



Emplacement subjectif du praticien – Connivence et alliance thérapeutique

Article de Thierry Tournebise

Thèmes : « Fondements de la maïeusthésie, Posture d'accompagnement »

Date : septembre 2016

Sommaire de l'article

Le praticien et le consultant

- La situation initiale
- Humanité et « tact psychique »
- Proximité et connivence avec qui ?

Les mots

- Praticien
- Patient
- Thérapeute
- Psyché
- Psychopraticien
- Psychopathologie
- « Parts de Soi » ou « Êtres de Soi »
- Alliance
- Connivence

L'emplacement physique

- Derrière le patient
- Face à face
- Côte à côte
- À distance (téléphone, skype)
- Calibrage spatio-temporel ou spontanéité ?

L'emplacement psychique

- Avec l'Être qu'est le patient
- Avec l'un de ceux qu'il a été
- Avec d'autres types d'émergences

Les « équipes » dans la psyché

- Constituer des équipes
- Le praticien avec la « part de Soi »
- Le praticien placé à deux endroits simultanés

Validation existentielle

- Les zones où se porte l'attention
- Le sens des flux et la réjouissance

Déroulement d'une séance en maïeusthésie

- L'accueil initial
- La recherche
- La mise en contact
- La vérification du résultat
- Professionalisme, souplesse et ajustement

Publication particulièrement à l'attention des praticiens en psy.

La notion de connivence ou d'alliance thérapeutique est essentielle, mais une alliance « avec qui » au cœur de la psyché, et « dans quel but » ? Que le praticien soit censé être proche de son patient est une évidence (tact psychique). Que ce soit dans le but d'accomplir ce à quoi sert le symptôme l'est aussi en maïeusthésie (reconnexion d'avec soi-même). Mais cela ne précise, ni l'emplacement subjectif du praticien, ni avec qui se fait l'alliance principale. Cet article s'inscrit à la suite des publications « Posture du praticien » et « Validation existentielle ». Ces dernières définissaient l'attitude du praticien (où va son attention et quelle est son intention). Or il se trouve que la posture est une chose, et que l'emplacement subjectif (et l'alliance qui en découle) en est une autre.

L'emplacement subjectif définit « avec qui » se situe la proximité principale du praticien : avec le patient lui-même, ou avec celui qui, du plus profond de sa psyché, appelle sa conscience à travers le symptôme ? Quand j'utilise le mot « proximité », je pourrais aussi bien utiliser « tact » (car la bonne distance c'est quand il n'y a pas et qu'il y a « contact ») et « connivence » car celui qui appelle sa conscience en lui est celui qui détient les clés.

La nécessité de cette publication est apparue face à la difficulté que rencontrent souvent les stagiaires praticiens : s'ils sont toujours proches du sujet qu'est le patient, ils le sont moins spontanément de celui qui, en celui-ci, tente d'être rejoint en vue de reconnaissance.

NB. Cette publication ne comporte quasiment pas de bibliographie sur ce thème car cette notion de proximité au sens où elle est ici abordée ne figure pas, à ma connaissance, dans des ouvrages disponibles.

Le praticien et le consultant

La situation initiale

Il peut se faire que la demande d'une personne qui consulte soit juste celle d'un accompagnement de vie, d'un guidage vers plus de communication et plus d'individuation.

Mais le plus souvent, un sujet consulte un praticien quand il est en souffrance psychique. Il vient en consultation du fait d'un ressenti (symptôme*) qui lui est inconfortable et lui rend la vie suffisamment déplaisante pour solliciter une aide. Sa quête est d'être libre de ce symptôme afin de se rendre la vie meilleure.

*Par exemple, d'un simple inconfort de vie inexplicable et d'un besoin d'accompagnement en vue d'un mieux-être tant d'un point de vue familiale que conjugal, social que personnel, jusqu'à des manifestations

plus explicites tels que trouble phobique, trouble obsessionnel, deuil, trouble alimentaire, trouble psychosomatique, dépression, trouble panique, etc., ou même état psychotique ou schizophrénie.

Le praticien a aussi ce projet que la vie de son patient soit la meilleure possible. Mais pour y parvenir il se trouve que la disparition du symptôme ne devrait pas être son projet, même si au final c'est ce qui se passe, et doit se passer. La question est de savoir comment y aboutir sans pour autant le rechercher.

Souvent le symptôme ne se produit pas « à cause » d'un trauma antérieur, mais « spécialement pour » que celui que fut un jour le patient (et qui a vécu le trauma) ne soit pas oublié par sa conscience (remédiation, complétude), ou pour qu'il puisse devenir qui il a à être (individuation, déploiement) ...et le plus souvent un peu des deux. Combattre ce symptôme entraverait cette quête inconsciente du sujet qu'est le patient, et serait contreproductif. L'accompagnement peut se faire à la fois en profondeur et en thérapie courte vers cette réhabilitation (remédiation), ou vers cette individuation (déploiement) et le symptôme disparaît, non parce qu'on l'a vaincu ou qu'on l'a guéri, mais parce qu'il a cessé d'être nécessaire. Ce thème a longuement été abordé dans la publication de décembre 2007 « [Le positionnement du praticien](#) » ou celle de mai 2015 « [Psychologie de la pertinence](#) ».

Humanité et « tact psychique »

Il est bien évident que tout praticien est censé témoigner de l'humanité envers son patient. Si ce n'est pas le cas, il se peut que celui-ci ait à revisiter son métier ou doivent suivre quelques formations complémentaires. Dans cette présente publication ce point est considéré comme une évidence qu'il est inutile de repréciser davantage. De multiples connaissances et une bonne expérience clinique lui seront d'une grande utilité pour la qualité de ses prestations, mais sans cette humanité, toute la connaissance du monde serait bien peu de chose.

Ce qui peut être utile de repréciser ici, c'est d'une part la nature de cette humanité dont témoigne le praticien et, d'autre part, envers qui précisément celle-ci s'exprime-t-elle ? Une telle humanité est bien autre chose qu'une simple gentillesse, et elle s'exprime bien au-delà du patient, sans pour autant que celui-ci en soit exclu.

L'approche évoquant avec le plus de précision la notion d'humanité et de tact psychique est sans aucun doute « l'Haptonomie ». Celle-ci est bien plus qu'un moyen de mettre en état communicant la mère, le père et l'enfant lors des préparations à l'accouchement (ce qui est déjà beaucoup !). Son fondateur Frans Veldman a choisi ce terme « haptonomie » en s'appuyant sur la racine grecque « hapsy » signifiant « tact psychique ». Il y propose de ne pas rencontrer le patient comme ayant un problème mais comme un Être de pertinence en déploiement, et de voir en l'autre « le bon en lui », présent, et à venir (Veldman, 1989, p.45). Lors de son intervention dans l'émission culte sur TF1 de Bernard Martino en 1985 « Le bébé est une personne », face à cette femme dont l'enfant est placé trop haut et pour qui l'obstétricien envisage une

césarienne, s'approchant d'elle il ne voit non pas un problème mais une mère emplie de justesses et de pertinences. « Vous aimez votre enfant » reconnaît-il tout simplement ...puis suite au sourire d'acquiescement de la mère il ajoute « c'est bon de l'avoir près du cœur ! » (il voit plus une stratégie pertinente, qu'une faille ou un problème). Ce n'est qu'ensuite qu'il l'invite à cette délicate et subtile communication avec son enfant, permettant à celui-ci de se placer de la meilleure façon.

De son côté, Marshal Rosenberg, père de la CNV (communication non violente) cite Tchouang Tseu (IV^e siècle avant JC, presque deux siècles après Lao Tseu, source du Taoïsme) :

“

« L'écoute exclusivement auditive est une chose. L'écoute intellectuelle en est une autre. Mais l'écoute de l'esprit ne se limite pas à une seule faculté - l'audition ou la compréhension intellectuelle. Elle requiert un état de vacuité de toutes les facultés. Lorsque cet état est atteint, l'être tout entier est à l'écoute. On parvient alors à saisir directement ce qui est là, devant soi, ce qui ne peut jamais être entendu par l'oreille ou compris par l'esprit. » (Rosenberg, 2002, page 107).

Il nous montre par là même à quel point l'écoute de l'intellect n'est pas celle de l'Être tout entier. Que seule cette dernière « entend » ce qui est essentiel. Comme le disait le petit Prince de St Exupéry : « on ne voit bien qu'avec le cœur, l'essentiel est invisible pour les yeux ». Il aurait pu ajouter « invisible pour l'intelligence, l'intellect, les calculs stratégiques ».

Quant à Carl Rogers, après une vie de recherches, il finit par évoquer la posture du praticien avec son patient comme si les deux Êtres se trouvaient, « ensemble dans un espace transcendé » :

“

« J'ai l'impression que mon esprit est entré en contact avec celui de l'autre, que notre relation se dépasse elle-même et s'intègre dans quelque-chose qui la transcende et qu'advienne alors dans toute leur profondeur, l'épanouissement, le salut, l'énergie » (Rogers, 2001, p.168-169)

Toutes ces considérations d'une grande finesse nous conduisent à une écoute subtile qui ne s'accommode pas du seul intellect, mais œuvre dans une zone qu'on pourrait qualifier de nootique, ontique, existentielle, appartenant à ce que Pierre Teilhard de Chardin (1881-1955 ; chercheur, paléontologue, théologien et philosophe), nommait la noosphère. Il ajoute ainsi une subtilité à la biosphère (j'ai déjà cité cette nuance de la noosphère dans ma publication de mai 2016 « [Vie et énergie](#) ») : il s'agit ici de la vie psychique et pas seulement de la vie biologique.

De nombreux auteurs ont évoqué l'empathie naturelle, l'humanité, l'alliance, la confiance, la justesse ...mais

il nous faut tenter plus de précisions concernant l'approche d'accompagnement psychologique. Car cette posture, qu'elle s'applique exclusivement au patient présent est une chose, qu'elle s'applique aussi à ceux qui constituent sa psyché en est une autre et, selon l'emplacement où se trouve la priorité et la connivence, cela est encore autre chose.

Proximité et connivence avec qui ?

Être proche de l'Être qu'est le patient est une évidence. Cette empathie à son égard est un minimum incontournable lorsqu'on pratique un métier de soin psychologique. Dans les métiers de soins physiques aussi d'ailleurs, car dans l'un comme dans l'autre, le praticien est censé disposer à la fois de son humanité et de ses connaissances techniques.

Cependant, en psychologie, aussi précieuse que soit cette humanité à l'égard de l'Être présent qu'est le patient, il est d'autres proximités toutes aussi essentielles : il s'agit des proximités et connivences avec celui qu'était le patient à d'autres époques (dans sa biographie), avec ceux dont il est issu (dans sa psychogénéalogie), ou avec tout autre Être identifié hors de sa biographie ou de son histoire familiale (dans la dimension transpersonnelle).

Partant du symptôme présent, le guidage non directif mis en œuvre par le praticien conduit à un des éléments de sa psyché. Cet élément de la psyché en a le plus souvent été antérieurement séparé (clivé) pour raison de survie, afin de préserver le sujet d'une charge émotionnelle trop intense. Depuis tout ce temps cet élément, qui est un Être à part entière, « est en attente » de rejoindre la psyché, d'enfin en faire partie, comme s'il avait à y rejoindre une place qui est la sienne (en vue de rendre au sujet son intégrité, sa complétude). Le symptôme est le moyen par lequel il appelle la conscience du patient, afin que celui-ci soit en mesure de l'accueillir. Il s'agit ici d'une remédiation à accomplir.

Mais dans la mesure où il y a eu trauma, comment cela est-il possible ? Cela est rendu possible grâce à un supplément de maturité permettant de disposer d'une plus grande acuité, venant défaire un « bloc inquiétant », venant désassembler une sorte de « masse menaçante ». Cette acuité conduit à ne plus mêler l'Être qu'il était et la situation qui s'est produite.

Il peut alors distinguer :

- la situation (l'événementiel) ;
- le choc éprouvé (l'émotionnel) ;
- le sujet qu'il était (l'existential) ;

Un tel cheminement n'étant le plus souvent pas spontané, surtout dans les traumas les plus violents, c'est le rôle du praticien d'en accompagner la réalisation (qui, ne l'oublions pas, est néanmoins un phénomène naturel). Par sa proximité d'avec l'Être identifié dans la psyché (un de ceux qu'a été le patient, un de ceux

dont il est issu, ou un autre Être en transpersonnel), il rend cette zone fréquentable. Ce que le praticien doit avoir pleinement l'esprit, c'est que ce qui a été horrible, c'est ce qui s'est passé et ce qui a été ressenti, mais en aucun cas l'Être qu'était le patient à ce moment-là. Le praticien, pour y parvenir, doit disposer lui-même de cette acuité. Si ce n'est pas le cas il aura besoin de supervision, de formation, ou même de thérapie personnelle.

Cependant, il arrive aussi qu'il n'y ait pas eu de clivage antérieur, qu'il s'agisse simplement d'un déploiement non accompli, d'un devenir qui ne se produit pas, de celui qu'il a à être qu'il ne « rejoint pas ». Nous sommes alors dans ce cas face à une individuation à accompagner (et non plus une remédiation à accomplir). Si l'on raisonne tout de même en termes de clivages, on pourrait dire que c'est un peu comme s'il y avait un clivage entre le sujet présent et sa psyché en devenir : il n'ose pas devenir qui il a à être.

Dans tous les cas, ce qui appelle la conscience du patient, à travers le symptôme initial, doit trouver chez le praticien un partenaire fiable, capable d'accomplir une remédiation sans danger pour personne, sans qu'aucun autre élément de la psyché (biographique, transgénérationnel ou transpersonnel) ne soit affecté, jugé, rejeté. Pareillement dans un processus d'individuation : le plus d'être qui en résulte ne peut se faire au détriment de qui que ce soit.

Pour le praticien, être proche de celui qui appelle la conscience du patient à travers les symptômes est essentiel. C'est cette proximité qui rend l'approche du patient possible. Elle permet la rapidité avec laquelle s'ouvrent les chemins vers l'apaisement. Apaisement qui se produit du fait de la reconnaissance et jamais du fait d'une volonté de vouloir apaiser. Nous avons là des clés majeures de l'effet dit « thérapeutique ». Nous devons clairement considérer le fait que les symptômes ne disparaissent pas « parce qu'on est guéri » ou « parce qu'on les a vaincus », mais simplement « parce qu'ils ont cessés d'être nécessaires ». De ce fait le mot « thérapeutique » est ambigu puisqu'il ne s'agissait pas vraiment de « pathologie » (voir la publication de mai 2015 « [Psychologie de la pertinence](#) »).

Les mots

Les mots « patient », « thérapie », « thérapeute », « praticien », « psyché », « alliance », « connivence », « psychopathologie », « guérison », « parts de Soi », méritent une précision suffisante. Il arrive souvent que des mots soient abondamment employés sans qu'une précision adaptée permette de bien situer ce dont nous parlons. Sans aucunement prétendre aller vers des définitions parfaites je propose d'explorer ces mots que nous utilisons dans cette publication, afin de rendre le propos aussi clair que possible.

Praticien

Un « praticien » est celui qui met en œuvre une pratique ou un art. Ce mot vient en opposition de « théoricien » qui, lui, est expert dans les idées et concepts, dans les règles et organisation des données. Le psycho praticien (pas forcément thérapeute) est celui qui met en œuvre un accompagnement psychologique. L'on peut aussi être praticien en psychothérapie.

Patient

Le mot « patient » vient du latin « pati » (endurer) et du grec « paskein » (patho). Ce mot a donné en grammaire « passif » : dans une phrase nous avons le sujet (agent), le verbe (process) et le complément (patient).

« Pâtir » utilisé dans le langage mystique signifie aussi « être dans une contemplation paisible mystique et passive ». Cette passivité peut donc être interprétée soit comme une négligence, soit comme une acceptation selon la conscience que l'on y met. Cependant, il est à craindre que nous retrouvions dans cette « acceptation contemplative » l'idée sulfureuse de la « douleur salvatrice ». Nous pourrions, bien plus avantageusement la rapprocher de la philosophie hédoniste (Démocrite et Epicure) qui cherche le bon en tout et le plaisir en chaque chose qui s'offre à soi (contrairement à une idée reçue, leur quête n'est pas la recherche des choses qui font plaisir, mais le plaisir en chaque chose). Pour les hédonistes, en chaque situation, leur philosophie est de toujours se demander « où est le cadeau ? ».

Dans le milieu des soins nous avons les « agents » (auteurs des soins) et les « patients » (subissant leur pathologie, et aussi les soins reçus). La notion de « partenariat soignant soigné », proposée par la Haute Autorité de Santé, a conduit à imaginer un nouveau mot : le mot « actient », c'est à dire aussi « celui qui agit », qui est acteur de son soin, en partenaire avec le médecin ou le soignant.

Le mot « actient » est intéressant car le sujet éprouvant une difficulté psychologique est inconsciemment auteur du clivage de sa psyché (pulsion de survie), auteur de ses compensations (pulsion de survie), et auteur de ses symptômes (pulsion de vie) le conduisant à consulter. Il est la source de ces trois aspects de par le jeu pertinent (mais involontaire et inconscient) de ses pulsions de vie et de survie. L'ultime étape du symptôme le conduisant à consulter, il sera aussi l'auteur de sa thérapie.

Carl Rogers ayant bien perçu la problématique du mot « patient » a proposé de le remplacer en psychothérapie par le mot « client ». Non pour des raisons mercantiles, mais pour des raisons de respect indéfectible dû par le praticien. Mais ce mot a l'inconvénient d'une consonance commerciale qui peut le rendre inconfortable.

Le mot « actient » est préférable, mais hélas peu commode d'usage. Afin d'éviter les inconvénients de « passif » (patient) ou de « commercial » (client) la maïeusthésie propose en psychologie le mot

« parturient » (au masculin) afin de signifier qu'en matière de psychologie, celui qui éprouve un symptôme, est sur le point de mettre au monde un aspect de lui-même jusque-là en gestation ...faisant ainsi du psychopraticien un « accoucheur » (Carl Rogers se considérait d'ailleurs comme accoucheur).

Mais le mot « parturient » n'est pas très praticable non plus. Cela me conduit à garder dans l'ensemble de cette publication l'usage du mot « patient », tout en ayant ces subtilités à l'esprit.

Thérapeute

Le mot « thérapeutique » vient du grec « therapeutikê » : art de prendre soin de quelqu'un.

Le mot « thérapeute » vient de « therapeuein » : prendre soin (de), servir (dieu).

Il signifie aussi « être le serviteur, l'écuyer (d'un guerrier [lui-même « therapôn », c'est-à-dire lui aussi serviteur]). La source « therapeia » (soin) ... signifie donc que chacun est le serviteur d'une instance supérieure.

Chez les grecs, « therapeuthês » désigne les « serviteurs adorateurs ascètes juifs qui vivaient près d'Alexandrie ». D'une certaine façon, le thérapeute est celui qui prend soin du sacré. Cet aspect est intéressant dans la mesure où, en particulier dans le soin psychologique, il s'agit de prendre soin du sacré en l'autre (le mot « sacré » est utilisé ici sans aucune connotation religieuse, mais juste pour définir ce qu'il y a de plus inestimable chez un Être).

Psyché

« Soma » désigne ce qui a trait au corps (somatique), et « psyché » désigne ce qui a trait à l'esprit (psychique).

Une maladie somatique conduit à consulter un médecin, un trouble psychique conduit à consulter un praticien de la psyché (un psychiatre, un psychologue, un psychothérapeute, un psychanalyste ou un psychopraticien). Tous ces métiers sont désignés par un préfixe « psy », indiquant par là leur zone d'expertise.

Les mots « psyché » et « soma » semblent naturels, mais distinguer clairement ce qu'ils évoquent est délicat, car nous savons très bien qu'un trouble psychique peut engendrer un trouble biologique (psychosomatique) et qu'un trouble biologique peut être source d'un trouble psychique (somatopsychique).

Comment alors définir clairement la psyché ? Il est simple de dire « c'est ce qui n'est pas corporel » mais, comme nous venons de le voir, c'est réducteur. À l'inverse, on peut aussi choisir de parler de la psyché par un biais purement corporel, et de l'inclure dans le biologique dont elle serait une émanation, mais ce n'est

pas vraiment satisfaisant non plus.

Nous sommes plus ou moins implicitement dans la nécessité de distinguer la vie biologique et la vie psychique. Quand bien même nous les savons intriquées, nous devons les distinguer (que leur support soit considéré comme physique ou métaphysique).

Est-il possible de parler de « vie psychique » sans s'appuyer sur la « vie biologique » ? Oui car la vie biologique fait partie de la « biosphère », alors que la vie psychique fait partie de la « noosphère ». Pour gagner en précision, nous pourrions dire que la psyché, c'est ce qui est de nature « nootique » ou « ontique », même si ces deux mots « flottent » un peu dans une zone que l'on peine à objectiver. En étant plus exigeant, on pourrait dire que le soma gère l'énergie alors que la psyché gère la vie (publication de mai 2016 « [Vie et énergie](#) »). Mais l'intrication des deux nous placent dans une subtilité bien délicate à préciser, sauf que l'énergie définit le « faire » alors que la vie définit « l'être ».

Psychopraticien

Le mot « psychopraticien », qui a été retenu par les différentes fédérations de psys, est un mot intéressant car il évoque un praticien de la psyché qui n'est pas forcément thérapeute et permet ainsi de le situer hors du champ thérapeutique : il peut être « thérapeute » ou simple accompagnant en psychologie humaine. Le mot « praticien en psychothérapie » est aussi intéressant, mais il systématise implicitement le fait d'être thérapeute. Même si nous avons vu qu'en grec le « *therapeutês* » prend soin du sacré, l'idée de thérapie est hélas trop associée à celle de pathologie et, de ce fait, oriente le praticien vers un combat des « troubles ».

Psychopathologie

Ce mot désigne un dysfonctionnement de la psyché. Le DSM (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) énonce l'idée que le symptôme témoigne d'un trouble qui est « un dysfonctionnement biologique ou mental ». Cela conduit donc à rechercher le trouble du patient, son dysfonctionnement, et à y remédier (par une voie biologique si l'on est médecin, par une voie psychothérapique si l'on est praticien en psychothérapie).

Cependant, il y a aussi la possibilité de symptômes qui ne manifestent pas un dysfonctionnement de la psyché, mais simplement son fonctionnement naturel. Nous avons alors une psyché en train de mettre en œuvre une pertinence lui permettant de conserver un équilibre suffisant, voire d'aller vers un retour à l'intégrité, ou même d'accomplir un déploiement, grâce à divers processus que le psychopraticien peut accompagner. La perte de cette intégrité fait elle-même partie du processus pertinent permettant de faire face à des situations vécues trop douloureusement (voir la publication de mai 2015 « [Psychologie de la pertinence](#) »). Le praticien en maïeusthésie œuvre dans le sens d'un accompagnement de cette pertinence

(de nombreuses autres approches peuvent aussi prendre cette option).

« Parts de Soi » ou « Êtres de Soi »

Je parlerai souvent de « parts de Soi » pour désigner les éléments de la psyché. Cependant ce terme, quoique explicite, n'est pas satisfaisant, en ce sens que chacun de ceux que l'on a été ne sont pas des « parts » ou des « morceaux » de Soi, mais des « Êtres à part entière ». J'ai écrit une publication à ce sujet en février 2014 « [Parts de Soi et entièreté](#) », stipulant que chacun de ceux qu'on a été non seulement sont des Êtres à part entière, mais contenant chacun potentiellement l'entièreté de Soi. Je ne reviendrai pas sur ce point abondamment traité.

En dépit du fait que le terme « Être de Soi » soit préférable, j'utiliserai le plus souvent « parts de Soi » dans cette publication du fait que c'est plus explicite, même si ce n'est tout à fait juste. J'invite ainsi le lecteur à bien concevoir qu'il ne s'agit pas vraiment de « morceaux de Soi » mais « d'Êtres à part entière », et que c'est justement ce qui va justifier la proximité du praticien avec chacun d'entre eux.

Alliance

Le mot alliance aussi mérite précision. Il vient du latin « *Alligare* » (attacher à ; mettre avec). C'est un composé de « *ligare* » (lier). Si le mot alliance signifie (approximativement) qu'on se met ensemble et que l'on va œuvrer de concert, la notion de lien n'y est pas très heureuse puisque le lien engendre l'affect et qu'il ne s'agit aucunement d'être dans l'affect pour réaliser un accompagnement psychologique.

Le mot « alliance thérapeutique », utilisé notamment par le psychiatre Charly Cungi dans son ouvrage « L'alliance thérapeutique » (2006), définit bien un partenariat du praticien avec le patient (comme nous l'avons vue, la Haute Autorité de Santé recommande d'ailleurs ce partenariat soignant/soigné). Cependant, ce partenariat, tel qu'il le décrit est une alliance « praticien/patient » en vue d'une lutte plus efficace contre la pathologie dont souffre celui-ci, identifiée comme un ennemi à vaincre. Outre cette proximité et cette délicatesse qu'il énonce avec le patient, nous y ajouterons ici une différence de projet : non pas œuvrer avec le patient contre sa pathologie, mais œuvrer de concert avec lui en vue d'accompagner les efforts que sa psyché met en œuvre pour ses remédiations ou/et son individuation.

La différence est importante car le projet du patient est consciemment de se débarrasser de son symptôme inconfortable, alors que celui de sa psyché, à travers le symptôme (généré par sa pulsion de vie), est de restaurer ce qui, en lui, a été clivé. Il se trouve en la psyché de celui-ci un élément clivé qui appelle sa conscience afin de retrouver une place d'honneur au sein du Soi.

Connivence

Le mot « connivence » pourrait apporter une précision utile. Il vient du bas latin « *coniventia* » (indulgence, être d'accord).

Il définit une absence de jugement à l'encontre de qui que ce soit et cela correspond bien à la posture souhaitable du praticien.

De plus il signifie « œuvrer avec l'intelligence secrète », « être en accord tacite » (1798)

Mais connivence vient aussi de « *conivere* » signifiant « serrer les paupières, fermer les yeux et, au figuré, « être indulgent » ...donc un certain aveuglement. De ce fait il est moins heureux en ce sens où il ne définit pas un accroissement de conscience mais une sélectivité de la perception.

Dans la mesure où le praticien est censé privilégier la perception de l'Individu, du Sujet, de l'Être par rapport à celle des faits, des circonstances, des événements, nous sommes avec un mot adéquat. Même Epictète, philosophe stoïcien (50 ans après JC) nous proposait de ne pas voir chez notre frère le côté qui présente un trouble car par là on ne saurait le rencontrer, mais le côté qui présente un frère car c'est le seul accès :

“

« Chaque chose présente deux prises, l'une qui la rend très aisée à porter, et l'autre très mal aisée. Si ton frère donc te fait injustice, ne le prends point par l'endroit de l'injustice qu'il te fait ; car c'est par là où on ne saurait ni le prendre ni le porter ; mais prends-le par l'autre prise, c'est-à-dire, par l'endroit qui te présente un frère, un homme qui a été élevé avec toi, et tu le prendras par le bon côté qui te le rendra supportable. » (Epictète, Manuel XLIII)

Avoir son attention sur la pertinence, sur « l'intelligence secrète », sur les processus astucieux mis en œuvre, sur le projet d'accomplissement, de remédiation ou d'individuation est une posture avantageuse pour le praticien avec son patient. Abraham Maslow, docteur en psychologie, nous proposait de considérer que l'homme fait partie de la nature et que la nature fait partie de l'homme :

“

« Non seulement l'homme est une PARTIE de la nature, et la nature est une part de lui, mais il doit aussi être isomorphe (semblable à elle) afin d'être viable en elle. » (Maslow - 2006, p.367).

Il ne s'agit donc pas d'une erreur de fonctionnement à corriger (trouble, dysfonctionnement), mais d'une

justesse à accompagner. Faut-il encore avoir la capacité de l'identifier et, pour ce faire, d'avoir son attention disposée à ne pas la manquer. Celui qui cherche avec un *a priori* de dysfonctionnement sera aveugle aux pertinences. John Stuart Mill, philosophe anglais antérieur à Maslow envisageait aussi la nécessité de permettre le juste déploiement de l'humain, et de ne pas nourrir de vaines espérances avec des modèles préétablis :

“

« La nature humaine n'est pas une machine qui se construit d'après un modèle et qui se programme pour faire exactement le travail qu'on lui prescrit, c'est un arbre qui doit croître et se développer de tous côtés, selon la tendance des forces intérieures qui en font un être vivant » (Stuart Mill, 1990, p.151).

La connivence est donc cet « accord tacite », cette « confiance » en la justesse, en l'intelligence secrète qui œuvre au cœur de l'Être, pour le meilleur de sa sécurité (pulsion de survie) et de son intégrité (pulsion de vie). Ainsi s'accomplissent, clivages puis remédiations, ainsi qu'individuation.

L'emplacement physique

L'emplacement physique du praticien (position objectivable) est finalement de peu d'importance par rapport à l'emplacement psychique (subjectif), qu'il adopte. Voyons néanmoins dans un premier temps quelques possibilités d'emplacements physiques (derrière, face à face, côte à côte, à distance ...etc.).

Derrière le patient

En psychanalyse freudienne, le choix est que le praticien se place derrière le patient qui est lui-même en position allongée. La position du patient est propice à la détente et à l'introspection, celle du praticien permet de diminuer le risque d'induire quelque chose dans le cheminement du patient par une expression ou une réaction.

Cependant comprenons bien que la présence du praticien, même s'il ne fait rien, influence cet élan vers l'introspection qui ne se ferait pas de la même manière en son absence. De plus, le moindre mouvement, la moindre réaction, la moindre modification de souffle ou de respiration du praticien à l'énoncé des paroles ou des réactions du patient sont autant d'informations inconsciemment reçues par celui-ci, qui « orientent » quelque peu son attention. L'influence* zéro n'existe pas, sinon par une absence absolue du praticien... de ce fait il n'y aurait pas de thérapie !

*À noter que « influence » (in-fluence), vient du latin *in-fluere* et définit le fait qu'un « flux » diffuse vers l'autre (en lui), comme il se disait au XIII^e siècle « *influentia* » pour parler des astres qui « influençaient » les choses et les êtres.

Il s'agit de ne pas suggérer ou induire, mais il est impossible de ne pas influencer. Il s'agit justement que l'influence soit de bonne qualité, tout en laissant le sujet libre de ses propres émergences.

Ici la position physique (objective) est « derrière la patient », et la position psychique (subjective) est « une attente d'associations, de révélations, de transferts », permettant de conscientiser des émotions, des vécus éprouvés, des tranches de vie et surtout l'état des stades du développement.

Face à face

Une thérapie peut aussi se faire en face à face. Les réactions du praticien y sont plus explicites et cela peut sembler un inconvénient risquant de perturber les recherches du patient dans son introspection. Cela oblige le praticien à encore plus de congruence, à une grande authenticité. Cette exigence le place dans un subtil niveau de compétence qui procède avant tout de sa qualité d'être. C'est aussi le cas en psychanalyse, mais là l'exigence monte d'un cran.

La situation est ainsi ouverte dans un contact où, trop souvent, l'on parle de « bonne distance » ou de « bonne proximité » afin d'assurer son professionnalisme. Mais en réalité, la fameuse « distance » ne concerne que la distance physique.

En fait le professionnel qui est vraiment un professionnel est censé accepter d'être en contact avec son patient et l'idée de « contact » exprime justement qu'il n'y a pas de distance. S'il y a une distance physique (qui dans la plupart des cas est juste), sur le plan psychique il ne peut y avoir de thérapie s'il n'y a pas de contact : contact au sens de « tact psychique » ainsi qu'il est énoncé en haptonomie, et même tel qu'il était évoqué avec le mot « empathie » dans sa version initiale allemande « Einfühlung » où « fühlen » exprime justement l'idée de « tact psychique » (mot et concept que nous devons à Theodor Lipps et Sandor Ferenczi).

On peut tout de même s'interroger sur cette « distance physique ». Cette distance peut être d'à peine plus d'un mètre ou légèrement plus s'il y a un bureau (doit-il y avoir un bureau ou non ?), jusqu'à plusieurs mètres. Il faut cependant que la distance soit adaptée au contexte. Quand je dis « plusieurs mètres », je pense par exemple à l'accompagnement d'une personne dans un groupe de parole ou lors d'un stage (quand la situation le justifie). Il serait mal venu que le praticien soit derrière un bureau et le patient ait un siège à trois mètres devant le bureau. Nous pouvons espérer que le simple bon sens permette de gérer ce paramètre !

Il peut se faire aussi que le praticien prenne le patient dans ses bras, mais là il ne peut s'agir que d'une situation exceptionnelle dans laquelle la problématique transférielle ne souffre pas de confusion. De même il peut y avoir un accompagnement physique, un soutien, en prenant la main, touchant l'épaule ...etc. Mais ce ne sera jamais pour apaiser, juste pour permettre au patient d'oser la rencontre de ce qui émerge en lui.

Ce type de proximité physique n'a de sens que s'il y a une proximité psychique dans une juste posture.

Côte à côte

Une place plus « à côté » peut se produire quand le praticien fait agir le patient, comme en psychologie positive, en art thérapie, ou en psychodrame (Jacob Levy Moréno). Mais même en approche analytique, le fait d'être « à côté » du patient permet « ensemble de regarder dans la même direction ». Cette position « à côté » est favorable à un réel partenariat et à une proximité emplie de bienveillance. Mais un échange interactif se réalisera rarement dans cette position, sauf dans un entretien qui se ferait tout en marchant, tel que Socrate le pratiquait. La marche, le fait d'être en mouvement, peut aussi être une option, ou une opportunité d'échange. Nous verrons dans quelques lignes comment les « situations par opportunités » ont d'ailleurs leur place.

À distance (téléphone, skype)

Une thérapie ou un accompagnement psychologique peut-il se réaliser à distance grâce à des outils comme le téléphone ou Skype ? Quand le patient a besoin d'un soutien psychologique, cette position physique « à distance » peut-elle convenir ? Je réponds assurément par l'affirmative. Comme nous le verrons plus loin la distance psychique, ou plus exactement le contact psychique, prime. De ce fait peu importe la distance physique. Néanmoins un matériel permettant une audition claire est souhaitable afin que ni le praticien ni le patient ne soient en permanence obligés de tendre l'oreille.

Même si la présence physique est souhaitable, elle n'est pas une obligation incontournable. Certaines situations, où il n'est pas possible de se rendre au cabinet (pour diverses raisons : distance ou état de santé par exemple) justifient cette possibilité. Si le patient et le praticien ne disposent ici que de l'audition, ils y trouvent tout de même un non verbal d'une grande richesse.

Calibrage spatio-temporel ou spontanéité ?

L'emplacement physique, c'est aussi l'emplacement dans le temps. L'entretien doit-il être calibré dans un espace-temps bien précis ? Doit-il être prévu dans un rendez-vous bien cadré ?

S'il est évident que pour organiser son planning un praticien est contraint de prendre des rendez-vous, est-il possible de réaliser des accompagnements par opportunité ? Je dis bien « par opportunité » et non « thérapie sauvage » (terme péjoratif utilisé par les amateurs de protocoles).

Là aussi je réponds par l'affirmative car les moments thérapeutiques « par opportunité » sont souvent très fructueux quand ils sont possibles. En effet ce qui émerge est alors « saisi sur l'instant » au moment où la porte de la conscience est ouverte, juste au moment de l'interpellation qui se manifeste chez le patient. Il

arrive même par ce biais qu'un soignant bien formé à la « relation d'aide » (dont le rôle n'est pas d'être thérapeute) produise chez un patient plus d'apaisement que le psychologue (malgré son expertise plus affûtée en ce domaine). En effet, le psychologue ne vient qu'après que le besoin soit apparu (parfois bien après !) et, au moment où il arrive, le patient a de nouveau « rangé », pour ne pas dire « enfoui » son dossier.

Un praticien compétent qui rencontre quelqu'un ayant besoin d'accompagnement psychologique doit être en mesure de réaliser son accompagnement spontanément, s'il en a le temps et si le patient le veut bien. Le protocole du rendez-vous est une commodité organisationnelle, mais pas un impératif concernant l'efficacité.

L'emplacement psychique

Nous arrivons ici à l'essentiel de cette publication, c'est-à-dire « l'emplacement psychique ». Nous distinguons bien ici la notion « d'emplacement » de celle de « posture ». La posture, c'est une attitude, l'emplacement, c'est « là où l'on se trouve ».

Nous considérerons que la posture est acquise : attention priorisant l'Être qu'est le patient ; le symptôme étant considéré comme une opportunité vers une remédiation ou individuation ; la validation et la reconnaissance étant le projet (et non l'apaisement, celui-ci devant résulter de cette reconnaissance). Nous considérerons aussi que l'emplacement physique est adapté à la situation.

Il nous reste à explorer la notion « d'emplacement psychique » : c'est-à-dire « où se situe le praticien par rapport à l'Être qu'est le patient, et par rapport à chacun de tous ceux qu'il a été, ou de chacun de ceux dont il est issu, ou de tout Être transpersonnel émergeant à sa conscience ».

Bien que ce qui va suivre soit le cœur de cette publication, ce qui a précédé était nécessaire avant d'arriver à ces nuances fondamentales.

Note : les mots « où », « là », « là-bas », « à côté », « endroit » ...etc. sont des termes que j'utilise pour signifier des proximités et des connivences « avec » ou « dans » une psyché qui pourtant n'est ni spatiale ni temporelle. Ces mots sont donc des approximations pour énoncer l'indicible, pour éveiller l'intuition concernant des proximités et des connivences essentielles en thérapie. Bien sûr ils ne doivent pas être pris au pied de la lettre, mais considérés comme désignant un emplacement subjectif qui est néanmoins une réalité phénoménologique.

Avec l'Être qu'est le patient

Quelques évidences sont acquises, telles que « ne pas se mettre à la place de l'autre »*, telles que le fait

de savoir « être distinct sans être distant », d'avoir toute son humanité disponible sans pour autant être vulnérable (grâce au fait d'être distinct)

*« se mettre à la place de l'autre » ne permet que de rencontrer « soi à la place de l'autre » et non « lui à la sienne » (empathie mal comprise) et de plus nous fait ressentir bien des inconforts inutiles.

Comme nous l'avons vu, sur le plan psychique, la « bonne distance » c'est quand il n'y en a pas. C'est quand le « tact » remplace la distance, aussi minime soit-elle. Sans contact, rien ne passe (comme en électricité, pour allumer la lumière, sans contact des rupteurs point de lumière). Autant sur le plan physique, une juste distance adaptée à la situation est souhaitable, autant sur la plan psychique le contact est incontournable pour un praticien. Ce contact, Carl Rogers nous le précisait déjà, se situe sur un plan subtil :

“

« [...] notre relation se dépasse elle-même et s'intègre dans quelque chose qui la transcende [...] » (Rogers, 2001, p.168-169)

Ce contact n'a rien de fusionnel. Le patient et le praticien restent distincts, avec cependant une sensation de « zone d'intimité psychique », d'un « chez soi » commun aux deux, où pourtant chacun est lui-même. Comme le précisait aussi Carl Rogers (à condition de ne pas rester dans la superficialité) :

“

« Ce qui est le plus personnel est aussi ce qu'il y a de plus général. » (2005, p.22).

Ou encore Abraham Maslow :

“

« Être capable de voir l'universel dans et à travers le particulier et l'éternel dans et à travers le temporel et le momentané » (Maslow, 2006, p.137).

Nous avons alors la sensation d'un « chez-soi » familier, en même temps qu'une acceptation d'ignorance et une discrétion absolue concernant l'interlocuteur dont aucune confiance ne nous est due et aucun de ses ressentis n'est supposé. Il s'agit d'une intimité existentielle et non d'une intrusion dans l'histoire personnelle.

Le praticien peut ne rien savoir de l'histoire de son patient et néanmoins être dans cette proximité existentielle d'une très grande intimité, mais sans aucune indiscretion, sans non plus qu'il n'y ait la moindre

impudeur. Il importe pour le praticien de se libérer ici de cette sorte de grail de la « bonne distance » afin de pouvoir oser ce tact psychique fondamental.

Il y a chez le praticien une confiance inconditionnelle et un accompagnement sans crainte, car quelle que soit la situation du patient, celui-ci œuvre pour aller à sa propre rencontre avec toutes les justesses de protection ou d'intégrité qui l'accompagnent (pulsion de survie et pulsion de vie). Il est en remédiation et en déploiement potentiels. Tout l'Être qu'est le patient (présent, passé et en devenir) est là.

Abraham Maslow connaissait bien cette nuance capitale :

“

« Ce que l'on devrait être est pratiquement identique à ce que l'on est au plus profond de soi [...] L'être et le devenir sont côte à côte concomitants. » (Maslow, 2006, p.134)

“

« Notre travail est donc [...] d'aider ces adultes à devenir plus parfaitement ce qu'ils sont déjà, plus complets, plus accomplis, à mieux épanouir leur potentiel en devenir » (ibid., p.74).

Martin Heidegger, lui, évoque la notion de Dasein tendu vers sa complétude à réaliser :

“

« 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)

Cette proximité et cette intimité existentielle (existentielle et non pas émotionnelle) est un premier pas dans lequel un praticien bien formé se situera la plupart du temps sans trop de difficulté. Une fois passées les premières étapes parfois un peu « mécanistes » tentant « d'appliquer les bons protocoles » il osera ce tact et cette humanité avec spontanéité et souplesse. Cela sera une excellente chose pour le patient qui, à ce niveau, se sentira déjà bien accompagné.

Cependant, un réel accompagnement psychologique ou une thérapie nécessitent bien plus que cela ...et c'est sur les points suivants que de nouvelles précisions sont nécessaires : quelle sera la proximité du praticien avec ceux qu'a été le patient et qui appellent sa conscience à travers ses symptômes ?

Avec l'un de ceux qu'il a été

Être proche de l'Être qu'est le patient est généralement acquis pour le praticien. Là où se trouve la nouvelle nuance, c'est au niveau de sa proximité d'avec ceux qu'a été le patient, et qui « appellent » la conscience de celui-ci. Chacun de tous ceux qu'il a été « sont là », présents, à ses côtés. Ils n'ont jamais cessé d'y être, depuis tout ce temps, mais pour le moment, en clivage, séparés de lui. Ils appellent régulièrement sa conscience à travers les symptômes.

Dans la mesure où le praticien a bien compris que l'Être (et ce qu'il a éprouvé) compte plus que les faits, et dans la mesure où il n'y a aucun jugement de sa part à l'encontre de tous ceux que le patient a pu être au cours de sa vie, il a d'une certaine façon un accueil *a priori* bienveillant de tous ces « émergents ». Mais cet accueil *a priori* est une chose, la proximité en est une autre.

Une double présence

Pour prendre un exemple simplifié, si le symptôme initialement éprouvé nous conduit vers l'adolescent qu'était le patient (adolescent qui a vécu un trauma), le praticien se trouve face à « deux présences simultanées ». Il est :

- d'une part face à celui qu'est le patient aujourd'hui (avec son symptôme) ;
- d'autre part face à celui qu'il était lors de son adolescence (avec ce qu'il a éprouvé lors de son trauma).

C'est là qu'une nuance essentielle se précise : avec qui le praticien fait-il alliance ? Avec qui est-il en connivence ? Avec qui a-t-il la plus grande proximité ? Avec celui qu'est son patient aujourd'hui, souffrant de son symptôme ? Ou bien avec celui qu'il était lors de son adolescence, ayant éprouvé le trauma ?

L'expérience montre que les praticiens débutants sont souvent très proches de celui qu'est le patient et l'invitent à rencontrer, entendre, reconnaître cet adolescent qu'il était. Un peu comme s'ils lui disaient (généralement avec une grande délicatesse) « Allez le retrouver, il vous attend ». Le praticien est alors au côté du patient et l'invite à « aller là-bas où se trouve cet adolescent meurtri » ...sous-entendu « Allez là-bas, tout se passera bien ! ».

C'est justement cet emplacement du praticien (à côté du patient) qui, là, n'est pas correct. Le patient n'a aucune raison pour oser « aller là-bas tout seul », d'autant moins que c'est un endroit de sa psyché dont il s'est clivé pour ne pas souffrir, pour ne pas être envahi par la charge émotionnelle qui s'y trouve. Même si, quand il s'approche, le praticien reste à ses côtés, cela reste encore inquiétant pour lui.

Il y a un emplacement qui est bien plus profitable et qui produit une extrême facilitation :

- Au lieu que le praticien soit placé « à côté du patient » et lui dise « allez là-bas », même avec la

plus grande bienveillance ;

- Il va plutôt se placer « à côté de cet adolescent » afin de montrer au patient que cet endroit est fréquentable, et même qu'il s'y trouve bien ...pour ensuite inviter le patient avec un « rejoignez-nous ».

Il se trouve que le patient ira plus volontiers « là où se trouve déjà le praticien » que « là où il lui dit d'aller ».

Dans les faits quand il dira « vous voyez cet adolescent ? Vous percevez ce qu'il éprouve ? Vous voulez bien vous en approcher ? Puis lui témoigner « je prends la mesure de ton ressenti ! » » ...le praticien énoncera tout cela au patient en se situant « à côté de cet adolescent » et non « à côté du patient ».

Bien sûr cet emplacement est subjectif car le praticien ne se déplace pas physiquement. Il instaure juste une sorte de connivence implicite avec celui qui appelle la conscience du patient, comme s'il disait à ce dernier (ici l'adolescent) « tu vois, tu l'appelles depuis un moment avec ce symptôme, tu as fait en sorte qu'il vienne consulter (grâce à ce judicieux symptôme), il ne va pas tarder à te rencontrer, même si ça lui est encore un peu difficile. Invitons-le délicatement. ».

Car ne nous y trompons pas, ce n'est pas le patient qui amène celui qui a souffert chez le praticien, mais celui qui a souffert et qui a été clivé, qui conduit le patient en consultation à travers le symptôme.

La conscience de cela chez le praticien lui confère donc un emplacement particulier dès le début de l'entretien. Avant même l'émergence de celui qu'était le patient, il est déjà en connivence avec lui. Avant même de savoir de quelle « part de sa vie » il s'agit, il y est déjà par principe, il l'accueille en même temps que le patient lors de son arrivée au cabinet. Il sait que le symptôme est là afin de faciliter cette remédiation. Il sait aussi que c'est parce qu'il ose être à cet emplacement, que le patient osera tourner son attention à cet endroit.

Avec d'autres types d'émergences

Biographique

J'ai choisi l'exemple de l'adolescent, mais il peut s'agir de n'importe quel « endroit » de la psyché du patient. Aussi bien celui qu'il était il y a dix minutes et qui vient de vivre une situation éprouvante, que celui qu'il était à sa naissance ou même dans le ventre de sa mère. Il s'agit alors d'éléments se trouvant dans ce qu'on appelle sa « biographie ». Dans tous les cas, le praticien sera en proximité et en connivence avec « celui qui appelle la conscience du patient » à travers ses symptômes.

Intergénérationnel et transgénérationnel

Mais il se peut aussi que celui qui appelle la conscience du patient soit non pas « un de ceux qu'il a été », mais « un de ceux qu'a été l'un de ses ascendants ». L'un de ses deux parents ou de ses quatre grands-parents (intergénérationnel) ou bien même un aïeul lointain (transgénérationnel). La posture du praticien sera « proximité et connivence » avec celui-ci, quel qu'il soit*.

*Comme par exemple le cas de cette personne régulièrement prise de troubles paniques « peur de ne pouvoir rentrer chez elle », dont on retrouve que l'enfant que fut sa mère perdit sa propre mère et que, son père étant violent, elle fut placée en ne revint jamais à la maison. Le symptôme « peur panique en s'éloignant de chez elle » permit à cette femme de retrouver l'enfant que fut sa mère quand, éprouvant le deuil de sa propre mère, elle fut en plus retirée de son foyer où elle ne revint jamais. Les troubles paniques cessent aussitôt après la rémédiation.

Transpersonnel

Il arrive aussi que ce qui émerge ne soit ni dans la biographie, ni dans l'histoire familiale. Il peut arriver que l'on accède à des Êtres qui ne sont connus de personne, situés dans d'autres époques, parfois très anciennes, ou même hors du temps. Il s'agit de « zones transpersonnelles ». Parfois le patient peut avoir le sentiment qu'il s'agit de « lui dans une autre époque », d'autres fois que c'est une personne étrangère mais importante pour lui, d'autres fois que c'est purement imaginaire (mais avec un sentiment de réalité). Il se peut que soient contactés plusieurs Êtres, voire tout un peuple ayant vécu un trauma, ou même ce que l'on pourrait qualifier d'entités, d'esprits ou toutes choses n'entrant pas dans le cadre rationnel ou objectivable.

Sans tomber dans aucun ésotérisme le praticien saura là aussi « être à côté en connivence » et inviter le patient à rejoindre et reconnaître. Il peut être tentant de chercher à expliquer par le fantasme, le rêve éveillé, les transpositions, les vies antérieures, ou toute autre chose ce gendre de phénomène. Vaines tentatives. Phénoménologiquement ce sont bien des phénomènes se produisant réellement dans la psyché du patient et toute interprétation serait réductrice quelle qu'elle soit. Une réalité subjective émerge, le praticien est en proximité et connivence, le patient est invité à rejoindre et à accorder de la reconnaissance. Le processus est le même. Ici le praticien doit faire preuve de souplesse, de confiance, être libre des croyances, être sensible à ce qui est « vrai pour le patient », être en mesure de faire accomplir la rencontre, la rémédiation et la reconnaissance aussi dans ce cas. En pareille situation l'ésotérisme est aussi néfaste que le matérialisme. Le praticien restera libre de ces deux écueils.

Le futur

Ce qui est identifié dans la psyché peut être antérieur et concerner la biographie ou le transgénérationnel ... mais il est possible aussi d'aboutir à des « zones ultérieures » de la psyché. Le patient a dans ce cas à « rejoindre » celui qu'il a à être. Comme pour le transpersonnel, le praticien saura ici rester dans une souplesse d'esprit suffisante pour accueillir et valider ces émergences inattendues. Est-il raisonnable de

penser que celui qu'on a à être existe déjà dans un futur à rejoindre ? Personne ne peut répondre à une telle question. La seule chose à considérer c'est que phénoménologiquement cela se produit et doit donc être considéré et validé ainsi.

Zones ressources, zones clivées sans blessure

Nous sommes habitués à ce que les zones clivées de la psyché soient des « parts de Soi » qui ont éprouvé un trauma. Ainsi le clivage s'est spontanément produit afin d'assurer la sécurité du « tout » face à la charge émotionnelle ingérable d'un des éléments. C'est ainsi qu'un de ceux qu'on a été peut se retrouver mis à l'écart, en attente d'intégration ultérieure. Ça c'est la version la plus courante.

Mais il arrive aussi que ce qui a été clivé ne soit pas une « part douloureuse de Soi », mais « une part ressource de Soi, jamais affectée », afin de la mettre à l'abri lors d'une situation extrême. Ce type de clivage quand il émerge est souvent inattendu car, au sein d'une zone de turbulence, nous trouvons un Être en parfait état, non altéré, prêt donner le meilleur de lui-même à l'Être que l'on est devenu.

Il y a, dans ce cas, non pas à reconnaître sa souffrance éprouvée, mais sa qualité inestimable préservée, et sa patience depuis tout ce temps, jusqu'à ce qu'on le retrouve. Une fois restaurée, cette « part de Soi » est un peu comme une ressource qui nous manquait, enfin à sa place. On peut ainsi se retrouver émerveillé face à l'enfant que l'on était qui peut enfin être au monde et nous prodiguer le meilleur de lui-même dans notre vie présente.

Les « équipes » dans la psyché

Quels que soient ces éléments de Soi identifiés dans la psyché, l'emplacement du praticien sera « proche d'eux », en « connivence », afin d'inviter le patient à les rejoindre, où à se laisser rejoindre par eux. Mais les clivages au sein de la psyché sont multiples et quand un élément est restauré, il constitue un allier possible pour en restaurer un autre.

Constituer des équipes

Quand l'enfant que l'on a été, ayant par exemple souffert de l'indélicatesse d'un parent (critique, violence, ignorance), a été restauré, il devient possible au patient, « ensembles » (lui et cet enfant), de mettre leur attention sur ce parent et de lui demander (dans la thérapie et non en situation réelle) « *en quoi cette indélicatesse est-elle nécessaire, ou incontournable pour toi ?* ». Le plus surprenant est que les réponses viennent toujours, comme si, au plus profond de soi, on les avait déjà. Le parent, qui ne peut être rencontré par l'Être actuel qu'est le patient « tout seul », est bien plus facilement abordable accompagné de l'enfant qu'il était. Ni lui, ni l'enfant, auraient pu le faire seul, mais ensembles cela devient possible, d'autant plus

que l'emplacement du praticien étant « à côté du parent », la zone devient bien plus fréquentable (pour cette équipe constituée de lui et de l'enfant). Une telle situation permet ainsi au patient d'accéder au vécu de son parent, de donner à celui-ci sa place, de le réhabiliter parfois sur l'entièreté de sa vie (depuis sa propre enfance). Ceci n'a rien à voir avec un « pardon » car rien n'est nié, ni de la douleur de celui qui a souffert, ni des responsabilités, ni des raisons de l'auteur, ni éventuellement de la gravité de l'acte ...il y a une compréhension et une reconnaissance, avec quasiment « une mise au monde » de ce qui ne pouvait encore s'y trouver depuis tout ce temps. Il en résulte un profond apaisement et un sentiment de plénitude.

Le praticien avec la « part de Soi »

La première équipe, si l'on peut dire, c'est le praticien avec la part de Soi qui a été clivée. Quand le patient arrive au cabinet du fait d'un symptôme inconfortable éprouvé dans sa vie, le praticien sait qu'à travers ce symptôme un de ceux qu'a été le patient appelle la conscience de celui-ci.

Le projet du patient est le plus souvent de se débarrasser du symptôme... donc ce qui appelle sa conscience ne trouve pas l'opportunité d'être rencontré. Quand le patient consulte, le praticien est présent avec toute son humanité et sa proximité avec lui, l'écoute et le reconnaît dans ce qu'il éprouve, l'accompagne dans l'expression de ses ressentis, prend en considération la réalité de son vécu. Mais en même temps que cette proximité avec le patient, le praticien a aussi une proximité de principe, *a priori*, avec ce qui chez celui-ci appelle son attention. Cette connivence fait que le praticien est en quelque sorte plus proche de ce qui appelle l'attention du patient au sein de sa psyché, que du patient lui-même réclamant de retrouver un confort.

Le praticien placé à deux endroits simultanés

Une telle proximité et connivence avec cette « part de Soi » qui appelle l'attention du patient à travers son symptôme ne doit en aucun cas amener le praticien à négliger le patient lui-même, ce qu'il éprouve, ce qu'il attend. Le professionnalisme du praticien le conduira à être « en même temps » proche de l'Être qu'est le patient et proche de cet « Être de Soi » (part de Soi) qui, en lui, appelle son attention.

Cette « double proximité » du praticien fait son humanité, fait que sa posture est sécurisante, fait que chez le patient, ni « celui qu'il est », ni « celui qu'il était » n'ont besoin de se méfier, de se protéger ou de revendiquer pour avoir gain de cause. Le patient n'a alors pas besoin de résistances, car celles-ci sont souvent engendrées par une posture ou un emplacement inadaptés du praticien.

« Celui qu'il est » est sécurisé par le tact psychique du praticien à son égard, en même temps qu'il est sécurisé par le fait que celui-ci « ose » déjà, en même temps, un tact psychique (une proximité) avec cet « Être de Soi » qui appelle son attention à travers le symptôme (même s'il n'en a pas conscience).

Une sorte d'ubiquité subjective, de promiscuité à deux endroits différents en même temps, qui n'est possible que du fait que la structure de la psyché ne soit ni spatiale ni temporelle (ni topique, ni chronique : elle est « uchrotopique » [voir définition dans le dico glossaire]). Tout est « au même endroit et au même moment » ou, on pourrait dire, dans aucun endroit, ni aucun moment (sans pour autant n'être nulle part).

Ceux qui ont l'esprit mathématique comprendront que c'est un peu comme des points sans dimensions que l'on juxtapose géométriquement. Quel que soit le nombre de points (même une infinité), s'il n'y a aucune distance entre eux, ils n'occupent « tous ensemble » qu'un espace de dimension zéro (ponctuel). Tout se passe comme s'ils se superposaient, mais en fait ils y restent parfaitement distincts (car chacun d'entre eux n'occupe aucun volume). On pourrait dire aussi que chaque élément est en même temps partout. De ce fait, je demande (encore une fois) au lecteur de bien vouloir excuser les termes « là-bas », « distance », « à côté de », « loin de » qui sont les moins mauvaises formules pour énoncer un phénomène qui n'est ni spatial ni temporel (ni topique, ni chronique). Ils permettent néanmoins de rendre compte du phénomène qui nous intéresse ici en termes de « tact psychique » et de « connivence ».

Cette double présence devient source de validations possibles, de reconnaissances existentielles, de restaurations, de remédiations, d'individuations ...de mises au monde.

Le professeur Brian Thorne (proche de Carl Rogers) a évoqué des idées voisines de ces concepts si délicats à mettre en mots. André Botteman (docteur en psychologie) écrit dans la revue scientifique « Carriérologie » en s'inspirant de ses propos :

“

« Notre capacité à être vraiment dans l'instant dépend de notre capacité d'être en même temps en relation d'aide avec nous-mêmes et en relation d'aide avec l'autre [...] Sommes-nous capables d'effectuer cet aller et retour entre lui et moi et de demeurer dans l'ici et maintenant ? Est-il vrai que lorsqu'on entre dans une relation profonde on n'est plus conscient du temps et que l'on se retrouve dans une espèce d'éternité, quelque chose hors du temps ? Et qui nous permettrait d'embrasser, d'une certaine façon, la totalité des choses. » (Botteman, Carriérologie, p12, volume 09 3-4/10)

Ainsi nous sommes proches de l'idée du Soi évoquée par Carl Gustav Jung :

“

« Le Soi embrasse non seulement la psyché consciente, mais aussi la psyché inconsciente et constitue de ce fait pour ainsi dire une personnalité plus ample, que nous sommes aussi... » (1973, p.462). La névrose étant, selon lui : « Un état de désunion d'avec soi même » (ibid., p.459).

Validation existentielle

Les notions de validation sont fondamentales. La psychologue Naomi Feil (née en 1932) est sans doute un des praticiens qui parle le mieux de ce sujet, par exemple dans son ouvrage « Validation mode d'emploi » (1997). Elle nous montre à quel point il n'est pas besoin de connaître les détails de ce qui est exprimé pour accorder et témoigner au patient qu'on lui accorde que ce qu'il exprime a de l'importance pour lui. Il n'y a pas besoin de comprendre ou de savoir pour valider, il n'est pas besoin de savoir « qui » (et encore moins « quoi », ni « où », ni « quand ») pour être en proximité « a priori ». Quant à Marshal Rosenberg (né en 1934), comme nous l'avons vu au début de ce texte, il cite Tchouang Tseu pour signifier qu'on n'écoute pas avec l'intellect mais avec l'Être tout entier. Quand dans son ouvrage « Les mots sont de fenêtres ou bien sont des murs » il parle d'empathie, en fait il énonce ce qu'en maïeusthésie nous nommons « validation existentielle », c'est-à-dire une reconnaissance profonde et chaleureuse de la justesse qui est en l'autre, ce que fait aussi Frans Veldman en haptonomie.

Les zones où se porte l'attention

En fait la validation existentielle vient directement du fait que notre attention se porte sur l'Être plus que sur les circonstances ou sur les problèmes, et qu'il en résulte une sincère réjouissance.

La notion de réjouissance est extrêmement importante chez le praticien. Il n'est pas censé être affecté (car ce ne sont ni les faits ni les problèmes qui monopolisent son attention), mais touché (de par le tact psychique avec l'Être qu'est le patient). Être touché sans être affecté est un fondement de la thérapie, et en maïeusthésie nous mettons une attention toute particulière sur ce point.

L'attention du praticien est telle que sa réjouissance est sincère, profonde, mais discrète, car toute emphase serait déplacée et surfaite. Cette réjouissance il l'éprouve particulièrement à l'émergence et à la rencontre de celui qu'était le patient, et cela est source de motivation pour ce dernier. Celui-ci peut alors en toute simplicité rencontrer celui qui, en lui, appelle son attention.

Le sens des flux et la réjouissance

Mais la notion de « réjouissance » est délicate à énoncer car elle est souvent comprise comme un impératif de contentement, comme une version psy du fameux « sourire commercial » qui, au fond, ne dupe personne. Bien sûr la réjouissance du praticien n'a rien à voir avec cela. Il se trouve que, de façon toute naturelle, un Être est touché de rencontrer un autre Être, et que de se trouver face à la vie est touchant.

Il se trouve aussi qu'un Être humain a besoin que l'autre soit touché de le rencontrer pour se sentir exister (besoin de reconnaissance). Cela est pour lui comme une nourriture ontique ou nootique, pour ne pas dire spirituelle. Être admiré ou idéalisé ne nourrit pas le besoin de reconnaissance mais simplement le besoin

d'estime, de valeur*. Si quelqu'un éprouve de la réjouissance du fait de notre présence, cela est profondément nourrissant sur le plan existentiel. Il ne s'agit pas d'affect, pas même d'amour ... mais de bien plus que cela.

*Pour une différence claire entre le besoin de reconnaissance et le besoin d'estime, vous pouvez lire sur ce site la publication d'avril 2014 « [L'estime de Soi ou l'inestimable de Soi](#) » ou d'octobre 2008 « [Abraham Maslow](#) »

Les grecs ont de nombreux mots pour parler d'amour, dont les trois suivants :

- « Eros » qui évoque l'amour de besoin (on a besoin de l'autre, on est intéressé - on dérobe le flux venant de lui) ;
- « Agapè » qui évoque l'amour de tolérance et de générosité (amour inconditionnel, amour spirituel, on est désintéressé - on y offre son abondance) ;
- « Charis » qui évoque le fait d'être touché par la grâce de l'autre (capacité d'ouverture laissant venir vers nous la grâce de l'autre, sans pour autant chercher à prendre quoi que ce soit).

« Eros » prend (intéressé), « Agapè » donne (désintéressé), « Charis » reçoit et s'émerveille (attentionné, ouvert - ni intéressé ni désintéressé).

Il est habituel de situer « agapè » (don inconditionnel) au-dessus de « charis » (grâce, reconnaissance). Cela ne semble pas juste car « donner » peut submerger, même si le don est désintéressé, alors que « être touché par la grâce de l'autre », et être en gratitude à son égard, lui donne existence de la façon la plus efficiente. Curieusement, ici la vraie générosité consiste à « savoir recevoir » la grâce de l'autre, et non à lui donner quoi que ce soit.

Dans l'amour, au sens habituel du terme, il y a un flux généreux de soi vers l'autre. Il peut submerger ou étouffer, même s'il est désintéressé. Dans « charis » il y a un flux de l'autre vers soi qui lui confirme sa place au monde (haptonomie).

La réjouissance du praticien, c'est cette capacité à être touché par l'humanité de l'autre, par la grâce de l'autre, par qui il est en tant qu'Être. Cela vaut vis-à-vis du patient, mais surtout pour chacun de ceux qu'il a été, pour chacun de ceux dont il est issu, y compris ceux des émergences transpersonnelles.

Toute la problématique se trouve dans le sens du flux : ce n'est pas une générosité qui inonde l'autre de notre amour inconditionnel, c'est notre sensibilité qui nous permet de percevoir la grâce de l'autre et de nous en réjouir.

Déroulement d'une séance en maïeusthésie

L'accueil initial

Outre l'accueil du patient, que la vie sociale conduit à avoir, il y a la considération *a priori* que l'on a à son égard en tant que praticien (et surtout en tant qu'humain) ...envers lui, mais aussi envers ce qui appelle sa conscience à travers son symptôme. Il y a aussi l'humilité de ne pas savoir si l'on saura améliorer sa situation. Toute certitude est bien présomptueuse (même si l'on a un taux de réussite de plus de 80%). Ce qui importe c'est au minimum d'être capable de ne pas causer de nuisances* ...et surtout d'être assuré d'une confiance indéfectible en le fait que ce qui se passe chez le patient a ses justesses, ses pertinences en termes de vie, de survie et de systémie. Alors, ensemble (lui et nous), nous parviendrons bien à quelque chose de signifiant.

* voir sur ce site l'a publication de décembre 2013 [« Primum non nocere »](#)

Pour le praticien, cette confiance en le patient et en ce partenariat avec lui est encore plus essentielle que la confiance en soi et en sa technicité. L'éthique du soin fait que celui-ci comporte en même temps cette posture d'humanité, d'humilité, de partenariat et de technicité ou de savoir disponibles.

Le point de départ est le ressenti actuel du patient, généralement son ou ses symptômes.

La recherche

À partir de ce ou de ces symptômes, le praticien tente de faire préciser la nature de son ressenti. Quelqu'un qui dit ne pas supporter la nourriture, il lui sera par exemple demandé « *Face à la nourriture que ressentez-vous ?* ». L'énoncé standard du symptôme (par exemple ci-dessus « trouble alimentaire ») est moins important que ce qui est éprouvé quand il survient. La dame qui panique en s'éloignant de chez elle souffre donc de ce qu'on appelle « un trouble panique ». Cependant quand le praticien lui demande « *Que ressentez-vous vous quand vous vous éloignez de chez vous ?* » et qu'elle répond « *J'ai l'impression que je ne pourrai plus rentrer chez moi* » cela est un indice bien plus précieux.

La plupart du temps le ressenti actuel est en résonnance avec le ressenti de celle qu'elle était et qui appelle son attention. De question en question, en faisant préciser le ressenti, parfois en allant d'une zone de vie à une autre, chaque ressenti en faisant préciser un autre, nous aboutissons à ce qui appelle sa conscience. Chez cette femme par exemple nous arrivons à l'enfant qu'était sa mère dont la mère décède, dont le père est violent ...l'enfant qu'était la mère fut placée en institution et ne reviendra jamais chez elle. La part du Soi ici identifiée est donc intergénérationnelle : l'enfant qu'était la mère.

Cette phase de l'entretien est le Guidage non directif. J'en donne tous les détails dans ma publication de janvier 2012 « [Non directivité et validation](#) ». Vous trouverez dans cette publication la nature des

questions posées, leur pertinence, le cheminement, l'aboutissement, les validations.

Pendant toute cette phase d'approche, le praticien est en même temps au côté du patient pendant son cheminement (cela le sécurise), mais aussi déjà à destination (même sans savoir ni où, ni quand, ni qui est à rencontrer) en connivence avec ce qui appelle sa conscience (cela sécurise encore plus le patient et lui donne davantage le goût d'y aller).

Le savoir et la connaissance

Le praticien ne « sait » rien concernant la destination en termes d'histoire. Cependant il est déjà en « connaissance » (« à côté ») de ce qui appelle la conscience du patient (et il s'y trouve en toute confiance). On pourrait dire que le praticien « connaît » déjà ce qu'il ne « sait » pas encore si l'on accorde au mot « connaître » le sens de « naître ensemble » et à celui de « savoir » l'accès à des données objectivables intellectuellement. C'est ce qui permet au praticien d'avoir des questions pertinentes avec un non verbal adapté, sans même avoir à y penser. De ce fait le praticien a en même temps l'assurance de celui qui y est déjà et la candeur de celui qui ignore tout, s'émerveillant des découvertes à chaque pas.

La mise en contact

Arrivé à destination, il reste au praticien à accomplir ce qu'on pourrait appeler « le moment thérapeutique », c'est-à-dire plutôt « le moment de remédiation » ou « le moment de rencontre et de reconnaissance ».

Dans ce qu'on appelle la « relation d'aide » le praticien va juste valider le ressenti de l'être identifié. Par exemple avec une reformulation « ça a vraiment été bouleversant pour celui que vous étiez !? » (et non « ça a été bouleversant pour vous à cette époque !? », car cela replacerait le sujet dans la situation antérieure et risquerait de l'amener en régression).

Dans la « thérapie » il va plus loin : il met en œuvre la remédiation :

« Vous voyez celui que vous étiez ? »

« Vous prenez la mesure de ce qu'il a éprouvé ? » (en le désignant à la troisième personne, afin de le rendre distinct et de pouvoir le rencontrer en « métaposition »)

« Vous pouvez lui dire « *je prends la mesure de ce que tu as éprouvé !?* » » (en énonçant la nature et la dimension du ressenti identifié). Par exemple « *tu avais si mal que tu souhaitais mourir !?* » ou « *Tu te sentais tellement seule que tu aurais souhaité disparaître !?* ». Naturellement la phrase doit être en adéquation avec ce qui a été identifié et réellement ressenti. D'ailleurs il arrive souvent que le ressenti révélé par « celui qu'était le patient » ne soit pas celui dont il avait le souvenir et soit plus fort, soit moins fort, ou d'une autre nature, que ce que contenait sa mémoire consciente. Ce « ressenti de celui qu'il était » lui est révélé « en direct par celui qu'il était » et non « en différé non par sa mémoire ». De ce fait, cette

information est plus fidèle à la réalité de ce qui se trouve dans sa psyché (sans pouvoir prétendre pour autant de façon objectivable que c'est la réalité absolue de ce qui s'est passé jadis – mais c'est une réalité intime très juste pour le patient).

Le patient peut verbaliser cette phrase de reconnaissance proposée, ou, plus simplement le dire en un flux silencieux, intérieur, « depuis son cœur », dirigé vers celui qu'il était : « *Tu te sentais tellement seule que tu aurais souhaité disparaître !?* ».

Pendant cette opération de rencontre et de reconnaissance, l'emplacement du praticien est « à côté de l'Être identifié », en générosité et en invitation. Un peu comme s'il était « placé à côté de l'Être identifié dans la psyché » et que, en même temps il « touchait l'épaule du patient présent » en encouragement, sans aucune pression, sans le forcer, tout à son écoute (car le patient à chaque pas a droit à toutes les réticences possibles). Le praticien n'effectue ni geste ni déplacement physique, il s'agit d'un emplacement subjectif. Mais rappelons-nous que là où se trouve le praticien, là le patient peut aller plus aisément.

Quand le praticien prononce en forme directe « *Vous pouvez lui dire « je prends la mesure de ce que tu as éprouvé !? » »* (plutôt que la forme indirecte « dites-lui que vous prenez la mesure de ce qu'il a éprouvé ! »)... il vient déjà lui-même d'accorder, cette reconnaissance, de tracer le chemin pour que le patient puisse l'accomplir plus spontanément.

La vérification du résultat

Il peut paraître curieux de parler de « résultat » car nous ne sommes pas dans une opération de pouvoir, ni de stratégie, ni de solution (mais plutôt de « médiation »). Nous n'avons fait que suivre les méandres naturels de la psyché et de ses pertinences, en partenariat avec le patient, accomplissant dans sa vie un cheminement vers lui-même et vers le monde, qui se manifestait déjà en lui à travers ses symptômes.

Pourtant, il est souhaitable de conscientiser, d'identifier et de nommer, l'état final dans lequel il se ressent. Cela permet de conclure l'entretien d'une façon optimum et de valider ce qui s'est accompli.

Il faut bien comprendre qu'au début de l'entretien le praticien ne recherche pas « un résultat », mais a pour projet d'accompagner le patient vers ses justesses intimes, vers là où la pertinence de sa psyché le conduit, en alliance avec la pulsion de vie et la pulsion de survie qui opèrent sans cesse en lui.

L'état sera identifié et nommé concernant trois zones :

- État de la « part de Soi » (Être de Soi) retrouvée. Comment « se sent-elle » ?
- État présent du patient (comment « vous sentez-vous » ?).
- État du symptôme initial (est-il « identique » ou « différent » et si différent « plus fort », « moins fort », ou « d'une autre nature » ?)*.

*L'état du symptôme ne vaut en aucun cas « prédiction » pour le futur (même si la situation est généralement durable), il rend juste compte de ce qui est dans l'instant.

Si les trois points se trouvent allégés et apaisés, on peut dire que concernant ce que le symptôme exprimait, ce qu'il y avait à faire a été accompli.

Si l'un des trois points n'est pas en paix (ou les trois), cela signifie que nous n'avons pas entendu et reconnu tout ce que le symptôme exprimait. Cela n'invalidé aucunement les rencontres et les reconnaissances accomplies au sein de la psyché ... cela signifie simplement qu'il y en a d'autres. Celles-ci peuvent être mises en œuvre dans le cadre du même entretien, qui de ce fait peut continuer. Mais si l'entretien a déjà été long, cela peut être remis à une autre consultation.

Professionalisme, souplesse et ajustement

Pour conclure je préciserai que ces éléments de « protocole » ne doivent surtout pas être considérés comme un protocole. Ils n'ont qu'une valeur indicative et le praticien doit garder sa souplesse, son ouverture d'esprit, ses capacités d'ajustement et même de créativité. C'est ce qui fera son professionnalisme. Il ne peut s'enfermer dans une façon de faire. Cela pourrait l'éloigner de ce que la situation spécifique du patient exige, et même qu'elle est peut-être en train de lui enseigner. Donald Wood Winnicott commença son ouvrage « Jeu et réalité » (1975) par une dédicace à l'attention de ses patients : « Merci à tous ces patients qui ont payé pour m'instruire ».

Cette publication concernant « l'emplacement subjectif du praticien » n'a aucunement pour but de donner des directives, mais seulement de sensibiliser les praticiens à des possibilités à ne pas manquer, à de nuances essentielles qui peuvent permettre au patient de rapides avancées dans le respect de ce qui s'exprime en lui.

Bibliographie

Cungi, Charly

- *L'alliance thérapeutique* – Retz, 2006.

Epictète

- Manuel – Nathan, 2006

Feil, Naomi

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

Jung, Carl Gustav

- *Ma vie* – Folio Gallimard, 1973

Heidegger, Martin

- *Être et temps* – Gallimard, 1986

Maslow, Abraham

- *Être humain* – Eyrolles, 2006

Mill, John, Stuart

- *De la liberté* – Gallimard, folio essais, 1990

Marshall Rosenberg

- *Les mots sont des fenêtres ou bien des murs* – éditions La Découverte, 2002

Rogers, Carl

- *L'approche centrée sur la personne* – Anthologie de textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Henserson. Trad. De Henri-Georges Richon. Lausanne ; Ed Randin SA

- *Le développement de la personne* – Interédition Dunod, 2005

Veldman, Frans

- *L'haptonomie, science de l'affectivité* – PUF, 2001

Winnicott, Donald Wood

- *Jeu et réalité* – Folio Gallimard, 1975

Liens internes

[Le positionnement du praticien](#) décembre 2007

[Abraham Maslow](#) octobre 2008

[Non directivité et validation](#) janvier 2012

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

[L'estime de Soi ou l'inestimable de Soi](#) avril 2014

[Vie et énergie](#) mai 2015

[Psychologie de la pertinence](#) mai 2016

Dico glossaire [guidage non directif](#)

Liens externes

Botteman, André

[Carriérologie](#) volume 09 3-4/10