fait que, pour la mère, une telle dureté était si nécessaire. Puis nous reviendrons à la fausse couche, pour accompagner l'enfant qui est « parti » et lui « expliquer » toutes ces blessures. Nous mentionnerons que sa venue aura permis tous ces éclaircissements et lui en serons reconnaissant. Nous noterons ici la « présence » dans l'imaginaire de tous les interlocuteurs qui trouvent chacun leur place et leur réhabilitation au sein de la psyché. Tout ce parcours se fait sans rien nier ou refouler des vécus ou des colères de chacun. Il peut se trouver au cours de l'entretien de nombreux allers retours avant d'aboutir. Mais nous arrivons finalement à un apaisement significatif et durable.

8.3.6. Avoir été menacé par un parent si elle « tombe enceinte »

Lors de l'adolescence ou de l'enfance, un vécu de menace en cas de grossesse, a rendu celle-ci inquiétante « T'as intérêt à pas tomber enceinte... ! Sinon...! ». Il convient alors de ne pas trahir la famille pour ne pas risquer l'exclusion. Lors de la grossesse à l'âge adulte, bien plus tard, ces menaces reviennent inconsciemment (comme si elle avait trahi) et la peur d'exclusion, jusque là en latence, se réveille. Difficile de dire là aussi s'il s'agit d'une réaction psychosomatique provoquant la fausse couche (il se peut que cela n'ait rien à voir). Nous ne faisons que constater ici aussi l'ambivalence de la situation (désir d'enfant et peur d'en avoir). Le praticien invitera la femme à visiter autant le vécu de l'adolescente qu'elle fut devant cette menace, que celui de la femme que fut sa mère, et de la raison pour laquelle il lui fut important de dire une telle chose à sa fille.

8.3.7. Autres cas

Incertitude conjugale, situation de crises conjugales diverses – Solitude relationnelle, non partage du désir d'enfant avec le conjoint - Le compagnon est en rupture avec sa propre mère. Sa compagne craint qu'en devenant mère à son tour il la perçoive de la même façon ...etc. Tout cela ne produit généralement pas de fausses couches, sauf sans doute dans certains cas où le psychosomatique s'en mêle.

Le psychosomatique est plus prégnant qu'on ne le pense. Ainsi, un monsieur à qui on annonça un cancer du pancréas en phase terminale mourut... et à l'autopsie on découvrit qu'il n'avait pas de cancer ! La réaction psychosomatique est ici encore plus violente qu'une fausse couche car elle conduit à la mort du sujet lui-même ! Le psychosomatique ne doit pas être craint, ni brandi à toutes les sauces, mais il ne faut pas l'ignorer. D'autre part, dans les cas évoqués plus haut, la question n'est pas de savoir l'enjeu psychosomatique réel ou fantasmé. Il s'agit simplement de réhabiliter ce qui se présente dans la séquence thérapeutique.

9. Les causes de la fausse couche

Avant de conclure cet article, il convient de parcourir quelques causes possibles de la fausse couche, hors du champ évoqué ci-dessus. Cela de toute façon n'enlève rien à la possibilité de mises en œuvre d'accompagnements psychologiques tels qu'ils ont été décrits précédemment.

9.1. Causes biologiques ou physiologiques

Le projet de cet article n'est pas de développer les aspects médicaux, physiologiques et biologiques de la fausse couche. Nous ne devons cependant pas les ignorer.

Nous trouverons plusieurs types de causes :

Causes génétiques : expulsion de l'embryon mal formé. C'est ce cas qui conduit à dire « la nature a fait son travail » sous-entendu « en expulsant l'embryon mal formé ».

Causes infectieuses : une infection peut perturber la grossesse ou le développement de l'embryon. Il est alors aussi expulsé spontanément.

Causes physiologiques : l'utérus peut avoir une forme rendant la grossesse difficile, le col peut être trop vulnérable. Dans ce cas un accompagnement psychologique de la mère (et du couple) peut s'avérer nécessaire afin de ne pas laisser celle-ci dans une culpabilisation du fait de sa morphologie intime.

Causes hormonales : hypothyroïdie, diabète, dérèglement des hormones du cycle

Causes environnementales : les phénomènes de pollution ou l'hygiène de vie (tabac, alcool) peuvent jouer un rôle important. Là aussi un accompagnement psychologique devrait se faire avec beaucoup de délicatesse. Nous ne pouvons envisager de simples conseils d'hygiène comme par exemple inviter à ne plus boire ou fumer en étant enceinte. Cette cause relève du champ psychologique, même s'il produit une conséquence environnementale physiologique. Lire à ce sujet sur le site [« Aider le malade alcoolique »](#) (mars 2003).

9.2. Causes psychologiques présentes, sociologiques

Quand nous parlons de psychologie, nous pensons souvent à l'histoire du sujet. Mais il n'y a pas que la vie passée... il y a aussi tout simplement la vie présente. Nous y trouvons parfois, le stress, le harcèlement, les chocs affectifs (deuil d'un proche, divorce, licenciement...).

Tout l'environnement actuel influe sur la psyché et, par somatisation, sur l'état du corps. Le rôle de ces facteurs peut être néfaste en général, voir dangereux en cas de grossesse fragile. Naturellement, la capacité à faire face à cette pression du présent est intimement liée à ce que nous avons été antérieurement, à ce que nous avons éprouvé, et à ce que nous en avons fait dans les multiples situations de notre existence... depuis que nous sommes au monde.

Il n'en demeure pas moins que suite à un choc récent, une écoute attentionnée est plus que souhaitable. Il est aussi nécessaire de ne pas chercher ici à tout prix des antécédents. Le choc, dans l'actuel, doit aussi pouvoir être considéré comme une situation première.

Un accompagnement psychologique dans ce cas se situera au niveau d'une écoute attentionnée où le praticien veillera à ce que chaque ressenti soit pleinement reconnu.

Sur ce site, vous pourrez par exemple visiter à ce sujet les publications, [« stress et travail »](#) (octobre 2009) [« vivre son couple »](#) (janvier 2009), [« stress et mieux-être »](#) (novembre 2001), mais aussi [« Assertivité »](#) (septembre 2001) ou [« Reformulation »](#) (novembre 2002), concernant l'art de vivre avec son entourage.

9.3. Sans oublier le vécu corporel

Si la fausse couche est en elle-même une douleur du cœur, il ne faut pas pour autant en oublier celle du corps. Les contractions lors de l'expulsion font parfois vivre des douleurs « d'accouchement », mais sans le bébé au bout.

Egalement, pour s'assurer d'un utérus bien net, le curetage qui suit vient débarrasser celui-ci des restes éventuels. Outre la douleur physique que cela représente, ce « nettoyage » vient « effacer » les traces de ce dont on voudrait que ce ne soit pas parti. Le

curetage après fausse couche peut alors être vécu comme une violence de plus. Cela ne remet pas en cause l'acte médical qu'il représente. Je tiens juste à souligner la délicatesse psychologique dans laquelle il devrait se réaliser.

Suite à tout cela, il est généralement médicalement recommandé d'attendre que soient passés environ deux cycles avant la grossesse suivante (quand celle-ci veut bien se présenter), ce qui d'ailleurs va bien avec le fait que les rapports sexuels ne soient pas recommandés aussitôt après la fausse couche (même si, bien évidemment, il appartient à chaque couple de décider pour lui-même).

9.4. Conclusion

Nous pouvons maintenant prendre la mesure de toute une dimension vécue par la femme lors d'une fausse couche. Nous pouvons aussi réaliser à quel point cette expérience de vie, elle la vit seule dans son environnement, tant familial que médical, où on ne sait généralement pas prendre en compte ce qu'elle éprouve.

Elle doit trop souvent taire son vécu et le garder de longues années, voir pour toujours. Il se peut même qu'une telle personne se retrouve ultérieurement dans le grand âge entrain de promener un poupon comme si c'était de la démence. Pourtant elle ne fait alors dans sa vieillesse que s'autoriser à montrer une blessure que personne n'a jamais entendue. Une façon de réunir le début et la fin de la vie. J'ai écrit sur ce site plusieurs articles concernant les personnes âgées et sur la façon de les accompagner. Il est étonnant de constater tout simplement combien tout cela est relié, mais c'est simplement naturel et pertinent.

Un praticien en psychothérapie (qu'il soit psychiatre, psychologue ou psychothérapeute) se devra d'avoir cette vision globale, délicate, attentionnée, confiante en la justesse de ce qui est évoqué ou manifesté.

Nous remarquons ici à quel point il ne s'agit pas de débarrasser le sujet en souffrance de quelque chose de mauvais qui encombre sa psyché et le fait souffrir. Il s'agit plutôt de lui rendre la part de soi qui a toujours manqué. La souffrance est en fait l'expression de ce vide à combler (et non à compenser). Ce vide est juste la place en soi de cette part de soi manquante qui n'a pas encore rejoint la conscience. Pour plus de détails sur ce mécanisme vous pouvez lire sur ce site les documents sur la [psychopathologie](#) (avril 2008) et sur la [communication thérapeutique](#) (avril 2004).

Je souhaite sincèrement que ces quelques lignes apportent un soutien aux femmes ayant eu ce vécu, mais aussi qu'il interpelle les médecins et soignants afin de les aider à apporter l'accompagnement psychologique qu'ils ont à cœur de donner, alors qu'ils sont souvent si démunis en pareilles situations.

Thierry TOURNEBISE

Ménopause

Partager la réalité d'un vécu psychologique

Thierry TOURNEBISE

Cette étape de l'existence surprend souvent les femmes. Bien sûr, elles savent que la ménopause existe, mais comme sur ce point il y a peu de paroles, peu d'échanges, le moment venu elles se retrouvent face à quelque chose qui souvent les bouleverse.

Tout n'est pas inconnu à ce sujet. Grâce aux émissions de télévision et à quelques articles remplissant les magazines, nous trouverons quelques discours sur : bouffées de chaleur, troubles hormonaux, libido en hausse ou en baisse, prise de poids chez certaines...

Pourtant la situation émotionnelle qui en découle est si souvent occultée qu'il en résulte une grande surprise. Savoir que ça va arriver et en connaître les aspects techniques est une chose ! S'y retrouver en est une autre !

Mars 2010 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2011 pour cette version PDF

10. Des femmes et des époques différentes

Avant d'aborder les sujets de la ménopause, il convient de situer notre époque et notre société, mais aussi de signaler que toutes les femmes n'ont pas le même vécu. Ce document ne prétend pas être exhaustif sur ce thème. Il traitera de ce qui est rencontré par le plus grand nombre, sans oublier que chaque ressenti d'un être a sa propre spécificité.

10.1. Ventres réquisitionnés par la loi !

Nous ne sommes plus à l'époque où la ménopause valait pour libération du risque de grossesse ! Cela était au sortir de la guerre de 14-18, quand **l'état avait fait une loi interdisant de parler de contraception**.

Cette loi fut promulguée en 1920. Parler de contraception revenait à faire propagande anti nataliste et était punissable jusqu'à 6 mois de prison et 5000F d'amende. Les ouvrages sur le sujet étaient censurés. ([PaperBlog 11 juin 2009](#))

Les moyens contraceptifs de l'époque n'étaient pas très performants, mais en plus, celui qui les évoquait (même le médecin) se rendait coupable de propagande anti conception... il fallait repeupler (une sorte de réquisition, à peine déguisée, des ventres).

Ce fut un temps de souffrance et de discorde dans pas mal de chaumières. Bienheureusement, il n'est plus rien de ce temps là (même s'il a fallu attendre 1967, avec la loi Neuwirth qui libéralisa la contraception). Aujourd'hui les grossesses arrivent le plus souvent en étant souhaitées (même si ce n'est pas toujours le cas !).

La ménopause n'est heureusement plus envisagée sous ce biais libérateur qui fut le sien pendant la longue période qui suivit cette époque.

10.2. Les 6% qui ne veulent pas d'enfant

Les femmes d'aujourd'hui sont loin de cette époque. Nous devons pointer qu'elles n'ont pas toutes le même ressenti à propos du souhait de maternité et à propos de la fécondité. Chez nous, 6% d'entre elles ne souhaitent pas d'enfant. Elisabeth Badinter, philosophe, a parfaitement défendu les femmes dans leurs différences, leur spécificité, et a toujours dénoncé les clichés « tous faits » sur l'instinct maternel.

La « liberté d'être selon sa propre nature », que chacune doit garder concernant son propre ressenti et sa propre réalisation à ce sujet, reste bien évidemment profondément respectable et inaliénable (à condition de ne pas généraliser ou banaliser non plus les causes de ces positionnements !).

Ces 6% de femmes qui ne veulent pas d'enfant ont du mal à se faire comprendre face à un environnement social qui semble proposer d'autres règles. Elisabeth Badinter dénonce cette déplorable attitude sociale qui fait qu'« **Une femme (ou un homme) ou un couple sans enfant paraissent toujours une anomalie qui appelle le questionnement** » (*Le conflit, la femme et la mère* Flammarion 2010, p.23). Voilà une situation qui

mériterait aussi un article pour contribuer au fait que ces femmes soient également mieux respectées et comprises. Trente ans après son ouvrage « L'amour en plus » (même éditeur), déconstruisant les clichés sur l'instinct maternel, Elisabeth Badinter nous propose une approche plus historique et sociologique que psychologique (manquant un peu « d'âme », mais qui a le mérite de nous sortir des idées préconçues ou des effets de mode). Nous sommes ainsi invités au discernement. Il reste cependant à comprendre comment peut s'articuler un véritable échange... et aussi comment faire face, avec respect, à la différence d'autrui en général.

Ce qui est surprenant, c'est que celles qui veulent des enfants ne soient pas pour autant mieux comprises et se retrouvent aussi enfermées dans des clichés.

Cet article concernera donc plus particulièrement ces 94% de femmes qui, quoi que représentant une grande majorité, peinent tout autant à faire valoir ce qu'elles éprouvent (quelle que soit la raison historique, biologique, sociologique ou psychologique de ce qu'elles ressentent).

L'absence de reconnaissance ne concerne pas que les minorités ! Comme vous allez le lire dans les lignes qui vont suivre, il y a beaucoup à faire pour que les individus soient reconnus dans le vécu qui est le leur.

10.3. Les 94% qui souhaitent la maternité

Le vécu actuel éprouvé par ces femmes qui souhaitent ou ont souhaité la maternité, quand elles abordent la ménopause, est trop souvent traité avec désinvolture. Pourtant, **autour de cette articulation majeure il y a souvent un avant et un après**. Non que cette étape doive être redoutée, ni qu'elle soit fatalement douloureuse, et encore moins qu'après elle la vie soit mauvaise... elle doit seulement être prise en compte, sans dramatisation et aussi sans banalisation.

Vous trouverez ci-dessous quelques réflexions, qui permettront à celles qui subissent ces banalisations ou dramatisations de s'y retrouver, et d'oser revendiquer ce qu'elles ressentent face à ceux qui ne savent pas les entendre. Je vous proposerai de découvrir cela avec l'expérience d'une femme que nous nommerons Alice.

11. Les premiers échanges

11.1. Alice chez le gynécologue

Alice a 52 ans, elle fait partie des 94% et pourrait donc s'attendre à être mieux comprise. Elle consulte sa gynécologue.

Alice : « Ça fait plusieurs mois que je n'ai pas mes règles ».

Le médecin : « C'est probablement la pré-ménopause. Les examens nous renseigneront sur le traitement le plus adapté pour votre confort ».

La gynécologue suit une logique médicale qui fait partie de son domaine de compétence

Alice : « Cela veut dire que je ne pourrai plus avoir d'enfant ? ».

La patiente poursuit sur un tout autre registre qui échappe au médecin

Le médecin : *(qui la suit depuis longtemps) « Vous en avez déjà trois ! ».*

La gynécologue tente maladroitement d'être rassurante. En fait, elle vient juste de nier ce qui lui a été exprimé.

Alice : *(en silence, une émotion et quelques larmes discrètes)*

Le médecin : « Vous savez c'est une étape normale de la vie. Avec les hormones la médecine a le moyen de vous rendre ce passage moins pénible ».

La gynécologue affiche son domaine de compétence, se voulant rassurante par rapport à quelque chose qu'elle connaît bien.

Alice : « Tout de même ça fait bizarre. Juste quand ma fille est enceinte ! ».

La patiente tente une nouvelle explicitation de son ressenti, qui pour elle est la seule chose d'actualité.

Le médecin : « Vous allez vivre le bonheur d'avoir des petits enfants. Je vous prescrit tel examen...etc. ».

La gynécologue tente à nouveau d'évacuer ce qui est exprimé et se raccroche à son domaine médical pour proposer la meilleure prise en charge possible.

La patiente sort de la consultation abasourdie, totalement non entendue, seule avec son émotion. Il semble y avoir comme une cloison étanche entre, elle avec ce qu'elle ressent et ce praticien qui, malgré sa volonté de bien faire et sa compétence médicale, ne l'entend pas au niveau de ce qu'elle éprouve. Pourtant ce médecin s'occupe des femmes... et est elle-même une femme.

Comme une telle attitude est habituelle, la patiente s'en désole, mais aussi s'en accommode, s'en débrouille, et garde sa peine sans sourciller. Elle se rattrapera avec Catherine, sa meilleure amie.

11.2. Le thé avec Catherine

Alice rencontre dans la même journée son amie Catherine. Elles discutent, échangent à propos de leur vie tout simplement comme le font des amies :

Alice : « Je viens de chez la gynéco. Elle vient de me confirmer mon début de ménopause ».

Catherine : « Il faut bien que ça arrive un jour ! C'est comme moi, tu sais, quand ça m'est arrivé, il y a deux ans, il a bien fallu que je m'y fasse. De toute façon tu prends des hormones et ça va mieux. C'est vrai qu'au début j'avais le blues. ».

Alice : « Oui mais tout de même ça me fait drôle de me dire que je ne pourrai plus avoir d'enfant ! »

Catherine : « Tu ne voulais quand même pas en avoir un autre ? Tu en as déjà trois ! »

Alice : (décontenancée) « Ben non, je n'en voulais pas d'autre, mais ça fait quand même une drôle de sensation ».

Catherine : « De toute façon, tu sais, tu resteras la mère de tes enfants et la vie continue ! »

Alice : « Oui, mais avec mes enfants ce n'est plus pareil ! ».

Catherine : « Tu vas avoir de merveilleux petits enfants ».

En fait, Catherine croit à peine à ce qu'elle dit, mais tous les efforts qu'elle fait elle-même, pour ne pas écouter ce qu'elle ressent et la dérange trop, ne doivent pas être anéantis par les propos que lui tient son amie Alice. Aussi elle ressort les arguments « tous faits » qu'elle a elle-même reçus lors de son coup de blues, comme pour conjurer une sorte de mauvais sort.

De toute façon, Alice n'est toujours pas entendue ici, et quoi qu'elle dise, elle est renvoyée à une pseudo-réalité qui ne l'autorise pas à s'épancher sur ses ressentis. Heureusement, Alice voit régulièrement une psychologue qu'elle avait commencé à consulter lors d'un épisode dépressif.

11.3. Chez la psy

Il convient chez son psy de parler de ce qui nous touche, de ce qui nous tient à cœur, de ce qui émerge dans nos sensations de vie... alors :

Alice : « Je viens de découvrir que je n'aurai plus d'enfant. Je suis en ménopause. Bien sûr c'est normal à mon âge (*Alice tente de rationaliser pour rendre son propos plus recevable*). Mais je ne m'y fais pas (*puis elle ose dire sa sensation intime*). Que ce soit ma gynéco ou ma meilleure amie, personne ne semble prendre la mesure de mon vécu. Ça aurait quand même pu être un peu plus tard ! »

La psy : « C'est vrai, c'est un deuil à faire ».

Une banale généralité sur le deuil échappe à la psy

Alice : « Naturellement, je ne pensais pas à avoir d'autres enfants (*Alice prend les devants pour ne pas paraître trop irrationnelle*), mais tout de même. En plus au moment où ma fille est enceinte. Pour elle, elle est en plein dedans. Pour moi c'est fichu. ».

(Alice montre une forte émotion et quelques larmes, plus franches que chez le médecin)

La psy : « Vous pensez que la vie s'arrête quand on ne peut plus avoir d'enfant ? ».

Alice croit ici qu'elle est sur le point d'être entendue

Alice : « Ça peut paraître curieux, mais oui ! ».

La psy : « Vous savez, la maturité veut qu'on passe par différentes étapes de l'existence et cela en est une. »

Malheureusement la psy reprend une « distance théorique » sur le sujet

Alice : « Oui, mais vous savez, pour moi mes enfants, c'est tout ! ».

Alice tente de revendiquer son ressenti

La psy : « Je comprends que vos enfants aient de l'importance, mais il convient de couper un jour le cordon, de lâcher l'état fusionnel »

La psy énonce ici une sorte de « loi psycho- technique » à la limite de la culpabilisation

Alice : (avec un peu de colère) « Mais je ne suis pas fusionnelle. J'aime tout simplement mes enfants ! L'amour n'étouffe pas. Nous avons tous besoin d'amour. ».

La psy : « Pouvez-vous vous réjouir du bonheur qu'éprouve votre fille dans sa grossesse ? ».

La psy tente de la recentrer sur quelque chose de positif... mais aussi de l'éloigner de ses ressentis si difficiles à nommer.

Alice : « Bien sûr que je m'en réjouis. Mais ce que je ressens, moi, qui s'en préoccupe ? ».

La psy : « Vous avez besoin que quelqu'un s'occupe de vous à cinquante ans ? ».

Avec un soupçon de sous-entendu à propos de l'idée de maturité et d'individuation.

Finalement, Alice doit, aussi avec sa psy, se bagarrer un peu pour être entendue. Au final elle reste seule avec son poids sur le cœur.

NB. Naturellement, toutes les consultations psy ne se déroulent pas comme ça... mais de telles expériences ne sont hélas pas si rares !

11.4. De retour chez soi

Comme bien des femmes Alice s'en débrouillera toute seule. Son mari aussi aura quelque peine à l'entendre et lui retournera des phrases du genre « **Mais nous avons déjà trois enfants. Cela ne te suffit pas ?** ». Du fait de sa peine, Alice voit aussi sa libido s'amenuiser. Ce qui ne manque pas de produire quelques tensions chez son compagnon.

Ces tensions éloignent Alice de lui, et lui ne comprend pas l'enjeu de cette situation où il aurait été si simple de l'entendre pour qu'elle se rapproche. Mais notre culture ne nous a pas habitués à un tel regard, à une telle sensibilité toute simple.

La pudeur émotionnelle nous maintient loin de soi et loin d'autrui (même quand on s'aime). Il faut vraiment de grands clashes pour voir ressurgir la sensibilité des êtres. Il faut pour cela que leur ego (leur paraître) soit laminé par une formidable baisse d'énergie, afin qu'un salutaire lâcher-prise permette à l'être de faire surface et de se révéler dans ce qu'il a de plus intime et de plus précieux.

12. Dans le secret des ressentis

12.1. Rien de nouveau... et pourtant !

Naturellement les échanges que je viens d'imaginer (en m'inspirant de faits réels) peuvent aussi se dérouler différemment. Il se trouve seulement que ça ressemble souvent à ça, ou à quelque chose qui s'en rapproche.

Avec 10.000.000 de femmes ménopausées en France, dont 400.000 nouvelles chaque année, comment se fait-il que même des professionnels (qui plus est des femmes professionnelles), aient si peu d'écoute à propos du vécu d'Alice ? La ménopause, c'est aussi ancien que l'humanité. Ce n'est pas nouveau ! Pourtant, quasiment seul l'élément hormonal a retenu l'attention avec son cortège de médecine : allopathie, homéopathie, acupuncture, phytothérapie... etc. Puis le « combat » s'est engagé contre les conséquences sur le poids, l'ostéoporose, la sécheresse vaginale, l'humeur et surtout les fameuses bouffées de chaleur. A chacun de ces troubles seront dédiés des remèdes, plus ou moins naturels, en fonction du type de médecine envisagée.

Nous remarquons cependant que le côté psychologique n'est que rarement (pour ne pas dire jamais) évoqué. A-t-on seulement remarqué que si les bouffées de chaleur se produisent pour des raisons hormonales... elles surviennent aussi plus volontiers en situations émotionnelles ? A-t-on remarqué que des états psychologiques peuvent engendrer des modifications vaginales importantes (jusqu'au vaginisme où la contraction involontaire interdit toute pénétration) ? A-t-on remarqué que l'état pondéral peut être intimement lié aux nécessités psychologiques d'un individu ?

Dans tous les cas, les causes peuvent être multiples, et loin de moi l'idée de vouloir tout ramener au côté psy. Je souhaite simplement que celui-ci ne soit pas ignoré, car il est d'importance et se retrouve en synergie avec tout le reste. En étant correctement accompagné, ce côté psy peut même rendre la médecine plus efficace car il convient de se rappeler le côté psychosomatique, tant du côté de la pathologie que de celui de l'équilibre de la santé.

12.2. Les troubles psychologiques de la ménopause

Le plus souvent nous entendrons parler de troubles de l'humeur ou de tendance dépressive. Le plus naturellement du monde la possibilité de l'étiologie hormonale de ces troubles sera brandie comme une vérité absolue, sans tenir compte de réels facteurs psychologiques à l'œuvre dans cette période si délicate de la vie d'une femme. Evidemment, pour les hormones, il y a des réponses médicamenteuses et c'est beaucoup plus simple que l'aspect psy, dans lequel même les praticiens se sentent impuissants. Pourtant, beaucoup de femmes ne persistent pas dans leurs traitements médicamenteux !

Il se trouve que les enjeux psychologiques sont d'un autre ordre, et je comprends mal qu'ils soient si rarement évoqués par les professionnels de santé.

Le fait de passer d'une vie fertile à une vie non fertile est tout de même un bouleversement suffisamment signifiant pour qu'on s'y arrête un peu ! N'y a-t-il pas quelque chose d'indécent à ne faire que parler de deuil... sans jamais vraiment l'accompagner ? On ne peut continuer sa vie paisiblement que quand ce qui est passé fait pleinement partie de soi, et non quand on tente de l'oublier pour aller vers autre chose !

12.3. L'arrêt de la fertilité

L'arrêt de la fertilité est la zone de choc. Naturellement, toutes les femmes ne le ressentent pas de la même façon, car rien ne peut être généralisé, mais pour nombre d'entre elles, il y a une phase très douloureuse dont trop peu de monde se préoccupe.

Même si elle ne veut plus d'enfant, tant qu'elle peut en avoir, il est supportable de ne plus en avoir. Le jour à partir duquel ce ne sera plus jamais possible, l'idée de ne plus en avoir peut devenir extrêmement douloureuse.

Cette douleur est souvent tue, car il semble déraisonnable de parler de désir d'enfant à 50 ans ou plus.

Des réponses comme celles-ci sont fréquentes : « Mais tu n'y penses pas. Quel âge auras-tu quand il aura 20 ans ? ». « Mais tu as déjà deux merveilleux enfants ! » Avec en prime pour celle qui en a plus « Tu n'a pas assez de tes cinq enfants ? Il faut bien que ça s'arrête un jour ! ». Ou des banalités du genre « Et oui. C'est l'horloge biologique » ou encore « Et ton mari ? Il en veut lui ? »

Toutes ces phrases stupides, la femme qui est en souffrance de savoir qu'elle ne sera plus jamais enceinte, s'en fiche pas mal (quand cela ne la met pas en colère).

Pas l'once d'une attention à son ressenti. Pas la moindre allusion au fait que ce qu'elle sent est douloureux. Pas la moindre reconnaissance de quelque chose qui la déchire. Elle fait son parcours dans le désert.

12.4. Devenir de la sexualité

Avec cette peine dans l'âme le goût du câlin s'émousse un peu. Il s'émoussera encore plus si le compagnon fait la sourde oreille à sa détresse. Elle peut même se surprendre à penser « A quoi bon avoir une sexualité puisqu'on ne peut plus avoir d'enfant ». Naturellement cela peut sembler stupide quand on raisonne « à froid » car chacun sait parfaitement que la vie sexuelle n'est pas qu'une affaire de procréation. Mais dans ce moment de détresse une telle sensation démobilisatrice peut surgir, et surgira d'autant plus fort qu'elle ne se sentira pas entendue par son compagnon. D'autant plus que face à lui qui restera fécond jusqu'à la fin de sa vie, elle éprouvera une sorte de sentiment d'injustice (même si c'est discret et inconscient).

Naturellement celle qui ressent cela est différente de celle qui, se sentant libérée des problèmes de contraception, voit au contraire sa libido décoller admirablement. Ça arrive aussi.

Pour celle qui devient rebelle aux câlins, la non compréhension de son compagnon devient une circonstance aggravante qui achève de la démobiliser. Mais aussi comment résister à ses avances ? Comment lui faire comprendre qu'un peu moins d'empressement serait souhaitable ?

Comme la communication n'est pas à l'œuvre (pas plus chez elle que chez lui) les stratégies peuvent être inconscientes et somatiques : sècheresses vaginales, douleurs, prise de poids... etc. La médecine (allopathique ou naturelle) qui cherchera à y remédier ne fera alors que saboter la stratégie inconsciente de la femme et aggravera la situation de celle-ci.

Avant que l'épanouissement sexuel resurgisse (car ces circonstances et l'âge, bien heureusement n'en marquent pas l'arrêt) il peut s'écouler un temps d'autant plus long qu'elle n'est comprise ou accompagnée par personne. Le désert dans lequel elle se trouve n'a rien d'aphrodisiaque !

12.5. Nouvelle image corporelle

L'image corporelle qui change avec le temps est naturellement quelque chose de déroutant pour chaque individu. Après le choc de l'adolescence, voici celui du milieu de vie. Mais la prise de poids n'est pas que le fait de l'âge. Nous venons de voir que la distance intime d'avec le compagnon peut être indirectement obtenue par ce biais. A quoi bon réguler les hormones ou faire des régimes ou du sport, si le projet inconscient est d'être moins séduisante dans le but de susciter moins d'empressement du conjoint.

Quand cela se produit, c'est plus ou moins inconscient et aboutit à des démarches contradictoires qui viennent en conflit. Tout faire pour maigrir tout en voulant inconsciemment garder du poids... ce n'est pas simple !

Indépendamment de cette problématique qu'il convient de ne pas négliger, il y a de toute façon un changement de l'image corporelle et il convient de faire ami avec son corps et non de lui livrer un combat.

Or pour le moment une telle démarche n'est pas aisée pour la femme qui n'a pas été validée dans ses ressentis. D'autant moins que ce corps qui la lâche au niveau de la fertilité suscite plus chez elle de la colère qu'une délicate attention.

12.6. Fâchée avec son ventre

Ce ventre désespérément et définitivement vide... que raconte-t-il ? Qu'attend-il ? Il est parfois douloureux. Parfois il s'y développe des kystes volumineux. Peut-on lui accorder un peu d'attention ? Cette zone corporelle ne peut fonctionner si la femme est fâchée contre celle-ci, si elle lui en veut de la lâcher.

Il se trouve qu'il est difficile de ne pas se mettre en rupture avec ce qui nous gêne, avec ce qui nous dérange, avec ce qui nous contrarie. C'est un peu comme une sorte de réflexe de survie laissant émaner un peu de colère et de rejet. Cette partie corporelle, dont la vie semble s'être détournée, est alors inconsciemment « condamnée » et, de ce fait, se retrouve en dysfonctionnement. Il peut s'y trouver des dysfonctionnements au niveau de la santé, mais aussi au niveau de la sexualité.

Cette colère, ce regret, cette tristesse, ne doivent pas être refoulés. Il ne s'agit pas de lutter contre, mais de les écouter, de les reconnaître. Ils représentent avec justesse le ressenti douloureux que cette femme a besoin qu'on entende, mais qu'elle doit toujours taire sous peine de paraître puérile.

Cette douleur à elle seule serait peut être gérable... mais elle survient dans un contexte souvent déjà chargé. C'est aussi le moment où les enfants qu'on a déjà eu partent de la maison.

12.7. Le départ des enfants

Ce qui majore le ressenti est que dans cette même période, les enfants partent de la maison.

Déjà lors de la naissance des enfants, le fait que ceux-ci quittent le ventre maternel pour venir au monde fut déjà un vécu étonnant. La femme porte les enfants pour qu'ils naissent, mais lorsque cette naissance s'accomplit, l'absence de l'enfant en son sein laisse un curieux vide qu'il ne lui est pas non plus facile à exprimer. Le plus fort de son ressenti est souvent la perte de cette intimité de vie avec cette présence qui l'habitait. Ce monde de paraître et de pauvreté existentielle nous rendant souvent difficile de nous sentir vraiment au monde, le fait d'avoir une vie en soi donne un sentiment de plénitude qui s'évapore un peu avec la naissance, malgré tout le bonheur que celle-ci procure.

Cette période est donc passée depuis longtemps et vers la ménopause un autre vide inattendu surgit : les enfants quittent le foyer. Soit pour suivre des études, soit parce qu'ils se mettent en couple, soit qu'ils vont mener leur vie de célibataire.

Ce n'est plus le baby blues, mais un sentiment de nid vide. La tristesse ressentie à cette occasion n'est toujours pas facile à partager. Si la mère dit quoi que ce soit à ce sujet, elle s'entendra répondre souvent :

« On ne fait pas des enfant pour les garder ».

« Il faut bien qu'ils partent un jour ».

« Dis donc il serait temps de couper le cordon ».

Rien de bien chaleureux ou de bien compréhensif dans ces phrases ! Là aussi la femme expérimentera une solitude, dans laquelle elle est même culpabilisée de ressentir ce qu'elle éprouve.

Pourtant, elle n'a jamais pensé faire les enfants pour elle. Elle a toujours su qu'ils devaient partir un jour. Elle leur a même sans doute implicitement souhaité une belle vie indépendante... mais il n'empêche que le jour où ils partent, ça fait tout de même une drôle de sensation. Là aussi, le savoir est une chose... le vivre en est une autre.

Mais comme pour le vécu psychologique de la ménopause, le thème semble inabordable.

Le problème pour la femme est que les deux sensations (nid vide et ménopause) s'ajoutent l'une à l'autre.

Comme si cela ne suffisait pas, il se joue en même temps autre chose : la maturation du milieu de vie.

12.8. Le milieu de vie

La crise « quarantaine-cinquantaine » se produit chez les hommes et chez les femmes. C'est une phase de maturation.

Cette maturation fait qu'un être passe d'une étape où « faire et avoir » domine, vers une étape où il a l'intuition qu'il faudrait développer plus de vie, plus « d'être ». Sauf que nous n'avons socialement pratiquement que des modèles de faire, d'avoir de réussite, de projets, de paraître... et pas ou peu de modèles de vie, de modèles d'être. Alors chacun s'en débrouille comme il peut.

Sauf que pour cette femme, il y a en même temps la ménopause, les enfants qui partent et la crise de milieu de vie.

Mais ce n'est pas tout !

12.9. La retraite pour certaines

La retraite pouvant se prendre autour de cinquante ans (pour l'instant !) s'ajoute parfois à tout cela une cessation de l'activité professionnelle. Ce peut être un heureux moment mérité après avoir travaillé de nombreuses années et élevé ses enfants, mais il se trouve que de quitter son travail, c'est aussi perdre un statut social, dont on n'imagine rarement à quel point nous nous servons de lui pour exister.

Il n'y a que quand on le laisse qu'on en mesure le manque. Même dans le cas de métiers qu'on n'aimait pas tant que ça, le changement de situation peut donner le vertige. Certains le gèrent par un hyper activisme pour masquer le vide ressenti à cette occasion. Il se trouve que nous n'aimons pas les limites... mais la disparition de celles-ci nous laisse parfois désorientés.

Donc, ménopause, plus départ des enfants, plus crise de milieu de vie, plus l'arrêt de la carrière professionnelle... tout en même temps, ça fait beaucoup, mais ce n'est pas tout !

12.10. Les enfants de ses enfants

S'ajoute parfois à tout cela le fait que ses enfants ont des enfants. C'est sans doute encore plus sensible quand c'est sa fille qui a un enfant. Elle vit une grossesse elle !

La mère (future grand'mère) s'en réjouit tout naturellement, mais en même temps ça lui rappelle de plein fouet que pour elle c'est fini. Il se mêle joie et amertume et vu à quel point il est difficile de parler de tout ça, comme nous venons de le voir depuis les premières lignes... tout cela se vit plus ou moins dans le secret.

Toutes les phrases réconfortantes concernant le bonheur d'avoir des petits enfants ne suffisent pas à apaiser le tourment plus ou moins diffus et confus qui l'habite.

Mais ce n'est pas tout !

12.11. La situation conjugale

A tout cela s'ajoute le fait que le couple, si ce n'est pas un remariage (ce qui est de plus en plus rare) se trouve à ses 20 ou 30 années d'existence. Tout le vécu de plusieurs décennies est sans doute une richesse pour les couples qui communiquent et qui savent ainsi toujours rencontrer leur conjoint avec le même bonheur, chaque jour comme si c'était la première fois ! Mais la réalité est généralement beaucoup moins idyllique et il n'est pas rare que de vieilles tensions ressortent à l'occasion de ce moment de l'existence.

Nous y trouvons les détresses pudiquement nommées sous l'appellation de « démon de midi ». Ces « promenades extraconjugales » viennent saper le peu qui restait debout. Pour s'en relever il faut beaucoup d'amour et de communication.

Nous venons de voir un certain nombre de points. Il se peut que chaque femme ne les vive pas tous, mais ils donnent le panorama d'une situation qu'il conviendra de prendre au sérieux et d'accompagner avec plus de justesse.

Concernant ces accompagnements psychologiques, j'aimerais souligner deux types de deuils à accompagner, tout en revisitant le sens du mot deuil qui, utilisé d'une mauvaise façon, devient souvent insupportable.

13. Des deuils ni reconnus ni accompagnés

13.1. Recentrer le sens du mot « deuil »

Aujourd'hui, l'habitude est de parler de deuil pour tout et pour rien. Il convient de s'arrêter sur cette notion de « faire le deuil » qui est généralement utilisée à contresens.

Le mot « deuil » vient de *dolus* qui signifie « douleur ». Donc, « faire son deuil » signifie « faire sa douleur ».

Le tort est de croire que cette douleur est néfaste et qu'il faut à tout prix s'en libérer. D'où la croyance que « faire son deuil » c'est « passer à autre chose » et, pour aider à cette croyance, l'usage d'antidépresseurs n'est pas rare. C'est en tout cas le réflexe de nombreux médecins.

S'il est judicieux de trouver le moyen de rendre une douleur supportable, il convient aussi de s'interroger sur son sens, sur son rôle, sur son utilité...sans pour autant retomber dans le piège de la « douleur salvatrice ».

Dans le cas du deuil, la douleur joue un rôle bien précis : elle permet d'avoir l'assurance qu'on n'oubliera pas. En situations de choc, face à un ressenti violent non intégrable, le réflexe est la mise à distance de ce qui nous submerge. La douleur, ensuite, permet de ne pas perdre le contact d'avec ce qui, en nous, est précieux et a été abandonné à l'occasion du trauma.

Par exemple, apprenant la perte d'un proche, le sujet est en état de choc. Ce qu'il éprouve n'étant pas gérable, il se « déconnecte de lui-même et de l'être perdu » pour un temps plus ou moins long. Ensuite il va vivre avec ce manque, le manque de « qui il était dans ce moment » ainsi que le manque de « celui qu'était le défunt dans cette circonstance de sa fin de vie » et même le manque de « celui qu'était le défunt dans sa vie », car il ne peut y penser en paix

Comme cela n'est pas abordable par sa conscience, il s'en déconnecte et va compenser cette absence par des pensées obsessionnelles, et aussi par une **douleur qui le garde en lien**. Ce lien le « rattache » à celui qu'il était, autant qu'à l'être qu'il a perdu. Ce lien est nécessaire, jusqu'à ce que l'intégration et la connexion puissent se faire. Quand cette intégration est réalisée, le lien n'est plus nécessaire, la douleur disparaît, le deuil est fini. Vous remarquerez que « terminer son deuil » ne signifie en aucun cas « oublier et passer à autre chose ».

La douleur est une sorte de « lien » nous reliant à ce que nous ne voulons pas perdre. Tant qu'il y a un risque d'oubli ou d'occultation elle est nécessairement là. Que risquons-nous donc d'oublier de si précieux ? : nous risquons de perdre l'être disparu et aussi celui que nous étions quand c'est arrivé. Tout cela est sensé faire partie de notre psyché et ne peut en rester défensivement amputé.

Le jour où nous sommes assurés de ne jamais oublier, la douleur s'arrête, le deuil est fini.

Contrairement à la croyance commune (même chez les psys), **la douleur ne s'arrête pas quand on passe à autre chose, mais quand on est certain qu'on n'oubliera jamais**, et que ce qui est précieux a trouvé une juste place en nous, au sein de notre psyché.

13.2. Le deuil de maternité

Donc, « faire le deuil de la maternité », ce n'est pas oublier en soi cette époque de maternité pour pouvoir passer à autre chose, mais au contraire « faire la douleur assurant qu'elle ne sera pas oubliée ». Cette douleur restera nécessaire jusqu'à ce que la femme sache donner toute sa place à cet aspect précieux de sa vie, afin d'être assurée que cela sera toujours dans sa psyché comme quelque chose d'incalculable.

Plus ce côté précieux sera validé et reconnu, plus il sera aisé pour la femme de passer à autre chose et de « quitter » cette douleur (et non de quitter ce côté précieux de la maternité).

Au contraire, plus on tentera de la détourner de ce côté précieux pour « l'aider à passer à autre chose », plus la douleur sera nécessaire pour lutter contre cet oubli imposé.

Ceux qui veulent maladroitement accompagner le deuil en insistant sur le fait de « passer à autre chose » ne font qu'aggraver ce qu'ils croient ainsi apaiser (que ce soit avec de la psychothérapie ou avec des médicaments).

13.3. Le deuil de ses enfants petits

Outre le deuil de la maternité, il y a aussi un deuil de ses enfants. Pas des enfants qu'elle n'aura plus, mais un deuil des enfants qu'elle a. Tout le monde est là pour lui rappeler qu'elle a de beaux enfants, mais il y a dans ces propos un je ne sais quoi qui ne la réjouit pas tant que ça. Elle se sent en deuil de ses enfants alors que ses enfants sont bien là ! Cela semble tellement paradoxal.

Dans ce monde où il n'est culturellement pas habituel d'être à l'écoute de ses propres sentiments et où il n'est pas non plus habituel qu'on nous aide à les pointer, à les exprimer avec précision... tout cela reste le plus souvent dans un flou mystérieux, incohérent, et douloureux. Il ne semble pas convenable de se sentir en deuil de quelqu'un qui est vivant, et avec qui on entretient de bonnes relations.

Il se trouve que le deuil ici ressenti ce n'est pas le deuil des « enfants grands » qui Dieu merci sont bien là, mais le deuil des « enfants petits ».

Il se trouve que la présence des « enfants grands » ne remplace pas la présence des « enfants petits ». Ici aussi il sera maladroitement demandé à la mère de les « laisser vivre », de les « laisser grandir », mais sans tenir compte de cette notion de deuil des « enfants petits » qui prend ici une dimension d'autant plus forte qu'il n'y aura plus jamais d'« enfants petits ».

Ce deuil ne s'accomplira pas, ici non plus, par une démarche d'oubli, mais par une délicate et profonde réhabilitation du côté précieux de ces « enfants petits » qui ont remplis toute une époque de sa vie. Nous verrons un peu plus loin comment peut se réaliser un tel accompagnement.

13.4. Le deuil des parents jeunes

Dans cette période de l'existence, la femme (l'homme aussi naturellement) voit ses parents prendre de l'âge, parfois perdre leur autonomie.

En même temps qu'elle fait le deuil de ses enfants petits, elle fait aussi le deuil de ses parents jeunes. Ceux-ci ne sont plus dans la même préoccupation vis à vis d'elle, car ils sont eux-mêmes dans une autre étape de leur existence.

S'ils ont mené leur vie de façon à ce que leur conscience y gagne en maturité, il peut en résulter de délicieux échanges avec eux. Mais ces parents sont eux aussi en crise majeure et ont besoin d'accompagnement pour surmonter leur propre étape existentielle. Dans ce cas chacun est seul dans sa propre progression.

Un choc majeur se passe aussi quand, à cette étape de la vie, un parent décède. Seule la personne qui y est confrontée peut prendre la mesure de ce qui se passe dans une telle circonstance. Si c'est toujours une circonstance majeure, on ne peut toutefois y généraliser ce qui y est vécu spécifiquement par chacun.

13.5. Parfois le deuil de son utérus

Il arrive que les somatisations au niveau de l'utérus soient telles qu'elles nécessitent une intervention chirurgicale. Si l'on peut se réjouir que la médecine sache réaliser de telles interventions d'hystérectomies, on ne peut que déplorer que l'accompagnement psychologique n'y soit pas présent.

J'ai rarement vu des femmes qu'on avait écoutées lors de l'ablation de leur utérus. Quand celle-ci se produit vers la ménopause des phrases du type :

« De toute façon vous ne voulez plus d'enfants ».

« Vous verrez vous sentirez beaucoup mieux ».

« De toute façon c'est maintenant une zone à problème qu'il vaut mieux enlever ».

Toutes ces phrases sont justes, mais il est à déplorer qu'il n'y ait pas plus de considération envers cette partie corporelle, qui n'est plus alors considérée que comme une sorte de « déchet à éliminer ».

Gare à celle qui verse une larme lors de telles consultations, le médecin aura souvent vite fait de tenter de la calmer en lui assénant avec douceur

« De toute façon vous ne pouvez pas rester comme ça ».

« Si vous voulez vous sentir mieux il faut en passer par là ».

« De toute façon vous avez déjà eu vos enfants, ce n'est pas si important ».

Aucune mauvaise intention de la part du praticien. Celui-ci connaît son métier. Il fait pour le mieux afin d'y mettre de l'humanité. Mais le plus souvent il ne se rend pas

compte qu'il est dans le déni pur et simple d'un vécu chez sa patiente et qu'il contribue à une majoration de la souffrance psychologique qu'il croit apaiser.

14. Une nouvelle écoute psy

14.1. Concernant l'image corporelle

Il convient de ne pas négliger certains aspects psychocorporels.

A-t-on seulement un jour appris à être en amitié avec son corps ? A-t-on déjà imaginé de suivre un régime pour donner à son corps ce qu'il y a de meilleur pour lui, avec bienveillance... ? Nous avons hélas plutôt appris à lui déclarer la guerre pour qu'il se soumette à nos exigences pondérales, à nos contraintes de paraître... afin de suivre les canons en cours.

Cette bienveillance vis-à-vis de son propre corps est une chose urgente à apprendre dans cette étape de la vie. Il ne s'agit aucunement d'une lutte contre les problèmes de l'âge du corps. Il s'agit juste d'une bienveillance à lui accorder.

Puisque l'image corporelle change, il s'agit aussi de trouver ses bases intérieures. Bases qui ne dépendent pas du paraître... bases qui font qu'on est vraiment soi.

Les troubles psychologiques (comme on aime les nommer) ne sont en fait pas des « troubles », ils sont des « moyens d'accéder à soi », de se trouver vraiment, de ne plus être « à côté de soi », de retrouver une unité intérieure.

Dans ce moment particulier de l'existence où les compensations extérieures semblent moins secourables, **c'est un peu comme si on se devait d'achever de bâtir ces bases intérieures qu'on a laissées inachevées.**

C'est là que « ceux que nous avons été jadis », ressurgissent en face de notre conscience, comme pour réclamer la considération, l'écoute, la réhabilitation qu'ils n'ont jamais reçus. En fait, comme nous l'avons vu plus haut, il ne s'agit pas de « troubles », mais d'« élans d'éclaircissement » de ce que nous avons laissé dans l'ombre. Nous avons tant d'énergie pour compenser ces amputations de soi que nous ne les remarquons même pas.

L'état corporel participe à ces prises de conscience et l'accompagnement psychologique ne doit pas le négliger.

14.2. Alliance avec le ventre

Cela peut se dérouler avec une attention toute particulière envers le giron, envers cette partie corporelle qui, dans la ménopause, est au centre de la blessure.

Ce ventre a porté les enfants. Cela ne lui fait-il pas mériter un peu de gratitude ? Il semble ennemi car il a cessé la fertilité, mais il serait bon de le considérer comme l'ayant donnée par le passé. Une sorte de lieu sacré qui a donné parmi ce qu'il y a de plus précieux dans l'existence : la vie. Un moment de « contemplation » face à cette partie corporelle inestimable serait bienvenue.

Cette gratitude envers le ventre pour ce qu'il a donné en fait un lieu sacré, mais il ne le déssexualise pas pour autant. Le plaisir sexuel y est à la mesure de tout cela. Il n'y est pas inconvenant, bien au contraire. Il ne fait qu'en souligner la dimension exceptionnelle car c'est le lieu d'une source de vie.

Pourtant, pendant le temps de cette mutation, la libido peut se trouver malmenée. Nous avons vu que la non écoute du conjoint y joue un rôle important, mais la façon dont la femme considère cette partie de son corps également.

Elle pourra psychologiquement être accompagnée en ce sens.

14.3. Une gynéco plus reconnaissante

Imaginons qu'Alice ait consulté une gynécologue qui sache aussi prendre en compte le côté psychologique de la situation, qui sache reconnaître ce qui est éprouvé par sa patiente. Reprenons le dialogue du début avec les quelques modifications qui en résultent.

Alice : « Ça fait plusieurs mois que je n'ai pas mes règles ».

Le médecin : « Ça vous inquiète ?! ».

Ayant repéré l'inquiétude dans le ton d'Alice, la gynécologue la reformule en signe de reconnaissance.

Alice : « Je crains que ce soit la ménopause ».

Le médecin : « Cela peut être la pré-ménopause. Les examens nous renseigneront sur le traitement le plus adapté pour votre confort. Mais pour parler de ménopause il faut un arrêt des règles sur une année »

Alice : « Cela veut dire que je ne pourrai plus avoir d'enfant ? ». *La patiente poursuit sur son inquiétude.*

Le médecin : « Ça vous touche l'idée de ne plus pouvoir avoir d'enfant ?! ».

La gynécologue reformule le sentiment qu'Alice vient d'exprimer. Cela ne lui prend pas plus de temps dans sa consultation, mais crée un climat d'humanité très confortable, tant pour elle que pour Alice.

Alice : *(en silence, une émotion et quelques larmes discrètes).*

Le médecin : « C'est un moment difficile pour vous ?! ».

Nouvelle reformulation, toute simple. Il ne s'agit pas d'apaiser, mais simplement de reconnaître.

Alice : « Tout de même ça fait bizarre. Juste quand ma fille est enceinte ! ».

Le médecin : « C'est naturel que cela vous bouleverse. Si cela vous semble trop difficile, vous pouvez vous faire accompagner sur le plan psychologique. Pour ce qui est de l'aspect corporel, je vous prescris tel examen... ».

La gynécologue donne la direction médicale à suivre, mais sans omettre la dimension psychologique. Non seulement elle reconnaît cette dimension, mais en délègue éventuellement l'accompagnement vers un praticien en psychothérapie.

Cela n'a aucunement allongé la durée de la consultation. Tant pour Alice que pour la gynécologue, celle-ci s'est déroulée de façon plus agréable. Il se peut même que cette reconnaissance suffise à Alice et qu'elle n'ait pas besoin de consultation psy. Au cas où néanmoins une telle consultation psy serait nécessaire, Alice peut l'envisager avec plus de tranquillité. Elle sait alors que les différents praticiens (gynécologue et psy) travaillent ensemble, en synergie, et chacun des deux à conscience de l'importance du travail de l'autre.

14.4. « Nouveau thé » avec Catherine

Alice rencontre son amie Catherine. Mais du fait que la consultation chez la gynéco a été différente, elle n'aborde plus le sujet de la même manière. Nous imaginerons aussi que Catherine a une écoute bien plus chaleureuse.

Alice : « Je viens de chez la gynéco. Je suis sans doute en début de ménopause ».

Catherine : « Comment vis-tu cette nouveauté ? ». ».

Alice : « Ça me fait drôle de me dire que je ne pourrai plus avoir d'enfant ! »

Catherine : « C'est ça qui te semble le plus difficile ?! » »

Alice : « C'est curieux, car je n'en voulais pas d'autre, mais ça fait quand même une drôle de sensation ».

Catherine : « Des fois nous éprouvons ainsi des choses contradictoires. Le fait de se trouver dans la situation, ça nous fait ressentir plein de choses inattendues ».

Alice : « Oui, je ne me serais jamais imaginé ce que je suis en train de ressentir ! ».

Catherine : « En fait comment est ce ressenti ? ».

Catherine invite vraiment son amie à parler son ressenti et elles vont avoir un échange où chacune pourra partager son expérience de vie, sans jamais s'en servir pour évacuer celle de l'autre.

Alice exprime son ressenti et s'ouvre à Catherine, à qui elle demande ensuite comment elle-même l'a vécu.

Un tel échange est rempli d'une amitié qui s'exprime pleinement par une écoute réciproque. Les sentiments intimes à propos de l'existence peuvent être partagés, et cela rempli de vie aussi bien Alice que Catherine.

14.5. Autre possibilité chez la psy

Suivant le conseil de sa gynécologue et sentant qu'en pareil moment de son existence un accompagnement psychologique peut être utile, Alice décide de consulter. Elle ira vers un praticien, une femme, qu'une amie lui a conseillée, car celle-ci y avait trouvé un accompagnement à sa convenance. Naturellement il n'est pas dit que ce qui a convenu à l'une conviendra à l'autre, mais il faut bien commencer d'une façon ou d'une autre, quitte à changer de praticien si ça ne convient pas.

Alice : « Je viens de découvrir que je n'aurai plus d'enfant. Je suis en ménopause. Bien sûr c'est normal à mon âge. Mais je ne m'y fais pas. Je viens vous voir pour que

vous m'aidiez à passer ce moment de vie qui me semble plus difficile que je n'aurais cru ».

La qualité des échanges qu'elle a eu avec sa gynécologue et avec Catherine rend pour elle plus aisée l'expression de ce qui l'amène ici en consultation.

La psy : « De quelle façon ressentez-vous cette difficulté ? Qu'éprouvez-vous dans cette situation ? »

Se gardant bien de dramatiser, de banaliser, ou de généraliser quoi que ce soit, la psy invite la patiente à préciser son propre ressenti.

Alice : « Je me sens vide. Comme si une part de moi était morte. Mais aussi en colère. J'aurai aimé que ça n'arrive pas si tôt. Ça me fait bizarre car je ne voulais pas d'autre enfant, mais je ne supporte pas vraiment l'idée de ne plus pouvoir en avoir »

Alice, se sentant entendue et respectée dans ses ressentis, lâche les nuances qui l'habitent aussi clairement que possible, mais elle en rajoute, dilue son propos, car elle a peur d'oublier quelque chose.

La psy : « De toutes ces choses que vous ressentez, quelle est celle qui vous bouleverse le plus ? »

La psy tente ainsi d'aider Alice à hiérarchiser ses ressentis, afin de trouver la piste dominante à explorer.

Alice : « Je ressens surtout de la colère. D'autant que ma fille est enceinte. Je me sens un peu coupable de cette colère car je me réjouis pour ma fille, mais c'est plus fort que moi ».

La psy : « Si vous mettez votre attention sur cette colère que percevez-vous ? »

Ne se laissant pas emmener vers la superficialité événementielle de ce qui se passe, la psy tente de permettre à Alice de considérer la source de sa colère.

Alice : « En fait je me sens surtout en colère par rapport à mon corps qui me lâche. C'est comme s'il m'abandonnait. C'est comme si je n'allais plus pouvoir vivre »

Alice ose aller très loin dans l'expression de son ressenti grâce à la bienveillance de la psy qui ne tente pas d'explorer ou de résoudre un problème, mais juste de la rencontrer dans ce qu'elle ressent vraiment.

La psy : « C'est comme si votre corps vous abandonnait ?! Au point de ne plus pouvoir vivre ?! Et vous avez de la colère envers lui ?!... Avez-vous déjà senti un tel sentiment d'abandon et de colère dans votre vie ? »

La psy tente de voir si ce sentiment surgit pour la première fois dans la vie d'Alice ou si celui-ci s'est déjà produit. Il est toujours intéressant de parcourir les patterns (émotions analogues dans des situations différentes) qui peuvent conduire à une source plus profonde. Cette source plus profonde étant une part de l'individu tentant de s'exprimer par le symptôme présent (voir la publication d'avril 2009 « [Psychopathologie](#) »).

Alice : « Non, je ne crois pas, mais ma mère parle souvent avec colère de sa mère qui l'a quasiment abandonnée à l'âge de 4 ans en la laissant presque toujours chez sa grand mère ».

Alice, accompagnée par sa psy va pouvoir réhabiliter cette part transgénérationnelle de son existence, grâce à la pertinence de l'accompagnement de sa psy.

Puis la psy l'amènera à rétablir une communication avec la partie corporelle en cause ainsi qu'avec son corps. La communication conjugale pourra aussi apparaître dans l'entretien. Le conjoint n'y sera aucunement jugé, la douleur d'Alice non plus. Chaque protagoniste évoqué trouvera sa juste place dans sa psyché.

Certains accompagnements psy peuvent ressembler à cela. C'est malheureusement quelquefois moins pertinent.

Vous avez ici quelques possibilités de déroulement d'entretien. Il est bien évident qu'aucune consultation ne peut être prédéterminée.

15. Une troisième étape de la vie

Si la ménopause n'est pas un signe de jeunesse, ce n'est pas non plus un signe de vieillesse (même si la vieillesse est aussi une étape très honorable de l'existence qu'il convient également de regarder non pas comme étant l'extinction de tout, mais comme une plus grande ouverture de conscience).

La ménopause commence l'étape de la vie d'une femme où celle-ci a pas mal d'énergie, où elle a accompli plein de choses et où elle en a plein d'autres à réaliser. C'est un départ (un début) vers une maturité qui lui rend possible l'accès à une nouvelle dimension de l'existence jusque là insoupçonnée.

15.1. La vie en « trois étapes »

La vie d'une femme comporte trois étapes : une première période non fertile (enfance), une période fertile (adulte), une seconde période non fertile (maturité). Chacune de ces étapes pourrait elle-même être décomposée en plusieurs :

La **première période non fertile** comporte la petite enfance et l'enfance avec tout son cortège de scolarisation, de rencontres sociales des autres.

La **période fertile** comporte l'adolescence, la vie de jeune femme sans enfant célibataire, puis en couple, puis avec enfants. Avec tout son cortège de vie sociale, professionnelle, de réalisations de projets.

La **seconde période non fertile** comporte elle-même deux étapes. Celle qui se vit dans la maturité avec une énergie toujours disponible, avec de nombreuses prises de conscience très subtiles et une découverte de nombreux aspects de la vie jusque là invisibles à ses yeux. Puis, plus tard celle de la sénescence (qu'il convient surtout de ne pas confondre avec la sénilité) qui est une étape de vie de moindre énergie, mais de plus grande conscience existentielle pour celui qui a su goûter les nuances de son vécu. Certains diront que l'existence se termine par une plus grande sagesse. Quand ce n'est pas le cas, c'est que bien des étapes antérieures ont été tronquées, sont restées en suspend, et demandent urgemment un accompagnement adapté.

Le bouleversement qui résulte de l'entrée dans la seconde période non fertile donne trop souvent une idée de « fin », alors que c'est un début. Le début de cette troisième

part de l'existence d'une femme n'est en aucun cas un terme à sa vie mais un nouveau départ vers de nombreuses dimensions goûteuses et insoupçonnées.

15.2. Une nouvelle vie

Les parents de la femme ménopausée étant âgés, celle-ci se doit de construire les bases intérieures qu'elle avait laissées de côté. Nous ne mesurons pas à quel point nous nous appuyons sur autrui, faute de nous être suffisamment construits. Cette étape ne consiste pas en un éloignement de ses parents, mais dans une capacité de les rencontrer différemment, autant que de se positionner soi-même d'une autre façon.

Les enfants grands demandent quant à eux un accompagnement différent. La femme vivant cette « étape surprise » avec ses propres parents peut être invitée à accompagner la maturation de ses enfants adultes d'une manière différente. En tant que femme, elle voit mieux l'homme qu'est devenu le fils ou la femme qu'est devenue la fille. Il peut s'en suivre une connivence, une proximité, une chaleur humaine vraiment accompagnante, sans jamais être étouffante (ce qui se fait difficilement pour celle qui, face à ses enfants adultes, reste dans la douleur de la perte de ses enfants petits).

Avec les petits enfants, il y a la découverte de l'enfant sous un nouveau jour. L'entrée de la vie de ces petits êtres est touchante et l'accompagnement qui peut leur être donné s'en trouvera adouci, ajusté, délicat, délicieux (ce qui sera difficile pour la femme restée en douleur de la perte de ses enfants petits, qui risque de se raccrocher aux enfants de ses enfants pour venir compenser cette douleur).

Le respect de ses propres enfants, comme ayant leur propre vie et leur propre chemin, contribue à une croissance de Soi, du fait d'accompagner sans diriger, de conseiller sans dénigrer, sans jamais se positionner en situation de supériorité (ce qui est difficile pour celle qui n'a pas encore bâti suffisamment d'affirmation de soi).

Nous avons ainsi là beaucoup de choses à découvrir qui font que les saveurs de la vie peuvent prendre une nouvelle dimension. Vous remarquerez que je n'y parle que d'humain et non de réalisations matérielles. Ces dernières ont aussi leur place, mais je ne les mettrai pas au premier plan. Elles font aussi partie de la vie... tant qu'elles ne servent pas à éviter celle-ci, tant qu'elles ne viennent pas masquer les angoisses que nous nous cachons à nous-mêmes.

Mais même dans le cas où, stratégiquement, nous nous cachons nos propres angoisses à l'aide de quelques superficialités matérielles, cela ne nous rend pas mauvais pour autant. Cela signifie simplement que nous avons besoin d'un accompagnement de Soi vers soi-même pour remplir ce qui, en nous, est resté vide faute d'avoir eu l'occasion de le combler. Cela signifie simplement que nous avons encore plus besoin que qui-conque de délicatesse et de considération de la part d'autrui pour finalement nous en accorder à nous-mêmes.

16. Pour conclure

J'ai écrit ces quelques lignes à l'attention des femmes qui se sentent un peu trop malmenées dans ce moment de la ménopause. J'ai souhaité y montrer un certain

nombre de choses ressenties qui ne sont que rarement évoquées, tant l'attention n'est mise, le plus souvent, que sur les aspects physiologiques (le côté psy étant lui-même souvent géré plus par la médication que par l'écoute. L'une n'exclut pas l'autre, mais pour le moment, c'est surtout l'écoute et la reconnaissance qui sont manquantes).

Il n'y a bien sûr aucune réponse absolue dans aucun domaine, et je ne prétends surtout pas en donner. Il s'agissait seulement d'aborder ici ce qui reste dans l'ombre, ce qu'on ne lit ou n'entend que rarement. **Il est tellement éprouvant de ressentir des choses qu'on ne peut partager nulle part.**

Ces lignes serviront, je l'espère, à reconforter quelques femmes qui se reconnaissent dans certains passages. Elles serviront aussi aux médecins ou gynécologues qui n'avaient pas envisagé la ménopause sous cet angle et qui peinaient à mettre dans leurs consultations l'humanité que pourtant ils avaient envie de donner. Elles serviront aussi sans doute à quelques psy qui pourront aborder les notions de deuil avec de nouvelles subtilités, et oseront se risquer vers les ressentis de leur patiente dans le seul projet de la reconnaissance, libre de toute normalisation théorique des ressentis.

J'ai construit cet article à partir de mon expérience de praticien psy, ayant constaté la détresse trop fréquente engendrée par l'incompréhension, alors que les vécus éprouvés émergent de façon évidente dès qu'on veut bien les entendre.

Cette publication n'a bien évidemment pas pour projet d'enfermer le décodage de cette période de la vie dans de nouveaux principes, mais simplement d'ouvrir la conscience vers des subtilités qui sont toujours à découvrir. **Rien n'est écrit d'avance, chaque être mérite d'être entendu et reconnu dans ce qu'il a de spécifique.** Ainsi, aucun texte ne peut rendre compte de tout ce qui se passe, ni de tout ce qui peut se passer. Il est tout à fait possible que ne vous reconnaissiez pas dans ce qui est écrit ici, car le propos n'est pas exhaustif. Il ne s'y trouve mentionnés qu'un certain nombre de points qui sont habituellement ignorés.

Thierry TOURNEBISE

Bibliographie

1. Ouvrages

Abric, Jean-Claude

-*Psychologie de la communication* -Armand Colin, Paris 1999

Allport, Gordon

- *Psychologie existentielle* – Editions Epi, 1971

Andersen Barbara

-*Journal of Clinical Oncology* - septembre 2004

Besançon Guy

-*Manuel de psychopathologie* - Dunod, Paris2005

Bruner Jerome

-*Car la culture donne forme à l'esprit* - Gehorg Eshel, Genève 1997

Chartier Jean Pierre

- *Guérir après Freud Psychoses et psychopathies* -- DUNOD Paris 2003

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

Dal palu Bruno

-*L'énigme testamentaire de Lacan* L'Harmattan 2004

De Peretti André

-*Présence de Carl Rogers* -Editions Erès, 1997

Feil, Naomi

-*Validation mode d'emploi*- Pradel,1997

Freud, Sigmund

- *Les névroses, l'homme et ses conflits* – Tchou, 1979

- *Inhibition, symptômes et angoisses* –PUF Quadrige 2002

-*Le Ça le Moi le Surmoi* - Tchou 1978

Gendlin, Eugène

-*Focusing, Au centre de soi* – Editions de l'Homme, 2006

Ghuiglione R. et Richard J.F.

Cours de psychologie 2 bases et méthodes épistémologiques- Dunod, Paris1994

Ionescu, Serban

-*14 approches de psychopathologie* - Nathan Université, 2004

Jaspers, Karl

-*Psychopathologie générale* -PUF Bibliothèque des introuvables, Paris 2000

Juignet Patrick

Manuel de psychothérapie -PUG,Grenoble 2001

Jung, Carl Gustav

-*Ma vie, souvenirs rêves et pensées*- Gallimard Folio, 1973

Lao Tseu

-*Tao Te King* -Editions Dervy, Paris 2000

Lyubomirsky Sonja

-*Comment être heureux... et le rester* – Flammarion 2008

Maslow Abraham

-*Devenir le meilleur de soi-même* – Eyrolles, 2008

-*Psychologie existentielle* – Editions Epi, 1971

May, Rollo

- *Psychologie existentielle* – Editions Epi, 1971

Mucchielli, Roger

-*L'entretien de face à face dans la relation d'aide* - ESF, Issy les Moulinaux 2004

Montessori, Maria

-*L'éducation et la paix*- Editions Charles Léopold Mayer, 1996

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

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

Serban Ionecu

14 approches de la psychopathologie - NATHAN UNIVERSITE - 2004

Spinoza, Baruch

-*Œuvres complètes* « Traité de l'autorité politique » Gallimard, la pléiade, 1962

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

-*L'art d'être communicant* - Dangles, 2008

-*L'écoute thérapeutique* - ESF 2001-2005 et prochainement réédité en 2009

-*Chaleureuse rencontre avec soi-même* - Dangles, -1996

-*Citations de publications dans ce site:*

[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

[Humaniser la fin de vie](#) avril 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

[René Descartes](#) Novembre 2006

[Le Focusing - Eugène Gendlin](#) Juillet 2007

[Bientraitance](#) août 2007

[Le positionnement du praticien](#) décembre 2007

[Psychopathologie](#) » avril 2008

[Validation existentielle](#) septembre 2008

Veldman, Frans

Haptonomie, science de l'affectivité – PUF, Paris 198

Winnicott, Donald Wood

-Jeu et réalité - Folio Gallimard 1975

2. Manuels

Manuel de thérapie brève intégrative

John Preston - Iner Edition-Dunod Paris 2003

Manuel de psychopathologie psychanalytique

– Patrick Juignet Presse Universitaires de Grenoble – 2001

Manuel de psychopathologie générale

Karl Jaspers –Tchou, les introuvables - Paris 2000

Manuel de Psychopathologie

Guy Besançon - Dunod -Paris 2005

3. Dictionnaires :

3.1. Dictionnaires spécialisés

Dictionnaire usuel de psychologie

Sillamy – Bordas1993

Dictionnaire de psychologie

Doron et parot PUF1991

Grand Dictionnaire Larousse de la psychologie

LAROUSSE Paris 1997

Vocabulaire de la psychologie

Henri PIERON - PUF - Paris 1973

Vocabulaire de la Psychanalyse

J. LAPLANCHE et J-B PONTALIS - Paris 1990

3.2. Dictionnaires linguistiques

Hachette Langenscheidt.

Dictionnaire français/allemand et allemand/français HACHETTE Paris 1995

Harrap's chambers

English dictionary Edinburgh 2003

Harrap's shorter

Dictionnaire anglais français et français anglais -édition 2006

Harrap's standard

French and english dictionary - London 1979

Larousse Chambers -

anglais français et français anglais Paris édition 2003

Le ROBERT ET COLLINS

Dictionnaire Français anglais et anglais français ROBERT Paris 1985

Le ROBERT ET COLLINS senior

Dictionnaire Français anglais et anglais français ROBERT paris 2006

Lexique trilingue des termes psychanalytiques

(français anglais allemand) MASSON 1997

3.3. Dictionnaires étymologiques

Dictionnaire historique de la langue française

Alain Rey - Le Robert 2004

Dictionnaire étymologique de la langue française -

O. Bloch ; W. Von Wartburg – PUF, 1989

Étymologies surprises

- Jean Bouffartigue ; Anne-Marie Delrieu – BELIN, 1981

Le ROBERT Dictionnaire Historique de la langue française

-Alain Rey - ROBERT -Paris 2004

Trésors des racines latines

– Jean Bouffartigue ; Anne-Marie Delrieu – BELIN, 1981

Trésors des racines grecques -

Jean Bouffartigue ; Anne-Marie Delrieu – BELIN, 1981

Présentation du Pack « Psychopathologie »

J'ai réuni dans ce pack mes publications en ligne concernant certaines manifestations nommées « symptômes », ou de façon plus moderne « troubles ».

Dépression, suicide, alcoolisme, addictions, anorexie, dépression post-partum, déni de grossesse, IVG, Interruption thérapeutique de grossesse... sont des thèmes abordés ici concrètement.

Comprendre certains aspects de la psychopathologie, et surtout accéder à des façons concrètes d'aborder les personnes en souffrances psychologiques, tels sont les enjeux de ce document. Naturellement il n'est pas exhaustif et les lecteurs sont invités à étendre leurs recherches.

Il apporte cependant :

1-D'une part des clarifications concernant les causes (étiologies), les processus (pathogénèses ou sémiogénèse), et les symptômes (sémiologie)

2-D'autre part des illustrations concrètes avec de nombreuses situations abordées.

Ce pack est publié séparément du « pack Praticien », car celui-ci aurait été trop volumineux. D'autre part, il est aussi publié séparément du « pack Gériatrie », pour les mêmes raisons.

Les packs, « 1 Praticien », « 2 Psychopathologie » et « 3 Gériatrie » font une sorte d'ensemble en trois tomes qui peuvent être consulté en fonction des besoins, où chacun vient compléter les deux autres.

Le « 1 pack Praticien » est un incontournable complément à celui-ci.

L'ensemble de ce qui est ici abordé dans ces documents garde toujours un esprit de délicatesse, de profondeur, d'humanité et de qualité des soins psychologiques. 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.