



Reconnaissance

Compétence première du praticien

octobre 2014 - © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

Produire un apaisement est la quête de chacun face au tourment d'autrui. Depuis la simple mise en œuvre spontanée dans le quotidien, jusqu'à celle plus savante d'un spécialiste de la psyché, cette mise en paix est une quête commune. Malheureusement, depuis le néophyte jusqu'au spécialiste, les moyens utilisés s'apparentent plus souvent au déni qu'à la reconnaissance... au point qu'on pourrait presque dire : « Solutionner c'est nier ! ». Bien évidemment cela ne fonctionne pas.

Rechercher et trouver des solutions face à un mal-être est une habitude culturellement bien ancrée ! Excellente dans bien des domaines matériels, cette pratique devient obsolète dans celui des rapports humains. En psychologie et en psychothérapie, elle risque même de faire perdre au praticien de précieuses opportunités favorables au rétablissement de la personne en souffrance. Pire encore, la mise en œuvre de solutions peut ici s'avérer néfaste ! Si un être a souffert dans un moment de sa vie et en garde une trace, vouloir nettoyer cette trace, ou apaiser l'Être qui a souffert, ou le tourner vers de meilleurs horizons, ne peut fonctionner de façon aussi simple (pour ne pas dire « aussi simpliste » !).

Le moyen que représente la reconnaissance mérite une étude fine et délicate, car j'ai observé que même des praticiens sensibles et attentionnés, ayant conscience de subtilités thérapeutiques, se retrouvent néanmoins à vouloir apaiser, consoler, changer ce qui est retrouvé dans la psyché. Or dans la plupart des cas (presque tous) la reconnaissance fonctionne, alors que la tentative d'apaisement se révèle au mieux infructueuse, au pire néfaste.

Sommaire

1 Du problème à la solution

- Un outil cognitif astucieux – La fracture et l'ablation – Le bobo et le câlin
– Un moyen de recherche

2 Ce qu'est la reconnaissance

- Une attitude vraiment positive – Respect de la réalité subjective – La reconnaissance – Satisfaire les besoins ontiques – Les besoins du Soi

3 Reconnaissance : primordiale en communication

La communication priorise l'être – La relation priorise l'information

4 Reconnaissance : primordiale en thérapie

Structure de la psyché – Rôle des symptômes psychologiques

5 Psychopathologie et thérapie

Le symptôme n'est pas la pathologie – Le piège de l'effacement du symptôme – Le piège de l'effacement de celui qu'on retrouve – Pointage du symptôme vers un être – Une alliance salutaire – La reconnaissance proprement dite

6 La santé mentale

L'absence de symptôme ne suffit pas – Écoles sans querelles, en complémentarité – Complétude, pertinences, expertise – Choc ou immersion, clivage ou adaptation

7 Réjouissance et reconnaissance

Connivence – Proximité – Trois éléments hiérarchisés – Comment s'opère la reconnaissance – Reconnaissance du patient envers lui-même – La réalité subjective mais concrète de la vie – La reformulation : outil de la reconnaissance

Bibliographie

1 Du problème à la solution

Gardons nous de condamner l'idée de solution. Nous devons juste la resituer dans ses différents contextes... et même, dans un premier temps, mettre en exergue sa justesse.

1.1 Un outil cognitif astucieux

Face à une difficulté, « solutionner » ou « résoudre » est un mécanisme cognitif courant. Dès que le problème surgit, la « machine à solutionner » se met en marche ! Cette posture est souvent très précieuse : Il n'y a plus d'essence... je fais le plein, la toiture fuit... je fais venir le couvreur, la porte grince... je mets de l'huile, je manque d'argent pour un achat... je prends un crédit adapté, etc.

Beaucoup de situations nécessitent « la mise en œuvre d'une solution » et ce qui en résulte est très satisfaisant. Pourtant, cela ne vaut que quand le mot « problème » désigne une difficulté matérielle à surmonter, et que le mot « solution » désigne le moyen qu'il faut mettre en œuvre pour y parvenir.

Or ces deux mots (« solution » et « problème ») ont aussi d'autres sens.

1.2 La fracture et l'ablation

Le mot « solution » perd un peu de son panache quand on le considère médicalement. En effet, le radiologue désignera une fracture osseuse par « solution de continuité du segment osseux » ("solution de continuité de" = "fracture de"). Nous savons aussi que de mettre une substance en solution (par exemple du sel dans de l'eau) revient à en disperser les molécules, à les séparer. « Résoudre » n'est guère mieux quand on sait que « résoudre une tumeur », c'est chirurgicalement en faire l'ablation.

Solutionner revient donc à briser ou séparer, et résoudre à amputer. Il n'est alors pas étonnant qu'en psychothérapie cela ne fonctionne pas vraiment ! Personne ne souhaite être cassé ou mutilé !

Ce détour par des significations inattendues du mot « solution » n'est pas une facétie superficielle. Il nous sensibilise déjà au fait que ce moyen n'est pas forcément toujours adapté et mérite notre vigilance.

1.3 Le bobo et le câlin

Chercher à apaiser, calmer ou rassurer est un réflexe courant. L'enfant qui s'est fait mal voit sa maman souffler sur le bobo et entend sa voix tendre et rassurante dire « ça va aller, ce n'est pas grave ». Cette posture même est quasiment enseignée aux infirmières durant toutes leurs études où, dans un souci d'humanisation des soins, leurs formateurs d'IFSI leur répètent sans relâche qu'il faut « rassurer les patients ». Certes, ce n'est pas tout à fait la même chose : la maman tente d'apaiser son enfant avec le câlin, et y met tout son cœur (plein d'affect) ; le soignant tente d'apaiser son patient avec des paroles rassurantes en y mettant toute son humanité (mais normalement sans affect). Dans le cadre du soin, il est précisément enseigné d'être professionnel et de ne pas être dans l'affect... mais on y parle de soins de « nursing » !

Qu'il s'agisse de la maman ou du soignant, l'attitude est ambivalente. Elle est involontairement pernicieuse puisque **tenter de calmer une personne revient à nier ce qu'elle ressent.**

Naturellement, **il ne s'agit en aucun cas de laisser quelqu'un souffrir. Il s'agit seulement dans un premier temps de ne pas le nier.** C'est cette phase qui est classiquement ignorée. La connaître est indispensable aux professionnels du soin, mais elle sera aussi très utile à la maman qui découvrira que, quand elle reconnaît son enfant avec son vécu éprouvé, il se calme bien mieux et bien plus vite que quand elle tente de l'apaiser.

1.4 Un moyen de recherche

Quand en fin d'études les étudiants doivent réaliser un mémoire, la procédure consiste d'abord à « **poser la problématique** ». Ensuite ils réalisent leur rédaction pour aboutir... à **une réponse, ou tout au moins à une réflexion sur un ensemble d'arguments**. Le mot « problématique » est amusant en ce sens qu'il définit non pas quelque chose qui appelle une solution, mais quelque chose qui appelle une réponse ou une étude. **La « problématique », c'est la façon précise de poser la bonne question** afin de pouvoir entamer un vrai travail de recherche.

Une fois la problématique bien posée, l'élaboration du mémoire peut commencer, se structurer, se déployer et, soit aboutir à d'autres questions plus subtiles, soit aboutir à des réponses dont la précision dépendra du champ dans lequel on peut les considérer comme vraies. La systémie interdit les réponses absolues et définitives. Il faut donc toujours préciser le champ dans lequel elles s'appliquent.

Les problèmes et les solutions étant remis à leur place... abordons la notion de reconnaissance.

[retour sommaire](#)

2 Ce qu'est la reconnaissance

2.1 Une attitude vraiment positive

« Être positif »... ce n'est pas dire « tout va bien ! ». C'est : « reconnaître ce qui est ». « Être négatif »... ce n'est pas dire « ça va mal ! ». C'est : « être dans la négation de ce qui est ».

Par exemple, la maman qui dit avec tendresse « ce n'est rien » à son enfant en larmes qui s'est fait mal... est terriblement négative. En effet, elle nie le ressenti de son enfant (pour qui ce n'est pas rien). D'ailleurs, toute cette énergie de gentillesse ne fonctionne généralement pas et l'enfant pleure de plus belle au fur et à mesure qu'on le nie. Au contraire, dès qu'il est reconnu avec sa douleur, il se calme.

Quand le soignant invite son patient à ne pas s'inquiéter, il en est de même. Cela ne le rassure pas tant que ça, car il vient d'être nié dans ce qu'il ressent (se sentant même stupide de s'inquiéter là où il n'y a pas de raison). Nous sommes très loin de la reconnaissance ! C'est involontairement une violente attitude de déni qui n'a rien de professionnel.

Naturellement la « reconnaissance », dans de telles situations d'accompagnement, ne concerne pas tant les faits que le sujet qui éprouve un ressenti. **Les faits appellent des solutions, l'Être qui éprouve un ressenti appelle de la reconnaissance**. Pour gagner en efficacité, cela nous conduit à distinguer clairement entre trois éléments : la situation, celui qui la vit, ce qu'il ressent.

2.2 Respect de la réalité subjective

L'objectivation est une nécessité pour gérer les situations matérielles. Elle a permis les avancées scientifiques et mérite notre gratitude. Cependant, concernant la vie et ce qui est éprouvé par les Êtres, l'objectivation ne convient pas... au point que sur le plan de la psychologie elle ne devra jamais être priorisée. La dimension subjective devient un élément premier.

L'objectivité concerne les objets, la subjectivité concerne les sujets. D'une certaine façon, la **phénoménologie** tient compte de ce ressenti émergent, sans l'interpréter. Assimiler ce qui est éprouvé subjectivement à un phénomène ne prendra cependant toute sa place que si l'on sait que l'étymologie grecque « *phenomena* » signifie « la manifestation visible des astres célestes »... invitation à la subtilité !

Gérer le subjectif par l'objectif risque de nous égarer. Les deux manifestations ne sont pas de même nature et doivent être abordées différemment. L'objectivable (phénomène matériel) appelle des opérations cognitives logiques (analyses, solutions), le subjectivable (phénomène existentiel) appelle de la reconnaissance (hors intellect).

Nous avons des Êtres, dans une circonstance éprouvant un ressenti. Nous aurons donc avantage à distinguer clairement entre : **les Êtres** (l'existentiel) et **les circonstances** (l'évènementiel), **le ressenti** (l'émotionnel). La reconnaissance touche l'existentiel.

2.3 La reconnaissance

Passer du monde des choses (dimension objectale) à celui des Êtres (dimension subjectale, existentielle), permet de passer de la **solution** à la **reconnaissance**. Le mot « re-co-naissance » signifie implicitement « de nouveau – ensemble - naître ». Attitude qui est une clé majeure venant satisfaire un besoin fondamental de l'Être.

Pour qu'un Être se sente être, il a besoin d'un autre qui lui accorde de la reconnaissance. **Frans Veldman** (créateur de l'haptonomie) ou **Donald Wood Winnicott** (psychanalyste) l'évoquent pour l'enfant regardé par une mère qui est touchée de le voir : selon l'effet que l'enfant se sent produire sur sa mère, il éprouve plus ou moins sa propre légitimité au monde. Mais nous pouvons étendre cette notion à tout Être tout au long de sa vie, et pas seulement concernant le regard initial de sa mère. Sur le plan social cela concerne le rapport à autrui.

Ce besoin fait partie des besoins dits « ontiques » (Abraham Maslow) : **la reconnaissance s'accomplit quand l'interlocuteur se sent touché et le manifeste** (Veldman ; Winnicott). Nous prendrons soin de distinguer le fait qu'il se sente touché, du fait qu'il se sente affecté. **Se sentir touché** concerne la psychologie oblatrice du **Soi** (Jung), **se sentir affecté** concerne la psychologie captative du **moi** (Freud)*.

*Si besoin lire la publication de novembre 2005 « [Le ça, le moi, le surmoi et le Soi](#) »

2.4 Satisfaire les besoins ontiques

Le niveau de bonheur influence l'état de santé. Pour s'en rapprocher, la **psychologie positive*** remarque l'importance du **besoin d'autonomie** (décider par soi-même), du **besoin de compétence** (utiliser, mettre en œuvre ce qu'on sait faire), du **besoin de proximité sociale** (rapports avec autrui), du **besoin de sens ou d'espoir** (finalité, but). Ce dernier point a été souligné par **Victor** « dans sa logothérapie (« *Nos raisons de vivre, à l'école du sens de la vie* » Interédition 2009). **Abraham Maslow****, grand humaniste, précurseur de la psychologie positive, remarqua que la satisfaction des besoins pouvait se situer à trois niveaux différents :

*pour plus d'informations sur la psychologie positive vous pouvez lire la publication d'avril 2012 « [Psychologie positive](#) »

**Pour plus de précisions sur le travail d'Abraham Maslow, vous pouvez lire la publication d'octobre 2008 « [Abraham Maslow](#) »

-Besoins physiologiques : nourriture, sommeil, vêtements, habitation... : concernent le corps.

-Besoins psychosociaux : besoin de sécurité, besoin d'appartenance, puis besoin d'estime* : concernent le **moi**, l'ego.

*Publication d'avril 2014 sur « [L'estime de soi](#) »

-Besoins ontiques : besoin d'amour, d'équilibre, d'harmonie, de justice de justesse : concernent le **Soi**.

De nombreuses personnes attribuent à Maslow la fameuse pyramide des besoins. Il n'a pourtant jamais parlé de pyramide, mais seulement de « hiérarchie des besoins ». De plus, il a clairement signifié que, quelque soit la satisfaction des besoins dans les sphères physiologique ou psychosociale, **s'il n'y a pas de satisfaction au niveau ontique, le sujet restera dans une désespérante insatiabilité**. Nous avons sans doute là une des raisons de notre course économique actuelle vers du « toujours plus », en parfaits adorateurs du « Dieu Croissance » (les laïcs aussi ont des dieux !).

L'accent est hélas rarement mis sur la satisfaction des besoins ontiques. Ils ont été relégués comme une sorte de « cerise sur un gâteau pyramidal », alors que **Maslow en parle comme d'un fondement**. Il explique même que leur satisfaction rend les frustrations sur les autres niveaux beaucoup plus supportables... c'est seulement à cette condition qu'il ne s'y trouve plus d'insatiabilité.

2.5 Les besoins ontiques du Soi

La notion de besoins ontiques est trop peu présente en psychologie. La psychologie du moi a pris beaucoup de place, alors que celle du Soi peine à trouver la sienne. Sigmund Freud, Jacques Lacan, Melanie Klein ou Alfred Adler (quoique ce dernier ait été plus loin en subtilité) reflètent cette psychologie du moi. Celle-ci, avec ses enjeux de libido et de développement, est plus fréquemment évoquée que Carl Jung, Abraham Maslow, Max Pajès, Marshall Rosenberg ou Stanislav Grof, qui mettent l'accent sur une psychologie du Soi, humaniste, existentielle ou même transpersonnelle.

Ce qui a trait au moi doit être sérieusement considéré comme faisant partie de tout un pan de la psychologie humaine... et de ce côté-là nous sommes bien fournis en écrits, documents, cours... etc ! Par contre concernant ce qui a trait au Soi, les sources sont plus rares, plus discrètes et même parfois considérées comme secondaires, ou pire encore « fantaisistes » ou « ésotériques ».

Comment l'étude de ce qui fonde l'humain a-t-elle pu en arriver là ? D'autant plus qu'il s'agit de rester pragmatiques et de considérer ce qui produit des résultats cliniques effectifs et non de développer des croyances de quelques natures qu'elles soient. Pragmatique, pratico pratique ?... on ne peut pas dire que la psychologie du moi produise des résultats cliniques époustouflants. Combien de personnes se retrouvent en errance thérapeutique libidinale ou œdipienne pendant des années sans résultats probants ou avec peu d'amélioration... parfois même avec aggravation. L'exemple le plus édifiant étant celui de « l'homme aux loups » (Sergius Pankejeff) patient de Freud, insidieusement aggravé toute sa vie durant (**Borch-Jacobsen, Mikkel** -« Les patients de Freud », éditions Sciences Humaines, p.133 à 137).

« Nous savions aussi, peut-être sans en avoir tiré toutes les conséquences, que la majorité des patients de Freud s'en sont portés plus mal, parfois beaucoup plus mal » (Nathan, 2012, p.244). Alors, même si nous devons à Freud de belles découvertes, il convient de ne pas idéaliser tout ce qu'il nous propose.

Naturellement, rien ne doit être généralisé, d'autant plus qu'un praticien digne de ce nom, quelle que soit l'approche initiale qu'on lui a enseignée, reste en recherche et intégrera de multiples compléments subtils... y compris à travers son expérience clinique. Comme le précise **Tobie Nathan*** :

« le patient n'est pas un patient mais un collaborateur, le thérapeute n'est pas un thérapeute, mais un chercheur » (conférence : DVD CIRCO Gallimard CNRS, 2007).

...ainsi, les remises en cause du praticien sont continues et ses ajustements se font en fonction de son expérience clinique... tout du moins ce devrait être le cas !

*Professeur de psychologie à Paris VIII, représentant majeur de l'ethnopsychiatrie.

De son côté, **Stanislav Grof*** nous rappelle que :

« Le thérapeute et le client doivent avoir une plus grande confiance en la sagesse de l'organisme du patient qu'en leur propre jugement intellectuel. L'expérience sera d'une nature curative s'ils supportent la découverte naturelle du processus et s'ils coopèrent intelligemment avec lui [...]. » (Grof- 1996, p.397)

*Stanislav Grof : médecin psychiatre (né en 1931), auteur de la thérapie transpersonnelle et de l'approche holotropique.

Il serait heureux que ceux qui ont développé une expérience clinique de la psychologie du Soi trouvent une place plus significative dans ce qui est enseigné de la psychologie humaine.

[retour sommaire](#)

3 Reconnaissance : primordiale en communication

La psychologie, c'est aussi la vie quotidienne et les échanges entre les Êtres. La première chose à considérer pour comprendre ce qui fait la qualité des échanges humains est d'observer ce qui est priorisé : les Êtres ou les informations ? Dans le premier cas la démarche est ontique et touche les enjeux du Soi, dans le second elle est objectale et touche les enjeux du moi.

3.1 La communication priorise l'Être

La situation où les interlocuteurs priorisent l'Être est bien de nature ontique. Elle concerne le Soi. Il s'agit plus d'un état (d'une posture) que d'une action : c'est un état d'ouverture : « **l'état communicant** ». Dans un appartement, les pièces communicantes ont simplement une ouverture qui permet de passer de l'une à l'autre. Les Êtres communicants, ont aussi une ouverture d'esprit qui leur permet des échanges fructueux d'informations. Paradoxalement, les informations circulent ainsi beaucoup mieux, grâce au fait qu'elles ne soient pas priorisées et puissent être ajustées en permanence grâce aux interlocuteurs qui, eux, tiennent la première place.

Ce n'est pas une action qui engendre cet état communicant ! C'est plutôt de cet état d'ouverture que découlent des actions bien précises de **verbalisations** accompagnées de **considération** et de **validations**. Il y a validation de la réception (attestant du fait que l'information est arrivée à destination), validation du sens (attestant que la signification de l'information reçue est comprise), validation de l'accueil (attestant que ce sens est accordé comme juste pour l'interlocuteur), validation de la gratitude (attestant que cette information ne nous était pas due), validation cognitive (attestant que cette justesse pour l'autre est fondé sur une pertinence cognitive – notion de « réalité subjective »), validation existentielle (attestant qu'on est touché par la présence de l'autre en tant qu'Être, indépendamment de la nature des informations).

Dans ce cas de figure, l'échange est vraiment optimisé. Il ne s'agit pas d'y déployer une plus grande gentillesse pour accomplir une pseudo humanité... c'est simplement là que, de façon très pragmatique, les échanges sont les plus efficaces.

Pour plus de précisions, voir la publication de janvier 2012 [« Non directivité et validations »](#).

3.2 La relation priorise l'information

Quand l'information est priorisée, sa nature affecte ceux qui la partagent. Nous entrons dans la psychologie du moi. L'objet informationnel prend une place première et engendre des tentatives d'explications, de prosélytisme, afin de faire prévaloir sa propre pensée. Celle de l'autre n'est

entendue que pour mieux argumenter la sienne à soi. Dans le meilleur des cas, s'il y a réception de l'information et accès au sens... les validations ne vont pas plus loin. Dans le pire des cas, si la réception n'est pas juste et le sens incompris, comme il n'y a pas d'ajustements en partenariat avec l'interlocuteur, les quiproquos et contresens vont bon train. Les discussions qui en découlent sont souvent stériles et coûteuses en énergie. L'information y subit des distorsions néfastes conduisant à des malentendus, à des concurrences, à des conflits... à beaucoup d'affect.

Cette posture qui consiste à prioriser l'information rend vulnérable, relie les interlocuteurs à travers un combat d'objets (informationnels) que chacun défend jalousement selon la psychologie du moi. Par l'information et ses effets, les interlocuteurs, qui ici ne sont pas ouverts à l'Être, créent des **liens** (d'admiration/fascination ou de rejet/conflit)... C'est pour cela qu'ici nous parlerons de « relation ». Ils deviennent relatifs les uns aux autres et se perdent dans des enjeux de pouvoir, d'estime* (valeur positive) ou de rejet (valeur négative) propres aux choses et au moi, au lieu de considération, un état hors du champ des valeurs où l'Être reste inestimable.

*Voir la publication d'avril 2014 « [Estime de Soi – ou l'inestimable de Soi](#) ».

[retour sommaire](#)

4 Reconnaissance : primordiale en thérapie

Il importe de comprendre que **ce qu'on appelle pompeusement « thérapie » n'est autre que la restauration d'un l'état communicant au sein de la psyché**, et que nombre de symptômes en psychopathologie ne sont qu'un appel pour interpellier la conscience vers cette restauration. Afin de mieux cerner ce phénomène commençons par envisager une possibilité de structure de la psyché.

4.1 Structure de la psyché

La psyché ne se laissera pas analyser par un scanner, aussi perfectionné soit-il. Alors, quand nous parlons de « structure de la psyché » nous devons simplement considérer que **« tout se passe comme si il en était ainsi »** sans qu'une preuve objectivable ne soit accessible.

Face à cette carence scientifique, sachons que même d'éminents professeurs, comme Antoine Pélioso*, soulignent le manque de connaissances disponibles en étiologie (étude des causes) des maladies psychiatriques :

« 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 ». « Grands dossiers » de la revue n°20 « Sciences Humaines » (p.18)

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

Les auteurs du DSM* confirment collégialement quasiment la même chose :

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

*Manuel diagnostique statistique et des maladies mentales

Donc quand nous évoquons la structure de la psyché, cela permet de se donner une représentation empirique des phénomènes, utile pour conduire les accompagnements, mais que l'on ne peut qualifier de « vérité démontrée ».

Les praticiens ont cependant besoin de pouvoir appuyer leur représentation de la psyché sur un modèle acceptable et suffisant, afin de mener l'accompagnement de leurs patients de façon satisfaisante. La proposition est la suivante :

Tout se passe comme si la psyché était constituée de plusieurs éléments :

- Celui que l'on est (notre présent).
- Tous ceux que l'on a été depuis qu'on existe (dont l'histoire se trouve dans notre biographie).
- Tous ceux dont on est issu (transgénérationnel et intergénérationnel)

De même que le corps est constitué de plusieurs parties (distinctes mais en continuité les unes avec les autres) constituant un tout, la psyché peut être considérée comme constituée de plusieurs éléments (les trois éléments cités ci-dessus), à la fois distincts et en continuité.

Mais, sans prétendre être exhaustifs, nous pouvons y ajouter trois autres éléments :

- Tous ceux que nous serons (l'Être en devenir, potentiel : devenir pleinement qui l'on a à être [selon Abraham Maslow]).
- L'ensemble de l'humanité (inconscient collectif [selon Carl Gustav Jung]).
- Des dimensions transpersonnelles (dimension holotropique*, hors biographie personnelle, familiale ou collective, en concernement avec le monde [selon Stanislav Grof]).

* « Holotropique : dérivé du grec « holos » (tout) et « trepein » (tourner). Le sens est donc tourné vers la totalité, vers la globalité » (nbp Grof, 1996, p373)

Le trouble psychique (symptôme) n'est alors qu'une interpellation pour signaler que plusieurs de ces éléments ne sont pas « communicants » entre eux et « réclament » une reconnaissance.

4.2 Rôle des symptômes psychologiques

Les symptômes, nommés « troubles » (en anglais : *desorder*) dans le DSM sont définis comme suit :

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

Avec sagesse le DSM IV ajoute une précision :

« 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. (ibid, p.XXXVI)

Naturellement, la psychologie a depuis longtemps remarqué qu'une attitude adoptée à un moment de la vie ne l'est plus quelques années plus tard. Un repliement salutaire jadis peut par exemple devenir une « phobie sociale » ultérieurement.

Malgré sa sage précaution (classifier les troubles et non les Êtres), le DSM ne semble cependant pas envisager une autre possibilité que celle du dysfonctionnement. C'est sans doute là une de ses principales failles paradigmatiques.

Le paradigme oublié est que le symptôme puisse aussi être un signe qui appelle la conscience du sujet, afin que celui-ci, suffisamment interpellé, puisse rétablir une connexion en lui-même, au sein de sa psyché.

Le psychiatre **Stanislav Grof** est un des rares à oser cette possibilité :

« L'apparition de symptômes ne représente donc pas seulement un problème, mais également une opportunité thérapeutique ; cette découverte constitue la base de la plupart des thérapies expérientielles » (Grof, 2010, p.87) .

Le célèbre psychologue **Abraham Maslow** nous propose, lui aussi, un aspect analogue :

« Je déteste le modèle médical qu'ils impliquent parce qu'ils présupposent que la personne qui vient consulter est malade, assaillie par la maladie, en quête de guérison. Nous espérons vraiment, bien entendu, que le conseiller sera celui qui pourra favoriser l'accomplissement des individus plutôt que celui qui aidera à guérir d'une maladie » (Maslow, 2006, p.72-73) « 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) « La privation des besoins fondamentaux est susceptible, on le sait, de créer des maladies à ranger dans la catégorie des maladies " carentielles" » (Maslow 2006, p.43).

Il va même assez loin en dénonçant l'impact dangereux des regards négatifs posés sur l'homme, érigés en vérités non justifiées :

« Toute croyance qui incite les hommes à se méfier d'eux-mêmes et des autres sans nécessité et à douter sans fondement des possibilités humaines, doit être considérée partiellement responsable des guerres, des rivalités entre les races et des massacres perpétrés au nom de la religion » (Maslow, 2008, p.107).

A quoi servent les symptômes

Le symptôme doit aussi être envisagé comme un **moyen pertinent de reconnection de ce qui a été clivé au sein de la psyché**. Il indique donc plus une tentative de retour à la santé qu'une pathologie, même si ce retour peine à se réaliser au point que le symptôme persiste de façon très inconfortables, avec parfois même des dommages collatéraux significants. Si par exemple un trouble panique pointe vers une part de la psyché à restaurer, dans le présent il peut cependant occasionner un inconfort de vie notable. **C'est néanmoins cet inconfort qui fait que la conscience ne peut se cacher le fait qu'il y a quelque chose à « voir »**. Le piège est alors de vouloir supprimer le trouble panique sans accomplir ce à quoi il sert. C'est ce qui se passe quand on confond le symptôme avec une pathologie.

[retour sommaire](#)

5 Psychopathologie et thérapie

5.1 Le symptôme n'est pas la pathologie

Le paradigme du « trouble » est troublant : désigne-t-il un symptôme ou une pathologie ? Puis, finalement pourquoi le nommer « trouble » ? Qu'est-ce qui est sous-entendu implicitement avec cette terminologie face au patient ? Quelle position du thérapeute est-elle ainsi induite ? Quel regard en découle-t-il du patient sur lui-même ?... autant de questions qui se posent face à la psychopathologie et face aux approches de psychothérapies, et même de psychiatrie.

Tobie Nathan attire notre attention sur l'influence* en thérapie du praticien : « Aucune théorie scientifique ne permet à l'heure actuelle de résoudre le dilemme posé par une discipline où le fait est constitué de l'action de l'observateur sur le fait (C'est d'abord parce que je pense le patient d'une manière déterminée que j'agis sur lui) ; [...] La théorie rendant compte du fait participe à la fabrication du fait (je pense à l'aide d'une théorie dont la fonction n'est pas de décrire le fait mais de permettre radicalement qu'il existe) ; » (Nathan, 1994, p.27)

*Même si cette notion d'influence est à considérer avec beaucoup de finesse car l'étymologie d'influence est « être sous l'influence d'une bonne étoile »... mais est-ce toujours une bonne étoile !?

Alain Blanchet* nous rappelle l'omniprésence paradigmatique de la notion de « trouble », « désordre », « déficit de cohérence » : « Pourtant, toutes ces approches se fondent sur un principe minimum permettant de rendre compte de troubles divers : le principe de désordre. La pathologie mentale est constituée par un désordre des pensées, c'est-à-dire un déficit de cohérence mentale, et par un désordre des pensées au monde, c'est à dire un déficit de capacité d'action sur le monde. » (Alain Blanchet, 1998, p.100)

*Alain Blanchet : professeur de psychologie clinique à Paris VIII

En dehors du choix de cette dénomination qui est loin d'être neutre, le premier point qui est souvent négligé, est de différencier « symptôme » et « psychopathologie ». Comprenons bien que ce qui est nommé « troubles psychiques » (dans le DSM) est le plus souvent une manifestation et non une pathologie. « Trouble alimentaire », « trouble du comportement », « trouble panique », « trouble phobique », « trouble de la personnalité »... tout cela n'est que symptôme et non psychopathologie. La liste des items permettant de définir ces manifestations ne fait que préciser un symptôme, ou même, plus subtilement, un syndrome (constellation de symptômes)... mais en aucun cas une pathologie. Alors la question est de savoir vers quelle pathologie ils pointent afin de l'identifier, et de quelle nature est cette pathologie... afin d'apporter un soin adéquat.

Les données actuelles de la psychologie, ou même de la psychiatrie, n'énoncent pas clairement ce que sont ces pathologies... et peinent encore plus à en définir l'étiologie (étude de leurs causes). Faute de mieux, celles-ci sont énoncées comme des « désordres » (« troubles » en français, « *desorder* » en américain), un **dysfonctionnement** de type **psychologique** ou **biologique** (DSM), ainsi que nous le rappelle Alain Blanchet, cité au début de ce chapitre.

L'« anomalie » que représente un symptôme peut ainsi avoir l'air de pointer vers une « anomalie biologique ou psychologique » (cela fait beaucoup d'anomalies !). C'est ce qui est généralement admis comme prémisses de toute la réflexion psychologique, psychiatrique ou psychothérapique. Un tel paradigme est une option possible, mais il ne devrait pas exclure d'autres éventualités.

Si l'on retient l'idée de « dysfonctionnement », les remèdes pour lutter contre eux peuvent alors être, soit d'ordre pharmacologique quand leur nature est biologique (l'ordonnance en revient aux médecins psychiatres) soit d'ordre psychothérapique quand leur nature est psychologique (la mise en œuvre en revient aux praticiens en psychothérapie). Les deux approches, pharmacologique et psychothérapique, semblent ainsi s'opposer alors qu'elles ne doivent, en principe, que se compléter. Elles opèrent de toute façon depuis un **paradigme commun : le trouble à corriger**.

Tobie Nathan, psychologue référant en ethnopsychiatrie, professeur à Paris VIII, ayant une expérience de nombreuses cultures dans le domaine de la thérapie, amène un doute salutaire en ce domaine :

« Malgré les apparences, psychotropes et psychothérapies sont de faux ennemis [entre eux], dont le simulacre de conflit, plus que centenaire, n'a pour conséquence que de voiler l'identité des élaborations théoriques qui président à la fabrication des uns comme de l'autre : les postulats de la psychologie académique [...] **Dans l'une comme dans l'autre technique, il s'agit de prendre en charge un désordre imaginé comme maladie, à l'image de la médecine qui a imposé de considérer la maladie comme hôte indésirable du sujet***, pour elle : l'individu biologique. [...] Elles aussi postulent le désordre dans le sujet [...] il est absurde de s'imaginer le psychotrope plus moderne, plus élaboré, plus scientifique que la psychothérapie, puisqu'il découle des mêmes prémisses et se justifie par les mêmes observations. (Nathan, 1998, p71-72)

*Mis en caractères gras par T.Tournebise

Quelle que soit l'approche, en principe, le symptôme, ne fait que pointer vers une zone à considérer : celle de la vraie pathologie à soigner ! De ce fait **le symptôme n'est pas un dysfonctionnement mais une astuce pertinente de la psyché pour que le patient ne manque pas quelque chose d'important vers lequel diriger son attention, puis son soin**. Sans ce trouble la conscience n'aurait aucun moyen de repérage vers ce qui doit être pris en compte. Le trouble agirait alors comme une sorte de « détecteur », il serait là pour « éclairer » et produire finalement l'inverse de ce que son nom sous-entend : produire plus de conscience, plus de clarté.

Au bout de cette « manifestation indicatrice », quelle est alors cette « chose » importante qui serait la « vraie pathologie ? Est-elle ce fameux **dysfonctionnement** comportemental, psychologique ou biologique (du DSM) qu'il faudrait élucider pour mieux le traiter ?

Derrière le symptôme, (on devrait plutôt dire « au bout du symptôme », comme au bout d'une ligne conductrice, au bout d'un fil d'Ariane) il y a effectivement souvent quelque chose qui se trouve au niveau de la psyché, et dont le praticien devrait tenir compte : **un clivage**. Il ne s'agit alors pas d'un clivage du moi* (personnalité stratégique que l'on joue), mais d'**un clivage du Soi*** (l'Être que l'on est).

*Le moi est « la personnalité stratégique que l'on joue socialement pour gérer les problèmes de proies et de prédateurs », alors que le Soi est « qui l'on est » (passé, présent et en devenir, transgénérationnel et transpersonnel), en quête d'individuation. Le **moi** cherche l'**individualisation**. Le **Soi** cherche l'**individuation**. Le moi se développe puis décline, le Soi se déploie sans cesse jusqu'à la fin de la vie.

Hypothèse maïeusthésique : Ce clivage résulte d'une mise à l'écart, d'un contact qui s'est fermé entre deux parties de la psyché. **Cette mise à l'écart permet de préserver le « Tout » de la charge émotionnelle trop forte de l'une de ses « parties »**. Mais l'amputation du Soi qui en résulte, bien que temporairement compensée, devra un jour cesser, afin d'atteindre plus de complétude (individuation).

Intuition extraordinaire de Sandor Ferenczi, psychanalyste hongrois (1873-1933) :

Comme nous le rappelle Nathalie Zajde (2012, p.182,183), Sandor Ferenczi a déjà remarqué cette notion de clivage en situation de traumatisme :

« Une partie de l'être reste en éveil tandis que l'autre, la partie sensible, disparaît littéralement sous le choc [...] il est devenu deux, [...] » (ibid., p.180,181)

En ce sens il se sépare de Freud qui, lui, a abandonné l'idée de trauma comme source des psychopathologies, pour adopter celle des stades du développement. Mais Ferenczi ne précise pas explicitement si ce clivage se fait au niveau du moi ou du Soi. Son expérience clinique lui fait cependant constater que de **répéter le trauma** en thérapie, malgré le contexte sécurisé et bienveillant de la séance... contre toute attente **n'apaise pas le patient**, voire au contraire :

« A quoi bon réveiller les vécus douloureux si c'est pour leur conférer une nouvelle recrudescence » (ibid, p.182,183).

Il remet en cause alors la situation de l'analyse à ce sujet, qu'il ajustera toute sa vie durant jusqu'à des innovations impressionnantes, comme d'échanger la place de l'analyste entre lui et son patient en « analyse mutuelle » (Nathan, 1994, p.242). **Hélas, il ne remarquera pas qu'il convient seulement d'éviter la reviviscence, que juste là se trouve la faille de la thérapie... qu'il faudrait plutôt favoriser la reconnaissance** : cette partie consciente du sujet pouvant ainsi venir prendre soin de celle, sensible, qui a été blessée. De son côté Jung parle de la névrose comme d'un état de désunion d'avec soi-même (1973, p.459)

De ce cas, le traitement ne peut alors consister en la suppression du symptôme, mais en la restauration de ce contact qui s'est fermé. Le symptôme ne disparaît pas suite à une guérison d'un trouble, mais suite à une connexion qui est la juste continuité d'un processus pertinent, depuis la protection initiale par clivage du Soi, jusqu'à l'intégration possible par individuation. Il est à noter que **ce clivage en auto protection n'est pas un dysfonctionnement**, mais un système astucieux de sauvegarde face à une charge trop importante, non intégrable en l'état.

Ce prémisses est tout aussi utile que celui du désordre et du dysfonctionnement, d'autant plus qu'il conduit à de nombreux résultats cliniques opérants et durables.

D'ailleurs, concernant les résultats des psychothérapies, la vigilance devrait être de rigueur... mais comment ? **Tobie Nathan** nous propose une idée à ce sujet :

« L'aporie sur laquelle bute sans cesse la question de l'évaluation des psychothérapies provient du fait que l'on se refuse à solliciter les seules personnes qui suivent l'évolution du patient au jour le jour, ses proches son conjoint, sa compagne, ses enfants, ses collègues de travail, ses compagnons de jeu ou de café... comment se

fait-il que leur avis ne constitue pas une pièce maîtresse de l'évaluation [...] le regard de l'expert est trop éloigné, il n'aura jamais le temps de son expertise ; [...] C'est pourquoi les professionnels devront renoncer à leur fidélité corporatiste, s'allier au patients plutôt qu'à leurs collègues – les solliciter comme experts, comme témoins.[...] -faute de quoi toute évaluation ne sera qu'un simulacre. » (Nathan, 2012, p31)

Nous avons donc la possibilité d'un symptôme (signe), pointant vers un clivage de la psyché (fracture protectrice), afin d'accomplir une reconnexion, un « remembrement » de Soi (un « *remember* » anglophone ?) se rapprochant de l'individuation (devenir qui l'on a à être (Jung, Maslow).

5.2 Le piège de l'effacement du symptôme

L'éventualité paradigmatique de la « pertinence », comme base évoquée ci-dessus, nous conduit à avoir un sérieux doute sur l'inocuité de la suppression des symptômes. Un praticien, comme **Stanislav Grof**, psychiatre, a bien identifié cette problématique :

« Selon ce point de vue, toute tentative pour dissimuler ou soulager des symptômes devrait être considérée non seulement comme une fuite devant le problème, mais encore comme une interférence avec les tendances spontanées à la résolution de l'organisme » (Grof, 1996, p.389)

D'une part la tendance à vouloir effacer le symptôme vient probablement du fait qu'il est fréquemment confondu avec la psychopathologie (bien des prétendues nosographies* ne sont en réalité que des sémiographies**).

*Nosographie : listage de pathologie.

**Sémiographie : listage de symptôme

D'autre part, il faut bien comprendre que, même dans le cas d'une pathologie de type « désordre » à corriger, il ne s'agit pas d'effacer le symptôme mais de corriger le dysfonctionnement (en médecine, il ne suffit pas de faire tomber la fièvre pour guérir une infection). La disparition du symptôme doit être l'indicateur de la correction du « désordre » et non de l'effacement de son indication. Sinon cela revient à trafiquer la jauge d'essence de sa voiture pour qu'elle indique toujours le plein... même quand il n'y a pas d'essence !

Nous irons ici encore un peu plus loin : même si l'on a compris qu'il ne s'agit pas d'effacer le symptôme, mais de suivre son indication pour aller vers ce qui appelle l'attention... **il ne s'agira pas non plus d'effacer ou de corriger ce que l'on aura ainsi trouvé.** S'il s'agit d'un clivage du Soi, **toute correction est une violence, tout effacement est un déni... pour ne pas dire une dénégation**, c'est-à-dire une négation inconsciente de ce dont on ne perçoit même pas la réalité ! L'effacement ou la correction pourrait conduire le patient à une sorte d'amputation de Soi, pour le moins maladroitement quand elle est suggérée par le praticien soi-disant « expert » !

5.3 Le piège de l'effacement de « celui qu'on retrouve »

Si l'on considère le symptôme comme un indicateur appelant l'attention du sujet vers une zone, en lui, ayant besoin de soin... ce soin mérite quelque éclairage. J'ai déjà vu des praticiens correctement utiliser le symptôme pour accéder à la zone de la psyché appelant l'attention... puis d'en tenter un effacement, des corrections, des libérations... en vue d'apaiser leur patient.

Par exemple cette femme que son praticien, partant du symptôme, conduit vers le bébé qu'elle fut dans une circonstance où sa mère, veuve, était tellement triste d'avoir perdu son mari. Ce thérapeute lui proposa de considérer que la peine est « celle de sa mère » et « ne la concerne pas elle, sa fille »... afin de l'en libérer ! Or ceci est très dommageable pour la patiente, car **la mère fait partie de sa psyché**, et l'inviter à ne pas entendre cette mère revient à la faire s'amputer de

Soi (une mutilation, psychique !). Il aurait été plus juste, la patiente en proximité avec l'enfant qu'elle était (à deux la ressource est plus riche), de simplement l'inviter à **reconnaître** l'Être qu'était la mère éprouvant cette peine... et même de donner une place au mari décédé (qui est tout de même son père et a, lui aussi, ressenti des tas de choses... la **reconnaissance** peut aussi s'appliquer là !).

Après le risque d'effacement du « trouble » symptôme, il y a donc aussi le risque d'effacement du « dysfonctionnement » pathologie... suivi d'un risque bien plus grave... : **celui de l'effacement d'une « part de Soi »*** qui, à travers le symptôme, réclamait une attention, une reconnaissance. Répondre à une demande de reconnaissance par un effacement constitue une maladresse majeure !

*La notion de « part de Soi » est une notion ambiguë qui ne prend sens qu'en tenant compte simultanément d'une « entièreseté de Soi ». Cette terminologie « part de Soi » est un pis-aller pour nommer ce qui est clivé dans la psyché et tente de la rejoindre. Cette « part de Soi », doit en fait être considérée comme « un Être à part entière »... même contenant « l'entièreseté de Soi » de façon potentielle. Comme il est difficile en quelques mots de donner suffisamment de précisions, je vous invite à lire la publication de février 2014 « [Parts de Soi et entièreseté](#) » qui explicite cet aspect particulier et essentiel du Soi.

Paradigmes à ajouter d'urgence :

1/Le symptôme n'est pas la pathologie.

2/Ce qu'on considère comme pathologie n'est pas forcément un trouble, un désordre, ou un dysfonctionnement (c'est le plus souvent une pertinence, y compris dans des symptômes graves).

3/La notion d'**accompagnement de la pertinence** est au cœur du processus thérapeutique, plutôt que celle de correction d'un dysfonctionnement ou d'élimination cathartique d'une émotion enclavée (elle doit pouvoir s'exprimer mais pas être éliminée).

4/La question qui doit rester présente à l'esprit du praticien : « *Qui appelle l'attention du patient en vue de reconnaissance ?* »

Nous avons déjà là une bonne base pour l'accomplissement de la thérapie. Mais ne nous y trompons pas, rien n'est écrit d'avance et la créativité du praticien doit rester en alerte.

5.4 Pointage du symptôme vers un Être

Le symptôme ne pointe pas vers la circonstance traumatique à retrouver ou à revivre (reviviscence), mais **vers l'Être qui a éprouvé le trauma afin de lui accorder de la reconnaissance**. Sa source est davantage dans le **projet d'un accomplissement de reconnaissance**, que la conséquence d'une situation antérieure.

Ma dernière publication (juillet 2014) « [causalité et finalité](#) » traite en détail de ce point. Je ne reprendrai pas son contenu auquel vous pouvez vous référer si besoin. Je rappellerai seulement que les phénomènes de la psyché ne peuvent pas se restreindre à une logique de causalité (causes suivies de conséquences : déterminisme) mais doivent s'étendre à celle de finalité (la source est alors téléonomique, c'est-à-dire que tout se passe comme si elle était dans le futur : finalisme). Dans ma publication j'ai illustré cette notion aussi bien par des données de biologie (**Jacques Monod**), que d'astrophysique (**Trinh Xuan Thuan, Brandon Carter, Jean Charon**). Cela signifie qu'elle n'a rien d'exotique et peut sérieusement contribuer à la compréhension des phénomènes observés. Sans toutefois constituer la moindre preuve objectivable, elle offre une concordance avec les faits pathologiques et thérapeutiques.

Cela peut se résumer par le constat que **la source du symptôme n'est pas le trauma antérieur, mais le projet d'une reconnaissance à accorder à ce qui a été écarté de la psyché**. Le symptôme ne se produit pas « à cause de » ce qui s'est passé, mais « **spécialement pour** » que puisse s'accomplir une « retrouvaille » bienveillante.

Le symptôme pointe vers le clivage, mais plus précisément : « **vers ce qui a été écarté de la psyché** » au cours de ce clivage. La pathologie n'est alors pas le trouble (manifestation indicatrice), ni un dysfonctionnement, mais le clivage proprement dit (fracture autoprotectrice*)... La source du symptôme (étiologie) n'est alors pas le trauma ayant rendu ce clivage nécessaire, mais le projet de la reconnaissance à accorder à ce qui a été mis à l'écart.

*On pourrait dire « **solution de continuité de la psyché** », en ce sens où le mot « solution » signifie « fracture ».

5.5 Identifier l'Être

« Identifier » est un mot précieux qui permet d'exprimer que l'on rencontre un Être sans se préoccuper ni de temps ni d'espace. Il ne serait pas juste de dire « localiser l'Être ». En effet, **le praticien n'est pas censé retrouver une histoire, un fait ou un moment, mais un Être qui a vécu ce moment**. Au premier abord cela peut sembler bien proche... mais il n'en est rien : le fait est dans le passé, alors que celui qui a vécu ce fait est présent et n'a jamais cessé de l'être depuis tout ce temps.

Même s'il y a un rapport entre cet Être et ce qui s'est passé, l'un ne peut se réduire à l'autre. **L'Être qui a éprouvé le vécu n'est, ni spatial, ni temporel**, alors que le fait est historiquement localisable. Ainsi l'Être n'a pas à être « localisé », mais juste à être identifié. Le praticien qui voue excessivement son énergie à retrouver ce qui s'est passé, manquera toujours l'Être et ne fera que faire sans cesse revivre la même chose à son patient, sans le libérer de rien... voir en aggravant sa souffrance toujours renouvelée, en multipliant les vécus du même trauma en constellation de reviviscences (version moderne de Sisyphe avec son rocher récalcitrant, ou de Prométhée avec son foie perpétuellement redévoré !)... Ferenczi l'avait bien remarqué !

L'Être qui a vécu la circonstance reste hors du spatial ou du temporel. Il est toujours « celui qu'il est » à travers toutes les époques. **Son attente de reconnaissance reste constante tant qu'elle n'a pas été accomplie. C'est elle qui produit le symptôme**, comme si cette « part de Soi » (à considérer comme une entité) envoyait un signal vers la conscience pour ne pas être oubliée (une sorte de balise de détresse). **Le travail du praticien consiste à rendre ce signal audible chez son patient et à lui permettre d'accomplir la reconnaissance tant attendue**.

L'oubli de cette balise est presque effleuré par Tobie Nathan face à sa patiente qui refuse une thérapie et à qui il répond :

« Vous pouvez aussi ne pas le faire... mais alors vous courez un risque... un seul d'ailleurs... ».

A la patiente qui demande quel est ce risque il répond :

« Celui de finir par oublier ce que l'on vous a fait à l'hôpital la première fois que l'on vous a hospitalisé » (Nathan, 1998, p. 18-19).

Cette patiente était obsessionnellement accablée par un vécu hospitalier. En fait le vrai risque aurait été d'oublier celle qu'elle était (un Être) lors de cette hospitalisation, qui réclame une attention et une reconnaissance qui ne lui ont jamais été accordées... et non d'oublier l'hospitalisation (un fait).

Qui appelle ?

La question pour le praticien, face à un symptôme est en premier lieu : « qui appelle ? ». Tobie Nathan, là encore, note que la psyché est hélas conçue comme un « organe » par la psychiatrie et la psychologie, suivant ainsi l'exemple médical :

« Car ici, l'organe n'est pas donné (au moins en partie) par l'expérience, il est *totale*ment construit par la théorie et lui est donc indissolublement lié. Si nous acceptons les notions de "psyché", d'"appareil psychique",

d'"inconscient" ou de n'importe quel autre concept, nous héritons à tout coup, pour ainsi dire "dans le même paquet", de l'obligation de valider une certaine façon de pratiquer la profession ». (Nathan, 1998, p31)

Quand la psyché est vue comme un simple organe (et non comme le Soi, tel que Carl Gustav Jung nous le propose [1973, pp.450-457]), cette vision organique spatiotemporelle et déterministe réduit considérablement nos possibilités d'investigations thérapeutiques. **Tobie Nathan** et **Nathalie Zajde** (maître de conférence en psychologie clinique à Paris VIII) constatent qu'un tel concept exclut les « invisibles » du champ de la thérapie (Nathan, 1998, p.12 - Zajde, 2012, p.136,137). Ils y accordent un intérêt du fait que la plupart des praticiens qu'ils rencontrent dans leurs investigations d'ethnopsychiatrie, dans diverses cultures, prennent en compte ce qu'ils appellent « **les invisibles** » (des « non humains », au sens de la vie quotidienne habituelle). Par ce terme ils entendent les « esprits », les « divinités », la « réincarnation d'un ancêtre »...etc.

Constatant ce fait ethnologique, nous pouvons tenter un éclairage : ce qui est nommé « invisible » peut caractériser ce qui n'est ni spatial ni temporel, mais parfaitement actif chez le sujet, et même identifiable : **un Être en attente de reconnaissance**. Qu'on l'appelle « part de Soi », « transgénérationnel », « transpersonnel », « esprit » ou « divinité » n'y change rien, et le processus thérapeutique reste inchangé au niveau de la reconnaissance à accomplir.

5.6 Une alliance salubre

Cette conscience que le praticien peut avoir de « **celui qui appelle la conscience du sujet** » **présentant le symptôme** est très importante. Il ne s'agit plus ici de « mal à combattre », mais d'un « Être à considérer, à reconnaître, à réhabiliter ».

Nous sommes ici bien loin de l'idée de dysfonctionnement ou de désordre ! Nous sommes même à l'opposé avec 4 éléments : 1/ D'abord la conscience que le symptôme reflète un tel appel ; 2/ Ensuite la confiance en celui qui appelle, qui n'a besoin que de se voir accorder une reconnaissance de « qui il est » « avec son vécu éprouvé » ; 3/ Enfin, que le **désordre apparent** (symptôme) qui en résulte n'est que la mise en œuvre d'une pertinence pour ne pas être manqué 4/ Et pour terminer, le clivage n'était qu'une « auto fracture protectrice pertinente », en attendant une possible reconnaissance.

De ce fait, ce n'est pas tant le patient qui choisit de consulter un psy, mais cet Être (l'« invisible » pour reprendre les termes de Tobie Nathan, ou sinon plus simplement cette « part de Soi » en demande de reconnaissance) qui « le pousse à cette consultation » de par le symptôme éprouvé.

Le praticien est censé faire alliance avec celui qui appelle la conscience, qui réclame son attention, avec une **connivence** et une **proximité** qui le rend facilement rencontrable en toute confiance par le patient. Cela se produit du fait que le praticien ne dit pas à son patient « **vas le rencontrer là bas il t'attend !** », mais « **viens nous rejoindre ici, nous t'attendons** ». La posture de tranquillité, de confiance et de réjouissance du praticien sont des facilitateurs inestimables. Sans eux le patient n'y va pas, ou alors après de nombreuses séances hasardeuses... alors que là il y va quasiment toujours dès le premier entretien.

La présence de cette « part de Soi » conduisant toute l'affaire peut sembler bien mystérieuse. Pour l'explicitier simplement, imaginons que l'enfant que fut le patient a eu un jour très peur. Qu'aujourd'hui ce patient est régulièrement pris de crises de panique. Qu'à chaque crise, c'est un peu comme si cet enfant qui avait eu peur s'exprimait encore et encore, dans l'espoir d'être entendu. Il n'a jamais cessé d'être là, et c'est du fait de sa « présence » que le patient est amené à consulter (grâce au symptôme).

Exemple clinique : cette femme atteinte de troubles panique quand elle s'éloigne de chez elle. Elle définit plus précisément sa sensation comme « impression qu'elle ne pourra plus jamais rentrer chez elle ». Elle retrouve que l'enfant que fut sa mère perdit sa propre mère à 9 ans, fut

placée du fait de la violence de son père... et ne rentra jamais au foyer. Dès la reconnaissance de l'enfant que fut la mère avec son vécu... le trouble panique cessa (ici l'exemple est intergénérationnel).

Il ne s'agit jamais d'un envahisseur ou d'un indésirable (visible ou invisible), mais seulement d'un Être en attente de reconnaissance, sans laquelle l'individuation n'est pas possible. D'où mon choix du thème de cet article.

5.7 La reconnaissance proprement dite

Une fois la proximité (plus ou moins grande) établie entre le patient et cette « part de Soi » qu'il retrouve, il reste un point extrêmement important que manquent hélas bien des thérapeutes : **il ne s'agit pas de produire un apaisement mais d'accorder une reconnaissance**. Nous avons déjà abordé ce point au début du texte, mais là il prend toute sa place à ce moment crucial de l'entretien.

Quand l'Être qui a souffert est identifié, toute tentative de l'apaiser revient à un déni de « qui il est, avec ce qu'il a éprouvé ». Si le thérapeute invite son patient à « Prendre dans les bras » l'Être identifié, « visualiser de la lumière », « énoncer des paroles rassurantes »...etc, tout cela ne vaut rien si le projet est d'apaiser.

Il doit y avoir reconnaissance... mais vers où se porte alors cette reconnaissance ? Une précision supplémentaire s'impose : **la reconnaissance ne se porte pas vers la douleur, mais vers l'Être qui a éprouvé cette douleur**.

Subtilement, il ne s'agit pas de dire « Je vois à quel point tu as souffert », mais « Je te vois, toi qui a souffert à ce point. Sois le bienvenu. Je me réjouis de te retrouver » (merci d'entendre ici l'esprit de ces paroles et de ne pas les imaginer en répétition niaise ou absurde). **L'attention et la reconnaissance focalisent vers l'Être qui a éprouvé la souffrance, et non vers la souffrance elle-même**. Ces deux formulations semblent voisines mais sont fort différentes : la première met l'accent sur la souffrance, produisant de l'affect et de la désolation ; la seconde met l'accent sur l'Être produisant la réjouissance d'une rencontre.

Pour que cela soit effectivement possible, il y a nécessité d'une acuité suffisante permettant de **distinguer entre la souffrance (un sentiment) et celui qui l'a éprouvée (un Être)**. Cette acuité est un point clé de la thérapie. Il ne s'agit pas d'éprouver une réjouissance face à de la souffrance (cela serait perversité), mais de voir un Être et que cela produise de la réjouissance naturellement. « Je me réjouis de te retrouver » n'est alors pas forcé, mais tout à fait naturel et spontané. Il en résulte un apaisement de l'« Être identifié » qui vient d'être reconnu, et qui peut se « nourrir » de la réjouissance qu'on éprouve à le rencontrer.

Ici, l'apaisement n'était pas le but, mais c'est finalement ce qui se produit (justement parce que ce n'était pas notre finalité). L'Être s'apaise spontanément d'être rencontré et de produire sur nous une réjouissance. **Le moment qu'on pourrait qualifier de « thérapeutique » se situe précisément à ce point là.**

[retour sommaire](#)

6 La santé mentale

6.1 L'absence de symptôme ne suffit pas !

La santé ne peut se résumer à l'absence de maladie. Elle résulte d'un équilibre biologique, mental et social. Outre que nous devons ce constat à l'OMS, la psychologie positive a beaucoup œuvré en ce sens. Initiée dans les années 70, elle s'est développée à partir des années 90. La psychologie classique s'occupe de la **maladie mentale**, la psychologie positive s'occupe de la **santé mentale**.

Elle définit l'état de santé mentale comme un **état de bonheur**, ce bonheur lui-même étant assujéti à la satisfaction des **besoins** (évoqués à 2.4) : le besoin d'autonomie (décider par soi-même), de compétence (pouvoir faire ce qu'on sait faire), besoin hédoniste (savoir être sensible au plaisir), besoin eudémoniste (trouver du sens à la vie), besoin de considération (vie sociale du Soi) [à ne pas confondre avec le besoin d'estime (stratégie sociale du moi) qui en est un malheureux succédané]...etc.

Les chercheurs en psychologie positive* travaillent de façon méthodique afin de donner aux praticiens psy les moyens d'accompagner leurs patients vers plus de santé. En effet, le fait de ne plus avoir de symptômes négatifs est bien insuffisant pour définir un état de santé mentale.

*Martin-Krumm, Charles et Tarquinio, Cyril -Traité de psychologie positive -De Boek 201, ou sur ce site la publication d'avril 2012
« [Psychologie positive](#) ».

6.2 Écoles sans querelles, en complémentarité

Les praticiens en psychologie positive pensent se différencier de leurs collègues classiques en ne s'occupant pas de la maladie.

Nous venons pourtant de voir dans ce texte qu'il est possible de s'occuper des souffrances psychologiques, des symptômes en accompagnant les justesses, en accomplissant des reconnaissances... jamais en corrigeant des désordres ou des dysfonctionnements. Nous venons aussi de voir que la psyché peut déborder le cadre biographique du sujet, fréquenter ce qui n'est ni topique ni chronique (uchrotopique*) hors des champs de l'espace et du temps, s'occuper de présence et d'existence d'Êtres divers... de façon transgénérationnelle ou même transpersonnelle. Il n'y a pas à y combattre des désordres ou des dysfonctionnements, mais à y révéler des justesses.

*Ni topique (u-topique : hors espace) ni chronique (u-chronique : hors temps)

Si seulement cela pouvait réunir la psychiatrie, la psychologie classique et la psychologie positive... et même l'ethnopsychiatrie !

6.3 Complétude, pertinences, expertise

L'aboutissement vers plus de complétude de la psyché (du Soi) contribue à ce bonheur et à la capacité de mieux satisfaire les besoins énoncés précédemment.

Mais le point le plus important est sans doute cette **nouvelle possibilité pour les praticiens de suivre la pertinence de leurs patients** plutôt que de corriger leurs incohérences. .. et **d'y trouver une opportunité de réjouissance** (celle de la rencontre des Êtres).

Même **Stanislav Grof**, qui a consacré sa vie à une étude approfondie de la psyché et des états holotropiques et transpersonnels, est hélas **resté un peu accroché au paradigme du « dysfonctionnement »**. Il s'est beaucoup appuyé sur ce qu'il appelle les Matrices Périnatales Fondamentales (MFP, I, II, III et IV) où la II et la III (stades bloqués de la naissance) expliquent, selon lui, bien des horreurs du monde... qui semblent l'avoir fasciné. De ce fait, ses patients traversaient souvent des moments plus qu'agités dans leurs thérapies holotropiques. En dépit d'une indéniable efficacité qui était tout à son honneur (sur de milliers de cas), l'accent mis sur les

monstruosités sous jacentes est un écueil évitable, sans perdre l'efficacité de la thérapie. D'autre part, Grof accorde sans doute **trop d'importance à la reviviscence**, et n'a pas pointé l'importance de la reconnaissance. Je formule ces critiques avec respect, car **nous lui devons la psychologie transpersonnelle** qui étoffe le magnifique travail de Jung ou de Maslow. Grof connaît et cite de nombreux auteurs (il est très éclectique) pour identifier les différences et les similitudes d'avec son approche qui reste ouverte vers les confrères*

*Par exemple : Sigmund Freud, Alfred Adler (p.141) Wilhelm Reich (p.147) Otto Rank (p.155) Carl Gustav Jung, Sandor Ferenczi (p.160) Rollo May, Sören Kierkegaard, Martin Heidegger (p.163), Victor Frankl, Abraham Maslow (p.164), Alexander Lowen (p.168), Moshe Feldenkrais, Milton Trager, Fritz Perls (p.170), Arthur Janov (p.172), Roberto Assagioli (p.187), Daniel Goleman, (p.193), Erich Fromm (p.239). [Grof 1996]

De son côté, **Tobie Nathan** souvent cité dans cet article, propose **l'interprétation comme une « inversion d'expertise »**, dans laquelle le praticien devient (ou se prétend ?) expert de ce qui se passe chez le patient**.

**« L'interprétation est donc en toute occasion l'art de l'inversion d'expertise. Un patient dispose en effet d'une connaissance née de sa longue cohabitation avec son mal. L'interprétation vient d'abord disqualifier cette expertise puis la transférer sur le thérapeute » il parle même, quelques mots plus loin, « d'espace de combat entre le patient et le thérapeute » (Nathan, 1998, p.17, 18)

Le patient perd ainsi l'expertise de sa propre psyché... pire encore : se retrouve en « combat » avec le praticien ! La reconnaissance n'est alors pas au rendez-vous (ni l'autonomie). Ici aussi avec un infini respect pour le travail de Tobie Nathan et ses remises en cause que j'apprécie beaucoup, sa conscience de la nécessaire créativité du praticien à laquelle je ne peux que souscrire, son ouverture magnifique aux diverses pratiques de multiples cultures, sans a priori... je trouverai plus juste que l'expertise du psy consiste à savoir révéler celle du patient dans un accompagnement vers les justesses qui sont en lui (plus en connivences qu'en combat)*.

*mais au fond n'y a-t-il pas déjà un peu de cela pour le conduire à cette ouverture en ethnopsychiatrie !?

Il est vrai que ces thèmes sont délicats à énoncer, que les théorisations sont ardues et subtiles et ne peuvent que continuellement se trouver remises en cause (y compris le contenu de mon propos qui ne se prétend aucunement définitif). Chacun contribue modestement à une part d'éclairage.

6.4 Choc ou immersion, clivage ou adaptation

Outre le fait que nous ne devons pas oublier les troubles psychiques d'origine biologique (dont le traitement revient aux psychiatres), avant de terminer cet article, il me semble important de différencier deux types de troubles d'origine « purement psychologique », car ils ne nécessitent pas le même type d'accompagnement : les **troubles de la psyché par clivages** (rendus nécessaires suite à des charges émotionnelles non intégrables) et les **troubles de la psyché par immersion dans un bain continuellement tourmenté** (induisant une imprégnation et des postures réactives d'adaptation).

Dans le premier cas la thérapie peut suivre le chemin indiqué précédemment, dans le second, outre la reconnaissance accordée à l'Être qui a vécu dans ce bain et qui en a déduit des options de vie, il conviendra de mettre en œuvre l'apprentissage de nouveaux modes opératoires, de nouveaux process, où les TCC et surtout la psychologie positive sont particulièrement bienvenues.

[retour sommaire](#)

7 Réjouissance et Reconnaissance

7.1 Connivence

La reconnaissance donnée par le praticien concerne deux pôles : 1/Le patient qui consulte (avec ses besoins et ses ressentis éprouvés) ; 2/L'Être identifié grâce au symptôme (avec ses besoins et se ressentis éprouvés). Cependant, comme nous venons de le voir, l'Être identifié grâce au symptôme (que nous avons nommé « part de Soi » faute de mieux) doit être prioritaire et susciter chez le praticien un élan de connivence. **Le praticien fait « alliance » avec cette « part de Soi » pour inviter le patient à tourner son attention vers elle et la « rejoindre ».**

Il se trouve en connivence avec elle, quand bien même, en début d'entretien, il ne sait pas encore de qui il s'agit, ni même ce qui s'est passé sur le plan événementiel. **Noamie Feil***, psychologue s'étant consacré aux situations de démences de type Alzheimer, nous propose que face à la démence des patients, il n'y a pas besoin de comprendre ou de savoir pour valider. Pareillement ici, il n'est pas besoin de savoir « qui » (et encore moins « quoi », ni « où », ni « quand ») pour être en proximité « a priori ». Quand cette « part de Soi » est clairement identifiée grâce au **guidage non directif****, le praticien est déjà en confiance dans les ressources de la psyché de son patient, et dans la qualité de cette « part de Soi » retrouvée.

* Naomie Feil : « Validation mode d'emploi »- Pradel,1997

**Guidage non directif : voir ce processus dans la publication de septembre 2008 « [Non directivité et validations](#) ». La réjouissance qui en résulte n'est que confirmation d'une posture initiale.

La **réjouissance** et la **capacité d'émerveillement** qu'il a face à cette émergence, sont un moteur principal qui permet au patient d'avoir le goût d'oser cette rencontre avec lui-même. Ainsi que nous l'avons vu précédemment, si le praticien invite son patient, même avec la plus grande douceur, par un : « Vas voir là bas et intègre le ! » il n'y va pas. ; si par contre il lui propose « Viens voir ici et profite de cette réjouissance ! » il y va spontanément. Le patient y va parce que le praticien y est déjà avec bonheur, confiance, connivence et réjouissance.

7.2 Proximité

« Re-co-naissance » : le fait que ce mot signifie implicitement « naître à nouveau ensemble » résonne parfaitement avec cette « bienvenue au monde » de ce qui a jadis été clivé par auto protection.

L'acuité accrue permettant de distinguer clairement entre l'Être et la circonstance rend enfin possible de rencontrer l'Être. Dans le cas d'un viol par exemple, l'horreur est dans la circonstance, pas dans l'Être qui l'a vécu. Tant que les deux sont mêlés par manque d'acuité, l'Être reste non rencontrable, se sent souillé, honteux, quasi coupable de ce qu'il a subi, ne peut se voir lui-même. Le praticien qui fait **rappeler les faits**, qui cherche à produire une **reviviscence** et **corriger un dysfonctionnement** ne fait **qu'aggraver la situation insoutenable de la patiente**.

Son clivage est une nécessité de survie temporaire utile. Son symptôme de mal-être reste un lien judicieux pour ne pas perdre malgré tout la trace de celle qui a vécu cela.

Exemple clinique : Je pense à une patiente qui, ayant subi un viol, m'a consulté. Lasse d'avoir été aggravée durant de nombreuses séances chez deux praticiens par des approches l'invitant à revisiter les faits... elle fut immédiatement apaisée par le processus de reconnaissance que nous avons mis en œuvre.

7.3 Trois éléments hiérarchisés

Au chapitre 2.2, nous avons déjà évoqué la distinction entre trois éléments : 1/La circonstance ; 2/L'Être qui fut dans la circonstance ; 3/Ce qu'il a éprouvé quand il y était. Imaginons ces trois éléments comme devant être disposés dans un **ordre précis de priorité** : en premier l'Être, en second ce qu'il a éprouvé, et en troisième, loin derrière, ce qui s'est passé.

L'attention dispose son focus vers l'Être (c'est lui qui reçoit la reconnaissance). Mais « **il est reconnu avec son vécu** » dont il ne doit pas avoir besoin de se défaire pour devenir fréquentable.

Rappelons-nous que le clivage d'avec la « part d'Être blessée » ne reste stratégiquement nécessaire que tant que la circonstance n'est pas distinguée de l'Être.

Rappelons-nous aussi que **lorsque nous voyons un Être, nous sommes naturellement touchés (réjouissance)**, et que **lorsque nous voyons un fait horrible, nous sommes naturellement horrifiés (souffrance)**. Toute la possibilité de reconnaissance se trouve là !

7.4 Comment s'opère la reconnaissance

Elle ne se décrète pas et ne peut résulter d'une action ou d'un quelconque process. Elle est une **posture spontanée de celui qui est capable d'émerveillement quand il rencontre un Être**. Oui, le praticien doit être capable d'émerveillement, de se sentir touché quand le patient lui fait l'honneur de rencontrer celui qu'il était.

C'est cet émerveillement du praticien qui donne au patient le goût de se rencontrer lui-même et de ne plus avoir besoin de son clivage.

Attention cependant : quand je parle d'émerveillement et de réjouissance, **ces deux termes ne doivent pas s'entendre dans la niaiserie désuète d'une gentillesse fabriquée**, mais dans une **plénitude existentielle authentique et spontanée**, découlant naturellement du fait que c'est vers l'Être que l'attention se porte.

7.5 Reconnaissance du patient envers lui-même

Nous voici donc riche de quelques fondements revisités, pour permettre la reconnaissance du patient envers lui-même. En effet le moment thérapeutique se produira à l'instant même de cette reconnaissance qu'il devient en mesure d'accorder à l'Être qu'il était (jusque là en clivage).

Naturellement « l'histoire » cet Être (Être constituant sa psyché), peut se trouver **n'importe où : aussi bien dans sa biographie, que dans l'intergénérationnel ou transgénérationnel, que dans du transpersonnel...** mais surtout : il doit être considéré comme n'ayant jamais cessé d'être présent depuis « tout ce temps ».

Cette vastitude concourant à une efficacité thérapeutique est bien représentée par les observations de Stanislav Grof dénonçant les interprétations psychotiques erronées :

« On constate avec ironie – et c'est là l'un des paradoxes de la science moderne – que les expériences transpersonnelles, qui jusqu'à très récemment étaient qualifiées de psychotiques, possèdent un potentiel curatif supérieur à ce que la psychiatrie allopathe contemporaine offre » (Grof, 1996, p.383).

Ces quelques lignes viendront étoffer l'expérience des praticiens, ou permettront aux patients d'avoir un autre regard possible sur leur propre psyché. Même si ces lignes remettent en cause quelques paradigmes habituels, il importe de les considérer, non pas comme une nouveauté évacuant l'ancien, mais comme des richesses complémentaires, venant s'y ajouter avec gratitude pour tout ce qui a précédé.

7.6 La réalité, subjective mais concrète, de la vie

Sans doute ne devons nous pas oublier que toutes ces possibilités thérapeutiques n'ont d'autre but que de permettre une vie quotidienne favorable au juste déploiement de chacun. Il est difficile de savoir ce qu'est une « belle vie » car les critères ne sont pas les mêmes pour tous. Cependant,

empiriquement, il est évident qu'un manque de joie de vivre, une gravité permanente, une difficulté à entrer en contact avec autrui, une propension à engendrer des conflits, le fait d'être assailli par des réactions involontaires qui nous éloignent de nos projets les plus chers, d'avoir une difficulté à être en paix avec ses proches (conjoint, enfants, parents)... et bien d'autres choses de ce genre, ne signent pas une possibilité de joie de vivre, de paix ou d'accomplissement (santé mentale).

Il est essentiel de comprendre que les possibilités thérapeutiques décrites dans cette publication ne servent qu'au juste accomplissement de l'individu selon sa nature, et non à le faire entrer dans quelque schéma préconçu que ce soit. Le praticien doit rester finement en recherche, souple et ouvert, pour permettre à son patient de devenir celui qui il a à être, et non de le faire correspondre à des croyances, fussent-elles « scientifiques ». Comme le précise **Tobie Nathan** : « *le patient n'est pas un patient mais un collaborateur, le thérapeute n'est pas un thérapeute, mais un chercheur* » (déjà cité au paragraphe 2.5). Le praticien doit rester friand de nouvelles possibilités et se laisser enseigner par ses patients. Sinon, même croyant bien faire, il risque de produire cette sorte d'effet Pygmalion que dénonce si bien le psychiatre **Jean Maisondieu** (spécialiste des démences de type Alzheimer).

Concernant la pathologie, selon lui, « *La première chose à faire est de détruire la définition ; à elle seule, elle est capable de fabriquer tout ou partie de la symptomatologie dont elle est sensée rendre compte* » (*ibid.* Maisondieu, 2001, p.56).

Dans son ouvrage « Jeu et réalité » (1975), **Donald Wood Winnicott** commence par une dédicace à ses patients, en « les remerciant d'avoir payé pour l'instruire ». D'une façon analogue, **Tobie Nathan** commence le texte de « L'influence qui guérit » par :

« Je voudrais toujours les remercier de leur volonté de m'instruire, toujours plus, et toujours me laissant l'impression que c'était moi qui leur apportait des bienfaits » (Nathan, 1994, p.9)

C'est avec cette humilité que ces pages sont à considérer, comme offertes à chacun de ceux qui restent des chercheurs capables d'émerveillement et de réjouissance... tout simplement capables de vie !

7.7 Reformulation : outil de la reconnaissance

Comme nous l'avons vu tout au long de cette publication la reconnaissance procède surtout d'une posture, d'un état d'esprit, d'une confiance, d'une attention portée prioritairement vers l'Être, d'une réjouissance inconditionnelle.

La reconnaissance trouve sa pleine expression dans la [reformulation](#) qui en est l'outil majeur. J'y ai consacré une publication en novembre 2002.

Je ne reprendrai donc pas sa définition en détail. Je rappellerai simplement que celle-ci n'est ni un reflet, ni un écho, ni une répétition : elle constitue une expression chaleureuse et authentique de la réjouissance de la rencontre d'un Être avec son vécu. Elle est constituée grammaticalement d'une phrase affirmative prononcée avec un non verbal affirmatif, légèrement interrogatif. Le côté affirmatif signe la reconnaissance de ce qui est éprouvé, la légère interrogativité donne la délicatesse de la liberté pour l'interlocuteur de dire éventuellement « non ce n'est pas exactement ça » et de le repréciser si nécessaire.

La reformulation est un type particulier de question fermée (réponse oui/non) qui accomplit souvent des « miracles » dans les séquences d'accompagnement psychologique ou de psychothérapie. D'autres publications comme « [Le positionnement du praticien](#) » (décembre 2007) ou « [Validation existentielle](#) » (septembre 2008) viennent aussi abondamment compléter le propos de cet article.

Bibliographie

Blanchet Alain- Nathan, Tobie- Ionescu Serban- Zajde Nathalie

-*Psychothérapies* – Odile Jacob, 1998

Borch-Jacobsen, Mikkel

-*Les patients de Freud*- Sciences Humaines) 2007

Feil, Naomi

-*Validation mode d'emploi*- Pradel, 1997

Frankl, Victor

-*Nos raisons de vivre, à l'école du sens de la vie*- Interédition 2009

Grof, Stanislav

-*Psychologie transpersonnelle* - Éditions du Rocher, J'AI LU 1996

-*Nouvelles perspectives en psychiatrie, psychologie, psychothérapie* – Editions Alphée, 2010

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

Nathan, Tobie

-*L'influence qui guérit* – Odile Jacob, 1994

-*L'ethnopsychiatrie* - conférence DVD -CIRCO Gallimard CNRS- 2007

Nathan, Tobie- Blanchet Alain- Ionescu Serban- Zajde Nathalie

-*Psychothérapies* – Odile Jacob, 1998

Nathan, Tobie - Zajde Nathalie

-*Psychothérapie démocratique* – Odile Jacob 2012

(à noter que cet ouvrage est construit avec deux textes de l'ouvrage de 1998)

Winnicott, Donald Wood

-*Jeu et réalité* - Folio Gallimard 1975

Zajde Nathalie- Nathan, Tobie

-*Psychothérapie démocratique* – Odile Jacob 2012

DSM IV-TR

-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux- Masson, 2003

Pelissolo, Antoine

« Grands dossiers » de la revue n°20 « Sciences Humaines » (p.18)

Liens internes cités

[Reformulation](#) novembre 2002

[Le ça, le moi, le surmoi et le Soi](#) novembre 2005

[Le positionnement du praticien](#) décembre 2007

[Validation existentielle](#) septembre 2008

[Abraham Maslow](#) d'octobre 2008

[Non directivité et validations](#) de janvier 2012

[Psychologie positive](#) avril 2012

[Parts de Soi et entièreté](#) février 2014

[Estime de Soi – ou l'inestimable de Soi](#) d'avril 2014

[Causalité et finalité](#) juillet 2014

[dico/glossaire](#) septembre 2012

[retour sommaire](#)