

# GUÉRIR PAR LE CHANGEMENT, CHANGER PAR LA GUÉRISON

Comité de rédaction  
Gérald Bérout, Eric Bonvin, Christiane Droz, Gérard Salem

RÉDACTION

DU  
N° 23

Editorial par Eric Bonvin et Elisabeth Fivaz-Depeursinge		1
Le processus de changement thérapeutique	Daniel N. Stern	3
Le moment de rencontre en thérapie: «quelque chose de plus»	Elisabeth Fivaz-Depeursinge	8
L'alliance thérapeutique: un petit quelque chose en plus qui change tout?	Yves de Roten	9
Du changement à la guérison : l'intersubjectivité et le transfert	Jean-Nicolas Despland	11
Guérison et changement	Micheline Gilliéron	14
Sur le chemin de l'Être en partance	Carmen del Fresno	15
La biologie, obstacle ou chance pour le changement ?	Thierry Buclin	18
Les processus du changement	Jean Marc Benhaïem	20
Jean Valjean et le changement par l'acceptation	Rapahél Carron	21
« Guérir par le changement, changer par la guérison »	Sylvie Angel	22
Elucider la souffrance pour promouvoir un changement	Marco Vannotti	23
Guérir par le changement	Nahum Frenck	25
Un chien de ma chienne	Gérard Sagié	27
L'art de la tarentelle	Eric Bonvin	28
Interview de Nahum Frenck	Gérard Salem	30
Vient de paraître aux Editions Ling !	Eric Bonvin	31
Entre «LA Lettre» et LES Livres	Eric Bonvin	32
Nouvelles de l'Unité d'hypnose de la Fondation Ling	Eric Bonvin	33
Activités de la Fondation LING		34

## FONDATION LING

Ch. de Lucinge 16 - CP 12  
CH-1000 LAUSANNE 19  
Tél./Fax : +41 (0)21 310 48 31  
E-mail : [info@ling.ch](mailto:info@ling.ch)  
Internet : [www.ling.ch](http://www.ling.ch)

N° 23  
SEPT.  
2001



BULLETIN  
D'INFORMATION  
DE LA  
FONDATION  
LING  
—  
LA  
LETTRE

GUÉRIR PAR LE CHANGEMENT, CHANGER PAR LA GUÉRISON

# GUÉRIR PAR LE CHANGEMENT, CHANGER PAR LA GUÉRISON

Eric Bonvin, médecin, membre du Conseil de fondation

Elisabeth Fivaz-Depeursinge, docteur en psychologie,  
co-directrice du Centre d'étude de la famille (CEF)

*L'attendu ne s'accomplit pas et à l'inattendu, un dieu ouvre la voie.*

Euripide

Douleur, maladie, dysfonctionnement, état de souffrance, mal-être, malheur... autant de situations de la vie qui appellent, le plus souvent, à chercher que "cela change". Le recours à l'environnement, à ses propres ressources ou à l'autre sont autant de leviers qu'explore la personne souffrante pour trouver un autre état, plus satisfaisant. Voilà déjà quelques décennies aussi que, dans le domaine des soins, la guérison n'est plus considérée comme *restitutio ad integrum* de l'état qui prédominait avant la souffrance, mais comme un processus de changement. On a même été jusqu'à soupçonner que la souffrance puisse être le prétexte à un changement. La notion de changement prend dès lors une place centrale dans la notion de soin et de guérison. Mais quelle est la nature et quels sont les outils de ce changement ? Telle est la question qu'a voulu explorer la Fondation Ling dans ce vingt-troisième numéro de La Lettre.

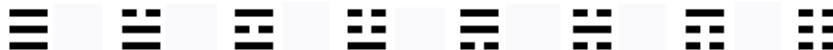
changement a déjà généré un prodigieux élan de réflexion et de recherche en Suisse romande et la fondation Ling est particulièrement honorée de pouvoir se placer, avec ce numéro de La Lettre, comme médiateur d'un débat de haut niveau sur la question du changement. Mais si la fondation Ling a pu assurer une telle tâche, c'est avant tout grâce à une étroite collaboration avec le **Centre d'Étude de la Famille - le CEF - et l'Institut de Psychothérapie du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte** de Lausanne qui s'affairent à cette question depuis un certain temps déjà.

En effet, dès la fin des années huitante, **Luc Kaufmann** a fondé au CEF un groupe interdisciplinaire (physique, psychologie, psychiatrie) pour l'étude du changement dans les relations d'encadrement entre parent et enfant, maître et élève, thérapeute et patient. Suivant la méthode de modélisation propre à la théorie systémique, le physicien (Roland Fivaz) proposait des modèles physiques pour représenter les processus en jeu dans le change-

ment et les phénomènes intersubjectifs entre partenaires. Ce nouvel éclairage correspondait à un mouvement parallèle en thérapie familiale, comme le recours aux narrations, et en psychiatrie, par l'apport de la phénoménologie.

La référence à cette double face du développement et du changement – interactionnelle et intersubjective – ne simplifie pas le travail scientifique. A témoin les débats passionnés du **groupe Interfaces** sur les relations entre interaction et représentation - un autre groupe interdisciplinaire réunissant au CEF des spécialistes du nourrisson représentant les perspectives psychodynamique, développementaliste et familiale. A nouveau, des ponts ont pu être établis qui facilitent la compréhension du développement et la collaboration entre professionnels.

C'est un point de vue émanant aussi d'un groupe interdisciplinaire réunissant développementalistes et psycho-



*Les huit trigrammes - Le livre des mutations*

Fidèle à sa vocation d'échanges entre diverses pratiques et diverses approches, la fondation a voulu initier ce débat entre divers points de vues sur la question du changement au sein même des divers courants officiels de la médecine moderne. La dynamique de la pluralité des soins ne se résume en effet pas au simple clivage médecine officielle/médecines alternatives mais traverse aussi l'ensemble de la médecine officielle. Ouvrir le débat sur le changement dans ce contexte est particulièrement intéressant puisqu'il permet d'observer à quel point la confrontation plurielle des idées et le dialogue se trouvent au cœur même de l'évolution des soins. La notion de

ment et la psychologue et le psychiatre (**Elisabeth Fivaz, Luc Kaufmann**) les appliquaient aux phénomènes complexes en jeu dans le développement humain et dans la psychopathologie. Il en ressortait nombre d'analogies entre ce que font les parents, enseignants ou thérapeutes pour faciliter le changement des enfants, élèves ou patients.

Mais cette perspective se référait au point de vue de l'observateur extérieur au système. La collaboration avec **Daniel Stern**, dès les années nonante, à propos du développement affectif du nourrisson dans la famille a imposé de considérer aussi le point de vue du

dynamiciens, le **groupe de Boston**, que **Daniel Stern** rapportera dans la conférence sur le changement qu'il donnera au CHUV le 26 octobre prochain (20:15 h. auditoire César Roux). Gageons que ces passerelles entre développement précoce et thérapie d'adulte contribueront aussi à nous rapprocher.

Le présent numéro de La Lettre souhaite aussi prolonger l'exploration de ces passerelles et nous vous proposons ainsi plusieurs textes qui ont été rédigés en réponse à celui de **Daniel Stern**<sup>2</sup> que nous venons d'évoquer et qui est retranscrit intégralement dans notre numéro. Afin d'illustrer le texte

fin de l'Editorial

de Stern, **Elisabeth Fivaz-Depeursinge** nous décrit, par exemple, comment *un petit quelque chose en plus* peut survenir lors un *moment de rencontre* et y provoquer un changement significatif. **Yves de Roten** fort des recherches qu'il mène dans ce domaine, nous précise la place qu'occupe l'*alliance thérapeutique* dans la relation thérapeutique en tant que terrain propice au changement ainsi que les questions qu'elle suscite. **Jean-Nicolas Desplands** arpente le texte de Stern avec une très grande minutie tout en comparant ce point de vue avec celui de la psychanalyse. Il en dégage ainsi, au-delà des divergences, les points de rencontre et de complémentarité possibles. **Micheline Gilliéron**, se basant sur l'approche psychanalytique, introduit la notion de temps nécessaire à la maturation d'un changement en nous l'illustrant par le merveilleux conte thérapeutique de l'homme qui se redresse. **Carmen del Fresno**, tout en se basant sur d'autres approches psychanalytiques, nous invite à nous mettre en partance pour le chemin de la découverte relationnelle et des changements qu'elle suscite, en partance pour la rencontre avec l'Autre humain. **Thierry Buclin** réussit avec beaucoup de pertinence à situer la notion de changement dans le biologique et à mettre le doigt sur la juste place de chaque point de vue, qu'il soit biologique, psychologique, alternatif ou autre dans ce débat. **Raphaël Carron** insiste, à juste titre, sur la place que le

sujet doit prendre dans cette discussion et en particulier sa biographie intérieure, singulière qui est trop souvent ignorée et écartée par nos moules diagnostiques et les thérapeutiques simplistes qui en découlent. Jean Valjean vient habilement illustrer son propos. **Jean Marc Benhaïem**, pour sa part, prend brièvement position sur ce sujet mais de façon tout à fait pertinente en se référant à sa riche expérience en hypnose thérapeutique. **Sylvie Angel** pour sa part nous invite à explorer les apports de l'approche systémique dans la compréhension des mécanismes de changement et plus particulièrement de la nécessité de prise en compte des aspects socioculturels de la rencontre thérapeutique. **Marco Vannotti** défendant aussi un point de vue systémique et constructiviste y intègre la nécessaire implication du thérapeute dans la co-construction du changement thérapeutique. **Nahum Frenck** part à la recherche des cothérapeutes parmi les Dieux de l'Olympe pour trouver quelques indices sur la meilleure manière d'activer le changement thérapeutique. Il nous livre aussi, dans une interview faite par **Gérard Salem**, quelques explications sur la création de l'Association Vaudoise d'Interventions et de Thérapies Systémiques, l'AVDITS. **Gérard Sagié** nous conte, avec l'enjouement subtil que nous lui connaissons, une histoire de changement thérapeutique, une tranche de vie relationnelle entre un psychiatre et son patient. Enfin, **Eric Bonvin** s'attarde

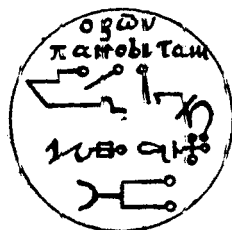
pour sa part sur les processus de changement propres au thérapeute qu'il illustre par un éclairage en retour issu de l'observation de pratiques aussi ancestrales que différentes telles que le chamanisme, le guérissage ou l'art de la tarentelle.

Autant de points de vue sur le changement qui, tous à leur manière, nous rappellent que les processus thérapeutiques, dans leur complexité extrême et subtile, ne se laissent souvent entrevoir qu'au travers d'un art relationnel dont les tentatives de rationalisation ont peine à rendre compte. *Vita brevis, Ars longa!* ■

<sup>1</sup>. Fivaz, E., Fivaz, R., Kaufmann, L. (1984): L'encadrement du développement: le point de vue systémique. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 4 : 63-74.

<sup>2</sup>. Stern, D.N. (1997): Le processus de changement thérapeutique. In : Naissance et développement psychique. A. Ciccone, Y. Gauthier, B. Golse, D. Stern. Ramonville Saint-Agne, Erès. Texte intégralement retranscrit dans le présent numéro de La Lettre avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

<sup>3</sup>. Fivaz-Depeursinge, E., Stern, D. N., Bürgin, D., Byng-Hall, J., Corboz-Warnery, A., Lamour, M., & Lebovici, S. (1994). The dynamics of interfaces: Seven authors in search of encounters across levels of description of an event involving a mother, father, and baby. *Infant Mental Health Journal*, 15(1), 69-89.



Paracelse - sceau contre les palpitations du coeur

# LE PROCESSUS DE CHANGEMENT THÉRAPEUTIQUE<sup>1</sup> INTÉRÊT DE L'OBSERVATION DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT POUR LA PSYCHOTHÉRAPIE DE L'ADULTE

Daniel N. Stern, professeur de psychologie à l'Université de Genève,  
professeur adjoint de psychiatrie à la Cornell University, New York Hospital

## Introduction

Les mécanismes facteurs de changement en psychothérapie ne sont, dans le meilleur des cas, qu'incomplètement compris. Au cours de ses recherches sur les processus de changement, notre groupe de travail a constaté que l'enfant en développement était probablement, parmi les êtres humains, celui qui changeait le plus rapidement. Bien entendu, les gènes font pression en permanence en créant de nouvelles capacités susceptibles de produire du changement. Néanmoins, sans un environnement approprié, à même de donner forme, de faciliter et d'encourager ces changements, ceux-ci ou bien n'auront pas lieu ou bien se manifesteront sur un mode inadapté. C'est en ayant cela à l'esprit que notre groupe<sup>2</sup>, constitué de spécialistes du développement mais aussi de gens qui sont avant tout des cliniciens, s'est employé à considérer le processus clinique de changement thérapeutique avec un œil sur les processus de changements inhérents au développement du petit enfant. L'idée n'était pas de chercher des signes avant-coureurs du développement ultérieur, comme cela se fait habituellement, mais plutôt d'étudier minutieusement le processus de changement lui-même, presque indépendamment de ce qui change.

Quatre choses nous ont frappés à l'écoute des notes de séances de thérapies d'orientation psychodynamique que nous avons été amenés à étudier en détail :

1. Bien des actions transformatrices concernent ce vaste domaine d'intelligence que l'on appelle connaissance implicite (procédurale), en particulier celle qui consiste à savoir quoi faire, penser et ressentir dans un contexte

relationnel spécifique. Cette connaissance n'est pas consciente (elle n'est pas plus inconsciente dynamiquement parlant, c'est-à-dire refoulée). Elle opère simplement sans que l'on s'en rend compte. Nous l'appelons connaissance relationnelle implicite.

2. Le microprocessus des événements dans une séance de thérapie semble se dérouler sur un mode improvisé; les petites avancées nécessaires pour atteindre un but sont impossibles à prédire et le but lui-même n'est pas toujours clair et peut varier sans avertissement.
3. Au cours d'une séance, des points de changement potentiels surgissent à des «moments» non prémédités. Nous concevons un «moment» comme une petite unité subjective de temps au cours de laquelle il se produit quelque chose d'important, qui aura un effet sur l'avenir. Nous appelons cela des «moments présents». De tels moments sont vus comme des émergences d'un système dynamique complexe. Dans ce sens, ils représentent des sauts non linéaires survenant au cours du déroulement de la séance de thérapie. Il s'est trouvé que ce concept isolé de «moments», qui convenaient intuitivement aux cliniciens, était utilisable par l'ensemble du groupe.
4. Lorsque les «moments présents» sont mis en œuvre par le patient et le thérapeute afin de réaliser un «moment de rencontre particulier», la connaissance implicite de chaque partenaire se transforme en créant entre eux un contexte intersubjectif nouveau et différent; c'est donc la relation qui s'est

modifiée. Ce processus n'appelle pas d'interprétation et n'a pas besoin d'être rendu verbalement explicite.

La suite de cet article va s'employer à décrire ce processus de changement, à lui donner une terminologie, à chercher des articulations aux processus de changement lié au développement qui ont tant inspiré notre pensée, et à étudier brièvement quelques modèles explicatifs/descriptifs (cette approche est traitée en détail par ailleurs, Stern *et al.*, 1977).

## Les concepts et les termes qui permettent de décrire le processus thérapeutique

La description qui va suivre repose très largement sur les concepts élaborés par L. Sander, E. Tronick et K. Lyons-Ruth.

Nous proposerons, à titre d'illustration, une séance (prototypique) où, au début, la dyade patient-thérapeute se trouve dans un état intersubjectif particulier. C'est l'état initial (état N° 1). Par état intersubjectif, nous entendons la connaissance relationnelle implicite partagée que chacun des partenaires a de soi-même et de l'autre et la façon dont ils sont et travaillent ensemble habituellement. Il s'agit d'une représentation largement non verbale d'un aspect important de leur relation.

## Le «cheminement»

Dans cet état initial (N° 1), ils commencent à travailler ensemble. Le plus souvent, il y a un but en vue qui peut se maintenir selon des durées variables. Par exemple, une patiente et le thérapeute travaillent dans le but de comprendre comment les habituels états d'anxiété de la patiente sont liés à sa relation précoce avec sa mère. Ils commencent à se diriger vers ce but

<sup>1</sup> Proposé pour publication à l'*Infant Mental Health Journal*, Brandon, USA, juillet 1997. Texte traduit de l'anglais par Danièle Faugeras. Reproduit avec l'aimable autorisation des Editions Erès de l'ouvrage "Naissance et développement de la vie psychique" collection Mille et un bébés - Eds. Albert Ciccone, Yvon Gauthier, Bernard Golse, Daniel Stern

<sup>2</sup> J. Nahum, L. Sander, A. Harrison, A. Morgan, K. Lyons-Ruth, N. Bruschweiler-Stern, E. Tronick.



suite de l'article de Daniel N. Stern

selon une progression que nous appelons «cheminement» (*moving along*). Ce mouvement, orienté vers le but, est grandement linéaire. Alors qu'ils sentent ou savent à peu près où ils vont, ils ne savent pas exactement comment ils vont y arriver, c'est-à-dire ce que sera chaque pas, et ils ne peuvent pas non plus savoir exactement quand ils atteindront le but. Bien plus, le but peut varier au cours du processus de sa quête. Les partenaires vivent sur un mode d'improvisation. Chaque pas de ce processus de cheminement est appelé un «moment présent».

Par exemple, si le thérapeute dit : «Vous rendez-vous compte que vous avez été en retard aux trois dernières séances, ce qui est inhabituel chez vous ?» et que le patient répond : «Oui» - silence -, cet échange constitue un moment présent. Le but le plus immédiat, consistant à aborder un sujet à se mettre d'accord dessus, a été atteint.

L'analyste ajoute alors : «A quoi cela vous fait-il penser ?» Le patient dit : «Je pense que j'ai été en colère contre vous.» Silence. «Oui, c'est cela.» Silence. On a là un second moment présent qui a redéfini le thème et l'a recentré.

Le patient dit alors : «La semaine dernière, vous avez dit quelque chose qui m'a vraiment mis hors de moi...» Le troisième moment présent est lancé, etc. Ces moments présents sont les pas du processus de cheminement. Entre chacun de ces pas, il y a une légère discontinuité, mais accordés, ils progressent de façon cohérente, même si ce n'est pas uniformément, vers un but.

En bref, nous parlons d'une enveloppe limitée de temps subjectif dans laquelle un thème est mis en scène pour microréguler le contenu et le but de ce dont on est en train de parler et pour ajuster l'espace intersubjectif.

La durée d'un moment présent est généralement brève, parce que, en tant qu'unité subjective, c'est la durée de temps nécessaire pour saisir le sens de «ce qui se passe ici et maintenant entre nous». En conséquence, il peut aller d'une fraction de seconde à plusieurs secondes. Il se construit autour d'intentions ou de souhaits dont la mise en scène trace une ligne de tension dramatique à mesure qu'elle avance vers son but (cf. Stern, 1995).

Cette sorte de processus improvisé, qui se trouve et s'ajuste de lui-même, est cela même avec quoi nous sommes devenus familiers dans le processus interactif parent-enfant, fait de ruptures et de réparations. Cela apparaît particulièrement évident dans des situations comme le jeu, dans lesquelles il n'y a pas d'autre but que de s'amuser ensemble. Cela conduit à une composition de type «Thème et variation» dans laquelle les variations improvisées se succèdent jusqu'à ce que le thème soit épuisé, et alors un nouveau thème (généralement raconté) est trouvé et déploie ses variations, cette fois avec de nombreux et inévitables faux pas. Ce processus est pratiquement une pure improvisation (Stern, 1977, 1985; Stern *et al.*, 1977; Beebe et Stern, 1977).

La prise de conscience qui intervient si souvent dans la relation improvisée entre parent et enfant a rendu évidente l'importance de la réparation des ruptures et des réajustements en cours de route qu'un tel processus nécessite (Tronick, 1989; Tronick et Cohn, 1989; Lachmann et Beebe, 1996). En fait, apprendre à réparer et à réorienter le processus improvisé est l'un des principaux projets déguisés de l'interaction parent-enfant.

La cyclicité très fermée de nombre d'activités infantiles (sommeil, activité, faim, rituels, etc.) assure un haut niveau de répétition, créant un répertoire de moments présents. Parce que

ces moments présents sont si souvent répétés avec seulement d'infimes variations, ils deviennent des modèles extrêmement familiers auxquels les moments de vie avec une autre personne particulière, dans leur cheminement, sont attendus comme semblables. Vus sous cette forme, les moments présents deviennent des «schémas de façons-d'être-avec-un-autre» (Stern, 1995). Ces schémas appartiennent au domaine de la connaissance implicite. Ils sont aussi les éléments fondateurs des modèles opérants de Bowlby et de la plupart des intériorisations.

Il n'est pas surprenant que ces schémas relationnels implicites aient été l'objet d'une grande attention de la part des chercheurs sur l'enfance qui se sont vus contraints de penser la connaissance relationnelle non verbale de l'enfant qui préexiste à la verbalisation explicite.

Le processus de «cheminement» dans la psychothérapie adulte est tout à fait semblable. Si nous portons notre attention sur les séquences interactives récurrentes qui sont analogues à celles qui nous ont intéressés dans la petite enfance, elles nous parlent de la connaissance relationnelle implicite que le patient a de sa relation avec le thérapeute et vice versa. C'est le sens d'expressions comme «connaissance impensée» (Bollas, 1987), ou «inconscient irréflecti» (Stolorow, Atwood et Brandkraft, 1994) ou l'«inconscient passé» de Sandler (Sandler et Fonagy, 1977). Ces représentations implicites sont inconscientes mais n'ont pas nécessairement fait l'objet de refoulement (en termes psychodynamique, elles sont descriptivement – topographiquement – inconscientes mais non dynamiquement inconscientes).

En somme, les moments présents reliés les uns aux autres constituent le processus de cheminement. Ces deux éléments, les moments présents et le

style de ce cheminement, intervenant à l'intérieur d'un cadre, sont familiers à chaque dyade et la caractérisent.

### Les «moments présents»

Au cours du processus de cheminement, soudain un moment qualitativement différent et imprévisible surgit. Il s'agit d'un moment présent «à chaud», une sorte de «moment de vérité» qui est affectivement chargé. Il est aussi chargé de signification potentielle pour l'immédiat ou pour le futur à long terme. C'est un moment que les anciens Grecs appelaient *Kairos*, le moment que l'on doit saisir si l'on veut changer sa destinée; et si on ne le saisit pas, sa destinée sera changée de toute façon pour ne pas l'avoir saisi. C'est aussi un moment qui propulse les deux participants pleinement dans le présent (nous autres – particulièrement les thérapeutes – nous passons la plupart du temps avec seulement un pied dans le présent). C'est pour ces différentes raisons que nous avons appelé ce moment un «moment présent».

Deux exemples très simples suffiront ici, on y voit clairement le cadre habituel de la thérapie mis en question. Supposons que, au cours d'une psychothérapie psychanalytique, un patient, étendu sur le divan, dise soudain : «Je veux voir ce qui se passe sur votre visage, à présent je vais me mettre assis et regarder !» Ou bien imaginons qu'un patient, dans une thérapie face à face dise : «J'en ai assez de voir votre visage. Cela me distrait. Je vais détourner ma chaise de vous et l'orienter vers le mur à présent !» Des exemples plus pointus et plus largement détaillés mettant en évidence un déséquilibre dans l'espace intersubjectif entre thérapeute et patient seront données dans d'autres articles cliniques.

Nous voyons dans le «moment présent» une émergence du système dynamique complexe par deux personnes qui cheminent dans le processus

thérapeutique. Ce moment émergent défie ou menace la stabilité de l'état initial en cours. Il annonce une perturbation dans le système (état N° 1) qui constitue une transition potentielle vers un nouvel état d'organisation (état N° 2). Ces réorganisations des systèmes dynamiques complexes sont aujourd'hui de mieux en mieux comprises (R. Fivaz, 1996; E. Fivaz, R. Fivaz et Kaufmann, 1979 et 1983; Maturana et Varela, 1987; Thelen et Smith, 1994).

Ce type d'émergence ne peut surgir que si le cheminement intervient dans un contexte (système) c'est-à-dire une règle définie selon une technique établie bien comprise par les protagonistes. Le «moment présent», en tant qu'émergence, déséquilibre leur mode normal, coutumier, d'être ensemble. Il propose un nouveau contexte intersubjectif. C'est pour cette raison qu'il est cliniquement si difficile et éprouvant. Il oblige à un écart par rapport aux habituelles motions techniques utilisées par cette dyade (mais pas nécessairement par rapport aux «règles» techniques de la thérapie).

Lorsqu'un «moment présent» émerge, le thérapeute et le patient sont surpris, au sens où ils sont pris de court, parce que la forme et l'instant exacts de l'apparition du moment ne sont pas prévisibles, même si généralement on peut considérer comme probable qu'il advienne ou si l'on peut s'attendre à ce qu'il se produise en un quelconque moment à venir. Il représente un saut non linéaire. Parce que le moment fait un saut hors de l'habituel, imprévisible dans l'instant où il se produit, le thérapeute et le patient éprouvent de l'anxiété puisqu'ils ne peuvent pas savoir exactement quoi faire (à moins, naturellement, qu'ils ne recourent au plus vite à leurs modes d'échange habituels, opérant alors sous le couvert de la technique établie). Ils sont sur un terrain qui ne leur est pas familier, exposés à toutes les possibilités

d'espérance et de désastre que suppose le fait de ne savoir quoi faire. Si le thérapeute «sait» quoi faire, c'est qu'il a probablement manqué le «moment présent» ou qu'il s'est vite retranché derrière la technique.

Les «moments présents» sont fréquents et familiers dans l'interaction parent-enfant. Dans cette situation, la plupart des «moments présents» sont simplement constitués par l'apparition soudaine, chez le petit enfant, d'un nouveau trait de comportement ou de pensée lié à son développement, trait qui peut modifier les échanges et la compréhension intersubjective de chacun des protagonistes. Ces moments appellent une nouvelle réponse de la part des parents pour être profitables – ceci dit en termes de développement.

Dans la dyade patient adulte-thérapeute, les émergences surgissent du travail inhérent à ce système dynamique complexe. Dans la petite enfance, les changements évolutifs préprogrammés, tout comme le travail intrinsèque du système, créent des émergences à l'intérieur du système dyadique.

### Un «moment de rencontre»

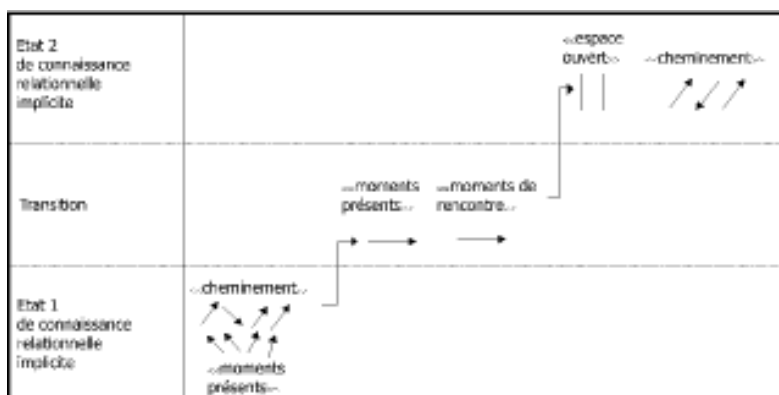
Un «moment présent» qui est thérapeutiquement saisi et mutuellement reconnu peut devenir un «moment de rencontre». Cela requiert de chaque partenaire qu'il apporte quelque chose d'unique et d'authentique lui appartenant en propre en réponse au «moment présent». La réponse ne saurait être une application de la technique ni une motion thérapeutique habituelle. Elle doit être créée sur le champ pour s'ajuster à la singularité de la situation inattendue, et elle doit porter la signature du thérapeute en tant qu'elle provient de sa propre sensibilité et de sa propre expérience, au-delà de la technique et de la théorie. Cela est nécessaire dans la mesure où le «moment présent» a déséquilibré le contexte intersubjectif initial qui pré-

suite de l'article de Daniel N. Stern

valait entre les deux participants. Et s'il doit se produire un changement dans le contexte intersubjectif, celui-ci doit être mis en scène mutuellement. C'est seulement lorsque cette mise en scène aura été réalisée, mutuellement reconnue et acceptée, qu'un nouvel état intersubjectif pourra naître.

On peut aisément observer des changements similaires dans les états comportementaux et intersubjectifs au niveau de l'interaction parent-petit enfant. Par exemple, lorsque le sourire social apparaît avec le regard mutuel soutenu et les vocalisations, le parent et le bébé s'amuse l'un l'autre par des expressions faciales et vocales. Ils cheminent. Puis quelque chose d'imprévisible arrive, par exemple une expression drôle ou une synchronie vocale ou faciale inattendue, et tout d'un coup ils se retrouvent en train de rire ensemble. L'interaction a été projetée à un niveau plus élevé de stimulation et de joie que le bébé peut n'avoir jamais atteint auparavant et qu'ils n'ont jamais partagé auparavant en tant que contexte intersubjectif.

Ce changement intervenu dans l'espace intersubjectif est schématisé par la figure 1. Les participants «cheminent» dans un état intersubjectif initial (état N° 1). Un «moment présent» surgit. Il projette l'état intersubjectif dans une zone de transition qui est instable. Si le «moment présent» est accueilli comme une demande de réévaluation de leur connaissance implicite relative à leur relation et qu'un nouveau contexte intersubjectif est mis en scène dans un «moment de rencontre», cela aura pour effet de propulser le contexte intersubjectif implicite dans un nouvel état (état N° 2) et de restabiliser le système. Le patient et le thérapeute peuvent alors reprendre le processus de «cheminement» mais dans un état intersubjectif différent. Il en résulte finalement un changement au niveau de la connaissance relationnelle implicite des deux participants.



L'idée d'un «moment de rencontre» vient, elle aussi, du travail avec les petits enfants. Sander (1988, 1994) a introduit ce terme pour décrire la situation dans laquelle les parents présentent un comportement qui est particulièrement adapté pour permettre et catalyser un changement dans l'état du petit enfant. Par exemple, lorsque la mère chante la chanson qu'il faut ou procure le contact dont le petit enfant a besoin pour passer de l'état de somnolence à l'état du sommeil.

#### Un «espace ouvert»

Sander (1988) observa qu'immédiatement après un «moment de rencontre», un «espace ouvert» prenait place dans le processus interactif parent-petit enfant, dans lequel les partenaires se dégageaient de leur rencontre particulière et pouvaient être seuls en présence de l'autre. On observe une pause de même nature dans la psychothérapie adulte. On constate que, dans le temps de cet «espace ouvert», chaque participant peut assimiler les effets du moment de rencontre en trouvant un équilibre nouveau dans l'état d'intersubjectivité transformé où ils se trouvent désormais.

Quand l'«espace ouvert» a pris fin, les deux partenaires reprennent le processus de «cheminement», mais à présent, ils le font dans un nouveau contexte intersubjectif (état N° 2). Leur connaissance relationnelle implicite

s'est enrichie et leur relation a changé.

#### Autres destins du «moment présent»

Si l'occasion n'est pas saisie et si le «moment présent» ne devient pas un «moment de rencontre», il peut avoir diverses autres issues.

On peut tout simplement manquer le «moment présent». C'est une opportunité perdue mais qui réapparaît généralement par la suite.

Il peut y avoir un «moment présent» raté. Dans ce cas, ce n'est pas que le moment passe inaperçu; il s'agit plutôt d'un échec à réaliser un «moment de rencontre». Si cet échec n'est pas rattrapé, les deux conséquences les plus graves sont :

- une partie du terrain intersubjectif demeure fermée à la thérapie, comme si on avait dit : «Nous ne pouvons pas aller là»;
- un sens fondamental de la nature profonde de la relation thérapeutique est mis sérieusement en question que la thérapie ne peut plus se poursuivre dans sa pleine dimension (qu'elle soit interrompue ou non).

Dans la relation parent-petit enfant, il arrive souvent qu'on passe à côté de «moments présents» ou qu'ils échouent. C'est moins grave dans cette

situation parce que la poussée du développement assure que de tels moments réapparaîtront. La seule question qui se pose est de savoir comment cette nouvelle propriété va s'intégrer dans la relation. Dans la situation patient-thérapeute, les opportunités de saisir ces moments seront moins nombreuses parce que l'échec est généralement si pénible à vivre pour le patient que celui-ci va éviter de se risquer à le reproduire. Toutefois, la plupart du temps, des occasions de rattrapage se présentent d'elles-mêmes.

Lorsque des «moments présents» qui ont échoué sont «repris», ils peuvent être rattrapés. Cela nécessite un nouveau «moment de rencontre».

Certains «moments présents» durent et restent chargés pendant de nombreuses séances. Leur urgence peut s'accroître ou s'atténuer. De la même façon, des «moments présents» peuvent être laissés de côté en tant qu'ils sont des événements importants sur lesquels il faudra revenir, mais à un autre moment. Le processus thérapeutique alors prend du temps.

Enfin, une interprétation, intervenant dans le domaine de la connaissance explicite, peut éclaircir certains «moments présents» mais sûrement pas la totalité d'entre eux. Il est instructif à cet égard de noter que la plupart des bonnes interprétations, qui viennent au bon moment, comprennent aussi, comme une sorte de coda, un «moment de rencontre» particulier qui a trait à l'effet émotionnel de l'interprétation. Celui-ci intervient dans le domaine de la connaissance implicite mais il est nécessaire pour faire en sorte que l'interprétation ne soit pas qu'une application stérile de la technique, qu'elle soit aussi un facteur de changement, un événement qui transforme la relation explicite et implicite.

En bref, une interprétation est l'acte qui transforme le paysage intrapsy-

chique de la connaissance explicite du patient. Un «moment de rencontre» est l'acte qui transforme le paysage intersubjectif de la connaissance relationnelle implicite du patient. Ces deux mécanismes peuvent intervenir séparément ou conjointement.

Cette complémentarité qui existe entre le changement explicite et le changement implicite a été également observée et bien étudiée au niveau de la petite enfance. Par exemple, lorsqu'une mère se rend compte que son enfant commence à apprendre des mots, elle va être à l'affût des occasions de lui en apprendre. Au cours d'un jeu, son enfant peut se trouver très occupé à manipuler un camion rouge. Il ne connaît pas encore le mot «camion». Elle va saisir un moment propice, alors qu'il est à la fois occupé par le camion mais aussi ouvert à un échange avec elle, pour dire : «Oh, c'est un *camion*», insistant prosodiquement sur le mot qu'elle veut lui apprendre. Elle a chargé ce mot affectivement et l'a détaché de l'ordinaire afin que l'enfant y réfléchisse et y réagisse. On a là une sorte de «moment présent». L'enfant peut alors participer en disant : «Camion ?» pour la première fois de sa vie. Il aura créé un «moment de rencontre», un de ceux dans lesquels les deux domaines de connaissance auront été transformés. Sa connaissance explicite a été enrichie d'un mot nouveau. Et sa connaissance implicite de l'espace intersubjectif qu'il occupe avec sa mère a été modifiée, parce qu'il sait maintenant que lui et elle partagent cette réalisation subjective qu'il y a un objet-son («camion») qui est relié à un objet physique (le camion en question) et que chacun d'eux sait non seulement quelque chose de cette relation, mais encore que l'autre sait aussi que chacun d'eux sait que l'autre sait. On a là un nouvel état d'intersubjectivité. Et une fois que cet état est en place, la mère peut aller plus loin et construire à partir de là, en disant alors :

«Oh ! c'est un camion *rouge*» (Fernald, 1984). Les deux domaines de connaissance sont modifiés dans le même acte.

### Résumé

Nous avons tenté d'étudier le processus de changement en psychothérapie en nous servant des perspectives relatives aux processus de développement et des conceptions du changement propres aux systèmes dynamiques. Les données de base sont fournies par les comptes rendus réalisés par les psychothérapeutes à partir de leurs séances de thérapie. Ces comptes rendus ont été alors discutés et étudiés de façon très détaillée par le groupe de travail. La principale découverte et la prise de conscience que, même dans une «cure par la parole», il se produit un grand nombre de changements dans le domaine de la connaissance procédurale qui n'est pas consciente, en particulier au niveau de la connaissance implicite de comment agir, sentir et penser dans un contexte relationnel spécifique (connaissance relationnelle implicite). Nous soumettons l'idée que l'acte transformateur dans ce domaine est un «moment de rencontre» particulier, émergence du système dyadique, qui pousse celui-ci vers un nouvel état d'intersubjectivité, modifiant par conséquent la relation. ■

### Références

- Beebe, B.; Stern, D.N. 1977. «Engagement-Disengagement and Early Object Experiences». In : M. Freedman et S. Gand (eds) *Communicative Structures and Psychic Structures*. New York, Plenum Press.
- Bollas, C. 1987. *The Shadow of the Object : Psychoanalysis of the Unthought Known*. London, Free Association Books.
- Fernald, A. 1984. «The Perceptual and Affective Salience of Mother's Speech to Infants». In : L. Fagans, C. Garvey et R. Golinkoff (eds) *The Origin and Growth of Communication*. N. J. Ablex.



fin de l'article de Daniel N. Stern

Fivaz, R. 1996. «Ergodic Theory of Communication». *Systems Research*, vol. 13, 2, pp. 127-144.

Fivaz, E.; Fivaz, R.; Kaufmann, L. 1979. «Therapy of Psychotic Transaction Families : an Evolutionary Paradigm». In : C. Muller (eds) *Psychotherapy of Schizophrenia*. Amsterdam-Oxford, Excerpta Medica.

Fivaz, E.; Fivaz, R.; Kaufmann, L. 1983. «Accord, conflit et symptôme, un paradigme évolutionniste». In : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*. Bruxelles, pp. 91-110.

Maturana, H.R.; Varela, F.J. 1987. *The Tree of Knowledge*. New Science Library, Shambala, Boston.

Prigogine, I.; Stengers, I. 1984. *Order out of the Chaos : Man's New Dialogue with Nature*, New York, Basic Books Inc.

Sander, L. 1994. «Paradox and Resolution». In : J. Osofsky (ed) *Handbook of Child Psychiatry*.

Sander, L. 1988. «The Event-Structure of Regulation in the Neonate-Cargiver System as a Biological Background for Early Organization of Psychic Structure» : In : A. Goldberg (ed) *Frontiers in Self Psychology*. Hillsdale N.J. Analytic Press, pp. 64-77.

Sander, J.; Fonagy, P. (eds) *Recovered Memories of Abuse : True or False*. London, Karnac Books and International Universities Press (sous presse).

Stern, D.N. 1977. *The First Relationship : Infant and Mother*. Cambridge, Harvard University Press. Traduction française, *Mère et enfant. Les premières relations*. Bruxelles, Mardaga, 1981.

Stern, D.N. 1985. *The Interpersonal World of the Infant*. New York, Basic Books Inc. Traduction française, *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF, 1989.

Stern D.N. 1995. *The Motherhood Constellation : a Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York, Basic Books Inc.

Stern, D.N.; Sander, L.W.; Nahum J.P.; Harrison, A.M.; Lyons-Ruth, K.; Morgan, A.C.; Bruschiweiler-Stern, N.; Tronick, E.Z. 1997. «Mechanisms of Change in Psychoanalytic Therapy : Implicit Relational. Knowing the «Something More» than Interpretation». Symposium de Boston, 6-9 mars.

Stolerow, R.D.; Atwood, G.E.; Brandchaft, B (eds) 1994. *The Intersubjective Perspective*. Northwale N.J., Jason Aronson Inc.

Thelen, E.; Smith, L.B. 1994. *A dynamic Systems Approach to the Development of Cognition and Action*. Cambridge, A. Bradford Book, The MIT Press.

Tronick, E.Z. 1989. «Emotions and Emotional Communication in Infants». *American Psychologist*, 44 pp. 112-119.

Tronick, E.Z.; Cohn, J. 1989. «Infant-Mother Face-to-Face Interaction : Age and Gender Differences in Coordination and the Occurrence of Miscoordination». *Child Development*, 60, pp. 85-92.

## LE MOMENT DE RENCONTRE EN THÉRAPIE : «QUELQUE CHOSE DE PLUS»

Elisabeth Fivaz-Depeursing, Dr en psychologie, co-directrice du Centre d'étude la famille

Dans leur nouveau modèle du changement en thérapie, Daniel Stern et le «Process change study group of Boston» s'appuient sur la connaissance scientifique du développement précoce pour avancer l'idée que le changement survient lors d'un «moment de rencontre» au sein de la relation réelle entre thérapeute et client. Ce moment surgit dans le champ intersubjectif créé entre les partenaires plutôt que dans le domaine de la relation consciente et verbalisable. Le moment de rencontre crée un nouveau contexte relationnel et ouvre de nouvelles possibilités d'expérience.

Il nous arrive de faire l'expérience de tels moments de rencontre dans notre travail au Centre d'étude de la famille avec des parents et leur bébé, qu'il

s'agisse de parents qui demandent de l'aide ou qui collaborent volontairement à nos recherches sur la communication précoce.

Imaginons un père, une mère et un bébé en train de jouer à trois, à la demande de la thérapeute. Anxieux de faire au mieux, le père et la mère ont chacun leur propre idée sur la meilleure manière de faire. Avec le résultat qu'ils se «marchent dessus» et que le bébé, de plus en plus confus et tendu, ne veut plus rien savoir. Plus les parents essaient de corriger, plus la situation s'aggrave. Chacun pense sans le dire que si l'autre voulait bien le suivre, tout irait pour le mieux. Le sentiment de frustration vient s'ajouter au sentiment d'échec par rapport au bébé et à la thérapeute.

La thérapeute sent que le vécu des parents est négatif et menace l'alliance de travail. Sans savoir précisément ce qu'elle va faire, elle s'approche de la famille; prenant les parents par les épaules, elle leur parle calmement et avec empathie de ce qu'elle sent qu'ils éprouvent. Elle s'adresse aussi au bébé en verbalisant en «baby-talk» ses sentiments à lui. Les parents se détendent, l'enfant se calme et s'intéresse aux adultes et le jeu reprend spontanément sur un mode plus positif. Les parents parviennent à se coordonner et donnent libre cours à leurs «comportements parentaux intuitifs». Le bébé s'engage. Tout-à-coup, ils se trouvent à rire tous les quatre ensemble et le père s'exclame : «Ca marche !»



## L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE: UN PETIT QUELQUE CHOSE EN PLUS QUI CHANGE TOUT ?

Yves de Roten, Dr en psychologie

Un moment de rencontre a eu lieu, qui a résolu la crise et a permis de repartir d'un nouveau pied dans la relation triangulaire entre père, mère et bébé et dans la collaboration avec la thérapeute. Ce moment s'est donné dans la relation réelle, implicite, à la faveur du «holding» à la fois physique, vocal et symbolique de la famille par la thérapeute – holding que la famille a pu recevoir et dont elle a pu bénéficier tout naturellement. L'instant de rire à quatre qui a surgi exprimait le moment de rencontre à la fois interactive et intersubjective; l'exclamation du père le validait. Ce moment resterait gravé dans leurs mémoires comme l'un des tournants de leur travail en commun.

Aussi simple qu'il paraisse, le moment de rencontre ne peut se planifier. «Cela requiert de chaque partenaire qu'il apporte quelque chose d'unique et d'authentique lui appartenant en propre... La réponse ne saurait être une application de la technique ni une motion thérapeutique habituelle. Elle doit être créée sur le champ pour s'ajuster à la singularité de la situation inattendue, et elle doit porter la signature du thérapeute en tant qu'elle provient de sa propre sensibilité et de sa propre expérience, au-delà de la technique et de la théorie... » (Stern, p. 48-49, 1997). C'est le «quelque chose de plus». ■

### A lire :

Stern, D. N. (1997): Le processus de changement thérapeutique. In : *Naissance et développement psychique*. A. Ciccone, Y. Gauthier, B. Golse, D. Stern, Ramonville Saint-Agne, Erès.  
Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (1999). *The Primary Triangle. A Developmental System view*. New York: Perseus. A paraître chez Odile Jacob.

Un demi-siècle de recherche en psychothérapie a clairement montré – certains affirment même qu'elle n'a rien montré d'autre – que la qualité de l'alliance thérapeutique est le prédicteur le plus robuste du succès thérapeutique. Bien que les définitions abondent, la collaboration entre patient et thérapeute constitue l'élément à la fois central et spécifique du concept, collaboration qui repose sur deux mécanismes interpersonnels principaux : (1) la négociation, qui fonctionne comme un «accordeur» des perceptions, des attentes et des actions des partenaires, en particulier concernant les tâches à accomplir au cours de la thérapie et les buts que celle-ci se fixe; et (2) la mutualité, qui concerne plutôt les différents accords affectifs – ou plus exactement intersubjectifs – qui permettent la construction d'un lien affectif entre les partenaires. Ensemble, ils participent à la constitution et au maintien d'une relation suffisamment bonne qui apparaît comme un préalable nécessaire au changement (pour une revue, Saketopoulou, 1999; Horvath, 2000).

L'alliance implique donc la reconnaissance de deux aspects importants de la relation thérapeutique, l'un lié à l'aspect «technique» de la psychothérapie et l'autre à l'aspect relationnel. De ce point de vue, l'article de Daniel Stern constitue une merveilleuse étude – microanalytique et intersubjective – de cette partie relationnelle de l'alliance thérapeutique. Ses implications, en termes de stratégie de recherche notamment, me paraissent très prometteuses, complétant avec bonheur les théories et les recherches récentes qui mettent plutôt l'accent sur une perspective interpersonnelle et reconnaissent la relation thérapeutique comme un mécanisme fondamental en psychothérapie. On en a sans doute pas encore mesuré toute l'importance.

La question que j'aimerais évoquer, et qui est à l'origine de bien des ma-

lentendus, se rapporte aux caractéristiques du patient, du thérapeute ou de leur interaction, nécessaires à la constitution et au maintien d'une bonne alliance thérapeutique.

Trois tentatives de réponses différentes ont été apportées :

La première, et qui nous intéresse le moins, consiste à considérer certaines qualités propres à chacun des partenaires : capacité empathique du thérapeute, capacité d'auto-observation du patient, par exemple. Au mieux, ce critère fonctionne par exclusion: il marque les limites – plutôt larges, toujours mouvantes – en dehors desquels la question du changement ou de la guérison ne s'applique plus.

La deuxième reconnaît le caractère coconstruit de l'alliance, et en fait un élément général, *non spécifique* de toute rencontre et commun à toutes les formes de psychothérapie. Ce critère fonctionne par inclusion : quelle que soit la forme de psychothérapie, l'alliance garantit la validité du processus mis en place. Luborsky et col. (1999) ont nommé ce phénomène «le verdict de l'oiseau Dodo : tout le monde a gagné et tout le monde doit recevoir le prix», en référence à un épisode de «Alice au pays des merveilles» et décrit également comme «le paradoxe de l'équivalence».

Dans cet esprit, nous avons développé la notion «d'alliance communicationnelle» pour rendre compte des conditions nécessaires – mais pas suffisantes – à toute interaction thérapeutique productive (de Roten & col., 1999, 2000). L'étude de Daniel Stern en constitue un prolongement séduisant.

Au contraire de la précédente, la troisième perspective sur l'alliance en fait un élément *très spécifique*, créée par l'application de techniques adéquates au modèle thérapeutique auquel on se réfère. En d'autres termes, l'établissement d'un cadre thérapeutique

fin de l'article de Yves de Roten

rigoureux crée une forme particulière de relation dont l'une des caractéristiques est de faire émerger et de maintenir une alliance thérapeutique. Le processus est également coconstructif: il ne dépend pas de l'addition des qualités du patient et du thérapeute, mais émerge de la coordination de leurs actions.

Une recherche que nous menons actuellement au Centre d'étude des psychothérapies psychanalytiques, à Lausanne, nous en fournit des preuves empiriques (Despland & col., 2001). Nous mesurons certaines caractéristiques dynamiques du patient (les mécanismes de défense et les conflits, en particulier) ainsi que le type et la qualité des interventions du thérapeute. Prises individuellement, ces mesures se montrent toutes indépendantes du degré d'alliance (exprimé par le patient après la séance étudiée). Par contre, en examinant l'*ajustement* du niveau d'intervention au fonctionnement défensif du patient ou la *pertinence* des interprétations du thérapeute au type de conflit évoqué par le patient, des corrélations significatives apparaissent avec le niveau d'alliance.

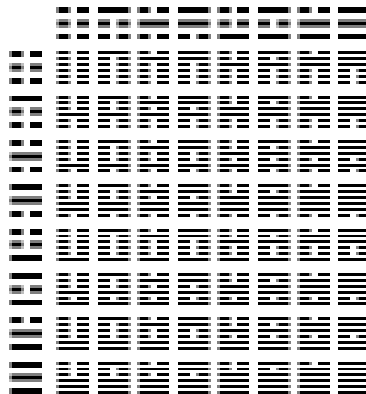
Du point de vue du thérapeute, ce n'est donc pas l'adaptation directe de

ses interventions au niveau perçu de l'alliance mais bien l'adéquation de ses interventions en fonction des caractéristiques dynamiques du patient qui constitue un contexte favorable à l'établissement et le maintien d'une bonne alliance thérapeutique. Faire son travail d'analyste implique de se focaliser sur les conflits et les défenses du patient, et dans ses interventions, de s'y ajuster. On peut imaginer – et nous y travaillons actuellement à le mettre en évidence – qu'il en est de même pour d'autres formes de psychothérapies.

Ainsi l'alliance apparaît comme un phénomène complexe dont l'émergence dépend d'une synergie qui reste à décrire et à comprendre entre des aspects relationnels et des aspects techniques, des aspects relationnels découlant de la technique et des aspects techniques découlant de ce qui se passe dans relation «réelle», etc. Il s'agit donc bien de quelque chose en plus, mais généré par les autres aspects de la relation thérapeutique (cadre, méthode, interaction) et pas seulement ajouté à eux. ■

## Références

- de Roten Y., Darwish J., Stern D.J., Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A. (1999). Nonverbal communication and alliance in therapy: The Body Formation Coding System. *Journal of Clinical Psychology*, 55(4), 425-438.
- de Roten Y., Fivaz-Depeursinge E., Stern D. J., Corboz-Warnery A. (2000). Body and gaze formations and communicational alliance in couple-therapist triads. *Psychotherapy Research*, 10(1), 30-46.
- Despland J.-N., de Roten Y., Despars J., Stigler M., Perry J.C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10(3), 155-164.
- Horvath A. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 163-173.
- Luborsky L., Diger L., Luborsky E., Schmidt K. (1999). The efficacy of dynamic versus other psychotherapies: Is that true that "everyone has won and all must have prizes?" - An update. In D.S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy indications and outcomes* (pp. 3-22). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Saketopoulou A. (1999). The therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy: Theoretical conceptualizations and research findings. *Psychotherapy*, 36(4), 329-342.



Les soixante-quatre hexagrammes  
Le livre des mutations

## DU CHANGEMENT À LA GUÉRISON : L'INTERSUBJECTIVITÉ ET LE TRANSFERT

Jean-Nicolas Despland, médecin psychiatre psychothérapeute FMH

Dans le champ de la psychanalyse, le thème de la guérison nous renvoie le plus souvent à des réponses tranchées: «Le traitement psychanalytique met en crise l'idée même de guérison qui, en tant que telle, ne peut constituer une visée de la cure, car la *furor sanandi* du praticien est l'un des obstacles les plus radicaux du procédé.» (Vanier, 2001). La tournure radicale de cet énoncé ne doit pas masquer qu'il s'agit d'une injonction qui vise essentiellement à définir l'attitude du thérapeute dans la relation avec le patient. Freud a très tôt souligné les dangers de l'orgueil pédagogique ou thérapeutique (Freud, 1912) et leurs effets délétères sur le travail de l'analyste. Ce travail se caractérise par l'application de règles relationnelles particulières et différentes pour le patient et le thérapeute. Au premier est proposé de suivre la règle des associations libres. Au second s'impose une forme d'écoute particulière lui permettant de percevoir les conflits intrapsychiques du patient ainsi qu'une neutralité bienveillante et active lui permettant de ne pas prendre position ou réagir par rapport à ces conflits. Ce cadre induit la névrose de transfert, maladie artificielle, dont l'interprétation va permettre la levée du refoulement et l'accès à la névrose infantile.

Il est évident que les résultats attendus d'un tel processus vont dans le sens d'une meilleure santé psychique pour le patient. Une fois dénoncés les dangers de l'orgueil pédagogique ou thérapeutique, il est toutefois paradoxal de constater que les effets visés par la cure englobent non seulement la résolution symptomatique, mais vont bien au-delà de celle-ci. Sa visée est manifestement curative et préventive. Sont aussi attendus, par exemple, une meilleure souplesse de fonctionnement, l'acceptation de ses limites ou une plus grande liberté de choix dans le rapport à soi-même et aux autres.

La question de la guérison est-elle pour autant réglée ? Faut-il parler de changement, voire d'une transformation ? Et comment comprendre le paradoxe qui s'ensuit de la nécessaire retenue du thérapeute au cours du traitement et des ambitions somme toute extraordinaires du processus lui-même, dont il est difficile d'imaginer que l'analyste puisse totalement s'exonérer ?

Répondre à cette question n'est pas simple si l'on souhaite enrichir le débat psychanalytique ou éviter la polémique stérile. Une tentative de comparaison entre la théorie clinique développée par les psychanalystes et les hypothèses développées par Stern et le groupe de Boston (*The process of change study group*, Stern et al., 1998), peut être intéressante à cet égard. Elle a déjà l'avantage d'être indépendante des ambitions cliniques d'un modèle particulier en tant qu'il s'agit d'une tentative de modélisation du changement en psychanalyse sous l'égide des théories développementales. Elle met aussi au cœur du processus ce qui préoccupe le plus le psychanalyste, à savoir un questionnement sur la relation d'influence qui le relie au patient. Cette question poursuit par ailleurs les psychothérapeutes depuis le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle (Gauchet et Swain, 1994). Cette mise en perspective de la théorie clinique des psychanalystes et du modèle explicatif développé par Stern et le groupe de Boston se fera sur la base d'une interrogation de ce qui, dans chacune de ces théories, peut être défini comme méthode, agent et objet du changement.

### Méthodes

Du côté du modèle clinique, la méthode est claire et nous l'avons rappelée au début de ce texte: par l'instauration d'un cadre et de règles relationnelles (associations libres, attention flottante et neutralité), les conditions sont posées pour que des résistances apparaissent, dont la névrose de trans-

fert est l'expression ultime. Il s'agit d'une mise en acte dans la relation avec le thérapeute de ce dont le patient ne peut ni ne veut se remémorer. Le transfert se manifeste dans le discours du patient : il peut être considéré comme un savoir déclaratif inconscient dont il faut appréhender les effets de (non-)sens.

Dans le modèle du groupe de Boston, le cheminement se suffit d'un objectif partagé, d'un espace de travail en commun. Les moments présents actualisent l'état de connaissance implicite des deux participants, les «schémas de façon d'être avec un autre». Il s'agit d'un savoir procédural non conscient dont le sens est donné par la contextualisation qu'il opère sur la relation intersubjective. Il s'agit de quelque chose en plus du processus discursif.

### Agents

Le processus psychanalytique culmine théoriquement dans l'interprétation de transfert. Elle explicite ce qui se joue dans le *hic* et *nunc* entre patient et analyste. A ce titre, elle est une forme de mise en acte consciente ou préconsciente, de geste pourrait-on dire, du thérapeute, et qui répond à la mise en acte inconsciente du patient. Le travail sur le transfert doit conduire à la levée de l'amnésie et à la mise en évidence de la névrose infantile. Le patient accède, via le transfert, aux traces agissantes du passé en lui. Le point de vue génétique du psychanalyste n'est pas une théorie développementale, mais une théorie qui vise à comprendre comment le passé infantile reste agissant dans le fonctionnement du sujet.

Le modèle du groupe de Boston met l'accent sur les moments de rencontre. Il ne s'agit pas de quelque chose qui est déductible de la théorie ou de la technique, mais d'un moment particulier, surprenant, imprévisible. Dans les moments de rencontre se mani-

fin de l'article de Jean-Nicolas Despland

feste la présence du thérapeute comme personne, dans sa sensibilité et son expérience. Ce moment de rencontre débouche sur un espace ouvert avant que le cheminement ne reprenne dans un nouveau contexte intersubjectif implicite. Cette lecture du processus fait appel à l'observation du développement de l'enfant, en d'autres termes à un modèle développemental.

### Objets

Quelles sont les objets auxquels s'achoppent ces deux modèles ? A quelle question cherchent-ils à répondre ? Pour le psychanalyste, il est nécessaire de se référer à son intérêt princeps pour la névrose clinique. Cet intérêt se trouve à la base de son activité de psychanalyste et fonde son activité de soin. Il ne faut pas oublier que la psychanalyse s'est construite à partir des questions posées par l'hystérie. Le psychanalyste ne se préoccupe pas que d'instaurer les conditions d'un processus transférentiel qui mette à jour une névrose infantile, il a d'abord pour objet la névrose clinique en tant que forme d'organisation relativement stable de la conflictualité intrapsychique.

L'objet de la théorie du groupe de Boston diffère de celui des psychanalystes. Ce n'est pas la névrose, mais le processus de changement qui semble les intéresser. Il s'agit d'un modèle explicatif, par opposition à une théorie clinique et de son expression symptomatique.

### Quels rapports ?

Ces deux lectures, dans l'hypothèse qu'elles s'appliquent à un même processus, doivent-elles être considérées comme deux interprétations opposées, voire concurrentes ? Se rapportent-elles à deux processus qui se déroulent en parallèle ? Si c'est le cas, sont-ils indépendants ? S'ils sont liés, quelle est la logique qui préside

à leur lien ? Il est d'abord tentant d'établir quelques correspondances : par exemple, entre cheminement et associations libres, moment présent et résistance, moment de rencontre et interprétation de transfert, savoir procédural et savoir narratif, non conscient et inconscient, effet de contexte et effet de sens, théorie génétique et modèle développemental. Chacune d'entre elles mériterait d'être discutée.

Il est patent que les moments d'*insight* consécutifs à une interprétation de transfert, de même que les moments de rencontre sont des épisodes critiques. Ce ne sont probablement pas les seuls. Ces deux types de moments critiques ne coïncident pas forcément, mais dans mon expérience, certaines interprétations de transfert me semblent avoir de nombreux points communs avec les moments de rencontre tels que Stern les décrits.

Du point de vue de la relation, il s'agit d'un agir tant pour l'analyste que pour le patient. Seul diffère dans l'idéal le degré de conscience de l'intervention et sa finalité. De plus, seul le patient peut confirmer par ses réactions qu'il «prend» l'interprétation de transfert. Il est aussi clair qu'une interprétation de transfert assumée par le patient débouche sur une rencontre entre deux personnes. Même dans l'hypothèse d'une interprétation qui comprend l'essentiel de la dynamique transférentielle du patient, les masques tombent. Ce moment qui suit l'interprétation de transfert est aussi un moment ouvert. Mais, pour le psychanalyste, celui-ci ne débouche que sur le développement d'un nouveau transfert, qui sera vécu par le patient comme une nouvelle relation avec l'analyste.

Le processus analytique évidemment compte des moments de rencontre qui sont plus ou moins indépendants de l'évolution du transfert. Je postule dans ce cas de figure que la fonction de la théorie clinique consiste à permettre au

psychanalyste d'être lui-même, présent et disponible, plutôt que d'agir ou de réagir dans un mouvement qui ne serait que la répétition attendue du transfert du patient. Être présent et disponible, c'est en tant que psychanalyste et dans le respect du cadre. Ce respect professionnel n'implique en rien de rester silencieux ou coincé, mais requiert spontanéité et créativité. En d'autres termes, la théorie clinique ne vise pas seulement à permettre au psychanalyste de savoir comment procéder, mais elle est bien là pour établir à la fois une attitude générale et sa présence comme personne. La théorie, la métapsychologie, sont précisément là pour permettre au thérapeute de se débarrasser des résistances suscitées par l'orgueil thérapeutique ou l'orgueil pédagogique. De ce point de vue, un désir de guérison pourrait apparaître comme préjudiciable au processus de changement, comme le serait une figure parentale rigide ou qui décide à la place de son enfant ce qui est bon pour lui.

Dans cette perspective, il faut se demander si le psychanalyste, ou le thérapeute, peut accéder en tant qu'acteur du processus, aux phénomènes décrits et théorisés par le modèle du groupe de Boston. S'il nous est possible d'accéder à notre vie fantasmatique au travers de nos associations ou de nos rêves, la parole restant le vecteur de l'inconscient dynamique, quel accès avons-nous aux phénomènes non conscients (savoir procédural, connaissances implicites) ?

Parmi les points de divergences, il faut relever que la théorie de Stern est un modèle explicatif, alors que la psychanalyse est d'abord une théorie clinique. Elle n'est pas un savoir, mais un outil à disposition du psychanalyste pour construire, délimiter, induire et conduire un processus thérapeutique. Il est donc imaginable de mettre en évidence des correspondances formelles entre le processus tel

que se le représente le clinicien au moyen de sa théorie clinique et le processus tel qu'il est possible de l'observer du dehors, comme c'est le cas d'ailleurs dans le champ des théories développementales, sans que les deux explications entrent en concurrence ou doivent s'intégrer absolument l'une à l'autre.

Autre différence et qui recoupe partiellement l'opposition entre modèle explicatif et théorie clinique : par son interrogation sur la névrose, la psychanalyse traite spécifiquement de ce qui ne change pas, ne veut pas changer, résiste. La question du pathologique, du psychopathologique est inscrite dans les fondements mêmes de la théorie psychanalytique. En d'autres termes, le fonctionnement normal apparaît donc dans l'ombre du fonctionnement que révèlent les symptômes et le définir est plus une exigence intellectuelle qu'une nécessité clinique. Pour le psychanalyste, il est normal que cela ne se passe jamais bien. C'est cela qui l'intéresse spécifiquement. Le modèle du groupe de Boston semble fonctionner comme un modèle du processus normal de changement.

Reste à en préciser l'intérêt et l'applicabilité dans les situations cliniques et en présence de patients atteints de troubles psychiatriques qui pourraient altérer leur manière de vivre le processus de changement. Est-il possible de fonder une psychopathologie sur ces bases ? En conclusion, cette confrontation permet de souligner l'intérêt de points de vue multiples sur un même processus plutôt qu'une posi-

tion d'école ou des velléités intégratives qui risquent de stériliser toute créativité. La théorie clinique et le modèle du groupe de Boston décrivent, avec des points de vue différents, deux processus intriqués.

Certains phénomènes critiques n'ont de sens que dans un des modèles, mais il est probable que d'autres éclairent les deux faces d'un même épisode critique. Dans ce cas de figure, la logique qui relie les deux modèles devrait être approfondie. Il est aussi utile de rappeler que la psychanalyse ne se réduit pas à un processus impersonnel ou à la contemplation stérile d'un passé lointain sur lequel nous n'avons plus de prise. Il s'agit d'une théorie clinique apte à poser les conditions d'une relation aussi vivante que professionnelle au service d'un patient. ■

#### Bibliographie

- Freud S. (1912): Conseils aux médecins sur le traitement analytique (trad. Anne Berman). In : *La technique psychanalytique*. PUF, Paris, 1953.
- Swain G. et Gauchet M.: Du traitement moral aux psychothérapies. In : *Dialogue avec l'insensé*, Gallimard, Paris, 1994.
- The process of change study group*. Stern D., Sander L.W., Nahum J.P., Harrison A.M., Lyons-Ruth K., Morgan A.C., Brushweiler-Stern N., Tronick E.Z.: Non interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. *Int J Psycho-Anal* 79, 903-921, 1998.
- Vanier P.: La guérison, entre psychothérapie et psychanalyse. In : *Qu'est-ce qui guérit dans la psychothérapie*. PUF, Coll. Forum,, Paris 2001.



Trois types de labyrinthe :  
finnois, anglais, français

## GUÉRISON ET CHANGEMENT

Micheline Gilliéron, médecin psychiatre-psychothérapeute

La guérison est un retour à la santé. Donc la guérison me parle de disparition des symptômes de la maladie dans un processus de changement.

Mais la vie est un processus de changement. L'arrêt du changement est la mort physique ou (et) psychique.

La santé est peut-être une utopie, en tout cas un idéal, une perpétuelle recherche d'équilibre.

Freud, (dans *Analyse terminée et interminable*) disait que :

1. L'évolution la plus favorable vers la guérison est la disparition des symptômes.
2. L'évolution idéale serait, comme pour une vaccination, la protection contre une récurrence.
3. Enfin, l'évolution vers la guérison est limitée par :
  - la constitution physique et psychique,
  - la gravité de la maladie
  - les séquelles, avec les obstacles psychiques à la guérison.

Rappelons que Freud parlait de pulsion de vie et pulsion de mort.

La maladie et la guérison s'inscrivent donc dans un processus de changement vers la vie, la chronicité ou la mort.

Le thérapeute permet de remettre en route le processus de changement. Chez les Amérindiens, le chaman mettait en place un espace (représenté par un cercle), favorisant le processus de guérison et d'évolution. Dans cet espace entre le malade et le thérapeute, les éléments nécessaires pour une guérison et un changement étaient les suivants :

- Partager le même projet et avoir le même but.
- Pouvoir nommer la maladie et permettre une prise de conscience, avec éveil émotionnel.

- Apprendre la capacité de maîtrise de soi.
- Si les capacités professionnelles du thérapeute sont importantes, ses qualités personnelles le sont tout autant, telles que authenticité, générosité, humanité.

Dans une psychanalyse ou psychothérapie analytique, cet espace-temps thérapeutique est ce que nous appelons «le cadre», dans lequel se rejoue, dans le transfert et le contre-transfert, le drame infantile personnel.



L'attitude du thérapeute est celle de la «neutralité bienveillante» et de l'emploi de son contre-transfert de façon thérapeutique.

Cet espace permet l'introduction d'un nouvel élément (acte médical, médicament...) ou d'un autre regard, d'une autre parole, permettant la prise de conscience du patient et la remise en route d'un processus de guérison et d'évolution.

Quant à la résolution d'un problème par son autoanalyse, ses propres moyens, on peut imaginer la plongée dans son espace intérieur :



Avoir un autre regard, un autre état d'esprit, ne pas rester sur une seule idée, c'est de nouveau être mobile et dans le changement.

Peut-on nommer tous les éléments composant le changement ? Certains sont si subtiles et non «atteignables» par la conscience, donc non

«verbalisables», ils sont néanmoins visibles par leurs effets.

Si certains changements surgissent brusquement et semblent magiques, je pense qu'un «temps» de la maturation intérieure est nécessaire et important, avant une mise en place extérieure.

Je le comparerais à la mise en terre d'une graine qui prend son temps pour germer et... émerger.

Pour illustrer ce sujet très complexe de changement et guérison, je vous propose le conte qui va suivre. Eric Bonvin m'en avait raconté la courte histoire, que j'ai replacée dans une expérience que j'avais vécue en Chine, il y a quelques années, lors d'un voyage privé avec des amis. Au détour d'une rue à Pékin, j'avais découvert un dispensaire de soins. J'avais pu avoir un rendez-vous avec le professeur du dispensaire, le lendemain, visiter chaque salle, être autorisée à prendre des photos, avec la bonne grâce des patients.

Voici :

### La pierre levée

*La matinée tirait à sa fin, à la consultation du vieux professeur Tang. Elle avait été si chargée qu'aucune pause n'avait été possible. Il ne restait qu'une radiographie de la colonne vertébrale suspendue au panneau lumineux de la salle d'examen.*

*Après examen, les malades avaient été répartis dans les différentes salles de massage. Là, les thérapeutes, pour la plupart aveugles, effleuraient, massaient, pétrissaient et manipulaient. A côté, dans la salle d'acupuncture, deux patients couchés à plat ventre sur des lits, attendaient que les aiguilles, plantées dans leurs lombes, agissent. Une lampe installée au-dessus d'eux les réchauffait. Au mur, de grands tableaux anatomiques montraient les circuits énergétiques du corps humain.*

*Regardant à travers la grande fenêtre de la salle, le professeur Tang vit que les bancs, placés sous l'auvent de la vaste cour carrée, s'étaient vidés. Seule une silhouette courbée s'agrippait encore à*

un banc. Se tournant vers ses assistants, il leur fit signe de faire entrer ce dernier patient.

Ses yeux perçants regardèrent s'avancer le malade, courbé en deux comme un vieux, une main sur la hanche et l'autre s'appuyant sur une canne en bois neuve. Avec peine, l'homme s'assit sur la chaise que lui désigna un assistant. Le professeur Tang vit alors le visage et les mains étonnamment jeunes du patient, contrastant avec sa démarche accablée. Il le regarda un moment en silence et réfléchit. Puis, s'adressant au jeune homme, il lui demanda :

– “Mon ami, quel est ton nom ?”

En murmurant, l'homme répondit :

– “On m'appelle Petit-Pierre ou Pierrot.”

Le professeur continua :

– “Mais quel est ton vrai nom ?”

L'homme baissa la tête, perplexe. Puis après un temps de silence, il raconta :

– “Vous savez, depuis toujours, c'est le petit nom qu'on me donne. Chacun me dit :

– Petit-Pierre, va chercher de l'eau. – Petit-Pierre, donne moi le pain. – Petit-Pierre, as-tu porté mes chaussures chez le cordonnier ? – Pierrot, tu n'as pas encore

coupé le bois ! Toute la journée et depuis toujours, c'est ainsi.”

Perdu dans ses pensées, l'homme se tut. Il finit par ajouter :

– “Je crois que mon vrai nom est Pierre.”

Le professeur Tang lui prit alors les mains et, le regardant dans les yeux, lui déclara : “A partir de maintenant, ne permets à personne de t'appeler par ton surnom. Tu es Pierre. Les autres doivent le savoir et ne te donner que ton nom. Maintenant, va, rentre chez toi.”

Après son départ, un assistant demanda en hésitant :

– “Maître, cet homme souffre beaucoup, son dos est plié de douleur, n'aurait-il pas été judicieux de lui mettre au moins une aiguille d'acupuncture pour le soulager ?” D'un geste, le professeur Tang balaya la question. La consultation était terminée.

Les jours, les semaines et les mois passèrent. Les consultations du professeur Tang s'ajoutèrent les unes aux autres, amenant chaque fois son lot de malades à examiner et traiter.

Or, environ six mois plus tard, à la fin d'une matinée ensoleillée, alors que les bancs de la consultation s'étaient vidés, arriva en courant un homme jeune. Il

força le barrage du concierge et vint s'asseoir sur un banc, sous l'auvent. Étonné, le professeur Tang, qui regardait par la fenêtre, fit signe à un assistant d'aller aux nouvelles. L'homme suivit l'assistant. Il ne voulait parler qu'au professeur Tang lui-même. Assis sur la chaise, il attendit en silence que le professeur lui adresse la parole. Alors, il raconta : “J'étais Petit-Pierre ou Pierrot. Maintenant, grâce à vous, je suis devenu qui je suis, Pierre ! Merci, professeur.” Il se leva bien droit, puis, les mains jointes, s'inclina en signe de respect et quitta la consultation.

A l'agitation qui prit les assistants, le professeur Tang répliqua : “Oui, Petit Pierre ou Pierrot s'est redressé. Il a pu renoncer à vivre courbé sous le joug des autres et en fonction d'eux. Il a trouvé en lui sa vraie nature profonde, sa stature authentique. Il a été alors libre de devenir une « Pierre Levée ».

Nous devons tous, ici-bas, réaliser notre vraie dimension et trouver notre vraie place d'homme libre et autonome. Pour cela, nous devons plonger à l'intérieur de nous, afin de trouver qui nous sommes vraiment. Alors, nous deviendrons aussi des « Pierres Levées » ! ■

## SUR LE CHEMIN DE L'ÊTRE EN PARTANCE

Carmen del Fresno, psychologue-psychothérapeute

*Il est évidemment difficile d'imaginer quel aspect prendront les jardins pour lesquels on a prévu une existence qui ne s'inscrit dans aucune forme.*

*A mon avis, ces jardins-là ne devraient pas être jugés sur leur forme mais sur leur aptitude à traduire un certain bonheur d'exister.*

Gilles Clément<sup>1</sup>

Se questionner sur le processus thérapeutique, c'est chercher à appréhender le mystère d'une rencontre, celle du thérapeute et du patient, et suivre son évolution telle une expérience vivante partagée par deux êtres dont les destins un jour se croisent. Là, dans cette intimité naissante, sommeille la secrète chance de l'éveil à soi, aux autres et au monde.

### La partance

Mu par une force qui transcende les doutes, les épreuves, les difficultés, poussé par un appel à la vie, l'être qui souffre s'achemine vers l'autre pour lui confier sa douleur. Il se met en partance tel un voyageur qui s'en va vers des terres inconnues. Des pieds à la tête, son corps transpire la douleur et laisse saigner ses blessures signant ainsi la perte de l'« aller-bien ». L'âme cherche une nouvelle vérité à la lumière du patient qui s'est voilée.

Toute partance est hasardeuse. En s'ouvrant à l'imprévu, elle interpelle l'essence de l'homme ainsi mis en question. En hébreu, l'essence des choses et de l'homme se dit *mahout*, de la racine *mah* signifiant « quoi ».

L'essence est la quolibité, relève Sylvie Germain dans son ouvrage *Mourir un peu*<sup>2</sup>, l'homme est une question, un quoi, un qu'est-ce ? un *mah*. La partance guide l'homme à son essence questionnante, « cette questionnabilité qui maintient l'état ouvert à la possibilité de ses possibles et de son futur. »<sup>2</sup> Elle se transforme en mouvance en faisant naître au creux de sa chair et de se son cœur des questions qui assaillent sa conscience et ses entrailles. « Ces questions sont toujours les mêmes de génération en génération, toujours nouvelles pour chaque individu. Comme des stèles millénaires gravées d'obscures inscriptions, et qu'il revient à chacun de décrypter pour la première fois. »<sup>2</sup> L'histoire de l'humanité nous guide vers la nôtre, pas à pas.



*fin de l'article de Carmen del Fresno*

Partance et mouvance impliquent un renoncement sans cesse renouvelé, le passage d'un moment à un autre pour donner au temps le temps d'être temps, le passage d'un lieu à un autre pour déplacer et replacer sans cesse notre propre centre, le Soi, dans de plus vastes étendues. C'est cette métamorphose psychologique que C. G. Jung a décrite dans la *Guérison psychologique*<sup>3</sup> sous le nom de processus d'individuation.

Chemin faisant, le thérapeute choisit le thérapeute comme compagnon. Dès lors, celui-ci devient un coparticipant à un processus de développement individuel. Il y implique sa présence, pleine, entière, soutient l'épanouissement des germes créateurs de la personne souffrante, lui restitue sa propre capacité à changer, son propre potentiel évolutif. «Vers quelle direction s'orientera la vie du malade, voilà une chose que nous ne saurions décider», précise C. G. Jung «Nous ne saurions nous imaginer le savoir mieux que la nature même du malade.»<sup>3</sup> Le thérapeute est là pour aider le patient à débayer les pierres qui encombrant sa voie, la Voie.

#### La traversée du fleuve

La relation thérapeutique est une rencontre, la rencontre de deux êtres en présence, de deux corps qui se vivent, de deux âmes qui se conjuguent. Faisant appel à l'humilité, elle suppose la sortie de la forteresse du narcissisme. Autrui ouvre à une dimension nouvelle. La rencontre avec l'Autre nous place d'emblée face à la réalité de notre finitude, face à notre condition humaine navigant entre l'absurde et la quête du sens.

Main dans la main, thérapeute et thérapeute parcourent des contrées singulières et partagent des temps différents en intensité et en qualité. Il est des pays qui ressemblent à de véritables impasses, à des eaux insondables et troubles. Et puis, il y a des moments insoutenables, pénétrés par l'inquié-

tude ou l'angoisse qui les sous-tendent. Lieux de passages et temps de changement éveillent notre conscience intérieure. Ils émergent au sein de l'espace/temps thérapeutique, issus d'un au-delà inaccessible à notre volonté, alors même que l'expérience consciente ne pouvait les imaginer.

Traversons la douleur. Car pour qu'il y ait véritable changement, il faut qu'il y ait passage d'un état à un autre, et c'est dans son entièreté, à travers son corps, son psychisme, son esprit que l'homme en vit les transformations. Lui résister, lui refuser sa place, nier qu'elle existe bien, la transforme en souffrance, en un roc inerte. Alors, comme l'exprime Jean-Yves Leloup «une douleur acceptée sans complaisance peut être un chemin et non une impasse, une porte et non un mur...»<sup>4</sup> L'accueillir en soi et la traverser. Ne plus la fuir. Lui faire face ou plutôt ne plus faire qu'un avec elle, l'épouser... Il s'agit alors de vivre une véritable adhésion, une non-dualité à ce qui est, une ouverture de l'Être au processus même de la métamorphose.

L'émergence de ces moments qualitativement différents vécus par le thérapeute et le patient au cours du traitement a été décrite par Daniel N. Stern dans son article *Le processus de changement thérapeutique*<sup>5</sup>. Dans cette expérience, le temps devient en effet moment. Il étend son espace pour inviter le présent à se développer, à chercher son chemin, à inventer. Il devient seule existence. Le temps présent n'est plus seulement instant fugace entre un passé et un futur. Il est aussi extension entre les profondeurs de la Terre et l'infini du Ciel. Il se vit comme un bourgeonnement, un élargissement du champ de conscience. Il approfondit la connaissance de soi, de l'autre et de l'Incommensurable commun.

Les Grecs appelaient ce moment particulier *Kairos*, dieu du Moment opportun, le moment que l'on doit

saisir si l'on veut que notre destinée change. A travers lui, ils élevaient ce moment qui fait sens au rang des organisateurs de l'être. D'après E. G. Humbert «on a l'impression qu'ils agissent d'activités dont le centre est non seulement hors du conscient, mais le plus souvent hors du psychisme individuel, soit dans une intersubjectivité, soit dans ce que Jung appelle le collectif.»<sup>5</sup>

Vivre la douleur dans la présence silencieusement agissante de l'autre jusqu'à l'épuisement de l'insensé. L'amener à s'ouvrir. La vider de son sens et la laisser retourner dans l'informe et le chaos originel. Vivre ce temps pour permettre à la douleur de retrouver un espace vierge, une matrice créative : le vide, ou plutôt la vacuité ! Le Taoïsme, en particulier, ne considère ce vide ni comme étant stérile ou nihiliste, mais plutôt comme absence de forme, un sans forme qui porte le principe même de la vie, le Tchi. Il s'agit d'un espace vacant au sein duquel les phénomènes peuvent et pourront se manifester tout simplement. C'est «Chaos» qui est tout sans rien être. C'est l'inorganisé qui cherche à se mouvoir et à s'organiser sous l'impulsion de la vie en un sens nouveau. «La partance est mourance, la mourance est mouvance et nouvelle naissance.»<sup>2</sup> Nous vivons et mourons chaque moment de notre vie.

#### L'autre rive

*« Mes amis, laissez-vous porter, laissez-vous faire, quand le moment est venu. Ah ! vous avez assez cheminé durement.*

*Maintenant, on vous porte. Et c'est ainsi que vous allez accéder à l'autre rive.*

*Vous tous qui vous attachez, de vos forces crispées, à tel but, que je ne dirai pas mauvais, mais que je dirai un peu fou, la meilleure aide que je puisse vous apporter, c'est de vous amener à desserrer votre prise.*

*Et peut-être la lente traversée, le rythme du radeau accordé à la rêverie rauque du fleuve, vous y auront aidés mieux que moi.»*

Charles Baudouin<sup>7</sup>

Charles Baudouin nous invite à nous laisser porter, à «lâcher prise». Se détacher, ce n'est pas être méprisant, ni même indifférent. C'est renouer avec la liberté à l'égard de ce qu'on possède et de ce qui nous possède. «Le lâcher-prise implique et exige le renoncement aux systèmes de garanties... le renoncement sans cesse renouvelé à l'hégémonie du moi existentiel et de sa vision de la réalité, en faveur de l'Être essentiel et de la vie qu'il permet et suscite.»<sup>4</sup>

Psychanalyste, Charles Baudouin nous parle ici de la relation thérapeutique. Mener l'autre à desserrer ses prises, c'est également accepter pour le thérapeute de ne «rien faire», de «laisser advenir» et accueillir avec bienveillance ce qui veut bien être. C'est être là, entièrement disponible, totalement à l'écoute, à sa juste place. Il s'agit de porter une *attente attentive* telle que l'a décrite François Roustang dans son ouvrage *La fin de la plainte*.<sup>8</sup> Une attente du thérapeute qui exclut tout projet, qui interdit le futur, qui se dessaisit de toute suffisance et de toute prétention.

Pour l'un comme pour l'autre, «laisser advenir» suppose aussi l'acceptation de ce qui est intolérable en nous-mêmes, notre ennemi intérieur, notre ombre.

Tout comme Charles Baudouin, François Roustang parle de l'attitude profonde du thérapeute. Il remarque qu'il s'agit d'attendre sans espérer que rien ne vienne. «Car il faut bien un passage par l'impression de vide pour que les manières habituelles de penser et d'agir, productrices de symptôme,

soient mises en suspens et déjà en échec...»<sup>8</sup> «Le thérapeute, en effet, par son attente indéterminée, puisqu'elle ne sait rien du penser, du dire et du faire, suscite chez son interlocuteur le vide qui va donner sa place respective à chaque détermination de l'existence.»<sup>8</sup> Comme l'exprime Jean-Claude Sergent, «si l'on parvient à préserver cette liberté fondamentale, on pourra alors se mouvoir tout à son aise dans la maladie d'autrui, et l'amener doucement à s'y mouvoir lui-même en lui faisant découvrir un monde intérieur dont il s'est séparé et dont il a perdu conscience.»<sup>9</sup> «La vacuité est un espace vacant où tout peut arriver et dans lequel tout se déroule, s'enroule; on peut alors s'y déplacer à l'image de l'énergie qui l'habite.»<sup>9</sup>

Le passeur mène le voyageur momentanément désorienté jusqu'à l'autre rive. Il le transborde avec bienveillance sur son radeau mû par le flux profond des eaux. Tous deux se laissent ainsi porter par le mouvement de la nature qu'ils épousent... au fil de Tao.

L'homme se retrouve alors citoyen de deux mondes; celui de la réalité existentielle, et celui de la réalité essentielle. Il se situe entre Ciel et Terre. Matière et esprit. Dès lors, la guérison n'est pas tant de ne plus éprouver de la douleur, ni même de la souffrance. Il s'agit de ne plus faire qu'un avec les circonstances dans lesquelles on se trouve pour parvenir à les harmoniser au cœur de notre réalité intérieure et de notre vécu dans le monde.

Changer, c'est accepter le mouvement, celui de la vie et de la mort du moment présent. C'est vivre simultanément la

discontinuité dans la continuité du temps. Changer, c'est se quitter soi-même pour aller à la rencontre de l'Existence.

Cette approche du changement me procure le sentiment personnel d'appartenir au genre humain. Je me sens issue d'une tradition ancestrale qui a chanté et dansé l'être, et j'en deviens un chaînon réel. Elle me fait participer à une communauté universelle en partageant son Souffle Vital. ■

### Références bibliographiques

<sup>1</sup> CLEMENT Gilles, *Le jardin en mouvement*, Paris, Sens et Tonka, 1999, p. 14.

<sup>2</sup> GERMAIN Sylvie, *Mourir un peu*, Paris, Desclée de Brouwer, 2000, p. 15.

<sup>3</sup> JUNG Carl Gustave, *La guérison psychologique*, Genève, Georg Editeur, 1987, p. 164.

<sup>4</sup> LELOUP Jean-Yves, *Manque et plénitude*, Paris, Albin Michel, 1994, p.125, p. 242.

<sup>5</sup> STERN Daniel N., *Le processus de changement thérapeutique. Intérêt de l'observation du développement de l'enfant pour la psychothérapie de l'adulte*, USA, *Infant Mental Health Journal*, Brandon, juin 1997.

<sup>6</sup> HUMBERT Elie G., *L'homme aux prises avec l'inconscient. Réflexions sur l'approche jungienne*, Paris, Editions Retz, 1992, p. 84.

<sup>7</sup> BAUDOUIN Charles, *Christophe le passeur*, Paris, le Courrier du Livre, 1987, p. 147.

<sup>8</sup> ROUSTANG François, *La fin de la plainte*, Paris, Editions Odile Jacob, 2000, pp. 126-127.

<sup>9</sup> SERGENT Jean-Claude, *Tao aujourd'hui*, enseignements 2000-2001, France.

## LA BIOLOGIE, OBSTACLE OU CHANCE POUR LE CHANGEMENT ?

Thierry Buclin, médecin associé, division de pharmacologie clinique du CHUV, Lausanne

Il y a quelques décennies, la nécessité pour le futur psychiatre d'étudier toute la médecine somatique avant d'aborder sa formation spécialisée était volontiers présentée comme une perte de temps un peu ridicule. Fallait-il vraiment ingurgiter cette somme de biologie avant de s'engager dans le soin de l'âme, qui s'en distanciat tant ? Freud avait-il vraiment eu besoin de son bagage médical pour fonder la psychanalyse, comme on le prétendait ? Depuis lors, la biologie semble prendre une revanche éclatante sur le dédain avec lequel certains l'avaient considérée : la psychopharmacologie nous a livré nombre de médicaments dont on ne saurait plus se passer, les neurosciences sont en plein essor et la génomique nous promet d'expliquer de larges pans de la pathologie mentale. D'ici peu, psychoses et névroses pourront rejoindre l'épilepsie, qui a quitté dans les années 1950 le champ de la psychiatrie pour celui de la neurologie, une fois reconnu le dysfonctionnement électrophysiologique à l'origine des crises comitiales (naturellement considérées comme éruption brutale des énergies du Çà). Le pilier biologique tend à éclipser le psychologique et le social. L'évolution des mentalités transparait dans des attitudes simplistes d'un nouveau type parmi le grand public, et même chez certains soignants peu critiques. Une dépression, par exemple, n'est plus le salaire du péché, la réactivation d'un sentiment archaïque de perte d'objet, ni la réaction au stress environnemental : elle se décline dorénavant en termes de déficit en sérotonine dans certaines régions cérébrales, au même titre que le diabète se résume à un manque d'insuline. Heureusement, les antidépresseurs sont là, qui vont permettre de remédier efficacement à cette anomalie, comme l'attestent maintes études cliniques rigoureuses entreprises sous l'impulsion d'une industrie pharmaceutique florissante. Tout au plus reste-t-il à discuter, en cas d'échec du traitement, d'un changement de pres-

cription pour compenser un déficit concomitant en noradrénaline ou en dopamine, question débouchant sur une redéfinition pharmacologique de la nosologie psychiatrique. Pourquoi se poser d'autres questions ? On en vient à se demander si le psychiatre doit vraiment étudier autre chose que la biologie.

Raillerie mise à part, si l'on considère les apports indéniables de la biologie à la compréhension et au traitement des affections psychiques, mais qu'on refuse d'éluder pour autant la réflexion sur le processus thérapeutique dans son essence humaine, il y a lieu de se demander sincèrement si la biologie a quelque chose à dire à propos du changement. Une telle question dépasse d'ailleurs le champ de la psychiatrie, et conserve tout son sens dans n'importe quelle discipline médicale.

On pourrait surmonter la perplexité suscitée par cette question en l'abordant *a contrario*. En effet, la biologie paraît abonder d'explications sur le non-changement, sur la permanence et la répétition des phénomènes. En physiologie, étudiant les mécanismes qui gouvernent le fonctionnement des organismes à l'état normal, Claude Bernard a mis en évidence le paradigme essentiel de l'*homéostasie* : l'ensemble des processus visant à maintenir la stabilité du milieu intérieur et à restaurer l'équilibre en réponse aux impulsions venues de l'extérieur. D'innombrables boucles de réflexes concourent en effet à stabiliser les variables physiologiques, comme autant de thermostats (température et pression sanguines, composition du plasma, concentrations d'hormones, activité immunitaire, tonus musculaires, réactivité neurale, etc.). Ces systèmes sont emboîtés de manière hiérarchisée, les réflexes simples étant contrôlés par des régulations plus élaborées, elles-mêmes sous l'influence d'intégrations de plus haut niveau encore. Cette structure fon-

tionnelle se développe progressivement durant la croissance de l'individu, selon un plan qui dévoile l'histoire de sa construction durant l'évolution des espèces, et sous la direction interactive du code génétique inné et des informations acquises au contact de l'environnement. Le cerveau, chef d'orchestre au faite de cette structure, est lui-même le siège d'incessants processus de rétroaction contrôlant aussi bien les variables électriques et chimiques que celles, plus abstraites, définies par les psychologues (vigilance, humeur, émotions, réactivité comportementale). La santé peut ainsi se définir comme l'équilibre harmonieux de toute cette homéostasie. Mais il ne s'agit pas d'un état physique de moindre énergie et d'entropie maximale. Au contraire, l'équilibre biologique est dissipatif, dynamique, rythmique, réactif, il exploite les ressources et compense les agressions du milieu de sorte à perpétuellement «garder la forme». Sous l'angle biologique, développement et maintien de la santé ne s'opposent donc pas à la notion de changement : bien au contraire, l'individu jouissant de cet équilibre est prêt à modifier sa physiologie pour répondre aux contraintes du milieu, à «changer pour mieux rester lui-même» en paraphrasant l'oracle de Delphes. Naturellement, ces changements requièrent un prélèvement d'énergie de l'extérieur : nourriture, chaleur mais également information, interaction avec des semblables, insertion sociale.

Partant de là, il est tentant d'envisager la pathologie comme une *rupture de cet équilibre* de la santé, résultant d'une disproportion entre stress issu de l'extérieur et capacité de l'individu à y faire face grâce à ses systèmes de régulation (soit que cette capacité soit normale, soit qu'elle soit préalablement diminuée du fait d'une variation génétique, d'un défaut de développement ou d'une atteinte antérieure). Ce n'est toutefois pas suffisant. Hormis

dans la mort, l'homéostasie biologique n'est jamais totalement rompue. A la suite de la déficience d'un composant du système, la hiérarchie des fonctions physiologiques va occasionner, par subsidiarité, la *mise en œuvre de régulations parallèles ou d'ordre supérieur*. Et ce sont principalement ces manifestations qui domineront le tableau clinique observé. Ce phénomène, que John Hughlings Jackson avait pertinemment observé en neurologie, prévaut également dans maints autres domaines de la médecine. Les symptômes d'une infection bactérienne ou virale, par exemple, sont presque exclusivement causés par la mise en œuvre des défenses immunitaires; on peut parfaitement les mimer en injectant des médiateurs naturels de l'inflammation; à l'opposé, la présentation clinique d'une infection chez un sujet immunodéficient se caractérise par une singulière paucité de symptômes, contrastant avec la dissémination rapide de l'agent pathogène. Selon l'hypothèse de Weinberger, le délire et les troubles comportementaux du schizophrène résultent d'une dé-répression des centres activateurs de la base du cerveau, consécutive au dysfonctionnement de boucles régulatrices impliquant les lobes frontaux. Dans maintes situations, le problème se complique encore du fait que ces régulations peuvent elles-mêmes, à leur tour, influencer le processus morbide et l'amplifier : de tels «*cerles vicieux*» abondent dans la physiopathologie des affections chroniques. Lors de cardiopathie congestive, par exemple, l'activation du système sympathique, qui tendrait normalement à restaurer le débit cardiaque, exerce à la longue une influence délétère sur le myocarde déjà déficient; interrompre ce cercle vicieux à l'aide de médicaments bêtabloquants risque initialement d'aggraver l'état circulatoire, mais améliore à long terme la survie des patients. Dans la fibromyalgie, la douleur tend à s'autoentretenir du fait des contractures musculaires réflexes

occasionnées par la perception douloureuse et qui, elles-mêmes, génèrent une stimulation algique. Des cercles vicieux peuvent aussi impliquer des éléments extérieurs. L'abus de médicaments ou de drogues fournit une situation typique : le recours au produit est de plus en plus nécessaire pour couvrir les symptômes de manque, mais en même temps ne fait que renforcer la dépendance. Dans le domaine psychiatrique, il est frappant de constater par exemple à quel point l'idéation paranoïde est renforcée par les contre-attitudes que la méfiance hargneuse du patient induit auprès de son entourage. Tous ces arguments convergent vers une vision biologique du processus morbide comme un *échec de la capacité de changement*, allant de pair avec une «perte de la forme», une dérive des valeurs de consigne imposées aux variables physiologiques. Cette phénoménologie transparait clairement dans des concepts tels que l'apprentissage de la douleur, l'identité morbide, la logique dépressive ou la compulsion de répétition, suivant l'école à laquelle on s'intéresse.

Précisons que la biologie évoquée ici n'est pas celle des simplifications hâtives (du style 1 maladie = 1 gène = 1 médicament), réfutée et honnie de n'importe quel scientifique sérieux. Elle procède d'une conception de l'organisme comme associant autant de fonctions à toutes les molécules, séquences de gènes, cellules, tissus et organes qu'elle s'efforce de décrire. Si elle se préoccupe surtout des mécanismes microscopiques, elle reconnaît l'incroyable complexité de l'être humain, qui fait apparaître de multiples niveaux d'organisation, légitimant ainsi l'adoption de discours appropriés à chaque ordre de phénomènes étudiés.

Ainsi, à y regarder d'un peu près, aucune antinomie fondamentale n'apparaît opposer la conception biologique de la santé et de la maladie à la

notion de changement sous-jacente à toute approche thérapeutique. Maintes situations humaines rendent souhaitable une intervention extérieure destinée à restaurer la capacité de changement du sujet. On peut y voir une boucle de suppléance extérieure que le réseau social met à disposition d'un individu dont les facultés de compensation sont compromises, et qui peine à quitter l'ornière d'un cercle vicieux pathologique. D'autres boucles s'y surajoutent d'ailleurs encore, bâtissant ce qu'on appelle le *système de soins* : formation médicale, supervision, consultation spécialisée, suivi de la qualité des soins, etc. Décrite en ces termes, la thérapie s'inscrit sans problème dans une conception médicale d'inspiration biologique, que l'intervention soit pharmacologique, diététique, homéopathique, cognitive, systémique, psychanalytique, etc. La notion de «boucle» met d'ailleurs autant de poids sur l'intervention elle-même (bras efférent de l'instance soignante) que sur l'écoute, l'observation et le suivi du patient (bras afférent). Cette vision biologique peut aussi rendre compte de la difficulté du changement, de l'échec et même des conséquences parfois néfastes des interventions quelles qu'elles soient. De plus, quel que soit le «niveau lésionnel» postulé à l'origine d'un trouble, gène, hormone, neurotransmetteur, organe, flux d'énergie, problème développemental, contenu de connaissance, difficulté psychologique, relationnelle ou culturelle, il faut considérer que ses répercussions ont toutes les chances d'impliquer d'autres niveaux de l'organisation individuelle. La complexité de la réalité humaine permet ainsi la coexistence de multiples médecines, sans que les succès thérapeutiques de l'une ne contredisent du même coup la pertinence des autres. Il en résulte une relativement faible spécificité des approches thérapeutiques, mais également un intérêt fréquent à les associer. Loin d'être contre-indiquée comme on l'a affirmé



suite et fin

de l'article de Thierry Buclin

par le passé, l'association d'un traitement médicamenteux et d'une prise en charge psychothérapeutique est largement considérée comme souhaitable de nos jours, les deux approches pouvant se compléter mutuellement – d'autant plus si leur visée commune est assumée. En médecine somatique, la nécessité d'interventions psychologiques est de plus en plus souvent reconnue, par exemple pour aider un patient à faire face à une maladie chronique, même lorsque son origine est postulée purement organique. Plus largement encore, des médecines dites jusqu'ici «alternatives» sont en passe de trouver une articulation satisfaisante avec les médecins classiques, et se font du même coup rebaptiser «complémentaires».

L'approche biologique telle que nous l'avons esquissée ici, en soulignant l'importance de la *restauration des capacités de changement* du sujet, pourrait aussi alimenter notre réflexion sur la dimension éthique des thérapies, notre rapport à la notion de liberté, et notre défiance envers tout dogmatisme, qu'il s'agisse de dérive scientifique ou de toute autre adhésion exclusive à une pensée réductrice. ■

<sup>1</sup> E. Zarifian, *Le prix du bien-être*. Odile Jaob, Paris, 1996.

<sup>2</sup> La thermodynamique particulière du vivant a été abordée par de nombreux scientifiques, parmi lesquels

I. Prigogine (*Introduction à la thermodynamique des processus irréversibles*, Dunod, Paris, 1968; *L'homme devant l'incertain*, Odile Jacob, Paris, 1999).

<sup>3</sup> D.R. Weinberger. *Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia*. Archives of General Psychiatry. 1987;44:660-669.

<sup>4</sup> Bien sûr, nous n'avons pas la prétention de résoudre dans ces quelques paragraphes l'épineux problème de la définition de la maladie, qui met en jeu maints problèmes non seulement biologiques, mais également philosophiques, culturels et sociaux. Voir par exemple à ce propos R.M. Nesse, *On the difficulty of defining disease; a Darwinian perspective*. Medicine, Health Care and Philosophy 2001;4:37-46.

<sup>5</sup> M. Reynaud, A.J. Coudert, *Essai sur l'art thérapeutique*. Frison-Roche, Paris, 1987.

## LES PROCESSUS DU CHANGEMENT

Jean Marc Benhaiem, médecin, enseignant et chercheur <sup>1</sup>

La connaissance de l'hypnose nous renseigne sur ces différents aspects de la relation et du changement.

Le patient qui consulte exerce une influence sur le thérapeute et le "manipule" pour l'amener à comprendre et, ainsi, à être accompagné dans sa guérison. Le patient utilise le thérapeute qui est à sa disposition pour le guérir. La thérapie ne peut commencer qu'à la condition que le thérapeute accepte cette influence. Dans les cas où le thérapeute est enfermé dans des dogmes qui l'incitent à une rigidité opérationnelle, il devient sourd aux suggestions de son patient, et la cure restera stérile.

Le thérapeute se met sous hypnose pour ressentir avec tout son être l'histoire du patient. La connaissance relationnelle ou l'intelligence de la relation s'exprime comme à l'insu du thérapeute qui est hypnotisé pour utiliser son imagination, sa créativité et mieux communiquer avec son patient.

Wittgenstein décrit cette relation par une formule étonnante : l'être en commun ressent plus qu'il ne déduit. Il y a trop d'éléments à prendre en compte pour avoir un raisonnement cohérent et global. Alors, le thérapeute se laisse guider par son patient et suit le chemin qui lui paraît praticable. Il ne peut donc y avoir de techniques stéréotypées ou univoques, seule une impro-

visation quasi artistique issue d'une inspiration émanant de la relation.

Cette créativité est possible par l'installation de l'état hypnotique qui englobe les deux protagonistes. Lorsque cet état hypnotique est favorisé et amplifié par des techniques appropriées, la créativité augmente. Toute interprétation de ces phénomènes, de par son côté réducteur, fige la créativité.

A la manière d'un artiste qui crée, l'oeuvre change d'aspect, de couleur, de texture selon l'inspiration puisée dans les ressources personnelles du patient et de son guide sollicité, confirmant les dires de Stern : " Le but n'est pas toujours clair et peut varier sans avertissement."

La remarque d'Edgar Morin prend ici toute sa valeur :

"Il faut apprendre à naviguer dans un océan d'incertitudes à travers des archipels de certitude", et il s'appuie sur une citation du poète grec Euripide : "L'attendu ne s'accomplit pas et à l'inattendu, un dieu ouvre la voie."

Le thérapeute s'installe avec son patient sur cet océan d'incertitudes et la guérison ne peut survenir que dans ces conditions où rien n'est prémédité laissant libre l'imagination et l'accès à de nouveaux modes de fonctionnement. ■

<sup>1</sup> Centre de Traitement de la Douleur de l'Hôpital Ambroise Paré (Paris) fondateur de l'Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale - AFEHM

## JEAN VALJEAN ET LE CHANGEMENT PAR L'ACCEPTATION

Rapahël Carron, médecin psychiatre-psychothérapeute,  
médecin-directeur des Institutions psychiatriques du Valais romand – IPVR

A notre époque d'avancées spectaculaires de la technique et des médecines, notamment réparatrices, de pointe, où les possibilités et les invites à la réalisation de soi au cœur d'une santé parfaite garantie par la pensée positive semblent infinies, les troubles psychosomatiques et fonctionnels deviennent toujours plus fréquents. Non seulement ils mettent au défi les critères objectifs de réparation et de guérison selon la perspective biomédicale traditionnelle et, plus récemment, de la psychiatrie dite biologique, mais ils forment une couche sédimentaire toujours plus épaisse à chaque réédition des manuels internationaux de classification des troubles mentaux qui ne savent trop que faire des troubles somatoformes et autres troubles dysthymiques.

Une fois forcés dans ces moules catégoriques, ces derniers troubles forment une couche superficielle figée à jamais sur des histoires de vie suspendues.

Or, à y regarder de plus près, on voit bien que ces histoires de mal vivre qui compliquent si singulièrement la vie des médecins, aussi compétents soient-ils, ont pour la plupart un point commun : l'absence, tout au moins apparente dans le récit du malade et dans celui de la médecine, de biographie intérieure. C'est à dire que les événements de l'existence, avec tous les changements que cela implique vers la maladie ou la guérison, ne sont pas pris en compte en fonction de leur signification subjective mais en fonction de leur adéquation à un idéal de vie fondé sur une identité de rôle forgée sous le primat de la réalisation sociale du Soi et du conformisme au groupe.

Ce souci de la norme (on a pu parler à ce propos de normalité pathologique) peut certes entraîner des attitudes de vie sincères et généreuses; mais ces dernières ne sont pas moins privatives de liberté et trop rigides pour faire

face aux changements de la vie quotidienne. Vues de l'extérieur, des atteintes même légères (sur le plan somatique ou psychologique) à l'accomplissement des devoirs familiaux ou professionnels peuvent provoquer un effondrement identitaire. Celui-ci se traduira le plus souvent par des symptômes d'allure organique, c'est-à-dire conformes aux modèles sociologiques dominants, et dont le caractère ambivalent (entre désir et peur du changement) est bien vite recouvert.

Par ailleurs, au moment où les moyens thérapeutiques sous la forme de psychotropes notamment antidépresseurs n'ont jamais été aussi importants, les données épidémiologiques relativisent l'efficacité des prises en charge en mettant l'accent sur les dépressions résistantes, les rechutes et les évolutions chroniques toujours plus nombreuses. Comme le dit A. Ehrenberg qui évoque la crainte d'un abrasement chimique des dilemmes qui façonnent la subjectivité, la guérison est en crise; il ajoute : "La psychiatrie estimait que les antidépresseurs pouvaient aider un névrosé à passer un cap particulièrement difficile ou l'aider à affronter ses conflits inconscients. La dépression était un aspect de la névrose, la névrose est aujourd'hui dissoute dans le champ des dépressions. En contrepartie, celle-ci se chronicise. Tout est soignable, rien n'est guérissable".<sup>1</sup>

Tout n'est certes pas aussi sombre mais, à la lumière de ces propos et des quelques réflexions évoquées ci-dessus, pourquoi ne pas tenter, dans la formation des médecins et des psychiatres, de redonner à l'événement et au changement qui y est toujours potentiellement lié, sa dignité causale inaugurale, éminemment subjective et irréductible à autrui? Il est intéressant à ce propos de considérer le déclin heureusement rapide, ces dernières années, de la méthode qui cherchait à quantifier les événements de vie (*Life events* ...).

Ce n'est pas non plus par hasard que des auteurs cherchent à restimuler les humanités médicales dans le cursus de formation et que les approches corporelles gagnent peu à peu du terrain, offrant déjà souvent une issue à des patients dont le corps souffrant est devenu l'ultime recours pour faire signe, à défaut de pouvoir faire sens.

Tant il est vrai, selon un des nombreux paradoxes de la subjectivité, que l'on ne commence à changer que lorsqu'on s'accepte tel que l'on est. Et c'est alors que les aléas de l'existence prennent tout leur sens avec ou sans guérison à la clé. Et certains événements de vie peuvent avoir valeur d'"expérience émotionnelle corrective" au sens de Franz Alexander qui, à propos des *Misérables* de Victor Hugo, écrit ceci : "Rappelons que Jean Valjean, l'ancien forçat, subit dans sa personnalité, un changement dramatique dû à la bonté irrésistible et inattendue de l'évêque qu'il avait essayé de voler. Tandis qu'il est encore frappé de stupeur d'avoir été, pour la première fois de sa vie, traité mieux qu'il ne le méritait, Valjean rencontre le petit Gervais jouant de la vielle sur la route. Lorsque la pièce de deux francs du petit garçon tombe à terre, l'ancien forçat mettant le pied sur la pièce, refuse de la rendre. Bien que le gosse en larmes l'implore désespérément, Valjean se montre insensible à toutes supplications. Comme paralysé et dans un état d'esprit très confus, il est incapable d'enlever son pied de sur la pièce. C'est seulement lorsque Gervais au désespoir est parti, que Valjean secoue sa torpeur. Dans un frénétique effort, il court après le gamin afin de réparer sa mauvaise action, mais il ne peut le retrouver. Tel fut le début de sa conversion." ■

<sup>1</sup> A. Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*.

## « GUÉRIR PAR LE CHANGEMENT, CHANGER PAR LA GUÉRISON »

Sylvie Angel, médecin psychiatre-psychothérapeute de famille<sup>1</sup>

L'évolution des modèles thérapeutiques nous a permis de mieux comprendre les processus de changement. Si le modèle psychanalytique était prévalant en France dans les années 1960, l'introduction de l'approche systémique, dans les années 1975, a permis un autre regard. Une nouvelle épistémologie se faisait connaître empruntant différents modèles de pensée. Le thérapeute devenait partie prenante du processus psychothérapique à un autre niveau qu'il n'était auparavant. Parallèlement à la prévalence du modèle psychanalytique et bien avant que les thérapies systémiques s'implantent en Europe, puis en France, d'autres modèles avaient vu le jour, tel l'hypnose, mais étaient décriés tout comme les thérapies cognitivo-comportementales.

Aux Etats Unis, 450 modèles de psychothérapie étaient recensés dans les années 1975, nombreuses étaient ces techniques « dites psychothérapiques » sous-tendues par peu d'élaboration théorique et répondant aux seuls principes de leur fondateur. Néanmoins, d'autres techniques ont fait école et sont aujourd'hui reconnues parmi la quinzaine des modèles recensés. En fait, il faut rester humble devant la souffrance psychique et comprendre que les modèles théoriques que nous avons sont les bases de notre travail qui reste un travail d'artisan : le thérapeute doit innover au regard de la personne qui vient consulter. La psychothérapie s'apparente plus à un travail d'artiste qu'à un travail de technicien.

Reprenons les propos du professeur Michel Lemay expliquant, à Montréal : « Il nous faut abandonner l'idée que seul un courant théorique, aussi riche soit-il, puisse embrasser les variables expliquant le développement et les aléas de ce développement. Il n'est pas vrai que tout soit lié aux processus inconscients, aux premières relations mère-père-enfant, aux

multiples projections que l'être fait de son environnement. Il est tout à fait aussi faux de réduire le sujet à son organisation neuronale, au fonctionnement des médiateurs chimiques et aux multiples troubles métaboliques qui peuvent l'assaillir. »

C'est ainsi que, en faisant appel aux multiples conceptualisations, en tenant compte bien entendu d'une rigueur théorique et des indications que nous pouvons poser, notre travail doit s'associer aux possibilités autocuratives du patient pour l'aider à développer ses capacités personnelles de guérison.

Ce terme guérison a été longuement décrié par les psychanalystes puisque, lors d'une cure analytique, « la guérison devait provenir de surcroît ». Aujourd'hui, la demande est différente et la souffrance manifestée par les patients est telle qu'ils souhaitent avant tout la diminuer pour pouvoir s'approprier leur espace de liberté.

Nous serons donc plus enclin à proposer un travail psychologique permettant très rapidement de se centrer sur la souffrance du sujet en évitant autant que faire se peut les digressions par rapport à la demande initiale. Cette demande, immédiate, est sous-jacente, bien entendu, à des conflits intérieurs et des situations familiales souvent inextricables. Le thérapeute doit rester au plus près de cette demande afin d'y répondre.

Il peut travailler d'autres difficultés, mais respecter les représentations des patients.

Introduire des changements thérapeutiques reste aléatoire et les évaluations ne sont certainement pas suffisantes pour objectiver les capacités de changement. Nous avons tous perçu des modifications précoces et importantes sans pour autant avoir la possi-

bilité de les évaluer longtemps après. De la même façon, nous savons que des résultats extrêmement valorisants ressentis par les patients et nous-mêmes peuvent être dus à un cheminement personnel qui a pu s'inscrire à travers d'autres modèles de psychothérapie pratiqués auparavant.

Les patients n'en sont pas toujours à leur premier rendez-vous lorsqu'ils viennent consulter; ils ont souvent une expérience psychothérapique importante : ils ont rencontré de nombreux thérapeutes, vécu des expériences plus ou moins positives, et c'est bien leur discours et leur capacité personnelle d'évolution qu'il faut prendre en compte.

Dans d'autres cas, des patients venus pour des dialogues singuliers répétés sans apparente modification de leurs vécu et symptomatologie nous donne des nouvelles, quelques années après, pour nous dire à quel point ces entretiens ont modifié considérablement leur vie.

Le courant, aujourd'hui, centré sur la résilience individuelle et résilience familiale, permet de comprendre à quel point les capacités personnelles autocuratives des patients et de leur famille sont importantes dans les processus de guérison.

Ce concept est assez étendu et regroupe des tendances variées. Il faut tenir compte des différences de perception entre les personnes selon leurs origines socioculturelles; la capacité d'évoluer de façon harmonieuse et positive, malgré des histoires dramatiques, malgré des deuils répétés, malgré des situations de violence, nous oblige à considérer les processus de changement dans un contexte historique, politique et social. Ce que Boris Cyrulnick nomme les tuteurs de résilience, ces personnes que nous rencontrons dans notre vie, vont nous

<sup>1</sup> fondatrice du centre de Thérapie Familiale Monceau (Paris), directrice éditoriale de la collection « Réponses » aux Editions Robert Laffont (Paris), coordinatrice du DESU de Thérapies Familiales et Pratiques Systémiques à l'Université Paris VIII

## ELUCIDER LA SOUFFRANCE POUR PROMOUVOIR UN CHANGEMENT

Marco Vannotti, médecin psychiatre-psychothérapeute,  
co-directeur du Centre d'étude de la famille

aider à cheminer, qu'ils soient parents, amis, thérapeutes ou autres, modèles identificatoires. Ils nous servent de guides.

Tous les processus psychotérapeutiques s'inscrivent dans un contexte social déterminant les rôles des thérapeutes et du patient : selon son histoire et sa culture, chaque société définit des modes de traitement lui paraissant adéquats pour améliorer le bien-être individuel et collectif de ses membres. Ce droit de regard de la société est d'autant plus impérieux que la nôtre évolue dans une psychologisation des besoins sociaux. L'approche systémique nous a appris à nous intéresser aux cultures et aux modes de communication intervenant dans différents contextes.

Le thérapeute, comme le souligne Salvatore Minuchin<sup>A</sup>, doit s'affilier à la culture environnante. Il explique qu'il est Espagnol avec des familles hispanisantes, Italien avec les familles de Rome, etc. Cette prise en compte du contexte individuel familial et socioculturel doit s'accompagner de règles éthiques extrêmement précises sans lesquelles aucun acte thérapeutique ne peut être défini comme tel.

Nous avons choisi de privilégier les références systémiques tout en tenant compte de notre formation de base psychanalytique. La construction immédiate d'un génogramme autant en thérapie individuelle que familiale permet de poser le contexte de travail. Nous construisons des hypothèses que nous soumettons aux patients qui sont partie prenante de ce travail d'élaboration. Nous cheminons avec eux en respectant leur demande et leurs résistances. Les protocoles sont souples tout en étant rigoureux. C'est dans ce climat respectueux que nous tentons de redonner un sens nouveau aux problématiques évoquées. Le processus de changement s'intègre alors dans cette perspective. ■

### Finalité de la thérapie systémique

La finalité de la thérapie systémique pourrait être décrite comme étant celle de *comprendre* la souffrance et d'y *participer*, dans la dimension présente de la rencontre, afin de *promouvoir un changement* correspondant à un *mieux-être* pour le système soigné. Dans le traitement des familles, en particulier, l'intervention vise au développement d'une modification d'ensemble des émotions, des cognitions et des comportements, qui favorise l'apprentissage de nouveaux savoirs relationnels implicites (Stern, 1999).

Le patient n'est pas le seul à devoir changer pour qu'une guérison ou un soulagement advienne. Au respect et à l'attention pour la souffrance individuelle, on associe la tentative de comprendre et d'intégrer celle-ci au sein du malaise collectif de l'environnement du patient en utilisant des modalités d'intervention qui sont directement orientées vers l'ensemble complexe des relations interpersonnelles.

La demande de l'individu vise souvent à pallier sa propre souffrance immédiate – liée à la rupture d'un équilibre préexistant, à un vide qui est venu se créer dans sa sphère d'appartenance, à un conflit devenu insupportable, à l'épreuve d'un événement adverse ou aux traumatismes et violences qu'il endure ou a endurés. Oppressé par le poids de la souffrance, il ne perçoit pas toujours son origine et n'a pas non plus l'idée du changement qu'il lui faudrait opérer pour la soulager.

Cette origine peut à notre sens s'éclairer, d'une part, à la lumière de l'*histoire* des patients et, d'autre part, sur la base d'une meilleure compréhension de la *dynamique affective* par laquelle ils ont appris, dans le cours de leur développement, à gérer les événements, les épreuves et les conflits. Il s'agit d'événements qui, de façon récurrente, peuvent avoir marqué le proche passé des patients, jusqu'à ceux

qui ont frappé l'enfance du sceau de l'épreuve ou du malheur.

La souffrance vécue par le sujet demeure souvent cachée et méconnue. Une telle minimisation de la souffrance induit une méconnaissance de la réalité.

Les familles qui présentent ces traits ne cachent pas ou ne nient pas forcément les événements réels qu'elles ont traversés, mais ont tendance à émousser le vécu émotionnel qui s'y rattache, a fortiori s'il s'agit de souffrances liées à des événements traumatiques (Selvini, 1995). Cette méconnaissance résulte d'idéalisations et de clivages visant à recouvrir des pertes ou des tourments restés jusque là non exprimés – le clivage consistant ici à séparer les faits de l'impact émotionnel qu'ils ont exercé.

Nous avons relevé, dans l'enfance de nombreux patients, la présence d'expériences précoces de souffrance sous la tonalité dominante du "pâtir". Or, un tel vécu de souffrance, loin de se confiner aux seuls moments ponctuels où le sujet éprouve la douleur, laisse en celui-ci des traces durables qui sont propres à modifier sa réceptivité à venir. Plus un *pattern* douloureux ou traumatique est expérimenté précocement, plus les chances qu'il se reproduise dans le futur sont grandes. Le pouvoir des événements vécus pendant l'enfance est déterminé par le fait que les expériences engrangées précocement organisent le sens et la réponse à de nouvelles expériences douloureuses et traumatiques. Il importe précisément de souligner que la mémoire de la douleur qui s'élabore ainsi au départ d'expériences traumatiques précoces ne se confond pas nécessairement avec un souvenir explicite et conscient, ni même à proprement parler avec une fonction mentale; elle est *fixée dans le corps même du sujet*. Elle est une "mémoire somatique" qui, concrètement, se traduit par une vul-





fin de l'article de Marco Vannotti

*néralité* qui pousse le sujet, devenu adulte, à réagir à tout nouvel événement traumatique (deuil, accident, séparation...) par une réactivation du *pattern* douloureux. On peut d'ailleurs se demander si l'expérience de la douleur ne se présente pas comme la voie privilégiée par laquelle "rencontrer" et tenter d'"intérieuriser" tout nouvel événement traumatique. Cette voie paraît d'autant plus puissante que les blessures précoces sont restées peu élaborées sur un plan symbolique.

Une telle élaboration exige par principe une confrontation et une explication intersubjectives.

L'élaboration du projet thérapeutique implique alors que ceux qui y prennent part commencent par coconstruire une lecture de la situation, en en dégageant les émotions et en retrouvant l'histoire qui s'incarne dans le présent douloureux. A partir d'un sens ainsi dégagé, il s'agit de favoriser de nouvelles expériences émotionnelles et relationnelles entre les membres du système familial, et entre ceux-ci et le thérapeute. La *coconstruction des finalités du traitement* implique que celles-ci soient progressivement identifiées au cours du processus en fonction de la lecture de la situation qui s'opère en commun.

Cette coconstruction prend la forme d'un processus thérapeutique *partagé* lorsqu'elle permet à la famille et au thérapeute de coopérer dans le cadre de leur rencontre en alliant, voire en renforçant leurs compétences respectives. Dans cette optique, la thérapie s'articule autour d'échanges qui ont pour but d'atteindre un niveau *majeur* pour les clients et pour le thérapeute. Ainsi, la souffrance qui a initialement motivé la thérapie peut trouver un sens dans la transformation majorante, forcément différenciée, qu'elle induit chez les clients et les thérapeutes.

### Souffrance du sujet et souffrance du thérapeute

Le *paradigme constructiviste* propose une vision épistémologique basée sur l'idée (récurrente dans la tradition philosophique) que la réalité ne peut être connue et décrite sur un mode purement objectif; la description ne peut jamais se soustraire à une attribution de sens ni, de ce fait, à la subjectivité de l'observateur. Ainsi, *ce que nous percevons* est toujours une conséquence de la *manière* dont nous participons à ce que nous percevons. C'est dire que l'accès à la réalité clinique est toujours codéterminé par le contexte du thérapeute et par l'histoire de vie qui l'a porté à choisir un métier de soin. Comme la phénoménologie l'avait déjà souligné, observer, décrire et a fortiori soigner sont autant d'actions qui reposent sur l'unique et même acte constitutif de *se rapporter à... ou d'être en relation avec...*

La compréhension de la souffrance des patients et le pressentiment de leurs ressources supposent des aptitudes particulières du thérapeute, notamment la disposition à une *implication affective forte*, dans le cadre d'une rencontre de personne à personne.

L'engagement du thérapeute obéit assurément à la règle déontologique qui l'oblige à faire le bien du patient. Mais il répond à vrai dire aussi à une nécessité plus subtile et plus exigeante : à la nécessité que le thérapeute éprouve de fonder son estime de soi sur son aptitude à aider et à soigner les autres. Cette nécessité interne peut mettre en jeu les intentions réparatrices les plus radicales, qui sont enracinées aussi bien dans l'exigence identitaire des thérapeutes que dans leur histoire personnelle.

Les thérapeutes aussi peuvent avoir souffert d'une blessure fondamentale; ils utiliseraient alors leur profession pour se réparer en voulant réparer les autres.

Que nous enseigne la clinique sur l'histoire personnelle des thérapeutes ? Que leur blessure ne consisterait pas seulement dans le fait d'avoir souffert, mais souvent dans le fait d'avoir eu précocement à réparer des personnes proches souffrantes ou malades.

Le psychiatre et psychanalyste hongrois L. Szondi, fondateur de l'"analyse du destin", parle de la personnalité des sujets qui exercent une profession d'aide comme étant dominée par le "vecteur paroxysmal"; celui qui intègre à la fois les affects coléreux de haine, de vengeance, voire de meurtre, et ceux qui émanent de leur renversement ou de leur sublimation, tels le dévouement, la compassion, l'aspiration à "faire le bien" (cf. Szondi, 1972, 1983). On peut supposer que le futur thérapeute a connu un parcours intérieur caractérisé par une parentification qui s'est accompagnée du pressentiment d'être utilisé pour les besoins des parents et d'un sentiment d'injustice. Le sentiment d'avoir été utilisé comme enfant peut au demeurant rendre compte de la méfiance quasi universelle que les soignants éprouvent à l'idée d'être "manipulés" par leurs patients.

L'esprit de réparation, qui constitue l'une des motivations fortes des thérapeutes, n'est en lui-même ni bon ni mauvais. Il émane d'une partie intéressée du moi, en ce qui concerne la reconnaissance d'une souffrance passée, et d'une partie du moi très sensible à la souffrance de l'autre; cette constellation particulière de la personnalité incline le sujet à choisir une profession d'aide.

Mais afin que la disposition à aider puisse se transformer dans un changement majorant, il importe que la rencontre singulière et forte entre le thérapeute et la famille réside aussi dans la rencontre entre l'histoire des patients et celle des soignants, sans dissimulation de leurs souffrances respectives.

C'est la capacité d'élaborer sur un plan symbolique le vécu de souffrances liés aux événements douloureux du soignant qui permet de légitimer et

donner un sens nouveau à la souffrance du vécu traumatique des patients. C'est dans cette participation à une dimension pathique partagée que se

trouve à notre avis un des leviers les plus puissants du changement, celui qui permet justement l'apprentissage de nouveaux savoirs relationnels. ■

## GUÉRIR PAR LE CHANGEMENT A LA RECHERCHE DE COTHÉRAPEUTES DANS L'OLYMPE

Nahum Frenck, médecin pédiatre et thérapeute de famille

Il est bien connu que les dieux de l'Olympe tiennent au maintien de l'ordre et à l'équilibre de la condition humaine. "Tout doit rester tel quel et tout doit continuer comme auparavant."

Les patients qui viennent avec leurs souffrances me demandent de les aider à moins souffrir, à ne pas souffrir du tout, ils me demandent de les aider à changer l'ordre des choses, à mettre en route un processus de changement, un processus de guérison. En tant que thérapeute, pour m'engager dans ce processus thérapeutique avec mon patient, je suis obligé de braver les dieux de l'Olympe. C'est pour cela que je me suis mis à la recherche d'autres divinités pour les solliciter en tant que cothérapeutes.

Les dieux de l'Olympe disposent de différentes divinités pour "préserver l'ordre public", comme on dirait de nos jours. Tout d'abord les Moïres (les Parques des Latins). Elle sont trois et s'appellent Clotho, Lachesis et Atropos. Elles sont les destinées individuelles et inéluctables de chaque humain. Clotho, la fileuse, personnifie la trame de la vie. Lachesis est la chance, la part de hasard à laquelle chaque humain a droit (même le hasard était quantifié). Atropos est l'inflexible destinée, celle qui coupe le fil de la vie.

Il y a une autre divinité, fille de la Nuit comme les Moïres, mais dont la mission est le maintien de l'ordre. Il s'agit de Némésis, la colère divine. Cette

divinité est chargée de préserver la morphostase du système, luttant avec colère contre la morphogénèse. Némésis est représentée avec un coude replié (la coudée, mesure que l'homme ne doit jamais dépasser) et un doigt sur la bouche (mieux vaut se taire, pour ne pas s'attirer la colère divine).

L'homme peut mécontenter les dieux de deux manières, soit en offensant la loi morale, soit en les rendant jaloux de leur bonheur ou de leur richesse. Dans les deux cas, l'homme qui se distingue, qui sort du lot, subira la Némésis divine. Némésis personnifie la vengeance divine, celle qui s'abat sur les mortels très heureux et qui se réjouissent de l'être. Elle rappelle à chacun sa place dans un ordre de l'Univers que toute démesure met en péril.

Et la vie des humains coule dans un ordre parfait grâce à ces "garde-fous" que sont les filles de la Nuit.

A l'orée d'un bois, dans les montagnes d'Arcadie, j'ai rencontré une divinité qui m'a causé une frayeur énorme, une peur panique. Ayant repris mes esprits, je lui demandais de décliner son nom : "Le dieu Pan", me dit-il. Non, ce n'était pas lui que je cherchais. En effrayant les gens, on ne peut pas les aider à changer.

Dans une autre contrée, j'ai rencontré **Até**, fille d'Eris, la discorde, et de Zeus. Elle m'avait été décrite comme une divinité malfaisante : elle inspire les actes irréfléchis aux humains!

Je l'ai trouvée là, assise parmi les hommes. Quand je lui ai demandé : "Pourquoi n'es-tu pas dans l'Olympe?", elle m'a répondu : "Lassé par ma malfaisance, Zeus, mon père, m'a saisie par les cheveux et m'a jetée sur la terre en m'interdisant à jamais de revenir parmi les dieux." "Et que fais-tu parmi les mortels?", lui demandais-je. Elle me répondit : "J'accrois la confusion !"

Je me suis demandé si elle n'est pas considérée par l'*establishement* comme une divinité malfaisante, justement, parce que, grâce à la confusion, elle porte atteinte à l'ordre établi. Cet ordre si chèrement gardé par Némésis et les Moïres.

N'est-ce pas le fait d'une dictature de définir arbitrairement comme nocif tout ce qui pourrait porter atteinte à l'ordre établi, tout ce qui pourrait contribuer à changer quelque chose ?

Até ne pourrait-elle être ma cothérapeute afin que, grâce aux actes irréfléchis et la confusion qu'elle engendre, le changement puisse s'installer et conduire à la guérison ?

Mais alors attention, car Zeus pourrait m'envoyer les trois Erinyes qui parcourent la surface de la terre pour tourmenter les "criminels" qui troublent l'ordre public et social !

Il me fallait donc d'autres divinités pour faire une coalition avec Até et pouvoir faire face aux courroux des

fin de l'article de Nahum Frenck

dieux de l'Olympe. Ils sont plus forts que nous, c'est un fait ! Donc, il me faut trouver une ruse, une stratégie pour déjouer leur pouvoir (je pense au livre de Jay Halley, *The power tactics of Jesus Christ*).

J'aborde alors un personnage important, sur la pointe des pieds. J'approche **Eros**. Il est une des forces primordiales qui dominent le monde avant la naissance des immortels et l'apparition des humains. Il représente la force d'attraction qui porte les êtres à s'unir. Je lui propose de rester avec nous, lui qui est là depuis si longtemps et qui est un élément important de la relation entre les humains.

Avec Até et Eros, j'ose solliciter **Chaos**. Il est le principe du commencement confus de toutes choses, de lui vint la lumière nécessaire à l'éclosion de la vie. Et comme le dit bien le proverbe américain : *"Tomorrow is the first day or the rest of your life!"* J'ajoute : *"Tomorrow is the beginning of the world."*

Mais attention, Chaos est le grand-père maternel (puisque père de la Nuit), des trois Moïres et de Némésis, les gardiennes de l'ordre établi, les gardiennes du non-changement. S'il peut avoir dans sa famille les gardiennes de l'ordre garantes de l'homéostasie familiale et sociale et être lui-même au commencement confus de toute chose, alors je suis convaincu qu'il peut être un excellent cothérapeute.

Fort de mon lien avec les cothérapeutes, je m'assieds au tournant d'un chemin pour parler avec mon confrère **Asclépios**. Lui qui est un exemple de résilience. Lui qui fut sauvé par son père in extremis en l'arrachant des entrailles de sa mère lorsque le cadavre de celle-ci commençait à se consumer sur le bûcher funéraire.

Asclépios le résilient me présente un autre confrère, **Chiron**, le centaure,

son précepteur. Tous les trois, nous nous sommes assis, avec Até, Chaos et Eros, pour partager l'agape.

Asclépios nous raconta qu'il avait appris sa science de Chiron, mais l'avait perfectionnée au point qu'il arrivait à pouvoir ressusciter les morts. Un terrible malheur lui était arrivé. Hadès, le dieu des enfers, qui craignait de devoir fermer boutique faute de morts et que l'ordre de la nature ne soit troublé (nous y revoilà), demanda à Zeus d'agir et ce dernier foudroya Asclépios. Donc le message est clair, ne guéris pas trop et surtout ne ressuscite pas les morts – guérison extrême – parce que cela va à l'encontre des intérêts de l'ordre établi.

Chiron le centaure était aussi un résilient. A sa naissance, sa mère épouvantée d'avoir accouché d'un être mi-homme mi-cheval demanda aux dieux de la métamorphoser, et elle est devenue un tilleul. Il grandit sans mère et apprit l'art de guérir. Malheureusement, il fut blessé par accident et, dans d'énormes souffrances, il offrit son immortalité à Prométhée pour pouvoir mourir en paix.

"Mais Chiron, vous avez été un excellent guérisseur. A votre grotte du mont Pélion en Thésalie, des centaines de patients affluaient et vous les guérissiez. Pourquoi avez-vous choisi d'offrir votre immortalité à un personnage comme Prométhée?"

"Pour deux raisons, me répondit Chiron, la première parce qu'il avait dérobé le feu divin pour l'offrir aux hommes. La seconde parce que, grâce et à cause de lui, Zeus envoya Pandore aux mortels. C'est la jeune femme que les dieux de l'Olympe ont créée et envoyée sur terre afin de punir les mortels trop puissants en les séduisant et en les conduisant à leur perte. Pandore, un jour, par curiosité, ouvrit la boîte qu'elle devait garder fermée et laissa échapper tous les malheurs qui

se répandirent sur la terre. Seule l'espérance demeura au fond."

J'étais comblé. J'avais trouvé mes cothérapeutes : **Até**, celle qui inspire les actes irréflectés aux humains. C'est en partant des actes irréflectés que l'on peut changer et s'engager dans un processus de guérison. **Chaos**, le principe du commencement confus de toutes choses et de qui vint la lumière nécessaire à l'éclosion de la vie. Ce n'est que du désordre que peut surgir le changement vers un autre ordre. **Eros**, qui représente la force d'attraction qui porte les êtres à s'unir. Cette force nécessaire pour collaborer, pour labourer ensemble les sillons thérapeutiques.

En plus, j'ai reçu deux leçons inoubliables de mes confrères. Chiron m'a appris le sens de "grâce et à cause de". Lorsque quelque chose arrive, il faut toujours chercher le "grâce et à cause de...". Dans tout malheur, il y a un micron de bonheur, il faut le chercher. Et ce micron de bonheur sera l'étincelle qui allumera le moteur du processus de changement.

La deuxième leçon vient d'Asclépios et elle est la suivante : tiens compte de l'ordre de la nature, mais ne renonce pas à ta science.

Si par malheur les foudres des Zeus modernes t'atteignent, même s'ils envoient des Pandores, sache que l'espérance demeure et demeurera éternellement. ■

## UN CHIEN DE MA CHIENNE

Gérard Sagié

(Texte publié la première fois dans *Le Nouveau Quotidien*, Lausanne, le 17.12.1991)

Il était venu me voir parce qu'il avait peur des chiens, du plus gros au plus petit, du danois musclé au yorkshire frisottant. En douze ans, il avait consulté sept médecins, deux psychiatres, une psychologue, un ostéopathe, tous bien intentionnés, tous inefficaces. Puis on lui a dit: essaie l'hypnose. Il a hésité. Ça lui faisait peur, mais moins que les chiens. Alors il est venu, comme ça, "pour voir". J'ai entendu les questions habituelles: méthode valable? dangereuse? ne risque-t-on pas de devenir fou? de ne plus "se réveiller"? de rester sous l'emprise du médecin? Laissons ça, lui ai-je dit, nous verrons plus tard. Parlez-moi de votre peur.

Au début, sa peur n'était qu'une simple frayeur périodique, survenant à la vue des chiens, augmentant à leur proximité. Il ne savait comment elle s'était muée peu en peu en idée fixe, envahissant insidieusement sa conscience, modifiant ses habitudes. Il prenait toutes les mesures nécessaires pour éviter les chiens, préparait d'avance ses parcours en ville, esquivant certains squares, fuyant les parcs publics et leurs carrés à sable, les boucheries et tout magasin dont l'entrée est garnie d'un anneau pour maintenir les bêtes en laisse à l'extérieur.

Son enfance? Ah oui, un jour, un chien l'avait poursuivi. Epouvante indescriptible. Il avait couru vite et longtemps. Une psychologue avait ensuite insisté sur cet événement traumatique, déclencheur de sa phobie. Mais l'explication ne l'avait ni convaincu, ni guéri. Sa peur des chiens persistait, s'aggravait, lui rendait la vie sociale de plus en plus difficile. On avait essayé de le raisonner, lui-même était conscient de l'absurdité de ses frayeurs et avait tenté d'amadouer sa peur, à l'aide d'encyclopédies illustrées. Mais même en images, les chiens l'effrayaient. La page illus-

trée de la rubrique "chiens" le terrorisait, avec ses boxers, ses teckels, ses épagneuls, ses sloughis, ses bouviers des Flandres aux gueules béantes. Sans oublier les king-charles, les terre-neuve, et jusqu'aux lévriers russes, avec leur air calviniste.

Le moindre jappement de chiot, au loin, et il se figeait, exsangue. Furieux d'être si timoré, il s'en voulait, finissait par avoir peur de sa peur. Il faut reconnaître que les chiens ne l'aidaient guère: ils le repéraient d'instinct, l'observaient, soudain attentifs, la langue rentrée, l'oreille pointée au zénith, posaient un regard appuyé sur ses mollets, reniflaient sa peur de loin, tiraient sur leur laisse. Une fois, il en avait pissé dans son froc.

Un psychanalyste s'était occupé de lui et l'avait fait parler pendant trois ans de son père et du lit conjugal de ses parents, à raison de quatre fois 180 francs par semaine. Aucune amélioration. Un behavioriste allemand, spécialiste des phobies, avait tenté la méthode de "désensibilisation" progressive. Il lui avait montré des diapositives de toutous un peu flous, dans le lointain, puis de cabots de plus en plus gros, en plans rapprochés. Atroces visions. Mais il ne faisait aucun progrès, et le médecin avait alors parlé de "flooding"\*. Il était parti en courant et ne l'avait plus revu.

Quand il m'a raconté tout ça, j'ai ri comme douze bossus. Ça l'a étonné, un peu vexé aussi. J'ai essayé de m'excuser, mais sans conviction. Lui était déconcerté. D'un côté, mon rire l'humiliait, comme si je me moquais de sa faiblesse, d'un autre, ça le rassurait, ça dédramatisait sa phobie en lui conférant une petite saveur anodine. Et l'hypnose? Il voulait savoir comment j'allais l'appliquer. Une fois de plus, j'ai remis ça à plus tard: "Vous verrez, c'est plus simple que vous ne croyez". Quand il est revenu, j'ai bien vu bien à son regard qu'il me guettait comme

quelqu'un qui lui préparait un tour de passe-passe. Mais une sorte de complicité confiante s'installait entre nous. Il cherchait aussi à vérifier si sa peur avait toujours un caractère comique. "Avant-hier, docteur, un vrai cauchemar. A peine dans l'ascenseur, qu'est-ce que je vois, mais qu'est-ce que je vois? Un de ces chows-chows tout frémissants. Trop tard pour sortir. Douze étages!" Et moi de m'esclaffer. A notre quatrième rencontre, il m'a dit que j'avais l'air peu pressé de l'en sortir, de sa peur. Il avait même l'impression que je cherchais à l'entretenir, comme pour me distraire d'autres horreurs auxquelles mon métier me confrontait. Je ne le détrompais pas vraiment, tout en évitant une réponse trop claire.

- Mais cette hypnose, docteur, on s'y met bientôt?

- Ça viendra, ça viendra, racontez.

Déception dans ses yeux, mais soulagement aussi (il redoutait le coup du "dormez-je-le veux").

Docile, il me racontait ses derniers déboires. Quand une semaine s'était passée sans panique, je bâillais, déçu, ennuyé. En revanche, dès qu'il avait un épisode particulièrement effrayant à me rapporter, je me réveillais, mes yeux s'allumaient, je l'écoutais avec une sorte de gourmandise. Dérouté, il me traitait parfois de sadique, mais ne manquait aucun rendez-vous. Mine de rien, il se piquait au jeu, s'inquiétait un peu si la semaine s'était passée sans crise de panique. Quand une de ces "rencontres du troisième type" (comme on avait fini par appeler, entre nous, ses avatars avec les chiens), s'était produite, c'était comme une aubaine, et il me la racontait dans le style "vous-ne-savez-pas-la-dernière?".

L'autre jour, il n'y a pas si longtemps, il m'a dit gravement: "Sérieusement, cette hypnose, on s'y met quand? Il ne faudrait pas trop traîner tout de même. Ma peur faiblit, elle aura bientôt disparu, il n'y aura plus rien à guérir. Ce serait dommage, non?"

\* *Flooding* (ou: "immersion") technique de thérapie comportementale consistant à exposer brusquement le phobique à la situation phobogène. Ici, par exemple, il s'agirait d'enfermer notre patient dans un chenil plein à craquer, pendant quelques heures (en tout cas jusqu'à ce qu'il ne crie plus).

## L'ART DE LA TARENTELE

Eric Bonvin, médecin psychiatre-psychothérapeute, membre du Conseil de fondation

*Wolle die Wandlung. O sei für die Flamme begeistert, drin sich ein Ding dir entzieht, das mit Verwandlungen punkt; jener entwerfende Geist, welcher das Irdische meistert, liebt in dem Schwung der Figur nichts wie den wendenden Punkt.*

Rainer Maria Rilke  
Die Sonette an Orpheus XII

L'idée de changement ou de métamorphose paraît fondamentalement liée à toute pratique de soin quelle qu'en soit sa forme ou sa conception. Agir sur la maladie, la souffrance ou la condition humaine amène inévitablement l'idée de changer le cours des choses, de changer les fonctions de l'être et de ses comportements. Placées sous cet éclairage du changement et dans leur strict contexte culturel, certaines pratiques de soins nous révèlent des aspects passionnants.

Attardons-nous, par exemple, sur la pratique ancestrale du chamanisme. Alors que le regard courant porté sur cette pratique en retient essentiellement sa dimension archaïque, irrationnelle, magique, spirituelle ou occulte, la dynamique purement relationnelle qui la caractérise reste cependant peu évoquée. Pourtant, placé dans cette perspective, le chaman, bien plus qu'un manipulateur mystérieux de la réalité, apparaît surtout comme un maître dans l'art de la démonstration du changement et de la métamorphose. Le chaman est l'être de la métamorphose lorsque, à l'aide de son costume, il devient un animal, un oiseau ou un squelette. Il est celui qui maîtrise l'art de modifier l'état de conscience et de la perception par la transe. Il est le maître de l'altérité lorsqu'il devient les esprits qu'il invoque, en adopte leur voix et leur langage. Enfin, il est aussi celui qui connaît les chemins de la transformation curative, de la guérison, puisqu'il est celui qui a vécu l'épreuve de la maladie ou du danger de mort et qui en est revenu. Le chaman est donc celui qui

donne à voir la métamorphose et la guérison, qui les rend perceptibles.

Lors de la séance de chamanisme, les esprits, en réponse à la souffrance présentée par le chamanisé entrent en scène par l'intermédiaire du chaman. Nous pouvons dire à ce stade que la constellation des esprits apparaissant lors de la séance s'improvise sous l'effet de la singularité de la situation motivant la séance. En d'autres termes, le chaman devient ces esprits, il en est le vecteur et ne fait que reproduire la singularité de cette situation. Puisque les esprits apparaissent en fonction de la souffrance du chamanisé et que ces esprits viennent posséder le chaman, cela revient effectivement à dire que le chaman se laisse posséder par la souffrance singulière du chamanisé, qu'il s'y ajuste, tout en se retirant lui-même. La possession signifie bien que le chaman devient Autre et que cet Autre n'est que la manifestation de la singularité du chamanisé. En utilisant le langage des esprits, le chaman épouse en fait la singularité du chamanisé et la séance de chamanisme n'apparaît finalement pas tant comme une danse avec les esprits mais bel et bien comme un ballet qui se joue entre le chaman et le chamanisé. Le chamanisé donne le ton avec sa souffrance et son attente et le chaman s'y ajuste, en épouse les contours, la cadence, les expressions tout en faisant usage pour cela du monde des esprits. Le chaman se laisse conduire dans le ballet du changement qu'il incarne. Il devient le simple garant d'un espace de changement possible. Espace dans lequel c'est surtout le chaman qui change en s'adaptant à la singularité du chamanisé. C'est ainsi que la magie du changement dans le chamanisme ne repose pas tant sur quelque formule ou pouvoir secrets mais bien sur la faculté de changement du chaman rendue visible par le rituel, du même coup élevée à une potentialité pour le chamanisé.

Devenant Autre, le chaman ne saurait être lui-même détenteur d'un savoir, d'une explication ou d'une interprétation. Pour la plupart des chamans, les secrets n'ont souvent d'autres vertus que de servir de simples outils de négociation avec le monde des esprits avec lequel ils se sont familiarisés. Sans pour autant l'expliquer, ils s'approprient ce monde des esprits, afin d'en libérer le chamanisé. En effet, être chamanisé ne signifie pas être initié au monde des esprits mais bien en être libéré et réintégrer pleinement le monde des humains. C'est pour cela que le chaman finit pratiquement toujours par prescrire des injonctions visant à rétablir et modifier les relations humaines, les liens familiaux et communautaires.

L'art de la tarentelle, pratiqué dans les Pouilles italiennes, nous offre aussi une très riche illustration de cette dynamique relationnelle. Cette musique se joue lors du rituel du tarentisme qui consiste à libérer une personne possédée par l'esprit de la tarentule. Lors de ce rituel, l'araignée se met à *scazzicare*, c'est-à-dire à gesticuler et à danser par l'intermédiaire du corps du possédé. L'art des musiciens consiste alors à épouser au plus près cette chorégraphie, à la mimer le plus justement possible. Cela revient à dire que la musique suit et se laisse guider par la singularité du possédé qui s'exprime dans ces mouvements arachnoïdes. Nous voyons là aussi comment cet art de la tarentelle relève d'une extraordinaire faculté d'adaptation et de transformation de la part des musiciens-guérisseurs qui doivent épouser au plus près la singularité du possédé, tout en laissant libre cours à l'improvisation.

Le guérisseur tel que nous le connaissons dans nos campagnes illustre tout aussi bien cette dynamique relationnelle basée sur l'adaptation et le changement. En effet, le guérisseur n'est-il pas généralement celui qui, passant

par les affres de la maladie ou à proximité de la mort, s'en est sorti en ayant eu le pouvoir de se transformer, de guérir ? Lorsque le guérisseur reçoit un souffrant et que, sans un mot, récitant intérieurement ses secrets, il ressent dans son propre corps la souffrance du patient, sans même pouvoir l'expliquer, n'est-il pas en train de se laisser transformer par la présence du souffrant ? N'est-il pas ainsi celui qui donne la démonstration du changement, tant par la maladie qu'il a surmontée, que par l'ajustement qu'il manifeste à l'égard de la personne souffrante ? Là aussi nous voyons comment un soignant peut se passer de toute explication, de toute interprétation et pourtant rendre le changement possible en laissant s'exprimer dans son propre corps la singularité de la personne souffrante.

Ce bref aperçu nous permet d'apporter quelques arguments intéressants sur la question du changement. Tout d'abord, en nous rappelant que la notion de changement, de transformation ou de métamorphose est énoncée dans toutes les formes et les pratiques de soins, de la plus ancestrale à la plus moderne et que cette notion apparaît même, comme constitutive de l'activité du soin. Ensuite, ces quelques exemples pris dans des pratiques se situant aux antipodes de nos méthodes modernes de soins nous dévoilent un facteur thérapeutique crucial : celui de l'aptitude au changement du thérapeute. Alors que la question du changement est généralement explorée dans la perspective de l'influence que pourra opérer le thérapeute sur son patient, ces exemples nous amènent par contre à tenir compte aussi, et de manière tout aussi importante, de l'influence qu'opère le patient sur le thérapeute.

La rencontre thérapeutique est sustentée par l'attente d'un changement possible. Comme le propose Daniel Stern (1) dans son texte, la dynamique

du changement éclôt dans le contexte d'une connaissance relationnelle implicite et par des microprocessus se déroulant sur un mode improvisé impossible à prédire. Ce processus n'appelle pas d'interprétation et n'a pas besoin d'être rendu verbalement explicite. Cette proposition amène d'emblée à souligner une ambiguïté. Comme le faisait déjà remarquer Georges Canguilhem (2), les théories et les savoirs thérapeutiques offrent de nombreuses hypothèses sur les mécanismes de changement, mais restent étrangement silencieux sur la question de la guérison. La notion de guérison demeure la tâche aveugle des modèles de soins modernes dont la dynamique reste orientée vers les processus de transformation de la maladie plutôt que ceux de la guérison. Les théories modernes sont donc faibles pour nous éclairer sur la question du changement thérapeutique. De plus, bien que la noosphère (c'est-à-dire le savoir et ses représentations savantes) demeure sans doute un outil auquel beaucoup de thérapeutes ont recours, celle-ci n'a probablement que peu à voir avec les processus de changement et de guérison qui se déroulent dans leurs thérapies.

Mais alors, si la dynamique du changement se passe d'interprétation, n'a pas besoin d'être rendue verbalement explicite et se déroule dans le contexte d'une connaissance relationnelle implicite et par des microprocessus se déroulant sur un mode improvisé impossible à prédire, quel rôle peut donc bien jouer le thérapeute ? Peut-être simplement celui d'une présence qui, sans explication particulière, permette aux processus de changement de se dérouler dans l'espace de changement spécifique qu'est la thérapie. Tout en étant le garant de cet espace, le thérapeute peut cependant le laisser vide afin qu'il soit entièrement occupé par le patient mobilisé par son attente singulière. C'est bien ce qui apparaît dans la pratique des chamans, des

guérisseurs et de l'art de la tarentelle. La noosphère, où le monde des interprétations et des explications est tenu hors de portée de la relation thérapeutique par le secret et la seule implication relationnelle effective du thérapeute, consiste en une formidable faculté à suivre la danse ou le jeu du patient, à s'y ajuster en permanence. En d'autres termes, chamans et guérisseurs laissent simplement se déployer le processus de changement singulier du patient en l'accompagnant et en lui donnant le cadre nécessaire à son accomplissement. La vacuité attentive qu'offre le thérapeute donne pleine reconnaissance à la singularité du patient et la rend ainsi implicitement et humainement compatible. Ainsi, le thérapeute peut-il assurer son art par sa seule aptitude au changement et sa présence relationnelle attentive prête à improviser avec l'incertitude, avec l'influence du patient, à jouer avec celui-ci pour reprendre un concept cher à Donald Winnicott (3). Le savoir, l'interprétation de ses propres émotions, le décryptage des rouages internes du patient, ou l'aptitude à se conformer scrupuleusement à de quelconques préceptes ne paraissent d'aucune aide dans le ballet du changement dans lequel le thérapeute ne peut s'appuyer que sur sa propre agilité au changement et à l'improvisation. ■

#### Références bibliographiques :

1. Stern DN. Le processus du changement thérapeutique. Intérêt de l'observation du développement de l'enfant pour la psychothérapie de l'adulte. In: Ciccione A, Gauthier Y, Golse B, Stern D, editors. *Naissance et développement de la vie psychique*: Erès, 1998:39-57.
2. Canguilhem G. Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? *Nouvelle revue de psychanalyse* 1978(17):13-26.
3. Winnicott DW. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris: Gallimard, 1997

## INTERVIEW DE NAHUM FRENCK

par Gérard Salem

**Création de l'AVDITS (Association Vaudoise d'Interventions et de Thérapies Systémiques) : interview pour *La Lettre* du Dr Nahum FRENCK, président.**

**GS :** Alors, Nahum, l'AVDITS vient d'être créée. Est-ce que tu peux nous dire quelle est cette association et quels sont ses buts ?

**NF :** Le but est celui de mettre ensemble tous les intervenants et thérapeutes systémiques pour nous connaître, défendre nos idées et établir un réseau d'intervenants, pour donner plus de congruence à nos interventions..

**GS :** Réseau circonscrit à la région vaudoise ?

**NF :** En effet, puisque à l'heure actuelle chaque canton a son association d'intervention systémique et thérapeutique et, parce que prochainement l'ASTEFIS (Association Suisse de Thérapie de Famille et Interventions Systémiques) va devenir une fédération faîtière de tous les organismes cantonaux.

**GS :** Et l'ASTHEFIS s'est elle-même reliée à l'EFTA (European Family Therapy Association)?

**NF :** Oui, l'ASTHEFIS fait partie de l'EFTA, qui regroupe toutes les associations européennes de thérapie familiale.

**GS :** Et l'AVDITS a été créée où et quand, et sur quelle initiative ?

**NF :** Ça s'est créé le 15 mai de cette année, dans un auditoire de l'hôpital de Cery, à l'initiative de l'un de nous, parce que le manque s'en faisait sentir. Le fait de pouvoir se réunir, de faire des colloques ou des mises au point des nouveautés, et éventuellement de créer un fond d'articles et de livres serait un des buts poursuivis.

**GS :** Il y avait du monde lors de la création de l'association ?

**NF :** A l'assemblée constitutive, nous étions 23 personnes. A l'heure actuelle, nous comptons une soixantaine de membres.

**GS :** La création de cette association répond donc à un manque, à un besoin, disais-tu. Où en sont précisément les thérapies systémiques, les interventions systémiques dans le canton ? Est-ce qu'elles sont prises au sérieux, est-ce que les gens s'y intéressent dans le paysage des interventions thérapeutiques en général ?

**NF :** A mon avis, il y a plus d'intérêt pour la thérapie de famille de la part du public que des professionnels. On forme, au Centre d'Etude de la Famille (Prilly, Site de Cery), des professionnels capables de pratiquer la thérapie de famille. Mais, malheureusement, quand on cherche un thérapeute, on n'en trouve pas, ou trop peu. A l'heure actuelle, les gens doivent faire des dizaines de téléphones avant de pouvoir trouver un thérapeute de famille disponible.

**GS :** Et l'AVDITS pourrait, par exemple, répondre aux demandes des gens, du public, les guider vers des thérapeutes ?

**NF :** Eventuellement on pourrait tenir à jour une sorte de base de données à disposition du public, pour qu'il puisse choisir son thérapeute. Mais à l'heure actuelle, on ne ressent pas la volonté politique des instances officielles concernées pour développer cet aspect-là.

**GS :** Il y a une raison à cela d'après toi ?

**NF :** Probablement. Il existe un conflit épistémologique ou un conflit d'idées. A la réflexion, je dirais même que c'est un conflit politique. Parce que, pour moi, la thérapie familiale est un choix politique.

**GS :** Tu peux préciser ton idée, c'est très intéressant ça.

**NH :** Oui, parce que l'entretien thérapeute-patient en solo, où le thérapeute a le savoir et le pouvoir et le patient vient pour s'en sortir grâce au thérapeute, c'est le schéma classique. Dans l'optique systémique, le « aller mieux » dépend d'une co-construction patient-thérapeute. Il y a une sorte de co-responsabilité thérapeutique, on collabore, « on laboure ensemble », thérapeute, patient et famille, pour que les choses puissent aller mieux.

**GS :** En quelque sorte le changement relève ici davantage de la concertation plurielle que d'un avis pyramidal venu d'en haut ?

**NG :** Absolument .

**GS :** Et, maintenant, dans d'autres cantons en Suisse ou bien dans d'autres pays d'Europe, tu as l'impression que la thérapie de famille se porte mieux qu'ici, dans le canton de Vaud ou en Suisse ?

**NF :** Ça dépend. En Allemagne, par exemple, on vient de décréter que les seules thérapies qui seront remboursées par les assurances sont la cognitivo-comportementale et la psychanalytique, pas la systémique. Ceci, soi-disant parce qu'il n'y a pas suffisamment d'évidences statistiques pour prouver l'efficacité de la systémique. En comparaison avec l'Allemagne, où il y a malgré tout des courants de pensées et de pratiques extrêmement fertiles en thérapie de famille, on a les pays nordiques, où il y a tout un foisonnement d'idées et une créativité extraordinaires dans le champ de la thérapie familiale systémique ou de la pensée systémique au sens large. Relevons par exemple l'important développement de l'approche dite « narrative », qui prend un essor considérable aujourd'hui, partout dans le monde. En fait, si j'ose dire, la théra-

## VIENT DE PARAÎTRE AUX EDITIONS LING !

Eric Bonvin

pie de famille est en pleine jeunesse.

**GS** : Tu as été élu, lors de l'assemblée constitutive, président de cette nouvelle association. Est-ce un hasard si un thérapeute de ta trempe, qui fait partie de cette génération d'aînés de la thérapie familiale dans le canton, et qui est pédiatre, crée cette association à l'hôpital psychiatrique de Cery ?

**NF** : C'est vrai que je suis un thérapeute de famille « atypique ». Je ne suis pas psychiatre et c'est à travers la pédiatrie systémique que je suis arrivé à la thérapie familiale systémique. Il va de soi que je suis très heureux de pouvoir contribuer à la thérapie de famille pratiquée par les psychiatres et les psychologues. Il est vrai que les problèmes psychiatriques peuvent exister au sein d'une famille, mais de là à dire que les problèmes familiaux sont des problèmes psychiatriques, c'est une prise de pouvoir, ou même un abus de pouvoir.

**GS** : Ton livre, intitulé « *Familles jamais tranquilles, pour le meilleur et pour le rire* », aux Editions Payot, a eu un succès immense immédiatement à sa publication. Est-ce qu'on peut penser que ton langage chaleureux, confiant, ta façon de montrer, peut-être, à la famille qu'elle dispose de ressources pour résoudre elle-même les problèmes, sont le gage de ce succès ou bien est-ce que tu vois d'autres raisons ?

**NF** : Le succès est dû au langage clair, explicite, ou les gens peuvent se rendre compte par eux-mêmes de la dynamique familiale. Je pense que les familles sont en train de se rendre compte qu'elles ne savent pas qu'elles savent trouver des solutions à leurs problèmes. Notre rôle, c'est de les rendre attentives, de les aider à découvrir qu'elles le savent. ■

Adresse de l'AVDITS : Dr Nahum Frenck,  
Mont-Tendre 30, 1007 Lausanne.  
Adresse email : n.frenck@thenet.ch

### Entre l'angoisse et l'arbre de paix Tome II : Au nom de nos ancêtres

Editions Fondation Ling / Nouvelles du Sud – CP 12, 1000 Lausanne 19 – 2001

(Tome I : Les Meugnissies Bamilékés du Cameroun

Editions Hélios, CP 703 1211 Genève 3 – 1992)

Méfieuh Meido Hermine

Le cycle africain de la Fondation Ling arrivant à son terme, il nous est aujourd'hui possible d'en mesurer la portée. Portée qualitative tout d'abord, car nous avons pu découvrir une formidable richesse humaine dans la tradition africaine. Cette richesse a été si souvent spoliée ou effacée sous l'effet d'interprétations occidentales aussi maladroites que présomptueuses que nous avons voulu laisser le soin aux Africains de nous conter un peu de leur culture et de leur continent. Nous nous en réjouissons aujourd'hui. Cela nous a permis de rencontrer des personnes de grande valeur qui nous ont beaucoup apporté. L'une d'entre elles est Hermine Mambi Meido. Camerounaise installée en Suisse depuis 1972, Hermine a étudié la psychologie à l'Université de Genève depuis les années 1980 et a brillamment obtenu son titre de doctorat en psychologie en 1999 grâce à un formidable travail sur l'itinéraire initiatique des guérisseurs Meugnissies. Les Meugnissies, elle les connaît bien puisqu'ils sont issus de la même ethnie qu'elle et elle en parle de façon passionnante comme ont pu le constater les personnes qui ont eu l'occasion de l'écouter lors des présentations qu'elle

a faites dans le cadre de notre cycle africain. De plus, elle nous les avait déjà fait découvrir dans un remarquable premier ouvrage paru en 1992 sous le titre *Entre l'angoisse et l'arbre de paix. Les Meugnissies Bamilékés du Cameroun*.

Qui sont les Meugnissies ? Ce sont des thérapeutes-devins, recrutés par le biais de leur propre folie et qui n'ont plus le droit de nuire à autrui en se devant de ne servir que le Bien. Ils ne sont donc pas de simples guérisseurs qui choisissent de pratiquer l'art de guérir, mais bien des personnages initiés par leur propre folie ou ayant fait de leur folie une ressource curative destinée à autrui. Le travail d'Hermine Mambi Meido sur le parcours surprenant des Meugnissies nous permet de découvrir les dynamiques propres non seulement à son ethnie mais aussi à bon nombre de cultures africaines tout autant qu'à certaines de nos pratiques populaires. Le travail d'Hermine est un travail de recherche qu'elle a présenté pour l'obtention de son doctorat en psychologie à l'Université de Genève. Son travail y a été particulièrement remarqué, ce qui ne nous étonne pas, au vu de la qualité du résultat. Enthousiasmée par ce travail, la Fondation Ling a tenu à le promouvoir et a décidé d'éditer le deuxième tome de son travail, en collaboration avec l'éditeur Nouvelles du Sud : *Entre l'angoisse et l'arbre de paix. Tome II : Au nom de nos ancêtres*. L'ouvrage vient de paraître, et nous sommes persuadés qu'il deviendra une référence pour toutes les personnes s'intéressant à la culture africaine ou aux dynamiques traditionnelles du soin. ■



## ENTRE «LA LETTRE» ET LES LIVRES

Eric Bonvin

**Entre La Lettre et les livres  
Comment la dépression est devenue  
une épidémie**

Philippe Pignarre

La Découverte, collection Cahiers libres, Paris, 2001 (sous presse) Le nombre de personnes souffrant de dépression dans les pays occidentaux a été multiplié par sept en dix ans : c'est comme une épidémie. Comment expliquer et comment combattre un phénomène aussi extraordinaire ? Est-il l'effèt, comme on le dit souvent, d'un environnement social de plus en plus stressant ? Loin de cette idée reçue, la réponse – remarquablement argumentée – que propose Philippe Pignarre dans cet ouvrage très accessible en surprendra plus d'un. Quand la dépression a commencé à se répandre dans les années soixante-dix, explique-t-il, les psychiatres, se détournant de la psychanalyse, ont opté pour la psychiatrie biologique : l'origine de la dépression ne serait pas dans le psychisme du patient, mais dans ses neurones. C'est cette hypothèse fragile, paradoxalement, qui est à l'origine de l'«épidémie». Elle a mobilisé d'énormes moyens financiers, et pourtant aucun test biologique ne permet de diagnostiquer une maladie mentale comme la dépression : en réalité, les industriels du médicament testent au hasard les substances pouvant agir sur des comportements jugés inadéquats et élargissent les définitions des différentes formes de dépression (de plus en plus nombreuses) chaque fois qu'ils trouvent un médicament «efficace». Chacun se voit désormais offrir la possibilité de traduire sous forme de «dépression» son mal-être : la cause déclenchante – deuil d'un proche, problèmes familiaux, harcèlement moral... – serait secondaire, le problème viendrait des gènes ou de la biologie du cerveau. Et les antidépresseurs sont là pour redonner l'énergie qui semble manquer... Cette approche est-elle

vraiment la meilleure pour soulager les souffrances bien réelles de millions de personnes ? Philippe Pignarre explore ici d'autres voies, montrant qu'une véritable biologie psychiatrique ne se constituera pas dans le simple prolongement des connaissances empiriques qui permettent de mettre au point les antidépresseurs.

**Dialoguer pour soigner. Les pratiques et les droits**

Jean Martin

Editions Médecine et Hygiène – 41, chemin de la Mousse, 1225 Genève – 2001

Hippocrate affirmait que le malade et son médecin se doivent d'affronter ensemble la maladie. Quelle forme peut prendre ce partenariat à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle, dans un monde complexe de par ses moyens de communication, par l'emprise qu'y occupe la technologie, par ses métissages culturels, politiques et idéologiques ? Jean Martin nous livre sur ce sujet un bouquet de réflexions, de regards tous aussi pertinents les uns que les autres. Cet auteur a une grande qualité : il sait se faire l'humble rapporteur des conférences, séminaires, textes ou autres interventions publiques de confrères, voire d'éminents penseurs, sans jamais se mettre lui-même en avant. Cette disposition qui est naturelle à l'homme qu'il est plonge directement le lecteur de ses écrits au cœur d'une réflexion d'actualité en l'incitant à y prendre part de façon citoyenne. Dialoguer pour soigner ne manque pas à cette excellente habitude et ne manquera pas de pousser ses lecteurs sur le chemin d'un débat qui posera les bases de notre société de demain.

**La médecine des Lumières : tout autour de Tissot**

Sous la direction de Vincent Barras et Micheline Louis-Courvoisier

Georg Editeur – Bibliothèque d'histoire des sciences – Genève – 2001

Réunies dans cet ouvrage par Vincent Barras et Micheline

Louis-Courvoisier, les contributions de différents auteurs, spécialistes reconnus de l'époque des Lumières et de l'histoire de la médecine, révèlent un pan entier de la culture du XVIII<sup>e</sup> siècle, de ses systèmes de valeurs en matière de santé et de maladie. Elles éclairent comment ces acteurs innombrables, médecins, mais aussi accoucheuses, chirurgiens, "rhabilleurs", pharmaciens, charlatans ainsi que patients, participent de la compétence médicale à des degrés divers, établissant de nouveaux modes de pensée, de nouveaux rapports entre médecine, santé, société et culture. Auteur d'un grand nombre d'ouvrages où se lisent des idées novatrices en matière d'hygiène et de santé publique, Tissot semble constituer le représentant typique d'une médecine des Lumières aux apparences peu efficaces ni véritablement spectaculaires. Mais cette médecine est pourtant loin d'être négligeable. Mesurée à l'aune de son temps, située dans son contexte, elle révèle toute sa complexité et son intérêt. On y découvre que le destin de Samuel-Auguste Tissot (1728-1797) a quelque chose d'énigmatique. Le plus illustre des médecins vaudois, courtois par les têtes couronnées aussi bien que par le petit peuple du Pays de Vaud, ferait un pionnier idéal de la médecine sociale et préventive, si le *Traité sur l'onanisme* ne venait compliquer la bonne harmonie du tableau.

**Revue Ethnopsy – Les mondes contemporains de la guérison**

N° 2 – Mars 2001 – «Drogues et remèdes»

Institut Les empêcheurs de penser en rond. Editions du Seuil – 5, rue d'Enghien, 75010 Paris – (390 pp.)

## NOUVELLES DE L'UNITÉ D'HYPNOSE DE LA FONDATION LING

Pour ceux qui ont apprécié d'aborder avec nous le thème du médicament dans le numéro 21 de La Lettre, ce second numéro d'*Ethnopsy* intitulé «Drogues et remèdes» tombe à point nommé. En effet, vous y trouverez des éclairages particulièrement documentés et fouillés sur ce thème, sous la plume d'auteurs tels que Bruno Latour (Facture/fractures : de la notion de réseau à celle d'attachement), Tobie Nathan (Fonctions de l'objet dans les dispositifs thérapeutiques), Philippe Pignarre (Qu'est-ce qu'un psychotrope ? Psychothérapeutes et prescripteurs face aux mystères de la dépression.), Henri Grivois (Psychopharmacologie et psychose naissante.), Sean Hsianglin Lei (Du changshan à la mise au point d'un nouveau médicament contre la malaria. Récupération d'un remède chinois et mise à l'écart des médecins chinois), Andreas Meyer (Objets perdus. Matérialiser et dématérialiser l'inconscient de Charcot à Freud), Mikkel Borch-Jacobsen (Comment la fable freudienne devint réalité – histoire d'une erreur), Joseph Rafanelle I Orra (Drogues : une communauté impossible ?) et bien d'autres encore.

### **Dialogue sur la nature humaine** Boris Cyrulnik, Edgar Morin

Editions de l'Aube, collection Monde en cours/Intervention, Paris – 2000

Voici une rencontre entre deux penseurs exceptionnels qui constatent l'un et l'autre l'interdépendance du culturel et du psychologique, du cérébral et du biologique. A la fragmentation du discours compartimenté, ils opposent le discours du

rassemblement, de la connexion, de la communication et de l'empathie.

### **Intégrale des articles de Milton Erickson sur l'hypnose** Version française (quatre volumes)

Editions SATAS, 1072, chaussée de Ninove, B-1080 Bruxelles, [www.satats.be](http://www.satats.be)

Le premier volume (692 pp.) décrit le développement par Erickson d'une approche non autoritaire et indirecte de l'hypnose et de la suggestion. On y voit comment les sujets font l'expérience des phénomènes hypnotiques en utilisant leurs propres ressources et les apprentissages qu'ils tirent de leurs expériences de vie. (Nature de l'hypnose; Techniques de l'induction de transe; De la nature de la suggestion; A propos des éventuels dangers de l'hypnose.) Le second volume (532 pp.) regroupe des études expérimentales qui sont l'expression de quelques-uns des travaux de recherche les plus approfondis et les plus pénétrants d'Erickson dans le domaine de l'hypnose. (Processus visuels; Processus auditifs; Processus psychophysiques; Distorsion du temps; Problèmes de recherche.) Le troisième volume (480 pp.), qui vient de paraître, inclut une vue d'ensemble de l'histoire de l'hypnose. Il aborde ensuite l'inconscient à travers les processus psychodynamiques de l'amnésie, du littéralisme, de l'écriture et du dessin automatiques, des mécanismes mentaux, du dédoublement de la personnalité et des névroses expérimentales. Le quatrième volume paraîtra au cours de l'automne 2001 et est déjà en souscription auprès de l'éditeur. ■

• L'UHFL est en train de constituer une bibliothèque-médiathèque pour ses élèves. Plusieurs revues scientifiques spécialisées en hypnose ainsi que des livres et des documents audiovisuels peuvent être consultés directement à la Fondation Ling, où il suffit de s'adresser à la coordinatrice de l'UHFL, M<sup>me</sup> Anne Spagnoli. Les dons de livres et autres documents consacrés à l'hypnose sont bien sûr les bienvenus.

• Depuis cette année, l'UHFL exige des candidats au certificat de formation en hypnose clinique qu'ils remettent un travail écrit sur l'intégration de l'hypnose dans leur activité clinique. L'UHFL dispose ainsi déjà d'une trentaine de travaux développant l'usage de l'hypnose dans le contexte de soins médicaux et infirmiers ainsi que dans le cadre de l'ergothérapie, de la physiothérapie ou de l'obstétrique (sages-femmes). Ces travaux peuvent être consultés à la Fondation Ling.

• Le cycle nomade de formation de l'UHFL, qui propose une formation de base aux techniques hypnotiques à des équipes pluridisciplinaires de soins dans le cadre direct de leur activité, continue de rencontrer un certain succès. En effet, l'UHFL va débiter un second cycle de formation dans le cadre des Institutions psychiatriques du Valais romand et un autre, prochainement, à l'Hôpital de Sion. ■

EB

**[www.atheneum.ch](http://www.atheneum.ch)**  
école d'architecture & design

## ACTIVITÉS DE LA FONDATION LING

Dates	Activités	Sujets	Lieux
1 et 2 09.01	Week-end	Initiation à l'autohypnose, avec des enseignants de l'Unité d'hypnose	Prilly Site de Cery CES
8.9.01 9h à 12 h 30	Matinée	Matinée de taiji, avec M <sup>me</sup> Nicole Henriod	Lausanne Côtes de Montbenon 7
25.9.01 de 18 à 20 h	Soirée	Soirée d'entraînement à l'autohypnose, avec M <sup>me</sup> Anne Spagnoli. Date suivante: 20.11.01	Lausanne Ch. de Lucinge 16
29.9.2001 de 9 à 17 h	Cours	Journée sur les Bels chantants tibétains - musique, méditation, thérapies par le son (niveau 2), avec M <sup>me</sup> Lucette Volken	Fey Ferme en Pré-Courbe
3.10.01 19 h 30 à 22 h	Cours	Cours de skiatsu, avec M <sup>me</sup> Marlyse Schweizer (abonnement pour cinq séances) Dates suivantes: 10 et 31.10, 14.11, 5 et 19.12.01	Lausanne Cabinet du D <sup>r</sup> B. Piccard, Florimont 20
5.10.01 à 20 h 15	Conférence	Comment choisir son psy ? par M <sup>me</sup> la D <sup>re</sup> Sylvie Angel	Lausanne CHUV, auditoire de l'Hôpital Beaumont
6.10.01 de 9 à 17 h	Séminaire	Evolution des thérapies systémiques en France par rapport aux autres modèles, avec M <sup>me</sup> la D <sup>re</sup> Sylvie Angel	Prilly Site de Cery, Bât. Cèdres
26.10.01 à 20 h 15	Conférence	Pourquoi les gens changent-ils en psychothérapie ? par le Prof. Daniel Stern	Lausanne, CHUV, auditoire César- Roux
30.10.01 à 20 h 15	Conférence	Les fleurs de Bach : Harmonisants de la balance émotionnelle, par M <sup>me</sup> Mireille Rosselet-Capt	Pully Collège A. Reymond, salle de projections
7.11.01 13 h 30 à 17 h	Séminaire	Relation médecin-malade-médicament, par le Prof. B. Luban-Plozza	Lausanne Ch. de Lucinge 16
7.11.01 à 20 h 15	Conférence	Le stress, par le Prof. B. Luban-Plozza	Lausanne CHUV, auditoire de l'Hôpital Beaumont
8.11.01 de 19 à 21 h	Soirée	Soirée d'entraînement à l'autohypnose, avec M <sup>me</sup> Marie-Claire Guinand et Marie-Jeanne Rohr. Dates suivantes: 28.2.02 et 30.5.02	Lausanne Chemin du Moléson 4
24 et 25 11.01	Week-end	Initiation à l'autohypnose, avec des enseignants de l'Unité d'hypnose	Prilly Site de Cery CES

Ce calendrier est régulièrement mis à jour sur notre site : [www.ling.ch](http://www.ling.ch)

*Ce numéro vingt-trois de «La Lettre» a été réalisé par une équipe bénévole, de membres ou d'amis de la Fondation Ling. Chaque membre de la fondation a droit à un numéro gratuit. Tout numéro supplémentaire peut être acheté à notre secrétariat. Enfin, tout soutien financier est le bienvenu à notre compte bancaire BCV, Lausanne C. 211.173.4 (767), en mentionnant la rubrique «La Lettre».*

## COMMENT SOUTENIR LA FONDATION LING?

En devenant membre et en versant la cotisation annuelle.

En participant aux conférences, enseignements, séminaires, week-ends ou voyages.

En versant des dons de soutien pour *La Lettre*, pour une de nos recherches ou actions (*self-help*, proverbes de santé, hypnose, etc.).

En offrant une aide bénévole pour l'administration ou l'organisation technique des manifestations.

En faisant connaître nos travaux dans les milieux concernés par la santé et dans la société en général.

LA  
LETTRE  
23,01