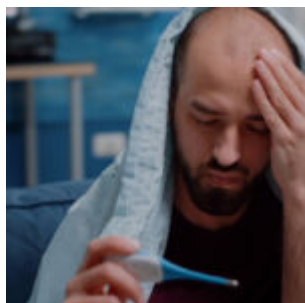




Symptômes – Des alliés méconnus de la santé

Article de Thierry Tournebise

Thèmes : « Accompagnement thérapeutique, Conscience et vie intérieure, Fondements de la maïeusthésie, Philosophie et sens de la vie, Symptômes et souffrance psychique »

Date : juin 2011

Sommaire de l'article

D'une pensée à son contraire

Santé et pathologies du corps
Santé et pathologies de la psyché

Reconsidérer l'étiologie*

Etonnamment négligée en psychiatrie
Des symptômes sans pathologie ?
Une fracture en train de se réparer

Quand la source du symptôme est un projet

Prudence quant à l'idée de causalité
Pulsion de vie et pulsion de survie
La mise en œuvre du projet de « sanatogénèse »

Trois types de situations... plus une

Insuffisance de la pulsion de survie
Pulsion de survie spontanée et latence
Symptôme, manifestation de la pulsion de vie
En résumé

Changement majeur de paradigme

Nouveau regard sur l'étiologie
Processus de « sanatogénèse »
Sait-on ce qu'est la psychopathologie ?
Les symptômes comme guides

Incidence sur la psychothérapie

Dans les situations de chocs anciens
Dans les situations de choc récent

Les symptômes comme des alliés

Un nouvel esprit en thérapie
Principes en maïeusthésie

La notion de symptôme est généralement associée à « quelque chose qui ne va pas », dont il est le reflet. Cela donne à cette manifestation (psychique ou corporelle) une connotation a priori extrêmement négative. Or il se trouve que le symptôme est avant tout une manifestation, une expression, de quelque chose qui se passe dans le corps ou la psyché... et il arrive que ce *quelque chose* soit plus bénéfique que nuisible.

Qu'il s'agisse des manifestations corporelles ou des manifestations psychiques nous pouvons trouver soit un corps en train de mettre en œuvre des stratégies pour mieux s'en sortir, soit une psyché en train d'accomplir une organisation vers une meilleure individuation, vers une plus grande paix

intérieure.

Nous aborderons essentiellement ici ce qui concerne la psyché et nous n'oublierons pas que rien ne peut être généralisé. S'il est évident qu'il ne s'agit pas de dire que « tout symptôme est l'expression de quelque chose qui va bien », il est par contre urgent de sortir de l'idée préconçue et systématique qu'il est forcément « l'expression de quelque chose qui va mal ». Nous avons là quelques paradigmes à réviser afin de penser plus librement face à ce qu'on nomme « psychopathologie ».

D'une pensée à son contraire

Santé et pathologies du corps

Au niveau du corps, l'usage commun veut que l'idée de symptôme soit liée à celle de pathologie. Le symptôme est ainsi un signe indiquant que quelque chose de néfaste se passe chez un sujet. Ce signe manifeste au dehors (visible) qu'il se passe quelque chose au dedans (invisible). Sans pour autant tomber dans le « divinatoire », un bon praticien, tel un fin limier, sera ainsi en mesure de décoder ce signe pour découvrir ce qui se passe au-dedans en observant ce qui se manifeste au dehors.

Dans ce domaine corporel il aura la sagesse de ne pas prendre le symptôme pour la maladie elle-même et il saura que la suppression du symptôme ne fait pas la guérison de la pathologie. Faire tomber la fièvre ne supprime pas l'infection, diminuer l'inflammation ne restaure pas une articulation calcifiée non plus. Supprimer une douleur ne guérit pas la maladie qui la provoque. Décongestionner un nez lors d'un simple rhume, même si cela est appréciable pour celui qui souffre de cette congestion, ne guérit pas le rhume.

Le praticien mal avisé qui supprimerait les symptômes sans s'occuper de la pathologie qu'ils indiquaient, pourrait mettre le patient en danger, car souvent ceux-ci reflétaient un processus de défense naturelle du corps contre l'agent pathogène (la fièvre permet de mieux lutter contre l'agent infectieux, l'inflammation permet la vascularisation qui nettoiera la zone calcifiée). Dans ce cas éradiquer le symptôme sans remédier à la pathologie représente un réel danger, comme par exemple trop faire tomber une fièvre sans rien donner contre l'infection. Naturellement les praticiens en médecine, qui sont avisés à ce sujet, jouent sur les deux plans, l'un pour le confort du patient et l'autre pour l'intégrité de sa santé.

Il découle de tout cela que l'absence de symptôme ne suffit pas à faire la santé et qu'il arrive même qu'un sujet, ayant des symptômes, soit doté en fait d'une plus grande vitalité que celui qui n'en a pas. Le premier réagit vigoureusement dans le but de rétablir son intégrité corporelle alors que le second n'en a plus la ressource, sa vitalité étant trop réduite pour que son corps soit en mesure de produire la réaction nécessaire à son rétablissement.

De ce fait l'idée de symptôme peut aussi être liée à l'idée de santé et non plus seulement réduite à celle de maladie. Dans ce cas où le sujet ne réagit pas, celui qui a des symptômes est en bien meilleure santé que celui qui n'en a pas.

Si ce retournement de position, ou de décodage de la situation, à propos de la présence ou de l'absence de symptômes, est bien présent dans le cas de la santé ou de la maladie physiologique, il l'est encore bien plus dans le cas de ce qu'on appelle les « psychopathologies ».

Santé et pathologies de la psyché

Dans le cas de la psyché, Abraham Maslow, docteur en psychologie, va même jusqu'à dire :

“

« Une personne qui se soumet volontiers aux forces de distorsions présentes dans la culture (c'est-à-dire un sujet conforme aux normes établies) peut parfois se révéler moins saine qu'un délinquant, un criminel ou un individu névrosé prouvant par ses réactions qu'il possède suffisamment de courage pour défendre son intégrité psychique » (Maslow, 2008. p.111).

Il est intéressant de ne pas laisser sa pensée tomber dans une ornière cognitive, faisant que tout est décodé avec l'*a priori* pathologique. Dans le domaine de la psyché de nombreux phénomènes sont des avancées de l'individu, même s'ils sont souvent vus comme des effondrements. Ainsi en est-il de la dépression stigmatisée comme un mal du siècle, alors qu'en fait nous y trouvons souvent quelqu'un effondrant son énergie et son intérêt (pour les choses) afin de développer en lui la vie et son attention pour les êtres (l'être qu'il est lui-même, et les êtres que sont les autres) [voir sur ce site la publication « [Dépression et suicide](#) » de juin 2001]. C'est pourquoi, chez de telles personnes, les tentatives de motivation par l'intérêt ne fonctionnent pas, car cela va à contre-courant de leur projet intime et pertinent (même si ce projet est inconscient, et même sur le plan conscient, totalement non souhaité).

L'*a priori* négatif vis-à-vis du symptôme est implicitement encouragé par la dénomination des psychopathologies dans le DSM*.

* « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder », traduit en français par « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ».

Les praticiens en psychiatrie (américains), qui sont à l'origine de ce DSM, ont eu l'ingénieuse idée de ne pas garder la dénomination « névrose » afin de ne pas enfermer le décodage du praticien dans une référence purement psychique puisque que certaines psychopathologies peuvent être d'origine biologique (le somatopsychique existe aussi).

Définition du trouble mental dans le DSM

“

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

Nous remarquons que le mot « mental » y est utilisé à regret, craignant que cela induise un éloignement des causes biologiques ainsi qu'un accrochage trop fort aux causes psychologiques. Quand il est écrit « nous ne lui avons pas trouvé de substitut satisfaisant », nous pouvons alors hélas craindre une démarche devenant excessive dans l'autre sens, passant d'un décodage « tout psy » à un « tout physique ».

Pour un diagnostic plus juste il importe de ne pas étriquer sa perception et ici l'intention est excellente. Malheureusement, cela s'est fait sans s'être débarrassé du paradigme selon lequel il s'agit forcément de quelque chose qui va mal, de quelque chose qui est déviant de la normalité ou de la santé. C'est pourquoi ces praticiens américains ont choisi d'utiliser le terme « disorder » (désordre, trouble)... que les français ont traduit par « trouble ». Ainsi on ne souffre plus d'une « névrose obsessionnelle », mais d'un « trouble obsessionnel »

Dans le DSM, concernant le trouble mental,

“

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

Ce nouveau mode de pensée, visant à un élargissement du regard du praticien (pour qu'il ne manque pas son diagnostic) creuse malencontreusement une nouvelle ornière empêchant de percevoir que, souvent, le symptôme psy est l'expression d'un processus constructif, de quelque chose qui est en train de se rétablir, de se remettre en ordre.

Malgré le regard mitigé que nous pouvons porter sur un tel a priori, n'oublions pas que le DSM résulte d'un monumental travail de treize groupes. On compte 1000 personnes qui y ont contribué et, surtout, que la délicatesse s'y veut bien présente :

“

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

On y prendra soin de ne pas parler d'un « schizophrène » mais d'un « individu présentant une schizophrénie » (ibid)

Avec une mention de sage prudence par rapport à l'idée de classification :

“

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

Les concepteurs du DSM prennent soin d'avertir les praticiens :

“

« Il est important que le DSM IV ne soit pas appliqué mécaniquement par des individus non entraînés. » (XXXVII)

sous peine d'aboutir à des diagnostics simplistes et erronés.

Concernant l'étiologie l'avertissement est précis :

“

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

Concernant le traitement également :

“

« dans l'élaboration d'un traitement [...] le clinicien aura nécessairement besoin d'une information complémentaire encore plus importante sur la personne investiguée. » (XXXIX)

La prudence et la précision ont conduit les concepteurs à y proposer aussi une approche multiaxiale afin

de tenir compte des multiples paramètres qui peuvent engendrer la santé ou la maladie mentale. Nous y avons l'Axe I pour les troubles cliniques, l'Axe II pour les troubles de la personnalité et retard mental, l'Axe III pour les affections médicales générales, l'Axe IV pour les problèmes psychosociaux et environnementaux et l'Axe V pour une évaluation globale du fonctionnement (EGF). Cette évaluation prend en compte un fonctionnement global allant de l'absence de symptômes aux manifestations les plus lourdes. Ces 5 axes font que l'ensemble de l'individu et de son environnement sont pris en compte. Il s'y ajoute une échelle d'évaluation du fonctionnement social et professionnel (EFSP) qui prend en compte ce fonctionnement indépendamment des symptômes psychologiques (une personne peut plus ou moins bien se débrouiller en société ou dans son travail, indépendamment de son trouble psychologique)

L'utilisation du DSM est complexe mais peut être précieuse pour le praticien... et le conduit à diagnostiquer... un trouble ! Différents praticiens sauront de quoi ils parlent quand ils nommeront un trouble et pourront échanger au sujet de leurs diagnostics et classer les données... mais rappelons nous de la précaution énoncée « les individus qui partagent le même diagnostic sont susceptibles d'être hétérogènes »... donc rebelles au classement.

Malgré sa rigueur, la pertinence du DSM est fragilisée par un fâcheux paradigme : celui de présupposer que ce qu'on cherche c'est un « trouble ».

Il faut bien comprendre que quand on cherche un « désordre » ou un « trouble », on risque de ne trouver que ce qu'on cherche... et non ce qui est vraiment. Comme le dit le psychiatre Jean Maisondieu :

“

« Si on se contente de penser en termes de maladie, on ne peut plus creuser qu'un seul sillon étiologique » (2001, p.16) car « Le dément est considéré comme un insensé avant même d'ouvrir la bouche ». (p.69).

Il nous met en garde face au fait que :

“

« C'est la théorie qui décide ce que nous sommes en mesure d'observer » (p.52)

et qu'il en résulte ainsi que

“

« Si les médecins prévoient d'observer de la démence là où il y a de l'anxiété, ils trouveront de la démence et rien d'autre ». (ibid.).

Le DSM ayant pour projet de sortir d'une ornière nous plonge involontairement dans une autre, risquant ainsi de nous faire manquer les innombrables cas où la manifestation observable chez le patient résulte d'une organisation en train de se rétablir ou d'une situation en train de s'éclaircir (et non d'une désorganisation ou d'une confusion). Il en résulte que vouloir corriger un désordre là où un ordre était en train de se rétablir peut être profondément contreproductif.

Nous ne douterons pas que tout praticien exerce son métier dans le projet d'un plus grand bien de son patient, mais de tels *a priori* risquent de perturber le décodage qu'il a des symptômes et rendre les thérapies inopérantes, peut-être même parfois néfastes.

D'autre part, n'oublions pas qu'un listage des symptômes ne représente qu'une sémiologie (un listage de signes) et non une étiologie (une connaissance des causes) comme nous le précise le DSM et nous le dit Antoine Pellissolo cité ci-après. Or connaître les signes sans en connaître les causes ne permet pas une prise en charge adaptée. Il se trouve que non seulement un tel listage ne rend pas compte des causes, mais qu'en plus, il ne rend pas compte des pathologies elles-mêmes.

- Exemple sur la phobie : Face à un patient qui a peur dès qu'il doit aller en voiture, au point d'en éprouver de la panique, le DSM IV nous conduira à l'identifier comme souffrant d'une « phobie spécifique » de « type situationnelle » appartenant à la classe des « troubles anxieux ». Nous avons là une description des symptômes, mais il doit être clair que nous ne disposons d'aucuns renseignements ni sur les causes, ni même sur la pathologie.

Reconsidérer l'étiologie*

*Etiologie : « connaissance des causes des phénomènes morbides » (Dictionnaire de psychologie – Doron-Parot 1991)

Etonnamment négligée en psychiatrie

“

« Il n'existe à ce jour aucune certitude sur l'origine précise des affections en psychiatrie. Ceci empêche de les classer comme on le fait en infectiologie [...] deux voies sont alors possibles : soit s'appuyer sur des modèles théoriques ou des hypothèses explicatives, soit tenter une approche purement descriptive reposant sur l'observation des symptômes et pas du tout sur leurs causes présumées ».

Voilà ce que nous propose Antoine Pellissolo* dans Les grands dossiers n°20 « Les troubles mentaux » (Sciences Humaines, 2010, p.18).

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

Les nosographies ou nosologies* psychiatriques proposent effectivement un classement et une étude par symptômes (sémiologie)... mais non par causes (l'étiologie en semble absente). Cela ne renseigne donc pas convenablement le praticien concernant le soin à apporter.

*Nosographie : « distribution méthodique dans laquelle les maladies sont groupées par classes, ordres, genres et espèces ». Nosologie : « ...renvoie à la sémiotique en psychopathologie et à la combinatoire des signes qui dérivent autant des jugements portés par l'observateur que de l'observation concrète des symptômes » (Dictionnaire de psychologie Doron Parot, 1991)

S'il semble évident qu'il soit essentiel de connaître les causes des psychopathologies pour que le diagnostic permette un soin... il se trouve bizarrement que l'étiologie est la chose la plus mal connue en psychologie et en psychiatrie, en dépit des immenses progrès accomplis en neurologie, biologie, pharmacologie, et des nombreuses recherches ou des théories existantes.

Entre d'une part les *a priori* que nous venons d'évoquer, et d'autre part l'ignorance des causes, la situation n'est pas aisée pour soigner les sujets en souffrance psychologique.

Sans cette connaissance des causes, il est difficile d'étudier correctement ce qu'on appelle la « pathogénèse », c'est-à-dire le processus par lequel partant de la cause nous arrivons à la pathologie.

Pour résumer, nous avons :

1. la cause (dont l'étiologie étudie la nature),
2. la pathogénèse (processus par lequel partant de la cause on arrive à la pathologie),
3. la pathologie (la maladie proprement dite),
4. les symptômes (manifestations dont la sémiologie étudie la nature et éventuellement le rapport avec une ou des pathologies).

Le symptôme et la pathologie, doivent être considérés de façon distincte alors qu'ils sont souvent abusivement confondus. Par exemple une personne souffrant de « trouble phobique » manifeste un symptôme de peur*... mais quelle est la pathologie dont ce symptôme est l'expression ?

*Trouver avec subtilité dans le DSM la liste des signes statistiquement observés à prendre en compte, pour savoir s'il s'agit bien de « phobie spécifique » (avec des nuances différentielles précises par rapport à d'autres troubles)... aboutit à la notion de « phobie spécifique » (qui n'est finalement qu'un symptôme) et non la pathologie correspondante.

Ainsi de cette femme qui a peur en voiture et qui retrouve qu'enfant, elle était en route et assise sur le siège de la voiture, quand sa mère lui annonce qu'elle ne reverra plus jamais son père. Ici la phobie est un moyen de ne pas perdre le « contact » avec cette enfant qui a éprouvé une blessure et qui n'a jamais été

ni entendue ni reconnue à ce sujet. Le simple diagnostic de « phobie spécifique » de « type situationnel » ne rend pas compte, ni de la source (ce dont le DSM nous a averti), ni de la pathologie, mais seulement du symptôme.

La situation sera alors souvent la suivante : étiologie inexistante, pathogénèse inconnue, pathologie inconnue, symptôme connu... Si, nommant le symptôme, nous croyons nommer une pathologie nous sommes alors ignorant de notre ignorance. Le soin en devient alors plutôt aléatoire, car dans ce cas « guérir la maladie » revient juste à « éradiquer le symptôme ». Or nous avons vu que l'absence de symptôme ne signifie pas forcément la santé (voire que cela peut parfois être le contraire).

Ces quelques éléments, qui peuvent sembler étonnants, expliquent peut-être la difficulté de soins et de résultats dans le domaine de la psyché. Chaque praticien se doit ainsi de rester aussi ouvert que possible, afin d'ajuster chaque jour un peu plus sa pratique, sa sensibilité, son discernement, et de ne se laisser enliser dans aucune théorie.

Des symptômes sans pathologie ?

De même que l'absence de symptôme ne signifie pas forcément la santé... si nous osions envisager l'éventualité que la présence de symptôme ne reflète pas forcément une pathologie ?

Tout le problème tient à ce que nous considérons *a priori* le symptôme comme nécessairement lié à une maladie. Restant prudents quant aux risques du fameux sillon, de l'ornière cognitive qui vient obscurcir notre réflexion, nous oserons cette pensée différente non avec l'assurance qu'il s'agit d'une vérité, mais comme une possible hypothèse.

En effet, étudiant les choses de la psyché, nous risquons de trop nous référer au corporel, au physiologique, au biologique où, nous avons une dominante objectivable (agents infectieux, dérèglements hormonaux, taux sanguins, fonctionnement des organes comme le cœur, les reins, le foie, le cerveau... etc.)

Dans le domaine de la psyché nous devons, au contraire, souvent tenir compte d'éléments non objectivables et même purement subjectifs. Alors que le praticien de la médecine doit apprendre à trouver les réalités objectives pour soigner son patient (d'où le nombre souvent important d'examens), le praticien en psy doit apprendre aussi à trouver les réalités subjectives pour accompagner son patient. L'approche se doit donc d'être profondément différente, car elle s'appuie sur d'autres paradigmes.

Naturellement nous n'ignorons pas que le corporel est lié au psychosomatique (tant dans la pathologie que dans la guérison) et que les parts corporelles et les parts psychiques des phénomènes sont souvent difficiles à démêler (avertissement clairement donné dans le DSM IV). Nous n'oublierons pas non plus que le psychique est lié au somatopsychique et que certains dérèglements biologiques entraînent des bouleversements mentaux (c'est sans doute sur cet aspect que la psychiatrie a le plus de résultats. C'est là

où cette médecine nous est précieuse).

Néanmoins, quand le côté psychique est dominant, le modèle biologique n'est pas opérant car il ne fait que dérober à notre observation de précieux processus à l'œuvre.

L'approche de l'humain se sépare apparemment en deux aspects : l'un où nous avons du physique objectivable, l'autre où nous avons du psychique non objectivable. Les deux ont beau être souvent mêlés, la prédominance de l'un ou de l'autre nous conduit à des soins de natures différentes.

Quand il s'agit de la psyché, une fois les composantes biologiques vérifiées si nécessaire, le praticien devra tenir compte d'éléments non objectivables, purement subjectifs... et pourtant phénoménologiquement profondément réels.

Ce qui apparaîtra alors sera souvent une fracture* de la psyché en train de se réparer.

*J'utiliserai tout au long de ce texte le mot « fracture » pour désigner une sorte de clivage de la psyché, car cela permet de se représenter le phénomène avec simplicité. En fait, il s'agit plus exactement d'un contact qui s'est fermé et non d'une réelle « brisure ». Nous avons alors deux éléments de la psyché qui se retrouvent séparés par une « communication fermée » qui ne permet plus au flux de vie ou de conscience de « s'écouler librement ». Nous pouvons illustrer cela par l'exemple de deux pièces communicantes qui cessent de l'être si on ferme la porte qui les réunit ou les sépare selon qu'elle est ouverte ou fermée. Ainsi, quand le passage est fermé il n'y a pas exactement une fracture (sauf à imaginer une « fracture de l'espace ») mais surtout une fermeture, chaque côté devenant aveugle à l'autre. Ainsi, dans la psyché, ce sont plus des contacts qui s'ouvrent ou qui se ferment que des fractures qui se font ou se réparent.

Cependant, le mot « fracture » permet une illustration utile et correcte de la situation, dans la mesure où des éléments de la psyché se retrouvent non plus simplement distincts et communicants, mais fermés l'un à l'autre et séparés. Si l'on veut être encore plus précis, ces notions doivent même être considérées sans employer les notions d'espace ni de temps, ce que j'ai longuement détaillé dans mon ouvrage « Le grand livre du psychothérapeute » (Chapitre 3 -2011, Eyrolles), mais cela alourdirait inutilement le propos de cet article

Une fracture en train de se réparer

La psyché semble constituée de trois éléments :

1. celui que nous sommes (aujourd'hui)
2. tous ceux que nous avons été (depuis que nous existons)
3. tous ceux dont nous sommes issus (depuis qu'ils existent)

Nous avons ainsi notre présent, notre vie passée et le transgénérationnel.

Ces éléments de la psyché sont en cohésion grâce à ce qu'on pourrait appeler une « pulsion de Vie ».

Cette cohésion est altérée en situation de souffrance ou de trauma, par ce qu'on pourrait appeler une « pulsion de survie » qui vient écarter de soi ce qui est trop douloureux pour y être intégrer sans causer de dommage à l'être que nous sommes. Elle pourra aussi « mettre à l'abri » une *part de soi* ressource afin de la protéger. La pulsion de survie, dans ces deux cas, opère une séparation dans la psyché. N'oublions pas cependant que cette altération de la cohésion est réalisée dans un but de protection globale.

La psyché se trouve ainsi clivée en un Soi « presque entier » et une ou plusieurs « parts de soi » évincées qui manquent alors à « l'édifice psychique »

Ce manque, pareil à une amputation, a beau être contrebalancé par des compensations (étayages), la psyché tend naturellement un jour ou l'autre à retrouver son intégrité.

C'est ce retour à l'intégrité qui marque un moment de « décompensation » (l'étayage disparaît) dans le projet d'accomplir une intégration (cohésion retrouvée). C'est à cette occasion que nous trouvons des symptômes abusivement nommés « pathologies » dans le cas de la psyché.

Ce qui dans ce cas est interprété comme une maladie, serait ainsi en fait l'annonce d'un retour à la normale. Le fait de raisonner en terme de pathologie vient alors égarer le praticien qui ne voit pas ce processus par lequel son patient est en train de mettre en œuvre un retour à son intégrité (ou du moins tente ce retour). Il ne s'agit alors pas de « pathogénèse » mais plutôt de « *sanatogénèse* » (néologisme pour désigner un processus de retour à la santé).

De ce fait le praticien qui tente de guérir une apparente « maladie » qui est en réalité un « retour à la santé » se place à contre-courant. Raisonnant en termes de causalité (traumas antérieurs, récents ou anciens) il manque l'idée de finalité (projet d'intégration) et ne voit pas que son patient est en train de se rétablir.

Le symptôme est alors le signe qu'un tel processus de rétablissement est en cours, et il convient mieux de l'accompagner que de le combattre. Il est même recommandé de ne surtout pas le combattre, sous peine d'aggraver la situation de son patient.

Quand la source du symptôme est un projet

Prudence quant à l'idée de causalité

Trop souvent il est cru en psychologie que le trauma antérieur est la cause du symptôme ultérieur. Ainsi, par exemple, une personne choquée par un accident de voiture aura peur de conduire, une autre ayant vécu un deuil* aura peur de la mort ou souffrira de pensées obsessionnelles concernant le défunt, une autre encore ayant vécu de la violence avec ses parents aura des pulsions de violences conjugales, une autre dont le père alcoolique* lui rendait la vie douloureuse se met à boire, un autre qui dans son enfance a vu son grand père se suicider devient dépressif et suicidaire une fois adulte, une autre choquée par les paroles de son père tentera de ne jamais devenir femme et « bridera » son corps par de l'anorexie* ... etc.

*Publications :

[« Deuil, comprendre et accompagner »](#) (mars 2011)

[« Aider le malade alcoolique »](#) (Mars 2003)

[« Anorexie »](#) (juillet 2006)

Dans chacun de ces cas on peut penser que la situation douloureuse qui causa le traumatisme est la source du symptôme qui émergera ultérieurement. Or rien n'est moins certain. En effet, toute personne ayant vécu une même circonstance n'aura pas forcément le même symptôme (et n'en aura peut-être même pas du tout). Certains parce qu'ils dissimulent (compensent) mieux leur blessure, d'autres parce qu'ils ne s'en sont pas sentis blessés et ont rapidement intégré ce qu'il y avait à intégrer.

Ce n'est pas la gravité de la circonstance qui produit la blessure psychique, mais ce que le sujet en a ressenti puis en a fait (c'est pourquoi on peut y remédier toute sa vie durant). Or il en a fait ce qu'il a pu en fonction de l'équilibre et des ressources dont il disposait quand cela s'est produit.

La cause n'est en aucun cas la circonstance, mais plutôt ce qui se passe dans la psyché du sujet lors de cette circonstance.

Pulsion de vie et pulsion de survie

[Avant de lire ce chapitre, il convient de bien comprendre la différence qu'il y a entre la pulsion de Vie telle qu'elle est décrite ici et celle dont Freud nous a parlé : *La notion de pulsion de Vie est différente ici de celle de Freud. Mais il était impossible de la nommer autrement. Ce que Freud nomme « pulsion de vie » concerne seulement la libido (l'énergie) et non la vie (l'existential). Sa pulsion de vie (venant du ça, gérée par le moi et régulée par le surmoi) n'est en fait que ce nous appellerons ici « pulsion de survie » dans son aspect captatif (pour réaliser compensations ou étayages). Quand Freud parle de pulsion de mort, il parle en fait de ce que nous nommerons ici « pulsion de survie », mais dans son aspect de mise à distance d'une part de soi. Donc Freud ne parle jamais de pulsion de Vie au sens où nous l'entendons ici. Seul Jung, avec sa dimension du Soi, s'approche de cette considération existentielle dans sa dimension*

obligative et non narcissique. (voir si besoin la publication [« Le ça, le moi, le surmoi et le Soi »](#) novembre 2005)].

Dans la psyché du sujet, nous avons vu que tout se passe comme s'il y avait trois éléments (celui qu'on est, tous ceux que nous avons été, et ceux dont nous sommes issus). Entre tous ces éléments il se produit des enjeux de cohésion, de fractures, et de réhabilitation de ce qui a été évincé.

La pulsion de Vie assure la cohésion, mais se trouve contrariée par la pulsion de survie qui sépare de la psyché ce qui est trop douloureux pour y être intégré ou trop précieux pour y rester sans risque. Cependant, d'une certaine façon, la pulsion de survie contribue aussi à la cohésion, car si « ces parts de soi trop douloureuses » étaient intégrées sans discernement, elles pourraient déstabiliser l'ensemble, ou si « ces parts ressources précieuses » y restaient, elles en seraient altérées.

Pendant que la pulsion de survie met à l'écart ces parts de soi, la pulsion de Vie les récupère dans une zone « à part » (inconsciente) afin qu'elles ne soient pas perdues, dans le projet d'une intégration ultérieure, au moment où la maturité et les ressources acquises le permettront. Alors les « parts douloureuses » seront intégrées et les « parts ressources précieuses » réintégrées.

La pulsion de survie met aussi en place les nécessaires compensations (étayages) qui permettent au sujet de vivre correctement malgré ces amputations de soi.

Au moment propice, la pulsion de Vie produira alors les manifestations (symptômes) qui auront pour projet d'interpeller la conscience au sujet des parts de soi à l'écart qui restent à intégrer ou à réintégrer.

Rôles de chacune des deux pulsions :

Pulsion de vie

- Cohésion de la psyché (de toutes les parts de soi, individuation)
- Récupération dans l'inconscient de ce qui a été évincé (travail de « garderie »)
- Création de symptômes pour y accéder (maintenir un lien avec ce qui a été rejeté)

Pulsion de survie

- Mise à l'écart (des parts blessées pour s'en protéger, ou des parts ressources pour les protéger)
- Compensations (étayages pour supporter cette amputation de soi)

La mise en œuvre du projet de « sanatogénèse »

Face à une circonstance vécue trop douloureusement, la psyché met à l'écart une part de soi (celle qui est blessée pour s'en préserver*, ou celle qui est précieuse pour la protéger**), et produit les compensations qui

permettront de ne pas trop souffrir de l'amputation de soi (tout cela est le rôle de la pulsion de survie). La psyché garde alors à part dans l'inconscient ce qui a été écarté et, au moment propice, produira les symptômes qui interpellent la conscience pour le récupérer (ces deux points sont, cette fois-ci, mis en œuvre par la pulsion de Vie).

*Il est nécessaire de s'en préserver car cette part de soi est confondue avec la circonstance traumatique. Ce manque d'acuité nous la fait paraître infréquentable !

**Cette part de soi est souvent identifiée avec la souffrance alors qu'elle est une ressource paisible. Là aussi le manque de discernement nous la fait souvent aborder sous un angle inadapté

Le symptôme serait donc la manifestation de la pulsion de Vie qui tente d'interpeller la conscience pour récupérer une part de soi manquante.

Au moment de la fracture de soi, tout se passe comme s'il se mettait en place un projet, une sorte de « contrat de Vie », stipulant que ce qui vient d'être évincé sera un jour récupéré. Cette récupération sera initiée ultérieurement par l'apparition d'un symptôme.

Trois types de situations... plus une

Insuffisance de la pulsion de survie

Quand suite à un événement récent, douloureusement vécu, la pulsion de survie ne permet pas cette mise à l'écart dans l'inconscient de la part de soi blessée, le sujet reste en souffrance et cela atteint tout son être. Le praticien devra tenir compte de cette situation particulière dans son accompagnement. Ce sont généralement les situations de crises face à une circonstance très douloureuse.

La pulsion de Vie ne peut s'appuyer sur une maturité suffisante pour permettre directement l'intégration. En même temps, la pulsion de survie est également insuffisante et ne permet au patient, ni la mise à l'écart de la part blessée ou de la part ressource de la psyché, ni la compensation qui devrait suivre. Un manque d'énergie psychique disponible rend ici la pulsion de survie inopérante. Dans ce cas, le sujet aura besoin d'une ressource extérieure.

Nous retrouvons là les soutiens psychologiques en situations de crises, face à une circonstance actuelle ou récente insurmontable.

Le sujet n'éprouvera pas ici de vide intérieur, mais une sorte d'oppression face à un environnement qui l'assaille et le laisse en danger permanent. Sans une ressource extérieure suffisante, lui permettant de retrouver un minimum de sécurité et d'humanité, il ne peut retrouver un équilibre satisfaisant.

Si par contre l'environnement thérapeutique qui lui est proposé est sécurisant et ressourçant, il pourra se

passer deux phénomènes différents :

1. Soit une Intégration directe de la part de soi douloureuse. Ici la pulsion de Vie reprend immédiatement son rôle du fait d'une ressource permettant cette intégration (nous verrons comment dans le chapitre sur les « incidences thérapeutiques »). Dans ce premier cas le praticien aura accompagné directement la pulsion de Vie.
2. Soit une mise à l'écart de cette part de soi et la mise en place d'une compensation temporaire et suffisante. Dans ce cas la ressource ne permet que la mise en œuvre de la pulsion de survie, ce qui est déjà une excellente avancée en attendant la maturité qui permettra, plus tard, de réaliser l'intégration. Dans ce deuxième cas le praticien aura accompagné la pulsion de survie, en attendant qu'ultérieurement la pulsion de Vie fasse son œuvre.

Selon les ressources dont dispose le sujet et selon les capacités du praticien, il sera pertinent de se diriger vers l'une ou l'autre des options, mais toujours en ayant conscience de l'ensemble du processus de « sanotogénèse » (de retour à l'équilibre)

Pulsion de survie spontanée et latence

La pulsion de survie fait son œuvre en plaçant à l'écart la « part de soi blessée » :

Le sujet ne manifeste quasiment aucun mal être. Il n'est aucunement en souffrance et ne consulte pas. La zone douloureuse a été mise en sommeil et il peut même avoir la sensation que rien ne s'est passé d'important. Bien qu'à ce stade il ne manifeste aucun symptôme, son équilibre psychique n'est pas réalisé.

Une telle situation peut être comparée à un déni, mais il serait abusif de parler de déni. En effet, il n'a pas la perception de quoi que ce soit d'inquiétant, il n'a conscience d'aucune douleur particulière et continue à vivre comme si rien ne s'était passé. Naturellement, si on regarde de plus près, le sujet a besoin de compensations afin d'assurer sa survie.

Cela produit une période de latence plus ou moins longue (de quelques jours à quelques décennies !) au cours de laquelle il ne se passe rien d'inconfortable. Tant que l'énergie est suffisante et que les compensations fonctionnent... « tout va bien ».

Mais à l'occasion d'un effondrement de l'énergie, du fait d'une déception, d'un échec, d'une maladie ou tout simplement de l'âge... la pulsion de survie cesse d'être opérationnelle et la pulsion de Vie reprend ses droits.

En effet, la pulsion de survie fonctionne avec de l'énergie (libido), alors que la pulsion de Vie fonctionne sur le mode existentiel sans énergie (vie)*. C'est ce qui lui permet de toujours reprendre sa place un jour ou l'autre, car l'énergie n'est jamais « éternellement » inépuisable, alors que la vie, elle, est « toujours là »

jusqu'à la fin de l'existence.

*Energie = « faire » ; Vie = « Être »

A ce moment surgiront les symptômes qui sont en fait la manifestation d'un retour à l'équilibre et non celle d'un désordre ou d'un trouble.

La pulsion de survie fait son œuvre en plaçant à l'écart une « part ressource de soi » :

Le sujet peut manifester un mal-être, car la pulsion de survie, cette fois-ci, agit très différemment. Il ne s'agit plus pour elle de le protéger lui (sujet actuel) d'une « part blessée qu'il ne peut intégrer », mais de protéger de lui « une part signifiante déjà constituée et ressource » qui doit rester en paix.

Par exemple, une situation douloureuse s'est produite dans l'enfance. Quand elle est retrouvée, elle peut laisser penser que l'enfant était douloureux. Or c'est à la fois juste et faux.

Celui qu'il était avant le choc (l'enfant antérieur paisible) est mis à l'écart, afin que l'enfant douloureux (l'enfant actuel blessé) ne l'envahisse pas. Celui qui souffre (l'enfant actuel) se débrouille alors comme il peut pour s'en sortir. Privé d'une part ressource cela lui est difficile, mais la pulsion de survie pourra aussi mettre à l'écart ce qui le fait trop souffrir et mettre en place des compensations (nous retrouvons alors le schéma habituel décrit précédemment).

Il est important de distinguer ces deux phénomènes très différents :

- Celui qu'il était avant le choc est mis en protection à l'écart pour ne pas être altéré par la souffrance (cette part ressource devient alors invisible à la conscience).
- Celui qu'il est, au moment du choc, sera plus ou moins mis à l'écart avec sa souffrance le conduisant, selon les possibilités de compensations, à souhaiter une aide (cette part blessée est plus ou moins visible à la conscience).

Il s'en suit une sorte de « double fracture ».

Quand la pulsion de Vie fera son œuvre, elle permettra sans doute de prendre soin de celui qui a souffert (une des deux fractures), mais aussi et surtout de retrouver la part ressource qui avait été évincée pour être protégée (l'autre fracture).

Cela fait que le patient, pensant retrouver une part blessée de soi, se retrouve en face d'un bout de lui-même qui n'a aucune souffrance, qui est resplendissant, et qui est plus en situation de l'aider que de recevoir une aide quelconque. S'il le sujet se met généreusement, mais malencontreusement, à dire à celui qu'il était « Tu as tellement souffert !? » (reformulation) pour lui témoigner sa reconnaissance, cette part

de soi serait en situation de lui dire gentiment « Tu ne t'es pas vu ! C'est moi qui suis là pour t'aider et non l'inverse ! » (Pourquoi pas un peu d'humour au sein de la psyché !).

La paix vient de ce qu'on reçoit de celui qu'on était et non de ce qu'on lui apporte (savoir être touché*).

*Voir publication de septembre 2008 [« Validation existentielle »](#)

Quand c'est une part ressource qu'on contacte, il importe de comprendre que ce qui sera validé par la reconnaissance c'est celle qu'elle est avec sa dimension ressource, sa beauté, sa quiétude etc. » Elle retrouve ainsi sa qualité de ressource et le Soi va vers sa complétude.

Dans l'autre cas où c'est une part blessée qu'on contacte, notre attention est tournée vers elle, dans « toute la dimension d'être qui est la sienne » (et non vers sa blessure dont la dimension est cependant tout à fait reconnue*). C'est cela qui la ressource : le fait qu'on se sente touché en la contactant.

*A la première erreur qui consiste à confondre cette part de soi avec la circonstance du trauma, il peut s'ajouter une seconde qui est de la confondre avec la douleur éprouvée. L'être n'est ni la circonstance ni la douleur.

Dans le premier cas, c'est sa dimension ressource qui est validée, dans le second c'est sa qualité d'être. Les deux sont « touchants » mais pas de même façon. L'un nous reconnecte à une source, l'autre nous redonne simplement notre intégrité. Nous constatons cependant que le fait de contacter une part blessée de soi est la situation la plus fréquente en thérapie, mais le praticien ne doit tout de même pas négliger l'autre éventualité.

Symptôme, manifestation de la pulsion de vie

L'apparition des symptômes peut se faire rapidement ou après de nombreuses années, quand la maturité s'est développée et que la pulsion de survie s'est affaiblie. C'est ici que nous trouverons parfois une sensation de vide intérieur plus ou moins grand.

C'est généralement à ce moment que le sujet consulte un praticien. Dans ce cas, le praticien sera une ressource non pour accompagner la pulsion de survie (source d'une paix temporaire artificielle), mais pour accompagner la pulsion de Vie qui, à travers le symptôme, tente de permettre la réhabilitation de cette part de soi si longtemps laissée à l'écart, qu'il s'agisse d'une part blessée ou d'une part ressource.

Dans ce cadre de la manifestation de la pulsion de vie, nous devons aussi ne pas oublier de considérer les symptômes qui ne sont reliés à aucune fracture d'avec une part blessée ou ressource, mais sont simplement la manifestation d'une « poussée de croissance de la psyché » qui interpelle la conscience. Un être souffre parfois de devoir oser devenir qui il doit être, de passer à une autre phase de vie, et son symptôme reflète

cette crainte face à « l'être en devenir qu'il se sent devoir être » (n'étant pas assuré ainsi de trouver ou garder sa place dans son environnement et devant un peu faire le deuil de ce qu'il était). On pourrait alors, à la rigueur, parler ici d'une « fracture avec celui qu'il doit être en devenir », sur laquelle le symptôme tente d'interpeller la conscience.

En résumé

Nous avons donc :

Une situation avec pulsion de survie insuffisante, où suite à un choc celle-ci n'a pas fonctionné. Le sujet se sent écrasé par l'environnement, il a besoin d'un accompagnement psychologique et peut en être demandeur. Si on le lui propose, il ne le refuse pas.

Une situation où la pulsion de survie a parfaitement fonctionné. *Premier cas* : l'anesthésie fait que le sujet peut sembler en parfait équilibre (malgré des tendances à compenser). Il ne sollicite aucune aide psychologique et si on la lui proposait, il la rejetterait violemment arguant que cela ne le concerne pas. *Deuxième cas* : ce qui a été mis à l'écart est plutôt une « part ressource » et la blessure a laissé trop de traces sur le sujet actuel. Ici il sollicitera facilement un accompagnement.

Une situation où la pulsion de Vie reprend la main grâce à un symptôme psy. Le sujet est alors demandeur d'un accompagnement, car il éprouve de nouveau ce qui a été éprouvé jadis (c'est le cas le plus fréquent). Nous devons comprendre que cela ne se passe pas « à cause de son passé qui aurait pollué sa vie », mais « spécialement pour ne pas manquer la réhabilitation de cette part de soi oubliée ». Bien que le sujet consulte généralement pour se débarrasser de son symptôme, le praticien veillera à ne pas manquer la réhabilitation qui fera que le symptôme, cessant d'être nécessaire, disparaîtra naturellement, sans jamais avoir besoin d'être, ni guéri, ni supprimé, ni combattu. Il aura simplement cessé d'être nécessaire. Naturellement le praticien prendra soin de bien différencier s'il s'agit de la réhabilitation d'une « part blessée » ou d'une « part ressource », ou des deux... ou de « celui qu'il a à être en devenir »

Bien sûr nous aurons aussi une 4^e situation où le sujet qui a pu directement et spontanément mettre en œuvre sa pulsion de Vie, n'aura aucun symptôme ultérieur. Il ne demande pas de soutien psychologique et n'en n'a pas besoin, ni maintenant ni plus tard (du moins concernant ce qui déjà a été intégré).

Note : qu'il s'agisse de la part ressource ou de la part blessée, les deux sont infiniment précieuses (seules les événements sont « mauvais », jamais elles). Il se trouve simplement que l'une était déjà en paix et l'autre non. Il importe de comprendre que l'une n'est pas plus précieuse que l'autre, simplement elles ne seront pas abordées de la même façon.

Changement majeur de paradigme

Nouveau regard sur l'étiologie

Finalement derrière le symptôme nous avons la pulsion de Vie à l'œuvre et quand celui-ci surgit, c'est que le processus de « sanatogénèse » (et non de pathogénèse) se met en marche.

Il est difficile alors de parler de psychopathologie là où un être va vers un rétablissement de sa santé psychique à travers son symptôme. Il ne s'agit donc plus de guérir une pathologie, mais d'accompagner un processus en marche vers la santé. Ce processus étant souvent laborieux et peinant à se réaliser, là intervient le rôle du praticien, tel un « accoucheur » de la psyché.

Le propos est ici vite résumé et peut sembler simple (peut-être même simpliste aux yeux de certains), mais en réalité le praticien devra œuvrer avec une infinie subtilité au milieu des nombreux détours que lui proposera le patient. Le propos peut aussi sembler incompréhensible aux yeux de quelques autres, tant le paradigme de la pathologie est ancré, et tant la souffrance du patient est parfois édifiante. Rappelons nous que la femme qui accouche souffre souvent aussi beaucoup et que pourtant ce moment d'existence va vers la vie et non vers la pathologie. Rappelons-nous aussi qu'une fois accouchée elle n'est plus enceinte, mais qu'on ne la dira pas pour autant « guérie de sa grossesse » et qu'il ne viendrait à l'idée de personne de simplement soulager sa souffrance et d'oublier de l'accoucher.

Nous retiendrons ici que le praticien devra ne pas tomber dans le travers de chercher à éradiquer une cause nuisible, mais devra plutôt chercher à réhabiliter une précieuse part de soi « venant au monde ».

Finalement ce que l'étiologie considèrera comme cause n'est autre que la douleur éprouvée, suivie de la pathogénèse que représente le processus mis en place par la pulsion de survie lors du trauma. La cause et le processus sont donc d'origine interne. L'ensemble produit une mise à l'écart, un clivage au sein de la psyché*. C'est cette fracture qui peut être considérée comme étant « la pathologie ».

*Qu'il s'agisse de la mise à l'écart d'une part ressource ou d'une part blessée

Puis la pulsion de Vie récupère et protège (dans l'inconscient) ce qui été séparé, et met en place un projet de réhabilitation ultérieure (qui se fera après un temps de « gestation »). Ce projet se manifestera à la conscience avec l'émergence de symptômes (« sémiognénèse »), qui assurent ainsi le lien entre les parts évincées et la conscience. Nous avons là un processus de « sanatogénèse ».

Processus de « sanatogénèse »

En psychologie et en psychiatrie, habitués à considérer les symptômes comme des pathologies, nous oublions parfois qu'ils ne sont que des « signes » et non les maladies elles-mêmes. Pourtant, le DSM est

une nosographie sensée répertorier les psychopathologies ! Il liste des signes (étudiés statistiquement) pour savoir si on a un trouble anxieux phobique, ou un trouble des conduites alimentaires (par exemple de type anorexie mentale) ou un trouble obsessionnel compulsif... ou un tout autre trouble (la liste est longue). Malgré la somme considérable de travail et de rigueur statistique qu'il a demandé, il ne fait en réalité que répertorier des signes... pour aboutir à des symptômes... sans pour autant nous éclairer, ni au niveau de l'étiologie (ce qui s'y trouve dûment explicité en avertissement), ni concernant la pathogénèse, ni même vraiment sur la nature de la pathologie correspondant au symptôme.

Si quelqu'un souffre d'un trouble anxieux phobique, ou d'un trouble alimentaire nous avons là son symptôme dûment décrit dans le DSM (avec tous les indices et sous-indices, et même de précieux éléments de contextualisation ou de diagnostics différentiels). Mais quelles sont les pathologies associées à ces manifestations ? Nous voyons « ce qui se passe », mais pas vraiment « pourquoi ça se passe ainsi ».

Finalement, en psychologie et en psychiatrie, il arrive trop souvent que ce qui est nommé « psychopathologie » (maladie) ne soit le plus souvent que « sémiologie » (symptôme). Les thérapies qui en découlent visent alors trop souvent à « guérir le symptôme » et trop rarement à « guérir la maladie ».

A cette carence notoire nous ajouterons que le symptôme peut, en plus, ne même pas être associé à une pathologie, mais à un rétablissement en cours de l'état de santé mentale du sujet. Ce qui fait qu'il ne s'agit plus de se pencher sur une pathogénèse mais sur une « sanato gnèse ».

Ce nouveau paradigme bouleverse la vision du praticien pour lui faire entrevoir une possibilité se situant à l'opposé de son décodage habituel (qu'il ne doit pas pour autant abandonner sur le plan biologique de la santé corporelle ou du somatopsychique).

Sait-on ce qu'est la psychopathologie ?

Si la pathologie de la psyché n'est pas le symptôme, alors qu'est-elle ? En effet, nous sommes tellement habitués à mélanger les deux termes qu'il peut sembler curieux de considérer soudainement qu'on n'a pas identifié ce qu'est réellement la psychopathologie. Dans certaines situations psychiatriques, quelques désordres neuronaux, quelques problématiques neurologiques ou de neurotransmetteurs, pointent vers des causes physiologiques qui sont bien identifiées par l'étiologie. Mais il s'agit là du cas corporel (où nous garderons cependant à l'esprit les éventualités psychosomatiques). Dans les situations « purement » psychologiques le mystère reste entier (même si nous y gardons aussi les éventualités somatopsychiques).

En fait, pour envisager l'idée de psychopathologie, il serait utile de voir où se situe le trouble ou le déséquilibre, où se trouve le « *disorder* » des américains. Il ne semble pas se trouver dans le symptôme quand celui-ci signe plutôt un retour à l'équilibre en train de se faire.

Si nous prenons la chaîne de cause à effet dans le processus complet, nous avons :

1. un évènement pénible ;
2. auquel fait suite une souffrance éprouvée par le sujet ;
3. dont il résulte une fracture de sa psyché, un clivage (entre le Soi et sa part blessée ou sa part ressource évincées) ;
4. s'accompagnant aussitôt d'un projet d'intégration de cette part de soi dès que cela sera possible ;
5. dès que c'est possible un symptôme apparaît pour accomplir ce projet.

L'étiologie ne doit pas chercher la cause dans l'évènement pénible (fausse « cause première »), mais dans la souffrance éprouvée quand celui-ci se produit, et dans le clivage qui en résulte.

Le processus de pathogénèse (survie, fracture) est suivi d'un processus de « sanotogénèse », qui ne provient pas non plus de l'évènement douloureux initial, ni même de cette fracture de la psyché, mais du projet de réhabilitation qui se met en place aussitôt.

Où est donc alors la pathologie ? On pourrait sans doute la situer dans le clivage, la fracture de la psyché. Ce clivage n'a rien de psychotique, il permet simplement à l'individu de ne pas être ébranlé par ce « bout de soi trop douloureux » ou de ne pas « abîmer ce bout de soi ressource, encore trop fragile ». Ceci, nous l'avons vu, est l'œuvre de la pulsion de survie. Faisant ainsi, bien que générant une amputation de soi, elle permet un maintien suffisant de l'équilibre du sujet.

Extraordinaire intuition de Philippe Pinel (1745-1826) qui choisit de parler d'aliénés et non plus de fous, considérant que les patients étaient des êtres devenus « étrangers à eux-mêmes ». (« alien » venant du latin *alienare* signifiant « rendre autre » ou « rendre étranger »)

S'il y a pathologie quelque part, ce sera au niveau de la fracture. Mais même ici, cela est ambigu, car cette fracture a un rôle protecteur. Néanmoins nous pouvons dire « Solution de continuité de la psyché » pour évoquer cette fracture... et c'est cela que le praticien est sensé guérir (le mot « solution » signifie « fracture », ainsi qu'il est utilisé en médecine pour désigner les fractures osseuses : « solution de continuité du segment osseux »). Nous avons dans cette fracture de la psyché la vraie nature de la pathologie.

Comme le praticien en psychothérapie ne dispose ni de radio ni de scanner de la psyché, il devra avoir la compétence nécessaire pour repérer ces fractures à partir des symptômes que son patient lui présente.

Il importe de comprendre que cette fracture est généralement en cours de guérison quand le symptôme apparaît (donc quand le patient consulte) et le praticien se devra de l'accompagner par son rôle de médiateur entre le Soi qu'est sujet et cette part de soi qui lui revient à travers ce processus.

La psychopathologie consiste donc en la fracture de la psyché, qui se trouve produite par la pulsion de survie qui en assure la genèse suite à la douleur (c'est cela que doit considérer l'étiologie). Le symptôme,

lui, sera produit par la pulsion de Vie dans un processus de « sanato-génèse », afin d'aller vers la réduction de cette fracture.

Résumons ce à quoi se rapporte chacun des termes en 7 étapes :

- **Etiologie** : étude de la cause, que nous trouvons dans la souffrance de la psyché face à une situation (et non dans la situation)
- **Pathogénèse** : ce sera ici le système de protection assuré par la pulsion de survie, générant la fracture de la psyché.
- **Pathologie** : elle se situe alors au niveau de la fracture réalisée par la pulsion de survie (en vue d'une protection)
- **Sanatogénèse** : la pulsion de Vie va produire des symptômes dans un processus de « sémiogénèse » (en vue de réhabilitation)
- **Sémiologie** : c'est la connaissance des symptômes à partir desquels le praticien pourra identifier la fracture.
- **Psychothérapie** : c'est le moyen par lequel un praticien assure la médiation au niveau de la fracture identifiée.
- **Individuation** : c'est le résultat auquel l'individu aboutit grâce à une plus grande intégrité de Soi.

Nous avons vu que dans certains cas de blessures récentes, la pulsion de survie ne parvient pas à faire son œuvre de « mise à l'écart ». Le praticien n'est pas confronté cette fois à une médiation à effectuer, mais à une « fracture qui ne se fait pas », ne permettant pas alors au patient de « souffler un peu » en attendant le moment de la médiation, ni de « mettre à l'abri une part précieuse de lui ». Ici la pathologie vient du fait que la fracture temporaire ne se fait pas et la douleur actuelle envahit le sujet. Cela concerne les accompagnements en situations de crises, mais aussi parfois des situations anciennes où le patient a toujours l'impression d'être celui qu'il était lors du choc. Ce cas sera abordé dans le chapitre suivant.

Les symptômes comme guides

Quand le patient consulte le praticien, ce dernier va partir du symptôme pour trouver le juste chemin.

Le symptôme est généralement conçu de telle façon qu'il reflète le ressenti de celui qu'était le patient lors du choc. Partant de la sensation actuelle, le chemin s'ouvre alors vers « celui qu'était le patient avec sa sensation antérieure ».

Ce chemin s'ouvre le plus souvent de « pattern » en « pattern »*, c'est-à-dire de sensation analogue en sensation analogue. En quelque sorte, le « senti » fait le « sentier ».

*Le mot « pattern » est un mot de psychologie venant de l'anglais signifiant « patron de couture », un peu comme si le sujet à partir d'événements différents réalisait toujours la même construction émotionnelle.

Il serait ainsi pareil à un tailleur qui, n'ayant qu'un seul patron, ferait toujours le même costume quelle que soit l'étoffe qu'on lui fournit.

Au bout de ce chemin, le praticien se retrouve alors avec, face à lui, ces deux parts de la psyché séparées par la pulsion de survie. Ayant bien identifié cette zone de fracture il va pouvoir en accompagner la médiation (il va « réduire la fracture » ou, si l'on se veut plus précis, « rouvrir le contact »).

Cela se passe simplement, mais avec beaucoup de subtilités. En effet, pour se laisser entrevoir, la part de la psyché « en gestation » doit être assurée que le projet est bien de la rencontrer et non de s'en débarrasser. Tout se joue dans la posture et dans le projet du praticien, qui lui confèreront tel ou tel non verbal, signifiant au patient s'il est ou non en sécurité à ce sujet (voir les publications [« Le positionnement du praticien dans l'aide et la psychothérapie »](#) décembre 2007 et [« Validation existentielle »](#) septembre 2008).

Un praticien qui cherche « une chose mauvaise à éradiquer » aura un non verbal signifiant un danger pour le patient. Ce dernier entrera en résistance pour ne pas laisser abîmer ce qu'il devrait « mettre au monde ».

Un praticien qui cherche bien cette fracture et la part précieuse de son patient à retrouver, mais qui au lieu de l'entendre et la « reconnaître dans son vécu » cherchera à la calmer, à la délivrer de son ressenti, représentera aussi un danger (celui de la nier). En effet, le ressenti s'apaise quand il est reconnu et non quand on cherche à le calmer.

Un praticien qui non seulement identifiera cette fracture mais aura pour projet « la reconnaissance de la part de soi concernée et de son vécu » dégagera un non verbal suffisamment signifiant pour sécuriser le patient (tant dans ce qu'il est que dans ce qu'il a été) et permettra à la médiation de s'accomplir assez rapidement.

Incidence sur la psychothérapie

Finalement, ce ne sont pas les « techniques » de psychothérapie qui seront en cause dans l'efficacité de la cure, mais surtout la posture du praticien engendrée par le regard qu'il porte sur les symptômes et sur ce qu'on appelle habituellement « [psychopathologie](#) ».

Les différentes techniques existantes (Analytiques, psychocorporelles, psychodrame, [Gestalt-thérapie](#), systémiques, TCC, intégratives, etc.) apportent toutes des moyens judicieux et seront toutes utiles dans l'accompagnement d'un patient. Leur justesse ne dépend pas de leur nature, mais du regard du praticien concernant l'étiologie, la pathogénèse et les symptômes... cette justesse dépend de sa capacité de validation existentielle et de sa posture face au processus de « sanato-génèse » en cours chez celui qu'il

accompagne.

Dans les situations de chocs anciens

Dans les situations de chocs anciens où, après une période de latence, le symptôme « invite » à la restauration de ce qui été séparé de soi, le praticien accompagnera le patient dans son processus de « sanato-génèse ».

Il ne combattra pas le symptôme mais suivra les méandres du chemin qu'il lui indiquera, depuis la sensation présente... jusqu'à celui qu'il fut, qui en éprouva une « semblable » jadis.

La difficulté est que la sensation présente et la sensation antérieure présentent des analogies, mais sont rarement identiques.

Exemple 1

Cas de cette personne travaillant auprès de personnes âgées, ne supportant pas ceux qu'elle nomme « vieux grabataires et mourants » (une sorte de trouble anxieux de type phobique spécifique ? DSM p.510*) le chemin qui s'ouvre révèle qu'elle a trop peur que ça arrive aux siens, car sinon ils lui manqueraient trop... pour finalement aboutir au fait que sa mère lui a manqué du fait qu'elle préférerait l'aîné... (mais ce n'est là qu'une sensation intermédiaire) nous conduisant à ce que la mère à eu cet aîné avec un premier amour dont ses parents ont refusé qu'elle fasse sa vie avec lui. L'aversion initiale pour les « vieux grabataires et mourants » (manifestation phobique) est liée au manque d'un être cher, lié au manque éprouvé par la mère, privée de faire sa vie avec son premier amour. Nous trouvons ici en prime un aspect transgénérationnel.

Exemple 2

Cas de cette femme qui ne peut s'empêcher d'avoir des pensées obsessionnelles encombrantes (mais insignifiantes et non douloureuses). Cela perturbe cependant sa quiétude et même son sommeil. S'agit-il d'un trouble obsessionnel ? Non, pas du tout ! Il se révèle que nous n'avons en fait là qu'une stratégie pour éviter le vrai symptôme. Le chemin s'ouvre finalement sur une « porte » signifiante (le vrai symptôme) où il apparaît qu'elle a peur que sa fille meurt et, de façon irrépressible, l'appelle plusieurs fois par jour pour se sécuriser (Sorte de « Trouble obsessionnel compulsif » ? DSM p.525*). En fait nous découvrons que « si sa fille meurt, elle-même meurt aussi » (Sorte de « Trouble anxieux de type phobie spécifique » ? DSM p.510*). Puis elle précise qu'elle meurt, non par peine, mais parce qu'elles n'ont qu'un cœur pour deux (Sorte de « Trouble dissociatif non spécifié » ? DSM p.615*), et que ce cœur est chez sa fille (sorte de « Trouble de dépersonnalisation » ? DSM p.612*) ... depuis la naissance... où, trop jeune et si seule, elle ne voulait pas qu'elle sorte de son ventre pour rester avec elle (sorte de « Personnalité dépendante » ? DSM p.830*). Quand l'enfant est sortie du ventre, la mère en est « sortie avec son enfant » (sorte de « Trouble

délirant », dans la mesure où la sensation a persisté ? DSM p.374).

*Ces dénominations psychopathologiques ne prennent signification que si plusieurs critères sont vérifiés. Elles ne peuvent être considérées ici comme reflétant la réalité et ne sont données là qu'en termes d'interrogations ou de possibilités en première investigation. Comme nous l'avons vu, le DSM demande une étude détaillée de nombreux critères. Cependant, quelle que soit la dénomination psychopathologique qui sera vérifiée... elle ne rendra pas compte, ni de l'étiologie, ni du cheminement thérapeutique à réaliser.

Tout ce que précise cette femme se trouve sur un plan symbolique et il n'y a pas pour elle perte du sens de la réalité. Cependant, elle l'éprouve avec une profonde réalité subjective. Il se trouve que lors de son accouchement, elle a géré sa douleur de solitude en ne faisant qu'une avec sa fille qui sortait de son ventre. Ici sous des aspects apparemment complexes, et désorganisés, nous avons juste une jeune fille accouchant qui a terriblement peur de la solitude et qui doit simplement être entendue dans cette peur. Le symptôme présent, masqué par les pensées obsessionnelles légères, est la crainte de perdre sa fille, comme l'a éprouvé la jeune fille jadis accouchant seule. Mais alors que dans le symptôme nous avons une peur de la mort, dans la sensation initiale nous avons « seulement » une peur d'être seule. Alors cette « peur de la mort » dans le symptôme actuel donne la mesure de la douleur de se retrouver seule en pareil moment lors de son accouchement. Ce n'est qu'un « outil de mesure » et non une phobie réelle de la mort. C'est cela qu'il conviendra de reconnaître dans sa juste dimension.

Finalement avec une action thérapeutique adaptée :

Dans le premier cas la reconnaissance de la femme qu'était la mère dans son manque du premier amour, et dans le second la reconnaissance de la jeune fille qui avait si peur d'accoucher seule que c'est comparable à la mort, ont conduit à un arrêt instantané du symptôme initial.

Dans les deux cas, le symptôme initial n'avait pour but que d'ouvrir le chemin vers cette part de soi en attente, que celle-ci soit personnelle ou transgénérationnelle. Nous nous rendons bien compte du rôle majeur joué par celui-ci, qui ne sera pas considéré comme une psychopathologie, mais comme un moyen de retour à l'intégrité de soi.

Le DSM nous permet d'évaluer d'une part l'importance du symptôme (EGF) et d'autre part son impact dans la vie sociale du sujet (EFSP)... mais nous ne devons pas oublier que cela ne nous guide en rien pour le cheminement thérapeutique que nous venons d'aborder, si ce n'est concernant l'urgence de le mettre en œuvre.

Ainsi, dans l'axe V, l'EGF (évaluation globale du fonctionnement, DSM-IV p.38) nous permet de noter que les deux sujets manifestent un niveau approximativement de 50/100, indiquant que les symptômes ont une importance signifiante. Mais aussi que dans l'EFSP (échelle du fonctionnement social et professionnel, DSM-IV p.941) le premier sujet manifeste un niveau de 80/100, indiquant juste une petite gêne (d'autant

qu'elle est compensée), alors que le deuxième sujet manifeste un niveau de 40/100, indiquant une gêne importante tant au niveau professionnel que familial.

Nous remarquons ainsi que l'importance du symptôme et sa conséquence sociale ne sont pas évaluées de la même façon. Outre que cela ne nous guide pas dans le cheminement thérapeutique, n'oublions pas que ces notations ne sont pas aisées à produire (très approximatives) et qu'elles ne peuvent en aucun cas représenter une objectivation réelle de la situation.

Encore une fois, l'objectivation en matière de psyché reste un rêve peu accessible, si ce n'est inaccessible.

Dans les situations de choc récent

Dans les situations de choc très récent (qui vient juste de se produire), où la pulsion de survie n'a pas encore pu générer « la fracture de sauvegarde », la situation est un peu différente.

Le patient présent et celui qu'il fut lors du choc n'ont pas été « séparés » et restent confondus. Le patient présent ne peut donc en aucun cas « rencontrer et reconnaître celui qu'il était » car il ne saurait en être distinct. Notons que le praticien rencontre aussi parfois ce fait dans des chocs anciens où le patient lui dira « mais je suis encore cette personne qui a souffert ! », et il ne pourra la rencontrer faute de pouvoir en être distinct.

Le premier pas est donc pour le praticien de reconnaître le vécu actuellement ressenti par le patient (sans chercher à le calmer). Il aidera celui-ci à en énoncer la mesure car rien ne sert de reconnaître ce dont on n'a pas pris toute la mesure. Par la description plus précise de son ressenti, le patient éprouvera un sentiment de reconnaissance et mettra en conscience le vécu qui fut le sien. L'attention est mise sur la description du ressenti et non sur celle des faits.

Dans ce cas, si les ressources présentes le permettent, il intégrera cette part de soi dont il devient plus conscient. Mais il peut aussi, en cas de ressources tout de même insuffisantes, la mettre de côté par survie, jusqu'à ce qu'il puisse ultérieurement l'intégrer en la rencontrant, du fait qu'il a pu en devenir distinct (la fracture de survie ayant alors pu se faire).

Dans cette situation de choc récent, le praticien devra être vigilant à ne pas laisser son patient se perdre dans une continuelle description des faits qui se sont produits. Il va plutôt le conduire à énoncer son ressenti lors des faits. Décrire les circonstances peut avoir quelques utilités, mais cela ne doit pas se prolonger trop longtemps, car à chaque énoncé le patient s'inflige de nouveau la douleur autrefois ressentie... et se rend ainsi progressivement « polytraumatisé » !

Les symptômes comme des alliés

Un nouvel esprit en thérapie

Bien que cette publication décrive un nouvel esprit en thérapie, elle ne remet pas en cause les différentes approches existantes et nombre de leurs modes opératoires. Il ne s'agit ici que de replacer les symptômes dans le contexte de ce qu'on appelle habituellement « psychopathologie » et qui ne doit pas toujours être envisagé que sous cet angle du « pathos », voire même souvent ne pas du tout être envisagée sous cet angle.

Les symptômes jouent un rôle majeur dans le développement de l'individu (avec ou sans thérapie), et tout praticien doit pouvoir les utiliser comme une « porte d'entrée » vers ce qu'il y a de plus précieux dans la psyché de son patient.

Ce qui découle de ce qui vient d'être exposé peut trouver son expression dans différentes approches :

Cheminement à travers les méandres cognitifs et les apprentissages nouveaux comme dans les TCC :

Nous trouverons par exemple, en thérapie comportementale, la « désensibilisation systématique » qui est une technique proposant une exposition progressive à ce qui perturbe, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de perturbation. Cette idée est magistrale si elle n'est pas utilisée pour enlever le symptôme mais pour approcher la part de soi qu'on n'avait pas su rencontrer jadis.

Dans les thérapies cognitives la « découverte guidée » permet, partant de la sensation actuelle, d'aller vers le fondement cognitif qui la produit. Cette idée est également remarquable si on l'utilise pour accéder à la part de soi qui s'exprime. Elle le sera moins si on s'en sert pour modifier un processus cognitif.

Accomplissement de cycles inachevés comme en Gestalt-Thérapie et en psychocorporel :

L'idée que des cycles inachevés doivent se terminer est une brillante idée de Fritz Perl (Gestalt thérapie) et de Gerda Boyesen (psychocorporel). L'expression du ressenti qui est resté en suspend attend de s'accomplir. Si l'on a compris qu'il ne s'agit pas de se débarrasser de quelque chose d'encombrant dans la psyché (Gestalt inachevées) ou dans le corps (cuirasse musculaire renfermant les ressentis antérieurs) nous avons là des approches extrêmement délicates conduisant à l'expression et à la reconnaissance de ce qui a été si longtemps abandonné dans un recoin de la psyché.

Sensations vécues et « rejouées », comme en Gestalt-Thérapie, dans le psychodrame, ou dans les constellations :

Le fait de jouer un ressenti actuel pour le préciser et le conscientiser, ou de rejouer un vécu antérieur pour prendre la dimension et la nature de ce qui fut éprouvé, est très astucieux si c'est dans un projet de reconnaissance (accomplir la gestalt inachevée ou la reconnaissance non accomplie). Ce sera moins pertinent si le projet est de se « débarrasser de quelques encombrantes casseroles » personnelles ou transgénérationnelles.

La ressource de Soi au service de cette part de soi, comme en PNL :

Jouer sur l'utilisation de ressources pour permettre à l'être de faire face est très astucieux si c'est pour donner au Soi le moyen d'accueillir les parts de soi restées à l'écart de la conscience. Ce le sera beaucoup moins (et sera même néfaste) si c'est pour évincer un symptôme.

Des liens entre différents interlocuteurs passés et/ou présents comme en systémique et en transgénérationnel :

Quelle idée merveilleuse que de comprendre que celui qui porte le symptôme n'est pas forcément celui qui a la pathologie (même si on peut remettre en cause ici aussi la notion de pathologie). Mais cela ne sera vraiment opérationnel que si le praticien comprend que l'un ne porte jamais le fardeau de l'autre, mais propose simplement un symptôme pour éclairer cet autre. Quand bien même il s'agit de transgénérationnel, ce n'est pas une souffrance antérieure d'un ancêtre dont on doit se débarrasser car elle ne nous appartient pas, mais son ressenti qu'il convient de reconnaître dans une profonde dimension existentielle (car cet ancêtre constitue aussi notre psyché).

Une écoute et un dialogue attentionnés comme en thérapies analytiques :

Les thérapies de type analytique donnent la parole à ceux qui n'ont pas eu le privilège d'être entendus par autrui ou même de s'entendre eux-mêmes. Cela est remarquable si le praticien a bien conscience que, par ses judicieuses questions, il accompagne l'expression du ressenti (non des faits) et s'il comprend qu'il s'agit de le reconnaître (non d'en débarrasser son patient).

Remarque : les quelques éléments mentionnés sur chacune de ces approches thérapeutiques ne reflètent en aucun cas l'intégralité de celles-ci. Il ne s'agit ici que de prendre en exemple quelques uns de leurs aspects, et de les mettre en exergue par rapport au propos de cette publication.

Tout est dans la posture, l'attention, la sensibilité, le projet :

Si ce qui est décrit dans ces pages ne remet aucunement en cause les différentes techniques utilisées, il convient de remarquer l'importance de l'état d'esprit qui accompagne le praticien lors de la mise en œuvre

de ce qu'il pratique.

Son regard sur l'étiologie, sur la pathogénèse et sur les symptômes pourra se préciser d'une façon nouvelle, si bien qu'une dimension profondément existentielle pourra accompagner son exercice professionnel et lui donner toute sa dimension.

Bien des praticiens se sont approchés de tels principes tels que Carl Jung (avec la notion du Soi), Carl Rogers (avec la présence et la confiance inconditionnelle), Frans Veldman (avec le fait de voir « le bon en l'autre présent et en devenir »), Donald-Wood Winnicott (avec le rôle du regard de la mère), [Eugene Gendlin](#) (avec l'écoute des sensations corporelles), [Abraham Maslow](#) (considérant que la psychopathologie résulte d'un manque de soi et non d'une mauvaise chose que l'on porte), [Fritz Perls](#) (avec les gestalt inachevées)... Mais ils n'ont sans doute pas suffisamment théorisé sur ce sujet pour partager avec leurs confrères ces éléments finement découverts dans leur pratique.

Principes en maïeusthésie

La maïeusthésie propose avant tout cette tournure d'esprit, cette posture, cette attitude du praticien. Elle ne se place au-dessus d'aucune approche, mais vient simplement apporter sa contribution. Elle définit où sont les appuis du praticien concernant le symptôme, l'étiologie ou la psychopathologie ainsi que de la pathogénèse et surtout de la « sanotogénèse ».

Plus une posture et une tournure d'esprit qu'une méthode, elle accueille toutes les méthodes (elle est donc intégrative), même si elle propose aussi un protocole précis de l'accompagnement psychologique, afin que la mise en œuvre de ce qu'on vient de présenter soit optimisée.

Toute autre approche peut venir l'enrichir et réciproquement. Les praticiens de diverses écoles se doivent de ne pas se mettre en concurrence, mais en partenariat pour offrir le meilleur service possible à ceux qui viennent les solliciter.

Nous avons abordé spécifiquement ici la souffrance « purement psychologique ». Mais nous n'oublierons pas l'intrication du somatopsychique avec le psychosomatique, où tout n'est qu'affaire de proportions. Il découle de cela que la psychiatrie peut s'inclure dans cet état d'esprit car il y a avantage à ce que toute la dimension des patients soit prise en compte (psychique et biologique). Aucun praticien ne peut prétendre maîtriser toutes les approches. Un partenariat délicat et respectueux entre eux, animé par un esprit d'humanité et de recherche continuelle, est particulièrement attendu en ce domaine... chacun ayant l'humilité de déléguer vers un confrère quand le cas de son patient ne touche pas son propre domaine de compétence. Cela vaut autant pour les praticiens en psychothérapie que pour les psychiatres qui œuvrent tous pour un mieux-être de leurs patients.

Note

Lire aussi la publication [« Psychopathologie »](#) d'avril 2008 dans laquelle, remettant déjà en cause le processus de « pathogénèse », je signalais qu'on devrait parler plutôt de processus de production des symptômes « sémiogénèse » que de pathogénèse. Mais l'ajout ici de l'idée de processus de « sanatogénèse » est intéressant en ce sens qu'il permet d'étayer ce nouveau regard avec plus de précision, même si l'un des termes n'exclut pas l'autre.

Bibliographie

Ouvrages

Maisondieu, Jean

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

Maslow, Abraham

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

Pélissolo, Antoine

-« *Sciences Humaines* » les grands dossiers : « les troubles mentaux » - revue n°20 septembre octobre novembre 2010

Tournebise, Thierry

-Le grand livre du psychothérapeute - Eyrolles, 2011

Manuel, Dictionnaires

DSM IV-TR

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

Dictionnaire de psychologie

-Rolland Doron, Françoise Parot - PUF1991

Liens internes

[« Dépression et suicide »](#) juin 2001

[« Aider le malade alcoolique »](#) Mars 2003

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

[« Anorexie »](#) juillet 2006

[« Focusing »](#) (Eugene Gendlin) juillet 2007

[« Le positionnement du praticien dans l'aide et la psychothérapie »](#) décembre 2007

[« Validation existentielle »](#) septembre 2008

[« Psychopathologie »](#) avril 2008

[« Abraham Maslow »](#) octobre 2008

[« Gestalt thérapie »](#) (Fritz Perls) mai 2009

[« Deuil »](#) mars 2011