

Thierry Tournebise • Françoise Leclère

Préface du docteur Umberto Giardini

Au cœur de la psychothérapie

Nouveaux paradigmes
et déroulements détaillés d'entretiens



Psychologies & Psychothérapies
Collection dirigée par Marianne Janas

esf
SCIENCES
HUMAINES

Thierry Tournebise
Françoise Leclère

Préface du docteur Umberto Giardini

Au cœur de la psychothérapie

Nouveaux paradigmes
et déroulements détaillés
d'entretiens



Maquettiste : Myriam Labarre
Illustration de couverture : Malika Whitaker

© 2018, ESF Sciences humaines
SAS Cognitia
20, rue d'Athènes
75 009 Paris

www.esf-scienceshumaines.fr



ISBN : 978-2-7101-3455-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^e et 3^e a, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou ses ayants droit, ou ayants cause, est illicite » (art. L. 122-4). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

Préface	5
Introduction	9

Première partie

L'approche mise en œuvre

1. Trois axes de la psychologie	13
2. Psychiatrie et maïeusthésie	15
3. Psychothérapies et maïeusthésie	19
Approches humanistes, existentielles.....	19
Approches psychocorporelles.....	21
Approches psychanalytiques.....	21
Approches TCC et EMDR.....	24
Autres approches.....	27
4. Précisions sur la maïeusthésie	33
Le mot « maïeusthésie ».....	33
Psychologie de la pertinence.....	34
La psyché.....	34
L'espace, le temps et l'uchrotopie.....	35
Le corps (élément de la psyché également).....	36
Les pulsions de vie et de survie.....	36
L'état communicant et l'état relationnel.....	37
Le rôle des symptômes.....	38
Les processus thérapeutiques.....	40
La posture du praticien.....	42
Type de thérapie.....	43
Les entretiens décrits dans cet ouvrage.....	44

Deuxième partie

Quatre exemples cliniques détaillés

1. Séance avec Hervé	47
2. Séance avec Simone	87
3. Séance avec Leila	153
4. Séance avec Noah	213

Troisième partie

Pour conclure : mise en lien avec les fondamentaux

1. Quatre séances différentes	265
2. Des principes illustrés	267
Des symptômes « spécialement pour ».....	267
L'Être et son vécu, priorisés par rapport aux faits.....	268
Les ressentis comme guides.....	268
Reconnaissance, validation et « moment thérapeutique ».....	268
La reformulation comme moyen de reconnaissance et de validation.....	269
La formule directe pour optimiser la reconnexion.....	269
La distinction entre « reconnaissance », « validation » et « estimation ».....	270
L'absence de jugement à l'encontre du patient ou de ses proches.....	271
Les résistances comme source de guidage.....	272
La confiance inconditionnelle et connivence.....	272
L'Être émergent sait mieux que le patient (information de première main).....	273
La réjouissance du praticien.....	273
La vastitude du champ investigué, jusqu'au transpersonnel.....	274
3. Remédiation et déploiement	277
D'abord ne pas nuire (<i>primum non nocere</i>).....	277
Restauration de Soi, remédiation.....	277
Déploiement de Soi, individuation.....	278
La vie à travers chacun.....	278
Autothérapie.....	279
Bibliographie	281

Préface

J'ai fait la connaissance de Thierry Tournebise en 2015, chez un couple d'amis. Durant la soirée, nous avons partagé nos idées et Thierry m'a parlé de la maïeusthésie, cet art d'être sensible au processus de naissance de soi. En l'écoutant ce soir-là, je ne pensais pas que cette approche constituerait un tel bouleversement dans ma vie de thérapeute.

L'année suivante, j'ai rencontré Françoise Leclère, lors d'un stage de formation en maïeusthésie. Nous avons partagé nos expériences autour de l'impact de la maïeusthésie sur nos parcours fort différents. Cet impact était majeur et nos pratiques respectives en étaient profondément transformées.

Mon parcours personnel et professionnel m'avait ouvert à divers courants de pensée, dont l'approche jungienne qui avait été un des piliers de ma construction psychique. Carl Gustav Jung était un explorateur, qui à travers son œuvre a rendu compte de son cheminement personnel. De la même manière que pour sa Tour de Bollingen, construite par lui durant plusieurs années, Jung nous montre que la vie se bâtit pierre par pierre et que la personne chemine progressivement vers sa forme aboutie. Ce processus de maturation interne a été nommé par Jung l'individuation, c'est-à-dire le processus qui consiste à devenir celui que l'on a à être, à devenir l'Être qui était déjà inscrit quelque part au plus profond de nous, depuis le commencement. Tendre vers l'individuation, c'est postuler que la forme du pommier était déjà inscrite dans le pépin qu'il était, du moins dans sa potentialité, car les intempéries et autres événements environnants auront contribué à lui donner son aspect définitif. C'est donc postuler que l'Être que nous sommes amenés à devenir est en nous, et qu'il s'agit pour nous de préparer sa route.

De la même manière que, dans le cadre de la psychologie analytique de Jung, le thérapeute en maïeusthésie aide l'individu dans son parcours d'individuation. Pour cela, il rencontre l'individu au-delà d'un supposé clivage sain-malade, ne cherchant pas à définir ce qu'est un comportement adapté ou dysfonctionnel. Tout simplement cette question n'est pas d'actualité. La fonction du thérapeute est de favoriser la remédiation entre celui qu'est le patient et chacun de ceux qu'il a été ou dont il est issu. Cette rencontre va se faire d'autant plus facilement chez le patient que le thérapeute sait qu'elle va advenir et qu'il en éprouve et manifeste par avance une réjouissance.

La vision maïeusthésique représente plus qu'une théorie nouvelle, elle constitue une révolution. Elle permet de s'éloigner de l'idée qu'un individu souffre, car il porte en lui des comportements dysfonctionnels à corriger. Cette démarche « corrective », qui est

au cœur de l'approche en psychopathologie, a un coût énorme. Elle plonge le patient dans l'idée qu'il renferme une laideur en lui et elle pousse le thérapeute à vouloir le changer, comme s'il n'était pas présentable ainsi. Reconnaître que l'individu souffre car il porte en lui certains de ceux qu'il a été ou dont il est issu, non reconnus, offre au patient un tout autre regard sur sa situation, et au thérapeute une tout autre perspective thérapeutique.

La révolution de la maïeusthésie existe aussi dans la conviction que chaque pensée ou chaque acte d'un individu est porteur de pertinence. Cette pertinence à l'œuvre agit durant toute la vie. Elle offre à chacun l'opportunité de retrouver des Êtres de soi clivés, puis mis à l'abri à l'intérieur de soi, à l'occasion de certains événements de la vie, souvent dans le cadre de traumatismes. Le symptôme est un message adressé par ces Éléments clivés, afin qu'ils ne soient pas oubliés et dans l'espoir qu'ils puissent être un jour réintégrés à la totalité du Soi. Le symptôme psychologique témoigne d'un élan vers plus de complétude et de déploiement, plus qu'il ne signe une maladie.

Nous pourrions donc dire que la psychologie de la pertinence définit la santé comme un processus dynamique, caractérisé par l'aptitude à cheminer vers la complétude. L'absence de symptômes, qui habituellement est prise pour un signe de bonne santé, pourrait dans certains cas être révélatrice d'une stagnation de la psyché, d'une incapacité à être en contact avec soi, empêchant le processus de déploiement du Soi. Mais là encore, en maïeusthésie, il s'agirait d'aller chercher la pertinence pour la psyché d'un tel état de stagnation.

Si un individu pense avoir vécu une injustice, il y a une pertinence qui s'exprime. Si, en lien à cette injustice, il manifeste de la colère ou de la tristesse, il y a également une pertinence qui s'exprime. Toutes ces manifestations sont là pour que l'attention puisse être pointée vers des Êtres de soi qui attendent d'être vus et reconnus. Si l'individu peut reconnaître ces éléments de soi et les accueillir, alors ces derniers pourront retrouver leur place à l'intérieur de l'individu, qui poursuivra sa vie avec plus de complétude.

Comme l'indique son étymologie, la maïeusthésie se définit comme « *l'art d'être sensible au processus de naissance de soi* ». Cette naissance de soi à soi est permise par une attitude d'accueil sans compromis de la part du thérapeute, de la même manière que la sage-femme accueille le bébé lors de la naissance. Pour pouvoir être au monde, ce bébé doit être accueilli de manière inconditionnelle, dans la joie d'être vu. Comme le dit Donald Winnicott, « L'enfant existe, car il est vu avec bonheur par sa mère ». Nous pourrions dire de tous ces Êtres que nous accompagnons qu'ils existent, car ils sont vus avec bonheur par nous.

Il convient de bien distinguer l'Être que nous rencontrons des événements qu'il vit ou des actes qu'il commet. Cette distinction permet au thérapeute de se réjouir de la rencontre (car il rencontre un Être), de mettre l'événement au second plan et d'adopter une véritable posture d'accueil (car, mis au premier plan, l'événement risquerait de prendre toute la place et, par son éventuelle gravité, d'affecter patient et thérapeute).

Toutefois, les actes et les événements accompagnent nos vies et contribuent à nous définir. Il serait erroné de ne pas pleinement considérer leur impact, et cela constituerait l'omission d'une part importante de notre travail de thérapeute. À la différence du pommier dont nous parlions, qui sera façonné par son génome et par les intempéries et autres événements environnants, l'être humain possède deux caractéristiques qui le rendent unique : sa responsabilité face à la vie ainsi que son libre arbitre.

Une fois le cheminement en maïeusthésie accompli (remédiation des clivages et déploiement réalisé), c'est un *Être adulte* qui est né, prêt à se confronter à la vie. Son rapport à la peur s'est modifié, la possibilité d'être en contact avec soi comme avec les autres a augmenté. La vie de l'*Être adulte* peut enfin commencer, celle qui permet à l'individu de se tourner vers l'extérieur et de participer à la construction du monde, pour une cause plus grande que lui-même. L'objectif existentiel peut enfin se dessiner et donner la direction, au-delà des préoccupations individuelles.

Pour accomplir cette part de notre destin, nous nous devons d'apprendre de nos actes, et cela ne peut se faire sans une dose certaine de courage et d'abnégation, qui au fil du temps constituera notre force. Cette force, révélée à travers les apprentissages de la vie, permettra à l'homme ou à la femme de porter des projets sociaux, visant le bien-être de ses pairs. Cette étape est essentielle à la survie de notre espèce, car tant que nous restons focalisés sur nos dysfonctionnements et notre recherche de bien-être personnel, nous ne pouvons porter aucun projet qui va au-delà de cette recherche. L'égoïsme individuel ferme la porte de tout avenir collectif, et à terme la société ne peut y survivre.

La maïeusthésie, après avoir aidé l'individu à devenir adulte à travers la rencontre aboutie avec soi-même, lui donne les outils pour aller vers une deuxième naissance, celle qui permet l'émergence de l'humain mature et responsable, prêt à assumer sa part collective.

Dr Umberto Giardini

*Psychiatre et psychothérapeute - Médecin chef de département,
Centre neuchâtelois de psychiatrie, Suisse.*

Introduction

Cet ouvrage est particulièrement destiné aux praticiens. En même temps, il peut être utile à toute personne souhaitant accéder à une découverte et une compréhension de ce qui se passe dans nos mécanismes psychologiques.

Pour savoir comment se déroule une séance de psychothérapie, il faut se pencher sur les théories, les fondements et les différents points d'appui de chacune des écoles thérapeutiques. Pourtant, si on n'a que la théorie, la question du « comment cela se passe » reste entière. La théorie est une chose, la mise en œuvre en est une autre. Pour répondre précisément à cette question, cet ouvrage met l'accent sur la mise en œuvre et dispose de quatre séances entièrement retranscrites (avec l'autorisation et la contribution des patients concernés).

Une première étape évoque l'approche mise en œuvre et donne des éléments théoriques qui permettront de mieux situer le déroulement des séances. Puis le cœur de cet ouvrage proposera les séances intégralement rapportées, avec le verbal du praticien et du patient (retranscription d'enregistrement), le non verbal de chacun des deux également, et des commentaires intercalés sur les éléments théoriques mis en œuvre. Les patients, à la suite de leur lecture de la retranscription, y ont ajouté les pensées qui leur sont venues à l'esprit lors des séances. Qu'ils soient remerciés pour cette précieuse contribution. Pour terminer, une conclusion récapitule les points clés à la lumière de ce que ces séances ont apporté.

Au-delà des mots, des questions et des réponses, du non verbal, la notion de posture du praticien sera toujours très présente. Les émergences verbales et non verbales du patient y seront toujours considérées avec subtilité, sur le plan existentiel.

Dans l'introduction, nous commencerons par les apports théoriques pour faire un tour d'horizon des différentes approches de thérapies existantes. Une telle liste ne peut être exhaustive, mais donne déjà un aperçu de ce qui est disponible. La maïeusthésie étant l'approche mise en œuvre dans les quatre vignettes cliniques qui font le cœur de cet ouvrage, il importait d'en situer les nuances par rapport à différents paradigmes existants ; préalable essentiel à la description de la maïeusthésie proprement dite, pour en préciser les nuances et les subtilités. Les six ouvrages que j'ai publiés et mon site Internet (plus de 2 200 pages librement disponibles en ligne) mettent à votre disposition des compléments si cela vous semble utile.

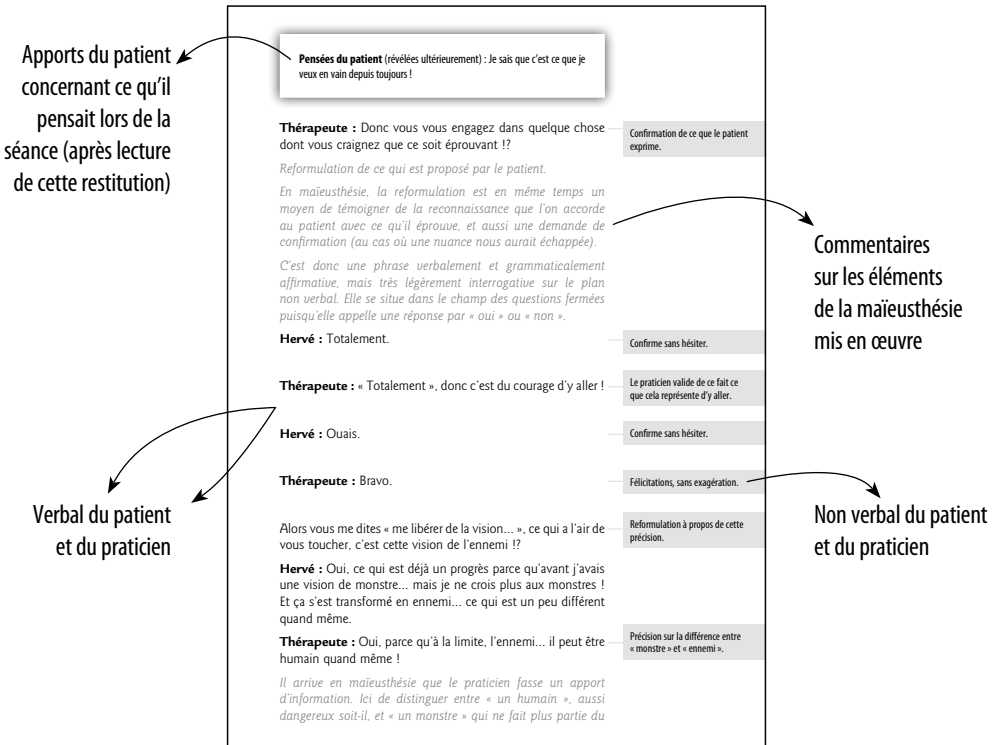
Je remercie Françoise Leclère pour sa précieuse contribution et ses apports professionnels, notamment dans l'entretien avec Leila que nous avons tous deux accompagnée. Elle est sexotraumatologue, praticienne en maïeusthésie, diplômée en sexologie et en

éducation à la sexualité. Elle propose des formations certifiantes de sexotraumaticien sur l'accompagnement spécifique des personnes ayant subi des violences sexuelles (l'accompagnement au déploiement, basé principalement sur la maïeusthésie).

Je remercie également le Dr Umberto Giardini (psychiatre et psychothérapeute, médecin chef de département au Centre neuchâtelois de psychiatrie, praticien en maïeusthésie) pour sa relecture attentive et sa généreuse préface.

Thierry Tournebise

GUIDE DE LECTURE DE LA DEUXIÈME PARTIE



Première partie

**L'approche
mise en œuvre**

1

Trois axes de la psychologie

Tous les classements sont discutables. Ils ne servent qu'à accompagner notre représentation des phénomènes. Tout en permettant de simplifier notre pensée, un classement ne doit pas pour autant la rendre simpliste, pas plus qu'il ne doit complexifier les choses au point d'être contre-productif. Ces trois axes sont donc une possibilité parmi d'autres de classer les types d'approches de la psychologie humaine :

- 1) *l'axe de la psychopathologie* (psychologie de la maladie mentale) visant à corriger des dysfonctionnements biologiques ou mentaux ;
- 2) *l'axe de la psychologie de la santé* (psychologie des ressources) visant à mobiliser ce qui peut nous animer ;
- 3) *l'axe de la psychologie de la pertinence* (psychologie des justesses à l'œuvre dans la psyché) visant à accompagner la cohérence des phénomènes psychiques en cours.

Les dysfonctionnements mentaux sont abondamment abordés par la psychiatrie (chimiquement et psychothérapeutiquement), par la psychologie (psychothérapeutiquement), et même par la psychanalyse (psychanalytiquement).

Les ressources sont abordées avec la psychologie positive (nouvelle discipline apparue dans les années 1970 et développée depuis les années 1990).

Les justesses à l'œuvre dans la psyché, elles, sont abordées par la psychologie de la pertinence. Cela peut bien sûr concerner la plupart des approches si les praticiens en font le choix. La maïeusthésie en est un des outils majeurs. Cette approche fut développée par Thierry Tournebise (concept publié depuis 1995, terme déposé en 2000, après une expérience de consultant depuis 1979). La maïeusthésie sera abordée en détail au chapitre 4 (p. 33). Elle a donné naissance à cette notion de psychologie de la pertinence qui déborde la maïeusthésie elle-même, et peut concerner bien d'autres approches qui peuvent aussi en être les outils (je pense entre autres, à la Gestalt-thérapie, à l'haptonomie, aux psychothérapies transgénérationnelles, systémiques, transpersonnelles).

Ce qui est spécifique à la psychologie de la pertinence, c'est qu'elle envisage le symptôme comme se produisant non pas « à cause de » dysfonctionnements qu'il conviendrait de corriger, mais avec justesse « spécialement pour » une protection, puis une restauration ou un déploiement de la psyché qu'il convient d'accompagner. Cela

représente une bonne part des situations cliniques qui méritent d'être prises en compte, sans pour autant invalider l'idée de dysfonctionnements possibles, ou de ressources à mobiliser.

Cet ouvrage propose plusieurs expériences de ce type d'entretiens rapportés en détail. Ils concernent des situations assez lourdes et éprouvantes, permettant de comprendre comment la psychologie de la pertinence peut être utilisée à la suite de pareils vécus, y compris en état de stress post-traumatique. Cette approche ne concerne donc pas que les « petits bobos à l'âme », et son champ d'application est assez vaste. Loin de n'être que théorisation, il s'agit d'une possibilité concrète dans laquelle la mise en œuvre peut être précisément décrite, afin d'en faire profiter les praticiens qui souhaitent l'ajouter à leur domaine de compétence, ou les patients qui souhaitent mieux comprendre ce qui se passe en eux.

Avant d'aborder ces nouveaux paradigmes, nous pouvons faire un modeste tour d'horizon de ce que nous ont apporté nos prédécesseurs et examiner les liens entre leurs découvertes et la maïeusthésie : la psychiatrie depuis Philippe Pinel jusqu'à nos jours, la psychologie, la psychologie positive, les approches de psychothérapies humanistes, existentielles, psychocorporelles, psychanalytiques, TCC, EMDR, haptonomie, transgénérationnel, transpersonnel, Gestalt-thérapie, psychodrame, systémie, thérapie orientée solution, etc.

2

Psychiatrie et maïeusthésie

La psychiatrie œuvre beaucoup au niveau des psychopathologies. Un de ses paradigmes est que le symptôme est lié à un « trouble » (*disorder* en américain) qui est la manifestation d'un dysfonctionnement qu'il convient de corriger. C'est donc un axe différent de la maïeusthésie et aussi de la psychologie de la pertinence. Cela n'empêchera aucunement la psychiatrie de s'intéresser à cet axe de la pertinence et à la maïeusthésie qui peut avantageusement s'en révéler complémentaire.

La psychiatrie œuvre depuis longtemps pour accompagner au mieux les personnes atteintes de souffrances psychologiques ou même de psychopathologies. Le psychiatre est médecin et ajoute à la psychothérapie des possibilités médicamenteuses. Le psychologue est aussi en mesure de réaliser un diagnostic (mais lui ne prescrit pas de médicaments), de faire passer des tests, et – s'il en a la formation complémentaire – de mettre en œuvre des psychothérapies. Tout comme le psychiatre, il peut être psychothérapeute s'il en a fait la demande à l'ARS (agence régionale de santé). Hors de ces deux cursus et d'une validation par l'ARS, les praticiens ne sont pas psychothérapeutes (ce terme est légalement réservé) mais s'appelleront « psychopraticiens » (terme retenu par les fédérations).

Que le traitement soit psychothérapeutique ou chimique, il y a, en psychiatrie, un diagnostic. La nécessité diagnostique trouve sa source dans des raisons thérapeutiques, mais aussi dans diverses contraintes administratives et financières des fonctionnements institutionnels. Quelles que soient ces nécessités et leurs pertinences, il se trouve qu'un diagnostic pose de nombreuses questions (et remises en question) au moins depuis 1946. Depuis le « Médical 203 » (militaire) en 1946, suivi du DSM-I en 1952, puis DSM-II en 1968, DSM-III en 1974, DSM-III-R en 1987, le DSM-IV en 1994. Nous arrivons ensuite au DSM-IV-TR en l'année 2000 dans lequel nous trouvons ce paradigme très précis :

Concernant le trouble : « Quelle qu'en soit la cause originelle il doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de l'individu. » (DSM IV-TR, p.XXXV)

Nous reviendrons plus loin sur cet aspect concernant les symptômes, par rapport à la psychologie de la pertinence.

Puis, après le DSM-IV-TR, actuellement nous en sommes au DSM-V.

En dépit de toutes ces recherches et de cet outil, le diagnostic n'est pas aisé, quel que soit le soin apporté à celui-ci. Si l'on en croit l'expérience de Rosenan¹, la certitude diagnostique est bien incertaine. D'autant que « *le diagnostic peut induire ce qu'on prétend décrire* », comme le fait remarquer le psychiatre Jean Maisondieu :

« La première chose à faire est de détruire la définition [sémiologique] ; à elle seule elle est capable de fabriquer tout ou partie de la symptomatologie dont elle est censée rendre compte [...] Le mécanisme de démobilisation des soignants et d'induction de la chronicité/irréversibilité est remarquablement efficace. Il aboutit à terme à la validation de la définition. Il auto-entretient la maladie dans le cadre qui a été fixé » (Maisondieu, 2001, p. 56).

Nous trouvons la même mise en garde dans l'ouvrage de Steeve Demazeux, consacré à l'histoire du DSM :

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

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

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

L'ouvrage de Steeve Demazeux résume une thèse qu'il a réalisée sur le DSM, qui est à la fois incisive et très respectueuse, car il ne s'agit pas de critiquer le DSM dans un sens négatif, mais d'en comprendre les justesses, les nécessités administratives incontournables, autant que les difficultés authentiques et les limites, de façon aussi objective et délicate que possible.

Il est possible que la psychiatrie envisage aussi le paradigme de la psychologie de la pertinence et celui de la maïeusthésie, en plus de ceux de la maladie ou de la santé. Son impératif diagnostique très ancré ne rend pourtant pas la tâche aisée. Dans son important ouvrage, *La Conduite d'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension*,

1. Rosenan, psychologue, a organisé une expérience avec plusieurs confrères : chacun d'entre eux s'est présenté en hôpital psychiatrique annonçant « j'entends des voix qui me disent "vide et creux" ». Ensuite ils se sont comportés normalement. Ils ont tous été diagnostiqués « schizophrènes » et sont ressortis avec la mention « schizophrène en rémission ». L'expérience ne visait pas à critiquer les confrères, mais à mettre en garde contre le risque du diagnostic.

On trouve le détail de cette expérience dans l'ouvrage de Paul Watzlawick, *L'invention de la réalité*, (1988, p. 131-158) et aussi dans celui de Steeve Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformation de la bible américaine de la psychiatrie* (2013, p. 107-111).

le Dr Shea Shawn Christopher nous présente un examen attentif de la qualité des entretiens en consultation... ce qui en fait la nature, l'humanité, l'efficacité. Illustré de multiples exemples cliniques, son ouvrage montre bien chez le praticien, la préoccupation d'un recueil de données à visée diagnostique. Toute la délicatesse envisagée se trouve parfois ainsi piégée dans cette nécessité. Le Dr Shea propose d'en adoucir au mieux l'éventuelle rudesse par un profond respect du patient, une alliance avec lui, un partenariat, une écoute attentive, des questions adaptées. Sans doute proche des préoccupations du psychiatre Charly Cungy nous ayant offert son ouvrage *L'Alliance thérapeutique* (2006), qui cependant propose une alliance du praticien et du patient... afin de mieux lutter ensemble contre la pathologie du patient.

La quête qui consiste à identifier le dysfonctionnement dans un projet diagnostique donne ainsi une teinture assez tenace aux dialogues, dont il revient au Dr Shea Shawn Christopher d'avoir adouci les contours autant que faire se peut. Il précise bien la nécessité de...

« [...] *faire comprendre au patient que le clinicien s'intéresse à lui en tant que personne et ne voit pas seulement en lui un nouveau cas médical.* » (Shea, 2005, p. 51)

Par exemple, cette patiente atteinte d'obésité et d'idées suicidaires : après qu'elle eut évoqué un moment où, dans sa chambre, elle avait éteint la lumière, allumé des bougies, s'était assise, le clinicien lui demanda ce qu'elle regardait dans cette chambre, puis si elle se souvenait d'autre chose, enfin, abandonnant son investigation sur l'observation ou les souvenirs, il proposa :

« *Que ressentez-vous d'autre dans la chambre ?* » (*ibid.*, p. 52)

Voici une question judicieusement posée dont le Dr Shea fait remarquer que de le demander au présent fait sortir le sujet de son « regard souvenir » pour être dans un ressenti plus actuel, plus précis, plus authentique, moins déformé. La suite du dialogue est toutefois teintée par la quête diagnostique :

Pt : patiente / **Clin.** : Clinicien

« **Pt** : *Oui ça m'a blessée profondément... [Elle se ressaisit] Mais bon, ça a toujours été comme ça.*

Clin. : *Vous vous attendez à ce que les autres vous fassent du mal ?*

Pt : *...oui, en effet, peut-être que je m'y habitue, peut-être même que j'aime ça.*

Clin. : *Pour en revenir à ce soir, dans la chambre, quand vous regardiez la flamme qui tremblotait, avez-vous songé d'une manière ou d'une autre à vous faire du mal ?* »

Quand elle répond que oui, il poursuit par :

« **Clin.** : *Quelles sortes de pensées aviez-vous ?* »

Dans ce dernier pas, l'on s'approche de l'existentiel, du ressenti, d'un possible chemin vers un état d'âme et des justesses à l'œuvre... Mais la nécessité diagnostique conduit le praticien à penser ici « personnalité état limite » et oriente involontairement son non verbal et son discours.

La quête diagnostique reste présente et, en dépit de toutes les douceurs authentiques, le patient ressent intuitivement que celui qui l'accompagne « enquête » (avec bienveillance certes) sur la faille qui permettra le diagnostic, puis le traitement (chimique ou psychothérapeutique).

Bien des approches psychothérapeutiques accompagnent ce cheminement vers les corrections de dysfonctionnements, plus ou moins, avec différentes nuances. Bien évidemment, cela est profondément juste lorsqu'il s'agit de dysfonctionnements... Remarquons toutefois que l'option du dysfonctionnement, quand elle est exclusive, induit une cécité d'inattention rendant aveugle aux pertinences... faisant manquer bien des entrées dans le fil de la raison du patient.

Faisons maintenant un modeste tour d'horizon des types d'approches de psychothérapie. Leur nombre et leur diversité ne permettent à aucune liste d'en rendre compte de façon exhaustive. Nous n'envisagerons donc que quelques-unes d'entre elles.

Déjà parus dans la collection Psychologies & Psychothérapies

BACHELART MAXIMILIEN, *L'Approche intégrative en psychothérapie. Anti-manuel à l'usage des thérapeutes.*

BARRIER GUY, *Les Langages du corps en relation d'aide. La communication non verbale au-delà des mots.*

LEROY ARTHUR, *L'Imaginaire de l'adolescence. Images de la puberté dans la société et en thérapie.*

—, *Star Wars, un mythe familial.*

PAMBRUN MARIE-LAURE, *L'Hypnose dans tous ses états. Dans le champ psychothérapeutique.*

VERMERSCH PIERRE, *L'Entretien d'explicitation.*

VILLALBA SEBASTIEN, *La Perversion narcissique entre mythes et réalités.*