



Psychologie de la pertinence

un soin hors de la psychothérapie

Mai 2015 - © [copyright Thierry TOURNEISE](#)

[ABONNEMENT LETTRE INFO gratuite](#)

Un nouveau concept pour le praticien

La psychologie classique et la psychiatrie s'occupent des « troubles » (« *disorders* » dans le DSM), la psychanalyse s'occupe de permettre à l'humain de se révéler sans détours, la psychologie positive permet à ses patients d'accroître leur potentiel de santé, et d'accomplissement. **Les paradigmes (fondements) de chacune de ces approches conditionnent ce que les praticiens vont observer**, ce à quoi ils seront sensibles pour mettre en œuvre leur expertise.

Einstein disait « C'est la théorie qui décide ce que nous sommes en mesure d'observer »*. Les psychologues Christopher Chabris et Daniel Simons** ont révélé expérimentalement à quel point lorsque notre attention est focalisée quelque part, un mécanisme de « cécité d'inattention » nous rend aveugle au reste. Si l'on ajoute à cela le « fameux effet Pygmalion »*** étudié par les psychosociologues, où l'on produit ce à quoi l'on croit, ce que l'on s'attend à voir... l'objectivation des phénomènes psychiques et la compréhension de la psychologie deviennent une affaire délicate.

A travers ce qu'on peut appeler la « psychologie de la pertinence », nous allons dans ces quelques pages, envisager de nouveaux paradigmes pour appréhender la psyché avec autant de précision que possible, sans pour autant ignorer ce que nous ont légué nos prédécesseurs.

*in Maisondieu 2001, p.52

**Christopher Chabris (psychologue, l'Université des Syndicats à Schenectady – New York), et Daniel Simons (psychologue, Université de l'Illinois – Chicago, Urbana Champaign).

***Expérience de Rosenthal et Jacobson, citée dans « Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale » de Gustave-Nicolas Fischer, (2005 p.125)

également une [vidéo de la conférence](#) donnée sur ce thème donnée par l'auteur au Centre Neuchâtelois de Psychiatrie

Sommaire

1 Les paradigmes

– La psychanalyse – La psychologie classique – La psychiatrie – La psychologie positive – Résumé des paradigmes

2 Les praticiens et la souffrance psychologique

-Soulager les souffrances– Poser des diagnostics – Proposer des traitements

3 Difficultés diagnostiques

- Diagnostiquer pour soigner et guérir – Une difficile recherche d'efficacité – Une disparité diagnostique persistante – L'expérience de David N.Rosenhan

4 Psychologie de la pertinence

-Trois types possibles de psychologie – Le principe de justesse – La guérison n'est pas le projet – Ce que devient la thérapie

– Ce que devient le patient – Ce que devient le diagnostic – Ce que devient l'inconscient – Ce que devient le temps

5 De la source au symptôme

- La source (étiologie) – Le clivage et son processus – Un vide et des compensations – Le retour vers l'intégrité – Le rôle des symptômes – Une forme de « sanato-genèse » – Une sémiologie revisitée – La reconnaissance

6 « Spécialement pour »

- Le principe de causalité – Le principe de finalité – Structure et clivage de la psyché – Deux pulsions garantes de notre intégrité – Rapport avec les pulsions freudiennes

7 Un nouveau type d'accompagnement

- Un accompagnement « hors thérapie » - Psychologie de la pertinence – Spécificité de la maïeusthésie

Bibliographie

[Bibliographie du site](#)

1 Les paradigmes

Pour aborder un tel sujet, nous devons commencer par visiter la psychanalyse, la psychologie classique et la psychiatrie, leurs pionniers, leurs recherches, leurs difficultés, leurs découvertes. Cette publication ne pouvait se faire convenablement sans évoquer les différentes recherches, ne serait-ce que pour rendre hommage à ceux qui en sont les auteurs, mais aussi pour éclairer notre propos (naturellement il est impossible ici d'être exhaustif).

1.1 La psychanalyse

La psychanalyse se donne la noble tâche de permettre à l'individu de se révéler sans détour. Énoncé ainsi, c'est sans doute ce qui réunit le mieux les différentes approches. Puis, pour y parvenir, plusieurs d'entre elles tentent de vaincre les phénomènes d'auto dissimulation du patient qui l'éloignent de lui-même, alors que d'autres tentent de lui permettre un déploiement de Soi :

Vaincre l'auto dissimulation :

Sandor Ferenczi (1873-1933) a longtemps considéré les traumatismes*, et les clivages psychiques qui en résultent, tout en remarquant que de les revivre n'est pas libérateur ; **Sigmund Freud** (1856-1939) partagea ce point de vue, que finalement il délaissa au profit de celui de **stades du développement** (oral, sadique anal, phallique, stade de latence, génital...)** , avec une libido qui tente de trouver sa place ; **Jacques Lacan** (1901-1981) y a ajouté les notions de réel, d'imaginaire et de symbolique, en affinant la place du langage dans la démarche. Il s'intéresse à la psychose et considère que le délire, au même titre que la névrose, révèle l'inconscient. Le physiologiste anglais **William Preyer** (1841-1997) avait observé l'évolution de son enfant et notamment ce stade où, vers 17 semaines, il « rencontre » sa propre image dans le miroir. Ce phénomène fut repris par **Henri Wallon** (philosophe et psychologue français 1879-1962) qui permit à Jacques Lacan de préciser le célèbre « stade du miroir ».

Dans tous les cas, la psychanalyse tente de permettre à l'être humain de se révéler sans détour, grâce (entre autre) à « l'association libre » (la règle consentie de dire tout ce qui vient à l'esprit, sans aucune censure), et au transfert (où une émotion envers le praticien permet de conscientiser celle qui, analogue, fut lors d'un autre moment de la vie, en particulier dans l'enfance).

*« Tandis que lors des premiers temps du mouvement psychanalytique on mettait surtout au premier rang le rôle pathogène des événements de la vie infantile (traumatismes sexuels de l'enfance), depuis 50 ans la psychanalyse a évolué en mettant l'accent sur les notions de fixation ou de régression aux stades archaïques des premières relations objectales. » (*Manuel de psychiatrie* - Ey, Henri - 1998, p.70, 71)

**« C'est-à-dire que la Psychanalyse considère le passé de l'individu non pas seulement comme le contenu de la "mémoire", mais comme une couche encore vivante d'expériences qui, même et surtout inconscientes, interviennent dans les situations, les idées et les sentiments actuels. D'où l'importance des stades de développement de la vie psychique et notamment de la succession des phases instinctivo-affectives pré-génitales, puis génitales (ou oedipiennes), qui, plus ou moins refoulées, entrent dans la stratification de la personne » (ibid. p. p.44.)

Accomplir un déploiement

Carl Gustav Jung (psychiatre suisse, 1875-1961) a envisagé un phénomène d'une autre nature : celui de l'individuation du Soi, où l'Être tend à devenir « qui il a à être » en allant au-delà de sa propre biographie. Sa démarche avant tout existentielle, ou même transpersonnelle, invite le sujet à une rencontre de lui-même « au monde » (comme partie intégrante du monde) en dépassant sa biographie vers un inconscient collectif et des sortes de « matrices » ou structures communes que représentent les archétypes (« Ma vie » - Jung, 1973).

Cette notion de déploiement sera reprise par **Abraham Maslow** (psychologue américain, 1908-1970), mal connu sur ce point où il considérait qu'un Être humain avait à devenir qui il a à être, tout ce qu'il a à être, et que les sources pathogènes étaient essentiellement une carence de cet accomplissement. Il fut un précurseur de la psychologie positive.

Le mot « psychanalyse » recouvre donc plusieurs types de paradigmes.

Nous remarquons que Ferenczi, Freud et Lacan envisagent des « troubles à guérir », même s'ils prennent différents chemins pour y parvenir, et que Jung ou Maslow envisagent la toute autre éventualité d'un « Soi en individuation, en accomplissement ».

1.2 La psychologie classique

Suite à ces précurseurs, afin d'envisager des soins adaptés, la psychologie et la psychiatrie réalisent des diagnostics. Les traitements qui découlent de ces diagnostics seront soit des moyens de psychothérapie (mis en œuvre par les psychothérapeutes, généralement psychologues, parfois psychiatres), soit des moyens pharmacologiques (mis en œuvre uniquement par les psychiatres).

Les deux approches (psychothérapeutiques ou pharmacologiques) ont en commun de s'appuyer sur la notion de « troubles » que le DSM IV définit comme l'indicateur d'un dysfonctionnement à corriger (cela reste un paradigme assez fondamental autour duquel nous pouvons constater un accord quasi général).

« Quelle que soit la cause originelle il doit être considéré comme un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de l'individu » (DSM IV-TR, p.XXXV)

Nous y trouvons de multiples précautions envisagées pour être aussi respectueux que possible de la diversité des patients (dimension et impact du trouble dans le DSM IV, spécificité et multiplicité, situation sociale présente, ajustements en divers axes), le tout organisé » autour du **paradigme fondamental : « le dysfonctionnement à identifier »** pour y apporter la « correction adéquate ». Il importe de savoir que l'objectif du DSM s'inscrit dans une logique américaine où il y a **nécessité d'une pathologie identifiée afin de bénéficier d'une prise en charge par les assurances**. Afin de permettre cette prise en charge financière de la meilleure façon possible, tout doit être pathologisé, et il peut en découler une pathologisation excessive de phénomènes naturels. Un tel excès devient obsolète quand la prise en charge (comme en France) ne dépend pas du diagnostic... si ce n'est que le budget attribué au service hospitalier dépend de la gravité des pathologies identifiées. Impératifs financiers et pathologisation sont difficiles à démêler, uniquement pour des raisons techniques.

« Même si, dans son introduction, le DSM-III précise bien que la classification n'a pas pour vocation de justifier les remboursements de soin, de fait, il est destiné déjà avant 1980 à remplir cette fonction. [...] Le DSM-II, publié en 1968, constitue déjà la référence dans les compagnies d'assurances pour définir la base des remboursements. Avec une ligne plus nette entre le normal et le pathologique, certains problèmes pathologiques sont mieux pris en charge » (Demazeux, 2013, p. 193)

« Le système de santé américain est profondément différent du nôtre, en ce sens qu'il repose massivement sur les assurances privées (ibid, p.247)

Outre les difficultés que posent les recherches de diagnostics, la psychologie et la psychiatrie sont essentiellement **tournées vers les pathologies à identifier et à guérir**.

La pharmacologie est à la disposition des psychiatres pour traiter les causes biologiques. Dans le même but, un arsenal de techniques de psychothérapies est disponible chez tous les autres praticiens. Les techniques sont nombreuses et mettent en œuvre des moyens fort différents :

Depuis les psychothérapies de type analytique (s'inspirant des données psychanalytiques) jusqu'au TCC (thérapies comportementales et cognitives), en passant par la Gestalt Thérapie

(Fritz Perl), le Psychodrame (Jacob Levy Moreno), L'approche centrée sur la personne (Carl Rogers), La psychologie biodynamique (Gerda Boyesen) passant par le corps, l'EMDR (Francine Shapiro) qui utilise le mouvement oculaire, les psychothérapies sont nombreuses et il serait vain d'en faire une liste exhaustive.

Elles ont en commun une recherche des moyens permettant de venir à bout des troubles psychiques. Ces moyens sont divers et souvent très ingénieux.

La psychologie connaît les données de la psychanalyse, elle peut mettre en œuvre des **tests psychométriques** permettant de mieux cerner la personnalité, l'intelligence, les troubles des patients. Les tests psychométriques peuvent compléter les entretiens cliniques. La psychiatrie connaît, en plus, les données médicales des patients et les moyens pharmacologiques susceptibles de les aider.

1.3 La psychiatrie

Elle débuta avec **Philippe Pinel** (médecin français, 1745-1826). Considérant que les déments ne sont pas « vides » (ce que signifie le terme « fou » : *fol* = soufflet vide), il envisagea l'hypothèse révolutionnaire à son époque qu'ils étaient simplement devenus étrangers à eux-mêmes. Il décida de nommer leur état « aliéné » (du latin *alienare* signifiant « rendre autre », « rendre étranger »). Il donna ainsi naissance à la profession d'aliéniste, dans une époque où les déments étaient purement et simplement enfermés et attachés, considérés avec moins de soins que des animaux. **Jean-Étienne Dominique Esquirol** (psychiatre français, 1772-1840) poursuivit le travail de Pinel avec aussi une grande délicatesse envers les malades mentaux, apportant de multiples nuances nosographiques, notamment différenciant soigneusement l'*hallucination* (perception sans objet externe) de l'*illusion* (erreur de perception).

Au même moment, le médecin américain **Benjamin Rush** (1745-1813) initiateur de la psychiatrie dans son pays, est considéré comme le « *Philippe Pinel de la psychiatrie américaine* » (Demazeux, 2013, p33). Il fut un des premiers à considérer que les maladies mentales sont des maladies de l'esprit et ne résultent pas de l'action de démons. Même si sa croyance en un trouble artériel du cerveau l'a fait abuser des saignées et des purges (outils médicaux de l'époque) sa démarche était avant tout humaniste (il était aussi contre l'esclavage).

Emil Kraepelin (psychiatre allemand, 1856-1926) né la même année que Freud, réalisa une nosographie si détaillée et hiérarchisée que Jean-Pierre Chartier (psychologue contemporain), s'amusa à le nommer *le plus grand "botaniste" des fleurs du mal* (Chartier, 2003, p.27). Avec ce psychiatre, l'aliéné se pathologise et les hypothèses de Pinel se dissolvent dans une psychiatrie comportant, si ce n'est une certaine dureté, au moins un regard très biologisant.

L'implication de divers praticiens pour disposer du meilleur outil permettant d'identifier les pathologies, les conduisit à différentes options. Dans la succession des outils diagnostiques, nous pouvons constater deux périodes distinctes où l'une s'appuie essentiellement sur le **classement de type « botanique »** (Kraepelin), l'autre sur un **classement de type « somatique »** :

« deux périodes importantes et relativement distinctes en termes d'enjeux épistémologiques : une période où le modèle épistémologique qui prévaut est la botanique ; une période où celui qui prévaut est l'anatomopathologie. » (Demazeux, 2013, p.30).

1.4 La psychologie positive

La psychologie positive fait partie de la psychologie de la santé. Elle est apparue dans les années 1970 s'est développée dans les années 1990. Selon ses dires la psychologie classique s'occupe

de la maladie mentale, la psychologie positive s'occupe de la santé mentale. (« *Traité de psychologie positive* », Martin Krhum, de Boek, 2011)

Le diagnostic de « santé » se fait à propos du niveau de bonheur du sujet, décliné en niveau de satisfaction des besoins 1) d'autonomie, 2) de compétence (possibilité de mise en œuvre de ce qu'on sait faire), 3) d'hédonisme (vivre le plaisir), 4) d'eudémonisme (sens de la vie), 5) de reconnaissance (que autrui soit touché par notre existence), à ne pas confondre avec l'ego ou le narcissisme.

Cette approche de la psychologie ne se substitue pas à celle qui la précède (psychologie classique). Elle est très expérimentale et empirique. De multiples paramètres y sont mesurés, testés, avant et après, selon différentes situations envisagées.

Un des outils de la psychologie positive pour accompagner les « patients » (ce ne sont pas des malades mais des personnes en souffrance psychologique) est le *mindfulness* ou pleine conscience, ainsi que des éléments de TCC (thérapies comportementales et cognitives) misant la conscience et sur les apprentissages réellement expérimentés.

Il est très intéressant de constater qu'il existe une approche de la psychologie qui se tourne vers « la santé à promouvoir », venant compléter celle « des troubles à guérir ». Peut être un début de réponse à la question abordée à 2.2 qui dénonce le mauvais usage du terme « maladie » pour désigner une souffrance psychique.

1.5 Résumé des paradigmes

La psychanalyse freudienne mise sur les stades du développement et les enjeux libidinaux, passant par le transfert et la conscientisation ; celle de Ferenczi sur les clivages de la psyché suite à des traumatismes mais ne sait comment y remédier ; celle de Jung, sur l'individuation du Soi, qui tend à devenir qui il a à être (il utilise beaucoup l'accès par le rêve). Maslow envisage la dimension ontologique (existentielle) d'un Être en accomplissement (d'une certaine façon proche de Jung). La psychiatrie se fonde sur la recherche des troubles comme étant le reflet d'un dysfonctionnement à corriger (biologiques ou psychiques). La psychologie positive tente de développer le potentiel de santé (de bonheur) de l'individu.

2 Les praticiens et la souffrance

2.1 Envisager le soulagement

Le propre de la médecine depuis Hippocrate est de soulager la souffrance. Celle-ci s'occupe des souffrances physiques, mais elle ne peut délaissier les souffrances psychiques. Pour soulager les souffrances elle doit les identifier, mais aussi en comprendre les causes pour trouver les moyens d'y remédier.

La recherche médicale permet d'accomplir ce pas sur le plan biologique. La recherche est toujours aux aguets pour trouver de nouvelles pistes, par exemple actuellement celle de l'écologie de la flore intestinale dont la synergie avec l'ensemble de l'organisme semble ouvrir de nouveaux horizons, propres à révolutionner la médecine somatique (peut-être même, en partie, celle de la psyché).

Sur le plan psychologique le cheminement est plus délicat. Comme on vient de le voir, l'identification de la psychopathologie dont souffre un patient n'est pas aisée, en ce sens que la classification des troubles peine à trouver une expression satisfaisante. Depuis « l'avant Pinel »

jusqu'à nos jours, les nosologies se cherchent dans un ajustement qui parvient mal à justifier ses choix. Le parti pris a-théorique du DSM est une belle idée, mais l'absence de prise en compte étiologique est bien, embarrassante.

Le DSM-IV-TR met en œuvre de multiples précautions, mais, en dépit d'un travail proprement pharaonique, impliquant une multitude de praticiens et de chercheurs (plus d'un millier de personnes) investis vers ce mieux-être du patient, la question reste posée : comment apaiser les souffrances psychologiques ? Une partie de la réponse se trouve dans l'apaisement des symptômes, car cela fonctionne en termes de confort. Mais chacun sait que diminuer un symptôme ne reflète pas forcément la guérison (dans une voiture, modifier la jauge d'essence pour qu'elle indique le plein ne met pas de carburant dans le réservoir)

Les auteurs du DSM IV-TR ont bien pointé cette notion multifactorielle où l'intrication du biologique et du mental rend l'étude délicate et le mot « mental » ambigu :

« Il existe une littérature importante pour démontrer qu'il y a beaucoup de « physique » dans les troubles "mentaux" et beaucoup de "mental" dans les troubles "physiques". Le problème soulevé par le terme trouble "mental" est clair mais sa solution est difficile, et malheureusement, le terme existe toujours dans le titre du DSM-IV car nous ne lui avons pas trouvé de substitut satisfaisant. » (DSM-IV-TR, XXXV)

Ils mettent en garde les utilisateurs de ce manuel qui, non expérimentés, en feraient un absolu les dispensant d'une écoute attentive du patient enrichie d'une expérience clinique suffisante.

« Il est important que le DSM IV ne soit pas appliqué mécaniquement par des individus non entraînés. » (DSM-IV-TR, XXXVII) « dans l'élaboration d'un traitement [...] le clinicien aura nécessairement besoin d'une information complémentaire encore plus importante sur la personne investiguée. » (DSM-IV-TR, XXXIX)

2.2 Poser des diagnostics

Quant à l'identification des psychopathologies et leur classement, les auteurs distinguent clairement d'une part le sujet (quelqu'un), et d'autre part la maladie (quelque chose) dont il souffre. Ils ne prétendent en aucun cas classer les êtres, mais seulement les pathologies :

« Une erreur est de croire qu'une classification de troubles mentaux classe des personnes, alors que ce qui est classifié, ce sont les troubles que présentent ces personnes. (DSM-IV-TR, XXXVI)

Mais même concernant ces « choses » que sont les pathologies, ils précisent clairement qu'elles peuvent se chevaucher entre elles, et qu'il est prudent de ne pas les considérer comme des absolus parfaitement circonscrits :

« Dans le DSM-IV, on ne postule pas que chaque trouble mental soit une entité circonscrite, aux limites absolues l'isolant des autres troubles mentaux ou de l'absence de trouble mental. [...] les individus qui partagent le même diagnostic sont susceptibles d'être hétérogènes » (ibid)

L'individu y est considéré selon **5 axes** qui permettent de tenir compte de sa globalité *. **Le symptôme** y sera considéré par rapport à la force de sa manifestation, depuis sa manifestation la plus légère (ne perturbant pas la vie) jusqu'à la plus invalidante (rendant pénible la vie personnelle et sociale). Naturellement, la difficulté consiste à définir un seuil à partir duquel on choisit de dire qu'il s'agit de pathologie. Ce seuil reste arbitraire : il est impossible de l'objectiver avec assurance et d'échapper au flou du jugement.

*l'Axe I pour les troubles cliniques, l'Axe II pour les troubles de la personnalité et retard mental, l'Axe III pour les affections médicales générales, l'Axe IV pour les problèmes psychosociaux et environnementaux et l'Axe V pour une évaluation globale du fonctionnement (EGF).

Le système multiaxial a disparu dans le DSM 5

L'intérêt y est la tentative d'envisager le patient de façon plus globale, c'est à dire **bio psycho sociale** et non pas seulement biologique ou psychologique.

Au-delà de toutes ces précisions et ces nuances, il y a un paradigme venant implicitement influencer l'approche clinique du DSM. Il est discret et tient en deux lignes, mais son influence est majeure (déjà cité au début de cet article) :

« Quelque soit la cause originelle il doit être considéré comme un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de l'individu » (DSM-IV-TR, XXXV)

Nous verrons plus loin dans cette publication que c'est sans doute le point le plus important qui engendre l'occultation de tout un pan de possibilités dans les sources des souffrances psychologiques. En effet, cette considération de « trouble » et de « dysfonctionnement » conditionne l'approche du praticien. Cela n'avait pas échappé au professeur de psychiatrie **Thomas Szasz**, qui va jusqu'à publier un article dans la revue « *American psychologist* » en 1960 (puis un livre) où il énonce la question suivante : « *Les maladies mentales existent-elles ?* » pour aboutir au fait que **les maladies mentales sont des mythes inventés pour médicaliser des comportements jugés indésirables au sein de la société.**

Ainsi, si la volonté d'apaiser est certaine, les moyens permettant d'identifier les souffrances psychologiques ne sont pas aisés (d'autant si les « maladies » n'en sont pas) et, en conséquences, les possibilités d'y remédier non plus. Le modèle purement médical pourrait alors ne pas convenir à toutes les situations et les praticiens sont invités à garder en éveil une vigilance qui les préviendra de s'enfermer dans tel ou tel présupposé qui pourrait les éloigner de la réalité... mais de quelle réalité ? En effet, celle-ci semble échapper à l'investigation, aussi minutieuse et précise soit-elle.

2.3 Proposer les traitements

Les traitements qui découleront de ces investigations diagnostiques seront fortement impactés par toutes ces problématiques. La méconnaissance de l'étiologie (causes) des souffrances psychiques aussi bien mentionnée par le professeur Antoine Pelissolo que par le DSM-IV-TR lui-même* et l'incertitude sur la notion de pathologie (Szasz) rendent difficile le choix des moyens à mettre en œuvre.

*« Les décisionnaires non cliniciens doivent aussi être avertis que, poser un diagnostic n'implique rien concernant la cause du trouble mental (DSM-IV-TR, XXXVIII)

Tantôt ils seront médicaux, grâce à une pharmacologie adaptée, pour laquelle les chercheurs tentent d'apporter les meilleures réponses possibles (au-delà des intérêts purement mercantiles souvent dénoncés), tantôt ils seront psychothérapeutiques, utilisant une des multiples approches (des centaines) depuis la psychanalyse jusqu'aux Thérapies Comportementales et Cognitives, en passant par le psychocorporel, le psychodrame, etc.

En attendant, les patients espèrent une possibilité de mieux-être bien légitime et les praticiens souhaitent disposer du meilleur moyen possible de le leur apporter.

Afin d'apporter les meilleures réponses possibles, **Joseph Zubin** fondateur des programmes de biométrie, Dr en psychologie s'interroge en 1967 sur les psycho diagnostics :

« La validité d'un diagnostic donné est l'un des problèmes les plus déroutants auxquels nous sommes confrontés. » (in Demazeux, 2013, p.199)

La question est :

« Mesure-t-on bien ce que l'on croit mesurer ? » (Demazeux, 2013 p.199)

« La meilleure validité critérielle, c'est évidemment de trouver la cause de la maladie [...] Faute de disposer de tels critères extérieurs, la validité des tableaux cliniques en psychiatrie est condamnée à rester douteuse . [...] En psychiatrie, la validité prédictive des diagnostics est relativement faible. » (ibid., p.201).

« Le diagnostic lui-même risque d'influencer le résultat, souvent dans un sens négatif. On ne peut pas exclure qu'un diagnostic de schizophrénie, par exemple, étant donné la forte stigmatisation sociale associée à ce diagnostic, puisse par le seul fait d'être posé, enfermer le patient dans un pronostic sombre (de la même façon que la réussite à un test cognitif peut donner confiance à un individu et bien disposer son entourage, au point d'avoir une influence à long terme) » (ibid., p.202).

C'est ce que nous rappelle plus récemment le psychiatre Jean Maisondieu :

« Si on se contente de penser en terme de maladie, on ne peut plus creuser qu'un seul sillon étiologique » (Maisondieu, 2001, p.16). « Si les médecins prévoient d'observer de la démence là où il y a de l'angoisse, ils trouveront de la démence et rien d'autre » (ibid. p.52) « La première chose à faire est de détruire la définition [sémiologique] ; **à elle seule elle est capable de fabriquer tout ou partie de la symptomatologie dont elle est censée rendre compte*** [...] Le mécanisme de démobilité des soignants et d'induction de la chronicité/irréversibilité est remarquablement efficace. **Il aboutit à terme à la validation de la définition.** Il auto-entretient la maladie dans le cadre qui a été fixé » (ibid., p.56).

[mis en gras pour la citation]

C'est ce que constatent des patients, ainsi que je l'ai déjà cité dans ma publication sur l'autisme, rapporté par des autistes eux-mêmes (Schovanec, Grandin ou Schore) :

Joseph Schovanec met notre attention sur le risque « prophétique » du diagnostic :

« Prophétie auto réalisatrice, notons le bien, car un enfant jugé inapte à la parole ne bénéficiera pas de son apprentissage, et de ce fait le deviendra effectivement » (Schovanec, 2012, p.20).

Temple Grandin, obtient un doctorat en Biologie, fait désormais des communications dans des congrès qui ont lieu dans tous les pays.

« Comment est-il possible qu'une enfant dont les parents se sont entendus dire qu'elle vivrait peut-être toute sa vie en institution, ait pu confondre les "experts". » (Grandin p32)

Sephen Schore diagnostiqué « enfant autiste irrécupérable » devant être définitivement placé... est aujourd'hui professeur d'université. Ce résultat est dû à son père qui a préféré assurer son éducation plutôt que de le mettre en institution ainsi que le préconisaient les spécialistes.

De multiples situations invitent donc les praticiens à la prudence. Naturellement **cela ne remet pas en cause la nécessité de disposer d'outils diagnostiques**, mais souligne « simplement » toute la problématique à laquelle doivent faire face les praticiens, en toute humilité. Les difficultés auxquelles sont confrontés tous ceux qui, en vu de soins de qualité, œuvrent pour tenter de nous donner une nosologie utilisable sont monumentales. Nous ne pouvons que saluer ces efforts des chercheurs, face à une tâche qui révèle sa démesure au fil des nouvelles découvertes.

Le cas de « Simon » illustre une telle faille, que les améliorations diagnostiques peinent à combler : schizophrène selon le CIM-10, et non schizophrène du fait de la prise en compte, dans le DSM-IV, de l'impact du symptôme sur la vie du sujet (Simon a sa vie améliorée du fait de son « trouble », ou du moins de ce qu'on peut appeler ainsi). Ne remplissant pas le critère d'une vie perturbée par son trouble il n'est pas diagnostiqué schizophrène par le DSM. (Demazeux, 2013, pp.209-210).

[Retour sommaire](#)

3 Difficultés diagnostiques

3.1 Diagnostiquer pour soigner et guérir

Pour apporter une **guérison**, les praticiens doivent proposer des **traitements adaptés**. Mais pour cela il convient au préalable **d'identifier la pathologie** dont souffre le patient. Afin d'assurer une fiabilité suffisante, le diagnostic réalisé par simple expertise du praticien se voit progressivement assisté (parfois remplacé) par une batterie de tests psychométriques (outils de mesure tentant d'objectiver les états de la psyché).

Aussi précis que soient les tests, la difficulté reste d'objectiver les résultats. Noble projet, mais s'appuyant sur un paradigme majeur : la **pathologie mentale**. Or, comme le remarque Demazeux, reprenant les propos de **Thomas Szasz**, le terme « maladie mentale » peut être illégitime :

« (1) Le terme de maladie [*illness*] est un terme originellement adapté pour décrire des troubles corporels pour lesquels on peut mettre en évidence une lésion ; (2) son application dans le champ des phénomènes mentaux est historiquement et conceptuellement *dérivée* de cet usage premier ; (3) or cette application dérivée est, d'un point de vue épistémologique, *illégitime*, car aucune lésion somatique n'a jamais été parfaitement établie pour aucune maladie mentale. » (p.102)

Quand la souffrance psychologique n'a pas d'origine clairement somatique (somatogène), le mot « pathologie » peut ainsi perdre en légitimité. Les souffrances d'origine psychique (psychogène) pourraient mériter une autre appellation. Mais un tel débat n'a rien de simple ! Il se trouve en plus que les dénominations pathologiques sont de toute évidence soumises à une ambiance culturelle qui peut exacerber le diagnostic. Comme nous le dit Demazeux avec humour :

« Il n'empêche que les pensées folles dépendent toujours des croyances de la société : "si vous parlez à Dieu vous êtes en train de prier ; si Dieu vous parle vous êtes schizophrène" »

Le flou qui entoure les causes (étiologie) des souffrances psychologiques est attesté par des professeurs contemporains en psychiatrie :

« Il n'existe à ce jour aucune certitude sur l'origine précise des affections en psychiatrie. Ceci empêche de les classer comme on le fait en infectiologie [...] deux voies sont alors possibles : soit s'appuyer sur des modèles théoriques ou des hypothèses explicatives, soit tenter une approche purement descriptive reposant sur l'observation des symptômes et pas du tout sur leurs causes présumées ». (Antoine Pélissolo* - Les grands dossiers n°20 « Les troubles mentaux » -Sciences Humaines, 2010, p.18).

*Service de psychiatrie du CHU La pitié Salpêtrière, enseignant à Paris VI

« Puisque aucune étiologie n'a encore été clairement mise en évidence pour aucune maladie mentale, l'approche a-théorique, ou "purement descriptive" consistera à décrire les troubles sans préjuger des causes qui les déterminent » (Demazeux, 2013, p.153)

« Le principal manque de validité du DSM, qui est en même temps sa plus grande faiblesse scientifique on le répète, c'est qu'il n'a permis jusqu'à aujourd'hui de découvrir aucune étiologie précise parmi les 265 catégories du DSM-III » (ibid, p.203)

D'un côté **des maladies qui n'en seraient pas**, et de l'autre **des étiologies inconnues** : le premier point n'expliquerait-il pas le second ? N'est-ce pas finalement ce point flou qui rend les traitements psy si délicats ? En effet, traiter médicalement ou psychothérapeutiquement une souffrance psychologique qui ne serait pas une pathologie ne peut que nous interroger.

S'il y a bien un point qu'il convient de saluer, c'est **la volonté de tout praticien d'apporter le meilleur service possible à ses patients**. Mais la tâche n'est pas aisée. Quoi qu'il en soit, pour y parvenir, les praticiens tentent de classer et hiérarchiser ces souffrances psychologiques.

3.2 Une difficile recherche d'efficacité

La psychiatrie a beaucoup travaillé dans diverses tentatives de « nomenclatures » puis de « classements » des maladies mentales, dans le but d'un langage commun à tous les praticiens. Alors qu'en 1948 la Classification Internationale des Maladies (CIM) introduit la notion de

« maladies mentales », on voit apparaître en psychiatrie le « **Médical 203** »* en 1946, le **DSM-I**** en 1952, le **DSM-II***** en 1968, le **DSM-III** en 1974, **DSM-III-R** en 1987, puis le **DSM-IV** en 1994 et le **DSM-IV-TR** en 2000.

*Médical 203 (1946), classification militaire établie par le psychiatre William Menninger (1899-1966) dans l'armée US : le « Ware Département Technical Bulletin, medical 203 » ou « nomenclature of Psychiatric Disorder and réaction ».

DSM-I (1952) introduit le concept de réaction (emprunté à Meyer) « L'idée était que la symptomatologie, telle qu'elle se présente le plus souvent, est une **réponse du psychisme malade qui tente de rétablir un équilibre intérieur menacé » (Demazeux, 2013, p.48) Il distingue « les troubles mentaux qui sont associés à une perturbation organique du cerveau, et ceux qui se produisent sans une perturbation primaire du fonctionnement cérébral » (*ibid.*, p.49) [mis en gras pour la citation]

***DSM-II (1968) ajuste ses définitions par rapport à la CIM-8 dont il espère influencer la prochaine version (*ibid.*, p.67). Il semble adopter par rapport au DSM-I « un modèle médical plus rigide de la pathologie psychiatrique » (*ibid.*, p.72)

Le DSM-III se constitue un peu comme un test psychologique (Demazeux, 2013, p.146) mais donne plus un résultat diagnostique qu'un score. Il respecte les nomenclatures en usage. Le DSM-III-R, lui, tente de résoudre les disparités diagnostiques.

Puis avec le DSM –IV, commencent déjà les polémiques qui se poursuivront au DSM 5 à propos des liens d'intérêts entre les concepteurs et l'industrie pharmaceutique :

« On sait aujourd'hui combien la collusion est forte entre les décisions du DSM et les intérêts des industries pharmaceutiques. Près de 70% des experts qui travaillent pour le DSM-5 ont entretenu au cours de leur carrière récente des liens financiers avec l'industrie pharmaceutique. » (Demazeux, 2013, p.19) Mais la critique ne concerne pas le DSM III en 1974 où la psychiatrie était peu tournée vers la pharmacologie, voire méfiante à propos de celle-ci. Cela change en 1987 avec le DSM-III-R. Et en 1994 avec le DSM-IV (*ibid.*, p.19).

D'un côté des chercheurs qui tentent de trouver les molécules efficaces, et de l'autre des patients en souffrance. Entre les deux, des praticiens qui font pour le mieux, et des commerciaux qui vendent les découvertes de leur laboratoire. Sur le fond la synergie pourrait être correcte, tant que l'éthique reste une valeur fondamentale. Sur ce point, la polémique est grande. D'autant plus que la qualité des diagnostics est farouchement discutée par des praticiens qui n'hésitent pas à la remettre en cause.

3.3 Une disparité diagnostique persistante

Le psychiatre américain d'origine suisse **Adolf Meyer** (1866-1950) fut très important dans la psychiatrie américaine, et joua un rôle dans cette tentative de classification. Cependant, il prit du recul par rapport à un étiquetage qui lui semblait de plus en plus chimérique, pour finalement prôner un rapprochement vers le patient lui-même :

« Meyer, pressenti au départ pour jouer un rôle actif dans l'élaboration de la classification, quitte le projet de façon prématurée le jugeant trop réducteur [...] **il n'aura de cesse de proclamer que l'idée de classer les maladies en psychiatrie est chimérique.** [...] "Mon effort principal était d'éradiquer **cette illusion qui consiste à croire que la classification peut précéder la connaissance adéquat des faits**" [...] L'accent doit être mis selon lui sur l'individu et non sur l'étiquette abstraite » (*ibid.*, p.39) [mis en gras pour la citation]

Suite aux mesures statistiques de **Philip Ash** (étudiant en psychologie industrielle) force est de constater que deux fois sur trois il y a une disparité diagnostique :

« Assurément, reconnaître que les cliniciens tombent en désaccord *deux fois sur trois* sur le diagnostic spécifique d'un patient, et qu'*une fois sur deux* ils ne s'accordent pas sur la catégorie générale du trouble dont il souffre ». (*ibid.*, p.76)

La classification fut également remise en cause par **Aaron Beck** concernant son efficacité pour les diagnostics :

« Selon Aaron Beck (père des thérapies cognitives) les trois cinquièmes des désaccords recensés seraient imputables aux défaillances de la classification de référence, en l'occurrence le DSM-I. » (*ibid.*, p.76)

Mais le travail le plus incisif à ce sujet fut réalisé par **Roger Cohen** (psychologue et statisticien, 1923-1998) qui inventa en 1960 l'outil statistique « **coefficient Kapa** » qui confirme expérimentalement cette disparité.

3.4 L'expérience de David N. Rosenhan

L'incertitude des diagnostics a ému quelques praticiens qui ont tenté d'en objectiver la limite. David Rosenhan, psychologue (1929-2012), a publié son étude dans la revue *Science*, sous le titre « *Être sains dans un environnement malade* ». Nous en trouvons le déroulement complet dans l'ouvrage de **Paul Watzlawick** « *L'invention de la réalité* » (1988), de la page 131 à la page 158. Expérience citée aussi dans l'ouvrage de Demazeux (2013, p.107-111).

L'expérience est la suivante : 8 personnes (trois femmes et cinq hommes) jouèrent le rôle de « faux patients », dont un étudiant en psychologie, trois psychologues, un psychiatre, un peintre et une ménagère. L'expérience fut menée dans 12 hôpitaux psychiatriques. Après y avoir pris rendez-vous, ils se présentèrent à l'hôpital où ils se plaignirent d'entendre des voix. **Quand il leur fut demandé ce que disaient ces voix, ils les décrivirent comme « peu claires », mais comme disant « vide », « creux », « étouffant »**. Ils ajoutèrent juste qu'ils ne connaissaient pas ces voix et qu'elles étaient du même sexe qu'eux. Pour éviter d'éventuelles conséquences ultérieures ils se firent admettre à l'hôpital sous une fausse identité.

« Les diagnostics psychiatriques ont par conséquent des conséquences existentielles, juridiques, sociales, pour ceux qu'ils marquent » (Watzlawick, 1988, p.138). « Une fois qu'un individu a été caractérisé comme anormal, l'ensemble de ses comportements et des autres aspects de sa personnalité est marqué par cette étiquette » (*ibid.* p.140).

Quand à leurs professions, les psychologues et le psychiatre ne révélèrent pas leur métier afin de ne pas éveiller de soupçons. A part cela, tous leurs comportements et les propos qu'ils tinrent étaient sincères et normaux.

« Immédiatement après avoir été admis dans le service de psychiatrie, les faux patients cessèrent de manifester un quelconque symptôme » (*ibid.*, p.135)

Tous sauf un furent admis avec un diagnostic de schizophrénie. Ce diagnostic a été maintenu suite à une durée d'observation de 7 à 52 jours (moyenne de 19 jours). Seuls les patients de l'établissement eurent une suspicion (32 sur 118) concernant les faux patients.

« Le fait que des patients aient souvent reconnu notre normalité alors que le personnel médical ne l'a même pas soupçonnée soulève des questions importantes. » (*ibid.* p.138)

A partir de ce moment, Rosenhan note que quelque soit l'état du patient il va devoir suivre une séquence plus ou moins longue prévue par les protocoles :

« il est par exemple très difficile, voire impossible de quitter à court terme un hôpital psychiatrique une fois qu'on y a été admis, bien que la loi stipule le contraire. » (*ibid.*, nbp, p.134)

Une autre expérience fut réalisée dans un hôpital dont l'activité est aussi centrée sur la recherche. Le personnel doutait qu'une telle erreur puisse se produire chez eux. Ils furent prévenus que de faux patients tenteraient de se faire admettre dans leur service durant les trois mois à venir.

« Tous les membres du personnel – aussi bien les aides soignants, les infirmiers, les médecins, que les psychiatres et les psychologues – ayant été en contact prolongé avec le patient, ou ayant eu à son égard une responsabilité essentielle, durent se prononcer » (*ibid.*, p.139)

Alors qu'il ne fut envoyé aucun faux patient durant ces trois mois, l'établissement en identifia au moins 23 sur 193 :

« Sur 193 patients admis, 41 furent jugés comme probablement de faux patients, et 23 comme suspects par au moins un psychiatre, et 19 par un psychiatre et un autre membre du personnel » (*ibid.*).

Dans l'expérience des faux patients, tous prirent des notes pour le résultat statistique de cette étude. Au début ils le firent discrètement jusqu'à s'apercevoir que personne n'y prenait garde. Alors ensuite ils le firent publiquement (*ibid.* p.142).

« Dans les rapports rédigés sur trois d'entre eux, les infirmières considérèrent cette activité comme un aspect de leur comportement pathologique » (*ibid.*)

Un diagnostic psychiatrique produit sa propre réalité et, avec celle-ci, ses propres effets. » (*ibid.* p.143)

Rosenhan, note également toute la problématique de dépersonnalisation des patients. Les contacts (tous entretiens confondus) avec le personnel furent évalués à une moyenne de 6, 8 minutes par jour pour 6 faux patients sur une durée de 129 jours (*ibid.*, p.153).

Rosenhan pointe clairement un manque d'attention, des présupposés qui conduisent à une cécité d'inattention ne laissant voir que ce à quoi l'on s'attend :

« Nous avons tendance à inventer des connaissances et à supposer que nous comprenons davantage que nous ne comprenons en réalité. Nous semblons incapables de simplement reconnaître que nous ne savons pas » (*ibid.* p.155).

Notons que cette expérience se déroule en 1973, juste avant la sortie DSM III en 1974, à une époque où le nombre d'hospitalisés diminuait grâce à des prises en charge avec des consultations en ville. Entre 1950 et 1974, aux USA, le nombre de patients hospitalisés fut divisé par deux, passant de 500.000 à 250.000. Avant cette époque leur nombre croissait démesurément : en 1880 les établissements avaient une norme de 200 à 600 patients, en 1920 de 200 à 3000 patients, en 1956-57 le St Elizabeth Hospital (à Washington) atteint 7000 patients. L'hôpital Pilgrim, sur Long Island lui en totalise 14.000. (Demazeux, 2013, p.27)

Mais d'autres expériences ultérieures eurent lieu, comme en 1988 (époque du DSM-III-R) celle de **Marty Loring** (du Center of Mental Health Human Development) et **Brian Powell** (de Indiana University). Les expérimentateurs ont donné à 290 psychiatres la transcription de l'interview d'un patient. Il furent répartis en deux moitiés, où ceux de la première eurent comme information complémentaire que le patient était noir et ceux de la seconde que le patient était blanc. Ils ont abouti aux conclusions suivantes : « *Les cliniciens semblent attribuer la violence, la suspicion et la dangerosité aux clients noirs, quand bien même l'étude de cas est la même que pour les clients blancs* »*

*Journal of health and social behavior, vol. 29, no 1, mars 1988, p. 1-22 (PMID 3367027).

[Retour sommaire](#)

4 Psychologie de la pertinence

4.1 Trois types possibles de psychologie

Au-delà de toutes ces recherches, le mieux être du patient reste une préoccupation première de tout praticien. Comme nous venons de le voir, la tâche est délicate. Si la notion de **pathologie** est une donnée importante dans laquelle la psychologie classique et la psychiatrie œuvrent au mieux, celle de **santé** l'est tout autant : l'OMS stipule bien que « la santé n'est pas une simple absence de maladie mais un état d'équilibre physique, mental et social ». De ce fait, la psychologie positive, apporte un complément essentiel, en se préoccupant principalement de la santé mentale.

Les recherches en nosologie (étude des maladies) peinent à objectiver l'objet de leur étude, au point que le professeur de psychiatrie **Thomas Szasz** (professeur émérite à l'université de New York), nous propose même que les maladies psychiatriques, peut-être, n'existent pas. Il publie « *The Myth of Mental Illness* » (1961) qui arrive en France en 1975 sous le titre « *Le mythe des maladies mentales* » (éditeur Payot). Sans doute ouvre-t-il une autre voie qui mérite d'être explorée.

Le Dr Szasz s'est engagé dans un mouvement dit « d'antipsychiatrie », parfois rude envers les paradigmes antérieurs sur la normalité et la folie. Même si cette rudesse peut heurter, son travail a le mérite de nous interroger sur la notion de psychopathologie. Cela peut nous conduire à envisager une **troisième forme de psychologie** qui ne concerne ni « la maladie mentale », ni « la santé mentale »... mais « **la pertinence à l'œuvre chez le sujet** ». Le Dr Szasz n'a pas exactement envisagé cet aspect, mais une observation clinique attentive ouvre ici un champ d'exploration extraordinaire, qui ne peut qu'être encouragé compte tenu des résultats cliniques obtenus.

Je propose de nommer ce nouveau champ « **psychologie de la pertinence** ». Ce nouveau champ offre une possibilité supplémentaire aux praticiens. La « psychologie de la pertinence » complète ainsi la famille où se trouvent ses deux aînées « **psychologie du trouble** » et « **psychologie de la santé** ».

Nous avons alors trois formes de psychologie à notre disposition :

1-La **psychologie du trouble** ou *psychopathologie*. Elle peut se définir comme s'occupant du *disorder* américain que nous trouvons dans le DSM. Elle tente d'identifier le niveau de pathologie d'un patient et d'apporter les réponses thérapeutiques correspondantes (notons tout de même que le DSM ne parle pas de « *illness* » [maladie], mais de « *disorder* » [trouble]). Dans laquelle nous trouverons la *neuropsychologie*, la *psychiatrie*, la *psychanalyse*.

2-La **psychologie de la santé**. Elle peut se définir comme s'occupant de l'équilibre biologique, mental et social. Elle tente d'identifier et d'optimiser le niveau de santé et lui donne ensuite les moyens de s'optimiser par différentes approches d'expériences et d'apprentissages. Dans laquelle nous trouverons la *psychologie positive*, qui associe le niveau de santé au niveau de bonheur.

3-La **psychologie de la pertinence** qui pourrait se définir comme une psychologie qui repère les processus pertinents en train de s'accomplir chez un sujet, puis qui les accompagne vers leur accomplissement. Dans laquelle nous trouverons la maïeusthésie (décrite au paragraphe 7.3)

4.2 Le principe de justesse

Dans un univers psychologique où l'habitude est de traquer les dysfonctionnements, se préoccuper des justesses représente un important renversement de paradigme. Il ne s'agit pas tant, non plus, de pointer des ressources et d'en assurer le développement (comme en psychologie positive), ni de trouver des zones ressources comme cela se met en œuvre en PNL (programmation neurolinguistique) afin de mieux venir à bout de zones blessées. Les justesses envisagées ici sont les phénomènes qui se passent au sein de la psyché, même en présence de souffrances, de symptômes inconfortables, d'apparents dysfonctionnements.

Nous pouvons toutefois nous demander comment, quand un « patient » vit un inconfort majeur, peut-il s'agir d'une justesse ?

Pour y voir plus clair, prenons l'exemple de ce « patient » souffrant de « troubles paniques » lorsqu'il s'éloigne de chez lui. Quand il convertit le terme générique « trouble panique » en termes de ressentis personnels, cela devient « *j'ai l'impression que je ne pourrai plus jamais rentrer chez moi* ». Riche de cette précision, en investiguant sa vie avec le praticien, il découvre que sa mère à

9 ans a perdu sa propre mère et que, son père étant violent, elle a été retirée du foyer, placée, et n'est jamais retournée à la maison. Cela peut ne sembler qu'une coïncidence intéressante, mais il se trouve que la validation de l'enfant qu'était la mère (et de son vécu d'orpheline éloignée de chez elle) fait aussitôt disparaître le symptôme « trouble panique » chez le patient.

Dans une telle situation, tout se passe comme si le « trouble panique » (ici : impression de ne plus pouvoir rentrer chez soi) n'était pas une pathologie mais **une simple indication qui est là spécialement pour ne pas manquer de valider l'enfant qu'était la mère, orpheline de sa mère et de sa maison**. N'en déduisons pas que le sujet « portait le poids de sa mère » et qu'on vient de l'en libérer, comme malheureusement cela se dit trop souvent. Tout se passe plutôt comme s'il disposait d'une « **précieuse indication** » pour ne pas manquer de donner à cette enfant de neuf ans sa juste place en lui (car elle fait partie de sa psyché)... comme si on ne trouvait son équilibre qu'en état de complétude, y compris intergénérationnel.

Cette interprétation ne peut prétendre refléter la « vérité absolue » de la situation. On peut seulement dire que « tout se passe comme si » il en était ainsi. Par contre, sur un plan purement phénoménologique, le sujet se trouve dans une paix immédiate et durable, que ne lui avaient pas procurée toutes les tentatives antérieures de « guérison de son trouble panique ».

Sous l'angle de la justesse révélée, plutôt que celui du trouble combattu, le praticien trouve ici une issue rapide et fructueuse. La difficulté, quelque soit l'option retenue, est de rester ouvert à toutes les éventualités et de ne s'enfermer dans aucun paradigme définitif. Cette possibilité n'invalide pas les éventualités pathologiques, mais il faut aussi qu'un *a priori* pathologique ne fasse pas manquer un tel accomplissement ! En effet rechercher un trouble à combattre là où un éclairage se manifeste, là où une réunion s'accomplit, là où une individuation trouve enfin son aboutissement... serait un beau gâchis !

Cela revient à dire que le même symptôme peut aussi bien manifester une pathologie, qu'une adaptation en train d'œuvrer pour l'équilibre, ou même un pas vers l'intégrité, la santé du sujet. Le praticien se doit de pouvoir faire la différence et, en première instance, de ne pas manquer cette éventualité de pertinence.

Cette notion de « pertinence » mérite d'être précisée car, en conséquence, elle nécessite de revisiter celle de « thérapie », celle de « guérison », celle de « symptôme », celle de « pathogenèse », celle d'« étiologie », sous un angle qui permet de rendre compte du phénomène psychologique qui se déroule chez le « patient ». Nous verrons que, même le mot « patient » ne convient plus tout à fait.

4.3 La guérison n'est pas le projet

Avec une psychologie de la pertinence, face au symptôme, le projet n'est pas la guérison. La chose est inhabituelle, mais c'est ici que les possibilités s'ouvrent d'une nouvelle façon.

La meilleure métaphore permettant d'illustrer cela est celle d'une femme enceinte qui vient d'accoucher : **on est sûr qu'elle n'est plus enceinte... mais il ne viendrait à personne l'idée de dire qu'elle est « guérie de sa grossesse »**. D'une façon analogue, la logique, en psychologie de la pertinence, n'est plus la guérison, mais l'émergence d'un « bout de Soi » qui était en gestation.

Dans l'exemple précédent, le sujet qui n'a plus son trouble panique n'en est pas guéri, même s'il ne l'a plus, même si c'est de façon définitive... **il n'en a simplement plus besoin**. Ce symptôme ne reflétait pas une pathologie, mais servait juste à ne pas oublier l'enfant qu'était sa mère, orpheline de mère et de foyer, à la retrouver, puis à lui accorder la reconnaissance conduisant à plus de complétude. Le sujet n'en est pas guéri... car ce n'était pas une maladie.

Le côté « utilitaire » du symptôme ne doit pas pour autant le faire interpréter en termes de pourvoyeur de « bénéfices secondaires » (terme souvent péjoratif). Il ne s'agit pas d'un bénéfice secondaire, mais d'un « bénéfice majeur », d'une noble finalité, d'une incontournable réalisation en cours.

Le projet, en psychologie de la pertinence, est cette **venue au monde de ce qu'il y a de Soi en gestation**, dont les symptômes sont le signe annonciateur et le guide.

La disparition du symptôme ne signifie plus dans ce cas une guérison, mais témoigne du fait que ce qu'il y avait à accomplir en termes de reconnaissance et de réhabilitation s'est bien accompli.

4.4 Ce que devient la thérapie

La psychologie de la pertinence nous donne **un cadre où la notion de pathologie n'est pas la cible**. De ce fait, l'outil utilisé pour apaiser la souffrance psychologique n'a pas ici à se nommer « thérapie ». Le terme « thérapie » indique un projet de guérison et correspond plutôt à l'approche de la psychologie classique (investie dans les pathologies).

Il y a une multitude d'approches psychothérapeutiques. Toutes intéressantes, toutes permettant des accompagnements signifiants et pouvant être utilisées dans l'axe « pathologie » de la psychologie classique.

En y regardant de plus près nous remarquerons que la plupart peuvent toutefois trouver leur place en psychologie de la pertinence. Quittant l'idée de guérison ou de solution, elles peuvent aussi sensiblement conduire le sujet qui consulte à aller vers lui-même, en émergence de Soi, en individuation. **Ce n'est pas la méthode qui change pour satisfaire un projet, mais le projet qui change au sein d'une même méthode** (que celle-ci soit de type Analytique, de type TCC, de type PNL, de type Gestalt thérapie, de type Focusing, de type psychodrame, de type psychocorporel ...etc.). La visée ne se fait plus vers la pathologie, puis vers sa guérison, mais vers l'accomplissement d'une complétude en mouvement vers sa réalisation.

Le mot « thérapie » ne convient donc pas vraiment. **Il s'agit d'un processus plus « maïeutique »* que thérapeutique** en ce sens où la « naissance de Soi » prime sur la « guérison de Soi ».

*maïeutikê en grec signifie « art d'accoucher ».

Platon dans « Premiers dialogues » (GM Flammarion 1967) propose les « Dialogues maïeutiques » où il décrit les échanges entre Socrate et Alcibiade. Ces dialogues ternissent hélas un peu ce terme, car ils semblent plus inciter la pensée de l'autre qu'ils ne la révèlent. Il fait même dire à Socrate « je vais donc te poser des questions comme si tu avais les dessins que je t'attribue » (p.104). Le terme « maïeutique », de par son étymologie, décrit néanmoins avec justesse l'idée d'accouchement de Soi.

Il ne s'agirait donc plus ici d'une psychothérapie, mais d'un « **psycho accompagnement** », d'un entretien **d'hygiène psychique** et de **déploiement**, d'un **accompagnement vers une santé mentale spontanée**, du **soutien de la pertinence à l'œuvre** chez le sujet qui consulte. Le praticien serait alors une sorte de « **psycho hygiéniste** » ne faisant que suivre ce qui s'annonce et ce qui vient au monde chez l'accompagné. De ce fait, le terme de « psychopraticien », retenu par les fédérations de psy, semble préférable à celui de « praticien en psychothérapie », car il peut inclure ce type d'accompagnement (le terme « thérapie » restant dévolu au traitement des « pathologies »).

Il n'en reste pas moins une ambiguïté, car quand le symptôme disparaît aussitôt dans un psycho accompagnement de type « maïeutique » et persiste indéfiniment dans un accompagnement de type « thérapeutique »... il n'est pas aisé de faire une distinction claire, et certains verront une thérapie là où l'accompagnement était d'un autre type.

4.5 Ce que devient le patient

Ce n'est plus la « pathologie » qui mobilise le praticien, mais la « pertinence ». Il ne met plus en œuvre une « thérapie » mais une sorte de « maïeutique »... Quant au patient, il n'est plus un « malade », si bien que l'appellation « patient » ne convient plus vraiment. Si l'on reprend la métaphore de la femme enceinte, nous savons qu'une sage-femme ou un obstétricien ne reçoit pas des « patientes » mais des « parturientes », c'est à dire des femmes sur le point de devenir parents. Certes il existe aussi des grossesses pathologiques, mais elles ne sont pas la norme et restent exceptionnelles. La majorité d'entre elles ne le sont pas, même s'il ne faut pas oublier que cela arrive parfois.

De ce fait, nous pourrions remplacer le terme « patient » par le terme « **parturient** », qui s'appliquerait en psychologie de la pertinence aussi bien aux hommes qu'aux femmes. Afin de ne pas confondre ce mot avec son usage en obstétrique, il conviendrait de le laisser toujours au masculin dans tous les cas.

Naturellement ce terme est peu praticable, mais il refléterait mieux le phénomène de « mise au monde » dont il s'agit : un peu comme si le sujet devenait « parent » de ce qui émerge en lui et l'accueillait pleinement dans sa « famille intérieure ». Il s'agit sans doute d'une façon originale de concevoir l'individuation ou l'intégrité, mais elle a le mérite de rendre compte de cette pertinence à l'œuvre.

4.6 Ce que devient le diagnostic

Naturellement les manifestations que présente le sujet en souffrance psychologique gardent le même nom (comme dans l'exemple du « trouble panique » exposé ci-dessus). Il est commode d'avoir un terme commun pour l'identifier. Mais alors que ce terme peut identifier une pathologie en psychologie classique, il identifiera en psychologie de la pertinence un « clivage de la psyché » tentant de se réduire spontanément. Qu'il s'agisse d'un trouble du comportement alimentaire, d'un trouble phobique, d'un trouble obsessionnel, d'un trouble dépressif... etc., sans toutefois oublier l'éventualité pathologique, la possibilité d'une justesse de l'accomplissement en cours ne sera pas manquée. Elle ne doit surtout pas être manquée, dans la mesure où elle se trouve dans la plupart des souffrances psychiques (ce qui se vérifie en termes de résultats cliniques).

A la fin de l'entretien de type maïeutique, la disparition du symptôme permet d'identifier la disparition de ce « clivage au sein de la psyché » (nous reviendrons un peu plus loin sur cette notion de clivage). On ne peut donc plus parler de diagnostic au sens de « identification d'un état de santé ou de pathologie ». Il s'agit plutôt ici d'identifier une « complétude » en cours d'accomplissement et de vérifier si elle a bien été retrouvée.

4.7 Ce que devient l'inconscient

Autrefois les malades mentaux étaient considérés comme « possédés » par des démons. Plus tard, libre de l'obscurantisme, la psychologie les considéra surtout possédés par leur inconscient :

« Avec S. Freud, la possession du névrosé fut envisagée comme une possession par l'automatisme inconscient et les pulsions inconscientes et refoulées. (Ey, 1989, p.60)

Nous pouvons aussi désormais imaginer un nouveau paradigme où le sujet en souffrance psychologique n'est plus possédé ni par des démons, ni par l'inconscient, mais est simplement **« en gestation de lui-même », en processus d'individuation, de déploiement de Soi.**

Les enjeux qui se produisent en lui, en dépit de leur pertinence, échappent aussi à sa volonté. Ils sont généralement inconscients, cet inconscient est ici habité par des élans de réhabilitations et non par quelques enjeux malsains auxquels il faudrait savoir échapper. Il n'y a donc pas ici de « choses sombres à nettoyer » ! Il y a toujours un inconscient, mais il change de nature. Le refoulement habituellement considéré comme un enfouissement, sera ici envisagé comme une émergence ... (d'ailleurs en plomberie, une tuyauterie qui refoule n'aspire pas... elle fait émerger !)

L'inconscient, du point de vue de la psychologie de la pertinence, travaille à l'émergence de Soi, et de même qu'en haptonomie les parents apprennent à communiquer avec leur enfant à naître au cours de la grossesse, dans cette approche, le « parturient » apprend à communiquer avec ce qui en lui tente de venir au monde. Nous verrons quel processus se met en œuvre dans le chapitre 5, reprenant l'ensemble du processus naturel, depuis le symptôme qui émerge en surface, jusqu'à l'étiologie qui en est l'origine.

4.8 Ce que devient le temps

L'histoire de notre vie s'étend du passé vers le présent et du présent vers le futur. Cet ordonnancement temporel concerne l'événementiel, mais qu'en est-il de notre psyché ?

Nous croyons que nous pouvons partir du présent, puis « remonter le temps » en allant de plus en plus loin dans notre passé pour y « dénicher » quelles sources de tourments viennent perturber notre présent. Un tel raisonnement ne concerne pas la psychologie de la pertinence.

La psyché n'y est pas envisagée de façon temporelle, ni de façon historique ou biographique. **Tous « ceux » que nous avons été à chaque instant de notre vie peuvent être considérés comme présents tout au long de notre existence.** L'enfant que nous avons été n'a jamais cessé d'être là, probablement ceux dont nous sommes issus non plus. Il n'est pas exclu d'envisager que l'étendue de ce qui est présent au sein de la psyché aille au-delà de notre biographie si l'on envisage les approches transpersonnelles qui débordent le cadre.

Nous sommes ici bien en peine de pouvoir objectiver un tel phénomène, mais l'accompagnement psychologique se fait « **comme si** » **le sujet était en présence de celui qu'il fut, et que son symptôme lui permet d'identifier.** Il en apprivoise la présence (un peu comme on le fait en thérapies comportementales avec la « désensibilisation systématique »), ou, plus précisément, il en accomplit la rencontre, comme on le ferait dans un esprit parfaitement haptonomique, ainsi que le proposait Frans Veldman aux futurs parents avec leur enfant à naître. Cette présence de celui qu'il était est proche aussi de ce que faisait Fritz Perls avec sa Gestalt thérapie, en proposant la communication entre eux de deux éléments (comme par exemple le père que l'on a eu et l'enfant que l'on était). Nous aurons aussi quelque chose de voisin lorsque Jacob Levy Moreno propose, avec son psychodrame, de faire vivre cette scène, où tout le monde se trouve présent en même temps. Les constellations familiales ne sont pas non plus très loin de cette option.

Sans doute, dans des temps plus reculés, devons-nous à cette simultanéité de présence supposée le propos de **Sénèque** dans « De la brièveté de la vie »

Concernant ceux qui n'ont pas accueilli une telle présence en eux : « **Leur esprit est encore dans l'enfance quand la vieillesse les accable : sans préparation ni défense, voilà comment ils y parviennent** » (IX-3, 2005, p.117).

Concernant ceux qui n'ont rien retranché de cette présence : « **Toutes les années antérieures à eux leurs sont acquises [...] Aucun siècle nous est interdit** » (XIV-1 ; *ibid.*, p.127), « [...] la nature nous admet dans la communauté du temps tout entier. » (XIV-2 ; *ibid.*, p.127). « **C'est le propre d'un grand homme, crois-moi, et qui s'élève au-dessus des erreurs humaines, que de ne rien soustraire de son temps.** » (VII-4, p.113)

On pourrait dire que le temps contient l'histoire, les faits, et que la psyché contient les Êtres et ce qu'ils ont éprouvé. L'un n'est pas réductible à l'autre. C'est plus la psyché et ses ressentis qui permet de comprendre les faits, que les faits qui permettront de comprendre la psyché et ses ressentis :

« Si ces sciences s'en tiennent à l'observation objective, elles amassent des faits, mais ne peuvent presque jamais les relier les uns aux autres. (Ey, 1989, p.47)

Les faits ne sont pas essentiels, car ce qui mobilise l'attention du praticien ici, c'est chaque Être et ce qu'il a éprouvé, bien plus que ce qui s'est passé. C'est cela qui est présent et appelle la conscience du sujet en souffrance psychologique en vue de reconnaissance et de complétude.

[Retour sommaire](#)

5 De la source vers le symptôme

Les symptômes sont la partie visible de toute une succession de processus intimes, se déroulant depuis une source, dont il est utile de comprendre la nature, jusqu'à la surface de la conscience.

Si l'on considère ce qui est phénoménologiquement observé en psychologie de la pertinence, le symptôme permet d'accéder à « l'un de ceux que l'on a été » se trouvant au sein de notre psyché, et se trouvant « séparé » de celle-ci par un processus de **clivage**. Ce clivage semble être survenu lors d'un **trauma*** ou lors d'une **imprégnation****, et être produit par **la psyché elle-même**, en réaction de survie, afin de préserver au mieux son équilibre.

* Choc éprouvé, impact bref mais douloureux.

**Adaptation dans le bain d'une atmosphère pénible durant une longue période

La nature et l'origine de ce clivage, puis des processus qui en résultent, méritent toute notre attention. Nous trouverons, dans le cadre d'une psychologie de la pertinence, une cohérence globale dont on peut décliner chaque étape.

Dans un accompagnement psychologique, le praticien part de la manifestation, du symptôme, afin d'arriver à l'origine, à la source, à l'« étiologie ». Pour notre explication, ici, je choisirai inversement de partir de la source, de l'étiologie, pour remonter vers les processus qui se mettent en œuvre et finalement au symptôme qui en résulte.

5.1 La source (étiologie)

Derrière une manifestation psychique douloureuse ou inconfortable, au sein de la psyché se trouve un clivage entre celui qu'on est et celui qu'on a été. Mais ce clivage n'est pas la source originelle. Il est lui-même la conséquence de quelque chose.

Cette « fracture » de la psyché s'opère à la faveur d'une circonstance inconfortable. Nous pourrions alors considérer cette circonstance inconfortable comme étiologique. En fait ce n'est pas tout à fait cela : **la source première n'est pas cette circonstance, mais plus exactement la façon dont cette circonstance est éprouvée par le sujet**. Celui-ci la ressent, l'éprouve, en fait l'expérience du mieux qu'il peut avec le bagage dont il dispose. Ce bagage n'est pas le même pour tous, ainsi la même circonstance ne sera pas vécue de la même façon par tout le monde. Par exemple, un adulte sera généralement moins impacté qu'un enfant si on lui crie dessus ou s'il assiste à une scène difficile, mais aussi deux personnes du même âge auront également des réactions différentes : l'une peut se distraire avec un film d'horreur et une autre en faire des cauchemars pendant des mois.

Donna Williams, femme autiste, nous révèle comment elle a vécu les comportements de sa mère. Ce qui pour beaucoup aurait été vécu comme un trauma, a pour elle été éprouvé comme salutaire :

« Si ma mère avait été bonne et aimante, si elle m'avait comblée d'attentions et essayé de m'atteindre, je suis persuadée que je n'aurais jamais pu trouver dans le monde ces espaces neutres, dégagés de toutes pressions affectives, qui m'ont permis de créer des personnages sans sentiments ni émotions, grâce auxquels j'ai acquis la liberté d'étudier et d'apprendre par moi-même tant de choses » (Williams, 1992, p.289).

Cet exemple est très intéressant car il illustre parfaitement à quel point ce n'est pas la circonstance qui fait le trauma ou l'imprégnation, mais ce qu'on en fait... compte tenu de ce dont on dispose psychologiquement pour y faire face.

Nous avons donc une source qui est : **« ce qui a été éprouvé »** et non **« ce qui s'est passé »** lors d'une circonstance de notre vie.

5.2 Le clivage et son processus

Ce clivage, survenant lors d'une circonstance, pourrait être compris comme résultant d'un choc, d'un inconfort ou d'une usure. Nous aurions tort de penser à une fragilité de notre psyché qui se « romprait » à cet endroit du fait de la violence de ce contact ou de ce choc. **Ce n'est pas la circonstance qui fracture la psyché, mais la psyché qui s'auto clive** pour assurer la meilleure survie possible de son entièreté. Donc la source du clivage n'est pas la circonstance, mais la psyché elle-même. Une sorte de **pulsion de survie** permet à celle-ci de se séparer, de fermer un contact en son sein, souvent pour isoler une zone dont la charge émotionnelle pourrait la déstabiliser. Cela lui permet de continuer au mieux en dépit de ce qui a été éprouvé. Le phénomène est subtil et nous pouvons assister à **plusieurs types possibles de clivages** :

Concernant le passé

-Mise à distance de l'être en souffrance que nous sommes lors d'un événement douloureux, afin de préserver l'ensemble de la psyché d'avoir à être envahi par un tel flux de douleur.

Mais nous pouvons avoir aussi un phénomène presque inverse (moins courant, mais significativement présent) :

-Mise à distance de l'être paisible et ressource que nous sommes, afin que celui-ci ne soit pas impacté par cette tempête intérieure. Mais de ce fait il ne peut plus jouer son rôle de ressource.

Ce clivage peut concerner toute notre existence :

Aussi bien **celui que nous étions** il y a quelques heures, que n'importe quand au cours de notre vie d'adulte, d'adolescent, d'enfant ou de bébé ou même en prénatal.

Il peut également concerner notre lignée :

Il peut se trouver au cœur de nos racines, **n'importe où dans le vécu de nos ascendants chez qui il y a eu un tel clivage** (dont on porte la trace). Nous parlerons alors « d'intergénérationnel » pour les parents ou grands-parents. Chez un aïeul lointain nous parlerons de « transgénérationnel ».

Et même se « situer » hors de notre histoire :

Il arrive que ce qui est identifié soit **hors de notre biographie** (personnelle ou familiale) dans des zones qualifiées de « **transpersonnelles** ». Sans doute une des raisons qui conduisirent **Carl Gustav Jung** à parler d'un **inconscient collectif**. Une sorte de « mémoire collective » ou de

« concernement » impliquant le vécu d'êtres qui ne sont pas dans notre lignée, peut-être parfois même des « structures » telles que les archétypes jungiens. S'agit-il de choses comme celle que nous rapporte cette personne suite à son expérience de mort imminente ? :

« Mon "moi" n'était pas là en tant qu'individu rendant les comptes de SA vie, mais mon "je" était la vie de tous les humains ; en d'autres termes, c'était un bilan global à l'échelle de l'espèce. » (Jourdan, 2006, p.589)

Concernant le futur

Le plus étonnant est que ce clivage peut aussi se trouver dans la **psyché ultérieure**. Cette part « à venir » de notre psyché ayant aussi une forme d'existence (au moins potentielle), et pouvant nécessiter de s'en préserver : **oser devenir qui l'on a à être peut être indésirable selon les circonstances actuelles**. Par exemple, cela nous rendrait infréquentable aux yeux de certaines personnes qui comptent pour nous, mais aussi cela pourrait nous confronter à des choses que nous imaginons trop difficiles. Ce n'est sans doute pas pour rien qu'Abraham Maslow évoque avec insistance cet aspect de la psyché et donne une telle importance aux besoins ontiques (existentiels) :

Il repère que bien des souffrances psychologiques viennent d'une carence en humanité : « Nous pouvons utiliser les concepts d'"atrophie ou diminution de l'humanité" au lieu de recourir aux termes d'immature, de malchanceux, de malade, de né avec des défauts, de défavorisé. La "diminution de l'humanité" les recouvre tous » (2006, p.317).

Selon lui, l'humain peine parfois à devenir qui il a à être, alors que c'est son élan naturel : « Cette tendance peut être formulée comme le désir de devenir de plus en plus ce que l'on est, de devenir tout ce qu'on est capable d'être » (2008, p.66)

Il en résulte pour Maslow un vœu concernant les praticiens : « Nous espérons, bien sûr, que le conseiller sera celui qui pourra favoriser l'accomplissement des individus plutôt que celui qui aidera à guérir une maladie » (2006, p.72, 73)

Dans son ouvrage « Être et temps », **Martin Heidegger** (1889-1976) distingue bien le « Dasein » (l'être au monde), l'« étant » (sa manière d'être au monde), et l'« Être » (l'individu dans l'entièreté de son passé, de son présent, et de son futur)

« Il appartient au Dasein de devoir *devenir* lui-même ce qu'il n'est pas encore, c'est-à-dire de l'*être* » (1986, p.297).

« Il y a dans le Dasein une non-entièreté constante [...] ce qui appartient sans doute à un étant, mais qui lui manque encore [...] Rester en attente signifie par conséquent : n'être pas encore réuni à l'ensemble dont on fait partie » (*ibid* p.296).

« Le Dasein est toujours déjà "au-delà de soi", non pas qu'il se comporte ainsi envers un étant qu'il n'est pas, mais il l'est comme être tendu vers un pouvoir être qu'il est lui-même » (*ibid* p241).

Le clivage dans la psyché concerne donc soit une zone appartenant à notre biographie personnelle (aspect classique), soit notre biographie familiale (inter ou trans générationnel), soit à l'humanité (transpersonnel). Il peut concerner le passé autant que le futur, un Être ressource autant qu'un Être blessé.

5.3 Un vide et des compensations

La psyché s'étant clivée, il lui manque une part d'elle-même. **Il en résulte un vide au creux de Soi** qui fragilise tout de même l'entièreté de la structure. La survie qui a généré ce manque poursuit son œuvre en poussant à le compenser.

L'activisme, les distractions, les addictions (au travail, au sport, aux projets, à l'alcool, au sexe, à la drogue), toutes sortes de moyens peuvent être utilisés à cette fin.

Naturellement, cela consomme de l'énergie, d'une part de maintenir cette « fracture de la psyché » dont l'état naturel n'est pas d'être séparée, d'autre part de mettre en place des compensations pour que tout se passe « comme s'il ne manquait rien » afin que les expériences de vie ultérieures puissent se dérouler au mieux.

Ainsi le sujet continue sa vie, ses expériences, sa maturation, tout en étant en manque de Soi dont la discrétion ne l'encombre pas trop.

5.4 Le retour vers l'intégrité

Grâce à la maturité qui s'accomplit malgré tout d'une part, et les fluctuations d'énergie qui se produisent d'autre part au cours de l'existence (échecs, fatigue, maladies, déceptions, grand âge...), la pulsion de vie reprend ses droits et va interpeller la conscience afin d'éventuellement réhabiliter en Soi ce qui en avait été séparé. Plutôt que de simplement « compenser » (pulsion de survie), la psyché va tenter de « combler » (pulsion de vie) les zones manquantes. Il y a donc une sorte de mouvement naturel vers un retour à l'intégrité.

5.5 Le rôle des symptômes

Pour accomplir ce retour vers l'intégrité, la pulsion de vie génère des symptômes. Si nous reprenons l'exemple utilisé précédemment, le symptôme de « trouble panique », ou plus précisément : « impression que je ne pourrai jamais rentrer chez-moi », permet au sujet de réhabiliter l'enfant qu'était sa mère lorsqu'elle fut orpheline de sa mère et de son foyer.

La sensation éprouvée dans le symptôme est généralement assez voisine de ce qui a été éprouvé juste avant le clivage, par la « part de la psyché » ayant éprouvé le trauma.

Ainsi un enfant de deux ans à « peur du monsieur qui tombe » quand il va se coucher ; cela le conduit à celui qu'il était à six mois lorsque son grand-père a eu une attaque, est tombé et est mort ; la peur de l'enfant de deux ans est analogue à celle du bébé de six mois. Ou cette femme qui a sans cesse peur de perdre sa fille (qu'elle meurt) de façon irrémédiablement phobique ; cette peur la conduit au moment où elle a accouché d'elle à dix-sept ans et s'est sentie dans une immense angoisse de solitude en l'absence de sa mère et de son compagnon. Également cette personne vivant une sorte de phobie des personnes âgées grabataires et mourantes, générant « une sensation angoissante de risquer de perdre les siens » ; sensation révélant ce que sa mère éprouva quand, ayant un enfant d'un homme que ses parents lui interdirent d'épouser, elle dut supporter en silence l'indicible manque d'un Être aimé.

Il se trouve que les symptômes ne révèlent pas systématiquement des analogies aussi marquées, mais ils comportent toujours une pertinence pour accéder à un endroit de la psyché en attente de reconnaissance. Par exemple cette femme éprouvant une angoisse de mort de sa fille aînée lors de l'accouchement de sa seconde fille ; elle aboutit au décès de sa sœur à elle, à la douleur morale de sa mère générant un climat de manque de mère, à sa vie dissolue d'adolescente ; pour finalement donner une place à cette adolescente (qu'elle rejetait) et entendre les peurs de sa mère (qui n'avaient jamais été prises en compte).

Nous avons ici des symptômes qui ne sont pas l'expression d'une pathologie ou d'un quelconque dysfonctionnement, mais l'indicateur fondamental permettant d'accéder à ce qui, en Soi, avait été temporairement séparé de Soi.

5.6 Une forme de « sanato-genèse »

Finalement, si l'on a l'habitude de parler de **pathogénèse** pour décrire le processus faisant que, partant du trauma se met en place une **psychopathologie**, nous n'avons ici rien de tel.

Nous pourrions à la rigueur considérer la fracture de la psyché comme étant la pathologie, et envisager son processus d'auto clivage comme étant un processus de pathogénèse ?

Mais c'est néanmoins un processus de pure survie, aussitôt suivi d'un processus conduisant à une possibilité d'intégration de ce qui a été clivé. Nous remarquons que tout au long des opérations naturelles qui se déroulent (clivage puis intégration), **l'ensemble des processus vise à prendre soin de l'individu**, au mieux des possibilités disponibles à chaque instant. Nous peinons à y voir un processus de pathogénèse !

Il s'agirait en fait plutôt d'un processus de « **sanato-genèse** », c'est-à-dire conduisant à la meilleure santé possible.

5.7 Une sémiologie revisitée

Finalement le symptôme se retrouve ne plus être la manifestation d'un dysfonctionnement biologique ou mental, mais celle d'un fonctionnement pertinent reflétant un élan vers l'équilibre, la complétude, la santé.

Dans ces cas-là, le symptôme se retrouve être l'artisan d'un accomplissement, d'un projet d'individuation. Cela rend la situation délicate par rapport au paradigme habituel qui le considère au contraire comme le reflet de quelque chose qui ne va pas.

La sémiologie trouve ici une nouvelle expression, en ce sens que ces manifestations extérieures ne peuvent plus se retrouver classées en termes de « **types de dysfonctionnements** », mais devraient l'être en termes de « **pertinences en cours d'accomplissement** ».

Cet aspect possible des souffrances éprouvées par les sujets qui consultent un psy, nous permet de comprendre pourquoi les nosographies sont si difficiles à établir. Que souvent elles ne sont plutôt que sémiographies. Et que l'étiologie reste une grande inconnue en dépit des nombreuses recherches accomplies.

Cela ne signifie pas qu'il n'y a jamais de pathologies, et que toutes ces recherches accomplies seraient dans l'erreur. Les deux phénomènes (pathologies et pertinences) se côtoient et la seule erreur fut de ne pas les distinguer. Les trois formes de psychologie ont leur place : celle de la pathologie (psychologie classique), celle de la santé (psychologie positive), celle des processus naturels pertinents (psychologie de la pertinence).

5.8 La reconnaissance

Quand grâce au symptôme, par l'intermédiaire du « guidage non directif »*, le praticien conduit le patient (en même temps qu'il se laisse conduire par celui-ci) vers celui qu'il fut et qui appelle sa conscience. Il aboutit ainsi à cette « part de Soi » en attente de réhabilitation (pour ne pas dire « en gestation »).

*« Terme propre à la maïeusthésie pour désigner le processus d'awareness, de questions et de validations par lequel le praticien conduit le patient vers ce qui, en lui, appelle son attention et sa conscience à travers ses sensations et symptômes.[...] »
[Dico/glossaire](#) sur ce site à « Guidage non directif »

Ce qui vient d'être identifié, le praticien ne va pas proposer de l'apaiser, de le consoler, de le réparer, ni de le guérir... **il va simplement proposer de lui accorder de la reconnaissance.** Nous avons là aussi un important changement de paradigme.

La reconnaissance produit un apaisement que toute tentative d'apaisement ne produit pas. Tenter de consoler ou d'apaiser revient à nier un Être avec son ressenti et le conduit naturellement à se détourner, à se cacher, à « résister », à être encore plus mal... car à sa douleur initiale s'ajoute un déni.

L'apaisement est produit par la **reconnaissance de l'Être qui a éprouvé un vécu**, dont le vécu est validé dans sa **nature** (qualité) et dans sa **mesure** (quantité).

[Retour sommaire](#)

6 « Spécialement pour »

Afin de bien cerner la logique de ce cheminement depuis l'étiologie (vécu éprouvé), passant par un processus de « pathogénèse » (clivage protecteur), jusqu'à la production d'astucieuses manifestations de « sanato-génèse » (symptôme), pour aboutir à plus de complétude (individuation)... il importe de bien distinguer les notions de causalité et de finalité.

6.1 Le principe de causalité

Le principe de causalité veut que la cause précède les effets. Cela répond parfaitement au 2^e principe de la thermodynamique (entropie), stipulant qu'on ne remonte pas le temps. Par exemple sur le plan événementiel, la tasse tombe, elle se casse... le séquençage est clair et ne peut être inversé.

La difficulté en psychologie est qu'il y a une part de causalité et une part de finalité. Concernant la causalité, un événement pénible se produit, il en découle un vécu spécifique qui dépend de la façon dont le sujet est équipé pour y faire face.

En première instance, il semble y avoir une causalité entre la survenue de l'événement et ce vécu. Or ce n'est pas tout à fait vrai, en ce sens où la causalité ne tient pas (ou pas seulement) dans la nature de l'événement qui s'est produit, mais aussi dans le bagage dont dispose le sujet pour y faire face. Comme ce bagage est antérieur à l'événement, il peut constituer une cause antérieure à l'événement. Cependant, sans l'événement, il n'y aurait pas eu de vécu ! **C'est de l'existence conjointe de ce bagage et de cet événement que résulte ce qui est éprouvé**, puis la présence ou l'absence de clivage protecteur.

6.2 Le principe de finalité

Le principe de finalité tient en ce que c'est le futur qui engendre le présent. Cela se nomme « téléonomie ». Cette notion est courante en biologie. **Jacques Monod** (1910-1976 biologiste, biochimiste, prix Nobel de physiologie ou médecine) y propose même une des règles rendant le vivant distinct des objets :

« La notion de téléonomie implique l'idée d'une activité orientée, cohérente et constructive » (« *Le hasard et la nécessité* », Jacques Monod, Point Seuil 1970 p.67)

Concernant le vivant, il précise trois notions : le *principe interne autonome* (axe intime), celui d'*invariance reproductrice* (transmission génétique), et celui de téléonomie (réalisation d'un projet).

D'autre part, nous décrivons les éléments corporels de façon téléonomique : nous avons des jambes pour marcher, un estomac pour digérer, des oreilles pour entendre...etc. Dans ces descriptions, le projet (usage) y est la source et prime sur la cause.

Il se trouve que pour la psyché, la notion de téléonomie devient très intéressante quand on aborde la problématique des symptômes, puisque **nous avons un symptôme « spécialement pour » retrouver ce qui a été clivé** et non pas « à cause de ce clivage », ni « à cause du » trauma qui l'a précédé. Cette interprétation du phénomène qui se manifeste dans le symptôme est plus productive, en ce sens où l'accomplissement d'un projet en vue d'une réhabilitation est plus volontiers suivi par un patient que le nettoyage de zones sombres.

Le praticien ne l'annonce pas explicitement, mais l'attitude, la posture qui en résulte chez lui sont bien plus engageantes pour celui qui est accompagné. L'élan du praticien s'en trouve modifié : il n'est plus ici un enquêteur qui cherche à débusquer une dissimulation, ni un réparateur qui va permettre d'éliminer une mauvaise chose ou une insuffisance. Il devient quelqu'un qui accompagne vers une justesse à l'œuvre, depuis une indication apparente (symptôme) vers ce qui attend (ce qui a été clivé) d'être rencontré et de bénéficier d'une reconnaissance.

6.3 Structure et clivage de la psyché

Il y a donc dans la psyché : d'une part ce qui est **intégré** et qui **la constitue en continuité**, et d'autre part ce qui est **clivé**, et qui **la constitue aussi, mais en tant qu'élément mis « à part »**.

Il n'est pas certain que l'on puisse prendre le raccourci de considérer ce qui est intégré comme étant « conscient » et ce qui est clivé comme étant « inconscient ». Certains éléments de ce qui est intégré semblent pouvoir aussi être inconscients, sans être clivés pour autant. Par exemple tout ce qui a été appris dans la mémoire procédurale (comme écrire ou faire du vélo) est inconscient, mais n'est pas clivé pour autant.

On pourrait éventuellement dire qu'il y a « **ce qui est disponible et ce qui ne l'est pas** ». On pourrait surtout distinguer **l'outil intellectuel** qui est un assemblage de process ou de données (dont fait partie la mémoire procédurale) et **la psyché** qui est un **ensemble d'Êtres** (tous ceux qu'on a été)... dont on prendra soin de préciser « holistiquement », que « le tout est plus que la somme de ses parties », et que chacune de ses parties est un Être à part entière (voir sur ce site la publication de février 2014 « [Parts de Soi et entièreté](#) »).

*La notion de holisme a été apporté par **Arthur Koestler** (1905-1989) écrivain philosophe hongrois.

Les notions de conscient et d'inconscient se prêtent mal à la description d'une telle configuration, même si elles conviennent parfaitement à la description de phénomènes abordés par Freud.*

*En psychanalyse freudienne, par exemple, le surmoi est acquis inconsciemment. Il œuvre pour éviter les excès du moi en imposant des interdits et des exigences. Il conduit ainsi à nous faire enfouir ce qui ne correspond pas à ses critères. Ces éléments enfouis se retrouvent alors aussi dans une zone inconsciente. Selon Freud les symptômes sont essentiellement un moyen de dissimulation que le praticien, par son expertise, va savoir déjouer.

D'autre part cette configuration distinguant « ce qui est intégré » et « ce qui est clivé » est seulement un des aspects de la psyché qui doit se décliner également d'une autre façon : l'ensemble de tous ces éléments « clivés » et « intégrés » se situe dans une totalité elle-même constituée de trois sous-ensembles : 1/« celui que nous sommes », 2/« tous ceux que nous avons été », 3/« tous ceux dont nous sommes issus ». 4/S'y ajoute la dimension transpersonnelle* qui est « hors biographie » et « hors transgénérationnel ».

*Qu'il y s'agisse de pure symbolique, de mémoire collective, de vies antérieures (expériences hors du commun ni prouvées, ni non prouvées, mais parfois éprouvées), ou de toute autre choses selon les valeurs ou sensibilité des personnes. Il n'en demeure pas moins que cet aspect fait partie de ce qui est parfois identifié chez le sujet accompagné et doit être profondément respecté, ni induit, ni nié, traité de la même manière que s'il s'agissait d'éléments biographiques.

5/La psyché est aussi constituée de « tous ceux que nous serons ». Dans ce dernier point, s'agit-il de quelque chose qui existe déjà ou de simples potentialités ? Quoi qu'il en soit, la psyché peut se retrouver clivée par rapport à un futur qu'elle ne veut pas rejoindre. Il se trouve que ce futur peut parfois être une ressource (comme dans le cas de projets motivants), ou d'autres fois induire un clivage (comme dans le cas d'une nouveauté inquiétante où l'on n'ose pas devenir celui qu'on a à être pour ne pas déroger, par exemple, à notre besoin d'appartenance en devenant trop différent de ce qui est attendu par notre environnement).

Nous avons donc deux façons de considérer la structure de la psyché :

D'une part :

1/Celui que nous sommes, 2/tous ceux que nous avons été, 3/ceux dont nous sommes issus.
4/Puis des éléments transpersonnels, 5/auxquels s'ajoutent ceux que nous serons.

D'autre part :

1/Ce qui est intégré et 2/ce qui est clivé, dont chaque élément peut se trouver dans n'importe lequel des sous-ensembles énoncés ci-dessus.

6.4 Deux pulsions garantes de notre intégrité

Pour gérer tout ce petit monde intérieur deux pulsions majeures semblent à l'œuvre : la **pulsion de vie** et la **pulsion de survie**.

La pulsion de vie permet à chaque élément d'être en cohésion avec tous les autres (un peu comme l'attraction universelle permet à l'univers de se tenir en cohésion). La pulsion de survie, elle, permet soit la « **protection de l'ensemble** » par rapport à « **un élément** » dont la charge émotionnelle pourrait l'envahir, soit la « **protection d'un élément** » par rapport à « **l'ensemble tourmenté** » qui pourrait l'endommager au cours d'une « tempête » (ce dernier cas est souvent ignoré dans les approches de psychothérapie, alors que cliniquement il n'est pas rare de le rencontrer : ici, l'élément clivé est sans blessure, pleinement ressource, mais seulement mis à l'abri).

La pulsion de vie : 1/assure la cohésion du « Tout », 2/assure la conservation de ce que la pulsion de survie a clivé, 3/produit les symptômes nécessaires pour retrouver ce qui a été clivé. Elle est de type « attraction »*.

*Il importe de comprendre ici que le symptôme est une sorte « d'outil relationnel » (lien) nous permettant de ne pas perdre ce avec quoi, en nous, nous avons cessé d'être communicants (ouverts)

La pulsion de survie : 1/ assure un clivage protecteur, 2/ permet les compensations du manque qui en résulte. Elle est de type « répulsion », mais aussi « compensation ».*

*D'une certaine façon elle participe aussi à notre intégrité

6.5 Rapport avec les pulsions « freudiennes »

Les pulsions de vie et de survie énoncées ici ne peuvent se calquer exactement sur celles énoncées par **Freud**.

Freud a identifié dans sa deuxième topique les pulsions d'auto conservation et de libido (Eros) qu'il a « nommées pulsion de vie », et une pulsion venant s'y opposer, qu'il a nommée « pulsion de mort » (Thanatos).

Or, ce qu'il nomme « **pulsion de mort** » pourrait se situer dans **la pulsion de survie, dans sa « dimension clivage »** (mise à l'écart) et ce qu'il nomme « **pulsion de vie** » pourrait se situer aussi dans la **pulsion de survie également, mais dans sa « dimension compensatrice »**. En effet, la libido est une énergie de besoin qui n'a rien d'existentiel ni de ontique, mais qui va simplement satisfaire les exigences du Moi (dont Freud disait qu'il est pareil à l'hydre qui, avec ses pseudopodes urticants, attrape des proies ou chasse des prédateurs).*

* (Freud, 1985, p55-56).

Quand Freud parle de pulsion de vie ou de mort, finalement il évoque deux aspects de la pulsion de survie, telle que nous l'avons envisagée plus haut. Quant à la pulsion de vie telle que nous l'évoquons, elle ne fut pas abordée dans sa clinique. Elle fut par contre implicitement évoquée par **Jung**, avec son processus d'individuation et la dimension du Soi.

[Retour sommaire](#)

7 Un nouveau type d'accompagnement

7.1 Un accompagnement « hors thérapie »

Le mot « thérapie »*, dans son usage, sous entend que l'on soigne une pathologie. Pour cela il convient d'identifier la pathologie, puis son étiologie.

*Le mot « thérapeutique » a une curieuse histoire : il vient du grec « *therapeutikos* » (prendre soin de), dérivé de « *therapeuein* » (prendre soin de, servir Dieu). Ce n'est que plus tard qu'il désigna le fait de prendre soin d'un malade. Le terme « thérapeute » est emprunté au grec « *therapeuthés* » qui désignait « serviteur adorateur » (Le Robert Dictionnaire historique de la langue française). Initialement, le terme « thérapie » comporte étymologiquement une dimension ontique le rapprochant plus d'un soin du Soi que d'un soin du corps.

Depuis 1800, avec **Philippe Pinel** (français) et **Benjamin Rush** (américain) puis **Jean-Étienne Dominique Esquirol** (français) nous avons vu les difficultés rencontrées par les praticiens pour nommer, classer, organiser les pathologies en une nosologie satisfaisante, utilisable. Puis vers 1900, le travail de **Sigmund Freud** (autrichien) et surtout **Emil Kraepelin** (allemand) tentent de proposer une clarification en ce domaine. Leur ont succédé des praticiens oeuvrant pour des nosographies allant du « médical 203 » en 1946 au « DSM-IV-TR » en 2000 (américains), puis aujourd'hui le DSM 5, avec en parallèle le CIM international. Un travail titanesque réalisé afin d'avoir une nomenclature commune, harmonisée, que de nombreuses études statistiques ont permis d'établir.

Mais en dépit de la qualité de ce travail, certaines zones de flou ne peuvent être éliminées, comme par exemple celle des seuils à partir desquels on considérera qu'il y a ou non pathologie. D'autre part, de l'avis même des experts, l'étiologie en matière de maladie mentale reste un mystère, en dépit de toutes les avancées scientifiques.

Nous avons même eu des praticiens, dont le professeur de psychiatrie **Thomas Szasz**, qui nous proposent que finalement il se peut que le terme de « pathologie » ne soit pas adapté à la souffrance psychologique, argumentant qu'on y a jamais trouvé une cause biologique (comme on a pu le faire en médecine pour les maladies physiologiques). Même si ce n'était pas son but, cela explique sans doute pourquoi l'accent a été mis essentiellement sur l'apaisement des symptômes, plus que sur une réelle guérison, grâce à une pharmacologie de plus en plus fine. En effet, apaiser la souffrance n'est-elle pas le but fondamental de la médecine ?

Il est évident que tout ce qui permet d'apporter un soulagement à un patient est plus que bienvenu, et les praticiens qui ont une expertise à ce niveau sont une ressource inestimable pour

les Êtres en douleurs. Quant aux notions de pathologie et de guérison... celles-ci ne sont pas pleinement élucidées.

7.2 Psychologie de la pertinence

La **psychologie des troubles** (celle des pathologies), puis la **psychologie positive** (dans la psychologie de la santé) ont permis des avancées. La première depuis les années 1800, puis surtout 1900, la seconde depuis les années 1970, puis 1990. Elles se complètent parfaitement, tout en laissant néanmoins un vide étiologique et même des ambiguïtés nosologiques.

Nous pouvons alors envisager aujourd'hui une troisième possibilité : la **psychologie de la pertinence** (celle des justesses à l'œuvre en Soi). Elle ouvre de nouveaux paradigmes dont l'intérêt est avant tout celui des résultats cliniques, plus que celui d'une théorie flattant notre intellect (même si elle peut être précisément théorisée).

Il peut en résulter des **accompagnements « non thérapeutiques », libérant pourtant les patients de leurs symptômes**, sans pour autant qu'il s'agisse d'anesthésies ou de déplacements.

Toutes les approches actuelles, dites de « psychothérapie », peuvent contribuer avec leurs outils, leurs expertises, afin d'apporter un mieux-être. **Il ne s'agit pas d'un changement des méthodes, mais des mêmes méthodes au service d'un nouveau paradigme**, impliquant juste un changement concernant le « projet » du praticien et sa façon de considérer le patient et sa souffrance. Qu'il s'agisse de thérapies de type analytique, de psychocorporel, de psychodrame, de Gestalt thérapie, de focusing, de thérapies humanistes, transpersonnelles, aussi bien que de l'haptonomie, de la PNL, de l'EMDR, des T.C.C ou toutes autres approches... toutes ont une richesse pouvant contribuer à cette psychologie de la pertinence. La seule nouveauté est de revisiter le paradigme du « à cause de à résoudre », par un « spécialement pour à accomplir ». Avec un immense respect pour toutes ces approches, la maïeusthésie propose un tel accompagnement, avec des outils adaptés et cliniquement éprouvés. Elle peut trouver sa place dans chacune des autres techniques (et réciproquement).

7.3 Spécificité de la maïeusthésie

Puisqu'il ne s'agit pas d'entretiens de type thérapeutiques mais d'entretiens de type maïeutiques, le mot « maïeusthésie »*© permet d'en définir la nature qui consiste à permettre à un sujet de « mettre au monde » ce qui, en lui, appelle son attention à travers son symptôme.

*du grec *maieutiké* « art d'accoucher quelqu'un » et de l'indoeuropéen *aisthanesthai* « sentir, percevoir »
Notons que la maïeusthésie va bien au-delà de la maïeutique (voir la note au paragraphe 4.4).

Un entretien s'y déroule en trois étapes majeures :

1/le guidage non directif qui permet d'accéder à la zone de la psyché qui appelle la conscience du sujet à travers son symptôme,

2/le moment de réhabilitation proprement dit,

3/l'évaluation finale qui vérifie l'état de chaque élément identifié, du sujet lui-même et de son symptôme initial.

Le symptôme disparaît alors, non parce que le sujet est « guéri », mais parce qu'il n'en a plus besoin, en ce sens où il jouait un rôle de médiateur entre sa conscience actuelle et ce qui, en lui, avait besoin d'être réhabilité. Le mieux-être y est rapide et généralement définitif. Ni anesthésie, ni déplacement. Nous y constatons au contraire un accès direct, permettant un accroissement de

la **conscience** et de l'**individuation** dont le symptôme manifestait un travail en cours, en attente de réalisation.

La maïeusthésie est aussi une approche de communication caractérisée par le fait qu'on y distingue d'une part **les interlocuteurs** (des êtres) et d'autre part les **informations** (des objets). Les êtres s'y trouvant toujours priorisés par rapport aux informations, la circulation de celles-ci s'en trouve grandement facilitée. Quand l'interlocuteur est priorisé on y parle de communication (communicants= ouverts au « quelqu'un »), quand l'information est priorisée, on y parle de relation (relatifs, reliés par le « quelque chose » informationnel). Or le « quelqu'un » permet toujours de préciser le détail du « quelque chose », c'est pourquoi il y a avantage à le prioriser.

Les validations y jouent un rôle majeur : valider la réception (disposer de l'information), valider la compréhension (accéder au sens), valider l'accueil (accorder la justesse du point de vue de l'autre [sans pour autant renoncer à son propre point de vue]), valider la gratitude (aucune information n'est due), valider la justesse cognitive (reconnaître la pertinence du fondement cognitif de son interlocuteur [cela le rend plus réceptif]), valider la dimension existentielle (être touché par la présence de l'autre [tout en distinguant clairement « être affecté » et « être touché »]) car on ne peut être entendu que par quelqu'un qui « existe ».

Savoir utiliser les **questions ouvertes ou fermées, à choix multiple, ou les reformulations** avec discernement, en priorisant souvent le commencement par des reformulations ou des questions fermées*, qui font moins intervenir l'intellect du patient et rendent le ressenti plus directement accessible. Beaucoup de précisions à ce sujet dans la publication de janvier 2012 [Non directivité et validation](#).

*La question fermée a souvent été dénoncée comme indésirable. Elle l'est en effet en mode relationnel (où elle risque d'induire). C'est tout le contraire en mode communicant où elle est un outil majeur (elle permet d'ouvrir la conscience du sujet vers lui-même en lui épargnant des constructions intellectuelles inutiles).

Le tout se réalise **sans aucun jugement de valeur**, ni envers le sujet, ni envers ses proches, ni envers ceux dont il se plaint, en pleine assertivité, avec congruence, confiance, considération, cherchant toujours à révéler la justesse et jamais à démontrer une erreur ou une faute de qui que ce soit. L'intuition de Carl Rogers avec la considération inconditionnelle est à ce sujet exemplaire, mais on peut l'étendre à tous les êtres concernés qui sont évoqués au cours d'une thérapie. Il importe de savoir reconnaître la gravité des faits (même pour lesquels si nécessaire la justice fait son travail), toutefois sans mépris pour leurs éventuels auteurs. Les faits doivent clairement être situés socialement (et même évalués) afin de préciser des repères sociaux, alors que les Êtres sont par définition inestimables et ne sont pas censés être altérés, surtout s'il s'agit d'ascendants. Par exemple un enfant maltraité ne pourra supporter qu'on minimise ce qu'il subit, pas plus qu'il ne pourra supporter qu'on discrédite son parent. Cela demande chez le praticien une dextérité où il sait reconnaître la gravité des faits, de ce qui est éprouvé, mais tout en gardant une considération inconditionnelle pour les Êtres concernés, sans pour autant entraver la colère du patient quand il éprouve le besoin d'en avoir, sans spécialement l'encourager non plus à en avoir. Un travail de reconnaissance, sans rancune ni pardon, où chacun est reconnu avec ce qu'il éprouve, avec ses raisons, sa trajectoire, sa construction intime, ses solutions de survie.

Avec cette reconnaissance des individus, du sens et de la justesse, le travail clinique peut se réaliser avec des résultats signifiants dans des situations très variées, depuis un simple stress, jusqu'à une situation de deuil majeure, un trouble obsessionnel, une phobie sociale, un trouble alimentaire, un stress post traumatique... etc

La maïeusthésie permet un accompagnement **libérant le sujet souffrant de symptômes, sans pour autant considérer qu'il s'agit de thérapie, de guérison, ou de pathologie. C'est un soin à part entière**. L'apaisement qui en résulte n'a rien de superficiel. La problématique n'y est pas « déplacée », le symptôme a cessé d'être nécessaire du fait que l'on a accompli ce à quoi il servait.

Naturellement la dimension pathologique possible ne doit pas être ignorée par les praticiens en psychologie de la pertinence (certains « accouchements » peuvent être pathologiques). C'est pourquoi toutes les approches sont complémentaires. Mais il ne faut pas non plus que les approches qui ont une expertise en pathologie ignorent cet aspect de la pertinence, du fait des résultats cliniques qu'on y observe. Souhaitant sincèrement œuvrer pour le mieux-être du patient, les praticiens donneront leur place autant à la psychologie de la pathologie, qu'à celle de la santé, qu'à celle de la pertinence, chacun exerçant au mieux dans sa zone d'expertise.

Thierry TOURNEBISE

Cette publication sera avantageusement complétée par	
<p>Apports pour accompagner le travail du praticien</p> <p>Reconnaissance oct 2014 Validation existentielle sept 2008 Positionnement du praticien déc 2007 Psychopathologie avril 2008 Symptômes juin 2011 Primum non nocere déc 2013 Non directivité et validation Janv 2012 Relation et communication déc 2014 Parts de Soi et entièreté févr 2014 Psychologie positive avr 2012 Causalité et finalité juill 2014 Être libre du sectarisme janvier 2015</p>	<p>Apports concernant les souffrances psychologiques</p> <p>Mieux comprendre la psychose oct 2012 Réflexion sur l'autisme sept 2013 Accompagner le malade alcoolique mars 2003 Addiction et bonheur mars 2015 Dépression et suicide juin 2001 Déni de grossesse mars 2009 La maladie d'Alzheimer déc 2009 Le deuil mars 2011 Fausse couche nov 2009 Anorexie juill 2006 Ménopause mars 2010 Vivre son couple janv 2009</p>

[Retour sommaire](#)

Bibliographie

Chartier Jean Pierre

- *Guérir après Freud Psychoses et psychopathies* — DUNOD Paris 2003

Demazeux, Steeve

- *Qu'est-ce que le DSM ?*

Genèse et transformation de la bible américaine de la psychiatrie – ITHAQUE, 2013

Ey, Henri

- *Manuel de psychiatrie* -Masson 1989

Freud, Sigmund

- *Le narcissisme* – Tchou Sand 1985

Heidegger, Martin

- *Être et temps* – Gallimard 1986

Jourdan, Jean-Pierre

- *Deadline, dernière limite* – Pocket Les 3 Orangers, 2006

Jung, Carl Gustav

-*Ma vie* -Folio Gallimard, 1973

Maisondieu, Jean

-*Le crépuscule de la raison – La maladie d’Alzheimer en question* – Bayard 2001

Martin-Krumm Charles et Tarquinio Cyril

-*Traité de psychologie positive* -De Boek 2011

Maslow, Abraham

-*Être humain* - Eyrolles 2006

-*Devenir le meilleur de soi-même* – Eyrolles, 2008

Monod, Jacques

- *Le hasard et la nécessité*- Point Seuil 1970

Rosenhan, David R.

Voir Watslawick

http://fr.wikipedia.org/wiki/Exp%C3%A9rience_de_Rosenhan

http://www.academia.edu/1860451/On_Being_Sane_in_an_Insane_Place--the_Laboratory_of_Plautus_Epidamnus_preprint_revised

Sénèque

-*La brièveté de la vie* – GF Flammarion 2005

Szasz ,Thomas,

-*Le mythe des maladies mentales* - Payot 1975

Williams, Donna

-*Si on me touche je n’existe plus* - Robert Laffont J’ai lu, 1992

Watzlawick, Paul

-*L’invention de la réalité* – Le Seuil, 1988

<http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/PSYCHOLOGIE/ROSENHAN.pdf>

Curr PsycholDOI 10.1007/s12144-013-9188-z ©Springer Science+Business Media New York 2013

[Retour sommaire](#)