

Jenny Locatelli
Edmond Marc

UN AMOUR QUI GUÉRIT

L'importance de la relation en psychothérapie



Enrick · B · Éditions

JENNY LOCATELLI
EDMOND MARC

UN AMOUR QUI GUÉRIT

L'importance de la relation
en psychothérapie
2^e édition

Enrick ·B·
— ÉDITIONS —

© Enrick B. Éditions, 2016, Paris
2018 pour la deuxième édition
Collection *Psychothérapie*

Couverture : originalité d'Annabel Fournier
Conception : comandgo.fr

ISBN : 978-2-35644-246-8

En application des articles L. 122-10 à L. 122-12 du code de la propriété intellectuelle, toute reproduction à usage collectif par photocopie, intégralement ou partiellement, du présent ouvrage est interdite sans l'autorisation du Centre français d'exploitation du droit de copie. Toute autre forme de reproduction, intégrale ou partielle, est interdite sans l'autorisation de l'éditeur.

Sommaire

Remerciements.....	9
INTRODUCTION.....	11

PREMIÈRE PARTIE CINQ PSYCHOTHÉRAPIES

PRÉSENTATION : Une histoire de vie... Vers un amour « désaliéné ».....	21
CHAPITRE 1. « Quand le jardin fleurira... » <i>50 ans sous psychotropes !</i>	27
CHAPITRE 2. « Jusqu'en prison » <i>Le chemin vers la liberté</i>	51
CHAPITRE 3. « Je crève de faim d'amour » <i>Du rejet à l'épanouissement</i>	71
CHAPITRE 4. « Sans ta main bienveillante... » <i>Devenir un adulte autonome</i>	91
CHAPITRE 5. « Une histoire d'amour de cinq ans... » <i>Pour sortir du cagibi</i>	109

DEUXIÈME PARTIE AMOUR, CROISSANCE ET PSYCHOTHÉRAPIE

CHAPITRE 6. Amour et développement.....	137
1. La révolution winnicottienne.....	138

2. L'attachement.....	143
3. De la petite enfance à l'âge adulte.....	148
CHAPITRE 7. Les perturbations du lien.....	159
1. Liens défaillants, carences et ruptures.....	159
2. Les parents toxiques.....	169
3. Quels effets ?.....	174
CHAPITRE 8. Renaître à l'amour :	
la réparation thérapeutique	179
1. La réparation au cœur du processus thérapeutique....	179
2. Régresser pour progresser.....	186
3. Le corps se souvient.....	190
CONCLUSION. Repenser la relation thérapeutique.....	199
BIBLIOGRAPHIE.....	209

Introduction

*« L'amour est un objet plus obscène
pour nos contemporains que le sexe.
Plus dérangeant. Plus intime.
Plus difficile à dire, à montrer, à penser »*

André Comte-Sponville (*Le goût de vivre*)¹

Longtemps, en France notamment, c'est le modèle psychanalytique qui a marqué la conception de la relation thérapeutique. Tout le monde connaît l'image, popularisée par les medias, de l'analyste enfoncé dans son fauteuil, hors de la vue du patient, allongé sur un divan. Silencieux, impénétrable, il ne répond au discours du patient, à ses mouvements émotionnels, à ses interrogations que par de brèves et rares interprétations faites en termes sibyllins. Il offre au patient un visage impassible, dépourvu de toute expression affective et l'échange se limite à une poignée de main. Ce portrait peut sembler caricatural, mais correspond trop souvent à la réalité, comme en témoignent de nombreux patients qui ont vécu cet accueil comme une douche glaciale.

D'autres analystes échappent heureusement à ce modèle froid et compassé. Certains manifestent vis-à-vis des patients plus de chaleur, plus de sympathie, une plus grande présence et plus d'ouverture à l'échange. *« Ces psychanalystes osent affirmer sur la pointe des pieds que ce n'est peut-être pas le transfert qui peut transformer la vie des gens mais la relation réelle »*.²

1. Albin Michel, 2010, p. 200.

2. François Roustang, *Le thérapeute et son patient*, édition Poche Essais, P. 14.

Les psychothérapies « humanistes »³, qui se sont répandues à partir des années 1970, ont contribué à ébranler ce modèle : elles ont considéré la relation thérapeutique comme une relation interpersonnelle profonde où le praticien doit faire preuve d'empathie, d'authenticité, de chaleur et d'implication affective.

Carl Rogers, psychothérapeute humaniste américain, s'est efforcé, par exemple, de repérer quelles étaient les attitudes les plus favorables de la part du thérapeute, en mettant l'accent sur l'importance fondamentale de la relation. Mais, malgré sa notoriété, il est encore trop souvent méconnu en France.

Le primat de la relation

Beaucoup de démarches thérapeutiques mettent au premier plan les théories sur lesquelles elles s'appuient et les techniques qu'elles utilisent. Alors même que toutes les études d'évaluation révèlent que ce sont les facteurs relationnels qui sont les plus opérants dans le succès d'une thérapie : « *La plupart des enquêtes ne montrent pas de corrélation constante et régulière entre la technique utilisée et l'évolution des patients [...]. En revanche, elles mettent en lumière un lien certain avec la qualité de la relation thérapeutique.* »⁴

La thérapie procède ainsi autant de l'art que de la science. C'est d'abord une pratique avant d'être une théorie et une méthode. Les qualités humaines du thérapeute, sa capacité à tisser un lien avec chaque patient, sont plus importantes et décisives que la théorie à laquelle il se rattache. Mais qu'est-ce qui fait la qualité de la relation ? Quelles sont les attitudes du praticien qui ont un effet thérapeutique et permettent la guérison ?

La réponse que nous voulons apporter, à partir de notre expérience clinique, est que *l'amour est le principe vivifiant de la relation thérapeutique* et l'élément agissant dans la transformation du patient. Cette

3. Comme l'approche existentielle, la gestalt-thérapie, l'analyse transactionnelle, etc. Cf. Edmond Marc, « La psychologie humaniste », in *Les fondements des psychothérapies* (sous la direction de M. Vinot et E. Marc), Dunod, 2014.

4. Cf. E. Marc, « Quelle évaluation ? », in *La psychothérapie aujourd'hui*, sous la direction de S. Ginger et E. Marc, Dunod, 2012, p. 55.

hypothèse pourra surprendre. Elle se heurte à un discours dominant dans le champ de la psychothérapie et à des résistances fortes que nous allons aborder un peu plus loin.

Nous nous efforcerons, bien sûr, de la valider tout au long de cet ouvrage en nous appuyant sur des exemples concrets et sur des réflexions théoriques qui nous permettront de la préciser, de l'approfondir et de la nuancer.

Indiquons tout de suite qu'il ne s'agit pas, pour nous, d'un postulat idéaliste ou d'une manifestation d'angélisme baignée de bons sentiments.

Si le terme d'amour s'est imposé en dépit de toutes les ambiguïtés et de tous les risques qu'il recèle, c'est qu'il semble le plus à même d'exprimer la qualité affective profonde du lien qui se tisse entre le thérapeute et son patient. Pourquoi l'amour serait-il absent de ce lien, alors qu'il est un des besoins fondamentaux de chaque être humain, condition de son épanouissement ? C'est parce que l'amour est au cœur du développement de la personne et de ses perturbations qu'il est le moteur du processus thérapeutique.

On pourra objecter que ça fait longtemps que la psychanalyse parle d'amour à travers les notions de libido, de relation d'objet, de narcissisme et de transfert. Mais c'est toujours du côté du patient que l'amour est envisagé alors que nous souhaitons l'aborder dans l'attitude du thérapeute à l'égard du patient. Comme le note Gilles Delisle, gestalt-thérapeute canadien : « *Les écrits ne manquent pas qui examinent le transfert érotique et ses rapports au cadre et on ne compte plus les publications montrant comment la psychothérapie peut aider à restaurer chez le client la capacité à aimer et à être aimé. Mais de la place, de la fonction de l'amour au sein même de l'entreprise thérapeutique, il est trop peu question.* »⁵ C'est précisément la perspective que nous avons choisi de développer dans ce travail.

5. Préface à l'ouvrage de Sylvie Dunn, *Le concept d'amour en psychothérapie*, Montréal, Éditions nouvelles, 2005. Il s'agit, à notre connaissance, du seul ouvrage qui traite de cette question. C'est un ouvrage très riche mais dont l'orientation est différente de la nôtre en ce sens qu'il prend appui sur les seuls concepts de la gestalt-thérapie, alors que notre perspective se veut transversale aux différentes démarches thérapeutiques et met davantage l'accent sur l'expérience clinique.

D'où viennent les résistances ?

Les réticences à reconnaître le primat de la relation et, au sein de celle-ci, l'amour du thérapeute pour son patient comme la force la plus agissante, viennent des thérapeutes eux-mêmes et non des patients ; en premier lieu des psychanalystes attachés au modèle traditionnel. Ils oublient que c'est à l'intérieur même du mouvement psychanalytique que ce modèle a d'abord été critiqué et amendé⁶.

D'autres prétendent s'appuyer sur une démarche « scientifique », comme les T.C.C. (thérapies comportementales et cognitives) et voient dans le praticien un expert guidé uniquement par des critères objectifs. Mais c'est sembler ignorer que la relation thérapeutique est une relation interpersonnelle dans laquelle la dimension humaine est primordiale. Il est intéressant d'ailleurs de constater qu'aujourd'hui les T.C.C., après avoir voulu l'éliminer, redécouvrent l'importance de l'alliance thérapeutique dans le succès de leur démarche.

Notre société a une foi profonde dans l'efficacité des techniques. Les psychothérapeutes n'échappent pas à cette tendance. D'autant que cette croyance est rassurante pour le praticien confronté à la tâche difficile d'aider son patient. Il voit dans la « bonne technique » la baguette magique qui le rendra tout puissant et le délivrera du doute et de la conscience qu'il ne peut pas tout.

Cette foi dans la technique rejoint la médicalisation croissante des troubles existentiels. N'est-il pas plus simple de penser que tranquillisants et autres pilules du bonheur suffisent à les traiter ? Pré-tendre que c'est en reconstruisant un lien humain et profond avec le patient qu'on pourra guérir ses blessures est dérangent pour ceux qui donnent une primauté à la technique ou à la théorie.

Enfin, le terme d'amour peut susciter des fantasmes de transgression et de sexualisation de la relation. Déjà Freud, quand il apprit que son disciple Sandor Ferenczi embrassait ses patients au lieu de leur tendre la main et pouvait les prendre dans ses bras quand ils

6. Par des psychanalystes comme Jung, Ferenczi, Reich, Balint, Winnicott, Bowlby, Nacht ou Kohut, dont nous reparlerons par la suite.

étaient dans un état de régression et de souffrance extrême, le mit fortement en garde contre ce type de pratique. Il voyait là une pente dangereuse et glissante qui pouvait conduire au passage à l'acte et jeter le discrédit sur sa démarche.

Il est donc important de dissiper ce fantasme et de préciser clairement de quel type d'amour on parle lorsqu'on applique ce terme à la relation thérapeutique.

De quel amour s'agit-il ?

En effet, le terme d'amour est ambigu du fait même qu'on l'utilise pour désigner des sentiments et des objets très différents : on aime son dieu, le chocolat, sa patrie, la musique, ses enfants, le luxe... « Faire l'amour » désigne l'acte sexuel mais l'amour est aussi un sentiment éthéré et platonique. Qu'y a-t-il de commun entre l'amour-passion qui justifie tous les excès et toutes les violences (« *je l'aimais trop ; je l'ai tuée* ») et l'amour du prochain prôné par les religions ?

Pour mettre un peu d'ordre dans cette confusion, les philosophes se sont appuyés sur les Grecs anciens qui utilisaient au moins trois termes différents pour désigner trois formes d'amour :

- *Eros* : c'est l'amour charnel sous-tendu par le désir et la pulsion sexuelle.
- *Philia* : c'est l'amour bienveillant, la générosité, le souci d'autrui, que l'on trouve, par exemple, dans l'amitié ou l'amour filial.
- *Agapè* : c'est l'amour altruiste et désintéressé, l'amour du prochain que prêche la religion, l'amour inconditionnel et universel ; le terme qui en est dérivé, *agapèsis*, désigne l'affection et la tendresse.

L'amour impliqué dans la relation du thérapeute à son patient est plus proche de *philia* et d'*agapè* que d'*éros* ; là où ce dernier est animé par la concupiscence et cherche à prendre et à posséder, *agapè* tend à donner dans un élan de générosité qui n'attend pas nécessairement de retour.

L'amour thérapeutique est donc un amour sublimé, débarrassé de ses dimensions pulsionnelles et narcissiques et libéré de ses traits névrotiques (illusion, jalousie, possessivité...). C'est dans ce sens que

nous utilisons l'expression d'« amour désaliéné ». Nous montrerons que ce n'est pas un idéal désincarné ; qu'il n'exclut pas que le thérapeute puisse éprouver à certains moments pour son patient toute la gamme des sentiments : l'affection, mais aussi l'agacement, l'agressivité, la colère, la lassitude...

L'amour thérapeutique est moins un sentiment qu'une attitude fondamentale faite de reconnaissance, d'acceptation, de respect, d'empathie mais aussi de congruence et d'authenticité. Il s'agit en même temps d'une attitude profondément humaine qui déborde largement le champ de la thérapie ; et, ce qui peut sembler paradoxal, qu'elle est aussi une aptitude professionnelle qui peut demander un long travail sur soi que le thérapeute effectue à travers sa thérapie personnelle, sa formation et la supervision de sa pratique.

Ayant indiqué dans quel sens nous utilisons le terme d'amour, nous pouvons maintenant préciser notre hypothèse : le patient vient en thérapie poussé par un mal-être et une forme de souffrance. « *Lorsque le travail psychothérapeutique permet enfin de toucher le cœur de cette souffrance, on atteint le noyau d'une expérience des plus douloureuses qui soit, où la personne se ressent comme ayant été privée de ce dont elle avait le plus besoin : être aimée* » (S. Dunn, *op. cit.*, p. 37). C'est la privation d'amour ou ses formes dévoyées (amour possessif, étouffant, pervers...) qui sont à l'origine de la plupart des troubles et des souffrances.

Ce qui peut alors aider le patient à se sentir en sécurité et en confiance, ce qui peut lui faire éprouver qu'il est pleinement accueilli et accepté, ce qui l'encourage à affronter les traumatismes qu'il a subis, c'est l'attitude aimante du thérapeute. C'est la condition nécessaire (mais non suffisante⁷) pour que le processus thérapeutique puisse se développer, pour qu'un lien nourricier puisse se tisser entre le patient et son analyste et pour que la thérapie arrive à exercer sa fonction réparatrice. Les techniques ne prennent sens qu'ancrées sur ce fond relationnel.

7. En effet, l'accent mis dans cet ouvrage sur la dimension relationnelle, insuffisamment prise en compte, ne signifie pas la réduction du processus thérapeutique à cette seule dimension (cf. E. Marc, *Le changement en psychothérapie*, Dunod, 2002).

Architecture

Notre démarche part de l'expérience clinique pour l'éclairer ensuite par des apports théoriques permettant de mieux la comprendre.

– **La première partie** expose « cinq psychothérapies » (en forme de clin d'œil aux *Cinq psychanalyses* de Freud).⁸

Chacune, suivie dans son déroulement, permet d'aborder, de façon particulièrement vivante, certaines dimensions de la relation thérapeutique et rend concrète la notion d'« amour désaliéné ». Il s'agit de cas authentiques restitués au plus près de l'expérience vécue. Ils sont accompagnés du témoignage personnel des patients eux-mêmes (témoignages publiés avec leur accord). C'est ce qui fait toute l'originalité de ce travail où le point de vue de l'analyste est confronté à celui du patient. Présentons brièvement ces cinq cas.

1. « *Quand le jardin fleurira...* »

Odette est une femme de soixante-dix ans qui, depuis son adolescence, survit d'hospitalisations en prises de psychotropes mais ne « vit » plus... Peut-elle espérer un changement au-delà de cette désespérance ? Il lui reste pourtant une petite flamme qui ne veut pas s'éteindre.

« *Durant toutes ces années ma psychothérapeute ne m'a jamais lâchée ; ses paroles : "Je suis là, je vous comprends, j'entends votre souffrance" m'ont raccrochée à la vie.* »

Ce cas nous a retenus par son exemplarité : il montre, contrairement aux idées reçues, qu'on peut entamer un travail thérapeutique et en recueillir les fruits à tout âge ; que le soutien relationnel peut remplacer souvent les psychotropes ; que le contre-transfert de la thérapeute, lucidement assumé, est un outil thérapeutique puissant.

2. « *Jusqu'en prison* »

Victor, trente-cinq ans, a été ballotté dans de nombreux bras de sa naissance à ses deux ans et demi ; puis placé dans un foyer dans un état physique déplorable. Plus tard, inconscient des dangers, il n'a eu aucune limite, toujours dans l'illusion et la confusion. La

8. Ces cinq psychothérapies sont issues de la pratique clinique de Jenny Locatelli.

première phase du travail thérapeutique permet « d'arrêter l'hémorragie » mais le mal est fait. Il va devoir assumer ses anciens agissements : Victor est derrière les barreaux.

Une évidence s'impose à la thérapeute : poursuivre le travail thérapeutique en prison.

« Ma thérapeute venue me rejoindre jusque-là ! Incroyable volonté de ne pas me laisser tomber, impensable soutien jusqu'au fond de ma prison. »

Ce cas permet d'aborder la notion d'« *acceptation inconditionnelle* » (Carl Rogers) ; l'importance de la solidité et de la continuité du cadre, au-delà des changements matériels ; mais aussi la dimension « éducative » de la thérapie, nécessaire pour certains patients (poser des limites, donner des repères, renforcer la conscience morale...)

3. « *Je crève de faim... d'amour* »

Violette, trente ans : « *Je souffre depuis mon enfance du rejet des autres.* » Elle a le sentiment que les gens la fuient ; elle ne s'aime pas et n'aime pas les autres. Elle refuse la vie sociale, « porte un masque » qui éloigne ceux qui l'entourent. Elle se replie, se déconnecte de la réalité qui l'agresse, préfère être dans son monde imaginaire, celui qu'elle s'est construit pour ne pas sombrer définitivement.

« Pendant de nombreuses années, j'ai crevé de "faim d'amour", tel un bébé qui n'est pas rassasié, qui hurle et que l'on n'entend pas. »

Ce cas montre qu'une personne qui n'a pas reçu dans son enfance l'amour d'une « *mère suffisamment bonne* » (Winnicott), sera incapable de s'aimer et restera toute sa vie affamée d'amour, sans pouvoir le trouver. Le travail thérapeutique cherche à « réparer » cette carence et restaurer chez le patient la capacité d'aimer.

4. « *Sans ta main bienveillante* »

Alexandre, vingt-quatre ans, a des relations très conflictuelles avec les femmes ; s'alcoolisant au point de ne pas pouvoir maîtriser sa violence. Il a été très fragilisé par une mère possessive, intrusive et incestuelle, lui donnant une place qui n'était pas la sienne.

Sa thérapeute a accordé à Alexandre l'affection et l'attention qu'il recherchait auprès de sa mère, en respectant sa juste place pour qu'il sorte de la confusion. Au fur et à mesure de sa thérapie, il a pu retrouver son identité et se libérer des colères qui l'envahissaient

et l'empêchaient d'exister autrement que dans la révolte et l'auto-destruction.

5. « Une histoire d'amour de cinq ans... »

Marie, cinquante-cinq ans, a connu une enfance épouvantable, maltraitée de façon odieuse par ses parents. À travers une profonde régression, elle a vécu en thérapie durant cinq années la vie de petite fille qu'elle aurait voulu avoir avec sa maman ; long travail de « re-parentage ».

« Cet amour inconditionnel que m'a donné ma thérapeute avec beaucoup de générosité, a amené cette petite fille à se réparer et à réapprendre à aimer sans peur. Cette "maman de cœur" m'a portée, m'a donné la force et le courage de dépasser les limites de l'insupportable, de l'innommable. »

Ce cas permet aussi d'aborder les notions et les aspects cliniques du « re-parentage », de la « régression », du « retour à la dépendance » et du « dégel du vrai self » (notions élaborées par D. Winnicott). Ces processus sont essentiels avec des patients ayant subi des traumatismes précoces.

– **La deuxième partie** de l'ouvrage apporte un éclairage théorique et méthodologique sur les cinq expériences thérapeutiques présentées dans la première partie.

Cette partie clinique a montré que la plupart des troubles dont souffrent les patients remontent à l'enfance et résultent de perturbations relationnelles qui ont entravé le développement normal des sujets.

C'est pourquoi on exposera d'abord, en s'appuyant sur les auteurs les plus importants, les aspects les plus saillants de ce développement, en insistant sur les facteurs affectifs car ce sont eux qui sont décisifs pour la croissance de l'enfant.

Ensuite, on verra comment les carences, les défaillances ou les traumatismes intervenus dans les relations parentales peuvent entraver durablement le devenir de l'enfant et, plus tard, de l'adulte.

Enfin, on soulignera la dimension essentielle de « réparation » dans le travail thérapeutique, réparation pour laquelle l'amour thérapeutique joue un rôle fondamental.

PREMIÈRE PARTIE

CINQ PSYCHOTHÉRAPIES

*« Qui, dans le corps où n'existe point d'amour,
sait l'y faire naître, celui-là est le médecin
le plus habile. »*

Platon

PRÉSENTATION

Une histoire de vie... Vers un amour « désaliéné »

*« Je ne sais pas si un jour j'écrirai un livre mais je sais qu'il parlera
d'amour... »*

Cette phrase écrite il y a trente ans dans mon journal intime m'interpelle.

Depuis ma plus tendre enfance, la compréhension de ce mot « amour » me poursuit et a marqué profondément mon existence. Enfant et jeune adulte, il m'a permis de supporter ; ensuite, il a donné un sens à ma vie.

Issue d'un milieu extrêmement modeste, famille nombreuse, avec une mère trop souvent absente (régulièrement hospitalisée pour dépression), j'ai dû, très vite, être adulte avant d'avoir le temps de le devenir, tant sur le plan affectif qu'intellectuel.

Un départ dans la vie qui ne pouvait que m'handicaper auquel s'est ajoutée l'interdiction paternelle de toute évolution intellectuelle ou sociale : j'ai toujours été attirée par les livres mais, longtemps, je ne me suis pas sentie le droit de les lire...

Un combat intérieur pour dépasser la peur inconsciente de ne plus être aimée : être exclue du monde ou exclue de ma famille. Pourtant,

je me souviens, enfant, des premières violettes que j'allais cueillir dans le sous-bois de l'autre côté de la rue, face à la « *baraque* » de mes parents. Je sens encore le parfum subtil de cette fleur si délicate qui me remplissait de bonheur.

Des questions plein la tête mais pas de réponse.

En cet automne de mes trente ans (qui fut mon printemps), l'air est doux. Au cours d'une promenade solitaire, dans un quartier de Paris, je m'arrête devant un immeuble. Un ouvrier change une baie vitrée. Je suis attirée par un texte affiché sur le mur à l'intérieur du local. Je pénètre dans cet espace. Une personne m'accueille chaleureusement. Nous échangeons. Je lui pose des questions sur son métier de psychothérapeute. Je l'écoute et m'interroge... Deux semaines plus tard, après avoir pris rendez-vous, je sonne et rentre, cette fois-ci, par la porte... Comme l'a dit Lao-Tseu, « *un voyage de mille lieues commence par un simple pas.* »

Je me disais toujours à propos de mon quotidien : « *Ce n'est pas ça la vie* ». Mariée très jeune, pour fuir, j'ai évidemment reproduit le schéma familial. J'ai dû continuer à me battre pour sortir de ma condition. Il n'est pas simple d'évoluer dans notre société en venant d'un milieu défavorisé. Je n'avais pas les clés de ce monde auquel je voulais accéder. Par ma volonté, j'ai gravi un à un les échelons de la hiérarchie sociale. Dans mon évolution intellectuelle, je ne pouvais plus me contenter de ces paroles fortement ancrées en moi : « *Pourquoi, quand je donne de l'amour, je reçois des coups...* ». J'étais prête à entendre autre chose, à comprendre. Ne pas rester victime, ne plus subir... Je devais avancer, mais quel chemin prendre ?

Chaque semaine, j'avais hâte de rencontrer ma thérapeute pour parler de ce que je vivais et ressentais au quotidien. Je n'avais pas de symptômes marqués mais je cherchais ma vraie « *place* ». J'avais une soif d'équilibre, d'évolution, d'être. Mais est-ce que cela était possible pour moi ?

Les jours, les semaines, les mois et les années ont passé... Je n'étais plus comprise par mon entourage. J'avais emprunté une autre voie. J'ai dû tout quitter... J'étais seule. J'ai eu peur, parfois très peur de la solitude. J'avais alors souvent l'impression d'être un funambule à mi-parcours. Sur ce fil je voyais au loin, très loin une plateforme mais rien après... Je ne pouvais regarder ni en arrière, ni sur les côtés, simplement avancer pour ne pas chuter. Seule, en équilibre instable, je devais continuer ce chemin, le mien, pour ne pas retomber dans mes schémas habituels de comportement et aspirant alors de tout mon être à leur échapper. Le chemin a été douloureux et la

vie m'a paru souvent très injuste. La « *présence* » de ma thérapeute qui, toutes ces années, avec beaucoup de patience, sans jugement, m'a rassurée sans cesse et permis de dépasser la souffrance. Sans elle, cela n'aurait pas été possible.

Au fur et à mesure de mon travail thérapeutique, je devenais plus confiante, je sortais de la dépendance affective, j'allais de plus en plus vers mes désirs. Quelle satisfaction de pouvoir dire « *non* » sans avoir peur de blesser ou tout simplement de ne plus être aimée.

Cette démarche a été le plus beau cadeau de ma vie. J'aimerais le partager : le bonheur existe. Je suis convaincue, aujourd'hui, qu'il ne dépend que de moi, quels que soient les handicaps initiaux et les difficultés rencontrées. Mes parents, ces premiers autres, m'ont donné ce qu'ils pouvaient et j'ai dû faire avec. Comme le dit si bien Jean-Paul Sartre, « *l'important n'est pas ce que l'on a fait de moi mais ce que je fais de ce que l'on a fait de moi.* »

Ce chemin, je l'ai fait pour comprendre mon histoire d'abord et, ensuite, apprendre à m'aimer pour mieux aimer. Apprentissage que j'ai voulu transmettre en exerçant ce métier de thérapeute. C'est une formation longue et difficile tant sur le plan pratique que technique mais c'est surtout une connaissance de soi qui passe par un long chemin d'introspection. Comme le dit Svâmi Prajnâpad, le thérapeute « *vous aime et vous aide à vous rendre libre de votre problème pour vous permettre d'être heureux.* »

Quand je parle d'amour altruiste (donner sans attendre de recevoir), je ne parle pas seulement d'un sentiment mais d'une attitude, de quelque chose qui est là, en nous. Pas n'importe quel « *amour* » mais celui qui a été « *dépollué* » de toutes les souffrances liées à la jalousie, à l'envie, au manque de reconnaissance. Personnellement, je suis aujourd'hui convaincue que l'amour est le sujet et le vecteur, le but et le moyen de la thérapie, servi par les différentes techniques psychothérapeutiques.

L'« *amour en soi* » est une force vitale agissante permettant de s'ouvrir à l'autre et d'évoluer en permanence malgré les difficultés rencontrées qui peuvent décourager à maintes et maintes reprises.

Depuis ma plus tendre enfance, je suis dans cet état d'esprit ; cette conviction nourrit chaque instant de ma vie. Il m'est très souvent arrivé, dans une période de souffrance, de distinguer, malgré tout, la beauté de la vie. Je suis convaincue qu'il s'agit d'une manifestation de l'amour, de cet amour indispensable à l'épanouissement d'une vie et qui, seul, lui donne un sens véritable. Il s'agit souvent de petites choses : une attention, de la bienveillance, un sourire, un encouragement...

Mon vécu de thérapeute utilisant comme fondement la dimension d'amour dans la relation thérapeutique m'amène à vouloir partager avec un plus grand nombre cette expérience.

Être aimé, s'aimer, aimer sont les trois étapes de la démarche des patients qui viennent consulter pour dépasser leur mal-être.

J'ai toujours été frappée par le fossé qui existe trop souvent entre le sujet qui motive le patient (l'amour) et la distance que beaucoup de techniques thérapeutiques préconisent. Il me paraît difficile d'apprendre à quelqu'un à s'aimer sans transmettre une affectivité sincère mais « désaliénée ».

Ce que j'appelle l'amour « aliéné » – dont les manifestations relèvent effectivement bien plus du pathologique que du « normal » – est un amour fusionnel, passionnel qui consume ses protagonistes, manifestation de névroses non dépassées : jalousie, possessivité, envie, complexe de supériorité, d'infériorité, recherche de reconnaissance...

L'amour « désaliéné », amour altruiste, nécessite une lucidité sur soi-même, sur l'autre et sur sa propre relation à l'autre, qui, à un certain niveau d'introspection, fait émerger la capacité à aimer (Soi, l'autre, les autres.) différemment. Cet amour désaliéné est le véritable amour : amour paisible, qui ne peut naître que d'une sérénité intérieure, donc dans le partage, le respect, l'acceptation de la différence... comprendre son fonctionnement souvent par la découverte de l'origine de ses névroses ; il peut alors faire la part entre ses propres sentiments et aspirations, et ses comportements névrotiques.

Cette dimension d'amour n'a rien de mystique car, d'après mon expérience personnelle et professionnelle, elle est accessible à tout un chacun, peu importe qu'il croie en Dieu ou non. Par contre, la démarche permet de clarifier le rapport du patient à sa pratique religieuse quelle qu'elle soit.

L'amour « désaliéné » rejoint manifestement certains aspects de la pensée bouddhiste : *« Ne pas être attaché ne signifie pas que l'on aime moins une personne, mais que l'on n'est pas essentiellement préoccupé par l'amour de soi à travers l'amour que l'on prétend donner à l'autre ».*

L'amour « désaliéné » est plus proche d'Agapè que d'Eros par le don sans contrepartie auquel s'ajouterait une lucidité sur soi-même et sur sa relation aux autres, lucidité permettant d'échapper à la dimension sacrificielle et divine de l'amour chrétien : *« Ce serait bienveillance sans concupiscence, joie sans égoïsme (comme une amitié libérée de l'ego), et pour cela sans rivage : l'amour désintéressé, le pur amour, comme disait Fénelon, l'amour sans possession ni manque, l'amour sans*

convoitise, comme dit Simone Weil, celui qui n'espère rien en retour, celui qui n'a pas besoin d'être réciproque, celui qui n'est pas proportionné à la valeur de son objet, celui qui donne et s'abandonne... »¹

Cette lucidité s'acquiert par un long travail d'introspection menant au détachement, à la désaliénation. Ce travail individuel se concrétise dans la capacité à vivre des relations sincères, authentiques, altruistes avec les autres comme avec un autre.

Je ne parle ni de grâce, ni de don, mais de cette capacité de tout humain à « être ».

Cette dimension d'amour ne se limite pas à ma vie affective personnelle mais fait également partie intégrante de mon quotidien de psychanalyste intégrative.

Le thérapeute n'ayant pas atteint cette harmonie intérieure, quelle que soit l'efficacité de sa technique, ne permettra pas l'épanouissement véritable du patient, même si ce dernier accède à la compréhension de ses mécanismes inconscients.

Comment, sans une bonne dose d'amour, pourrions-nous établir une relation de confiance, tisser du lien, pour parvenir finalement à assouplir nos défenses ?

D'après mon expérience, la « guérison » du patient est grandement favorisée, accélérée par la rencontre entre la pulsion de vie du patient, si faible soit-elle, et l'amour « désaliéné » du thérapeute. C'est l'altruisme, l'amour paternel/maternel du thérapeute pour le patient qui permettra au bourgeon de la pulsion de vie du patient de s'épanouir. Le thérapeute laisse sa propre pulsion de vie entrer en résonance avec celle du patient lorsque celle-ci est « accessible ».

L'amour « désaliéné » est un vecteur de guérison parce qu'il ne laisse plus subsister qu'un minimum de peur. Cet amour ne nous retire rien, au contraire, il nous nourrit. Nous acceptons de ne pas être dans la toute puissance dans notre relation à l'autre, de nous tromper, de ne pas savoir, d'être impuissant face à certaines situations de la vie. Être ce que l'on est, avec ses faiblesses, ses forces, tel est l'« amour altruiste » donc « réparateur ».

Or, l'amour adulte/adulte doit être « libre » pour être « heureux ».

L'amour thérapeutique est-il un concept abstrait ? Est-ce donner ? Est-ce frustrer ? Est-ce rester neutre ? Ce pourrait être simplement respecter l'autre, là où il en est de son aptitude à donner et à recevoir.

Dans le respect du patient, la dimension d'amour présente dans la relation thérapeutique permet de toujours trouver le mot, la phrase,

1. André Conte Sponville, 2001.

l'attitude juste car l'amour désaliéné est la garantie d'une empathie réelle.

La neutralité bienveillante dont parle la psychanalyse me paraît plus une protection du patient vis-à-vis de l'inachèvement éventuel du travail personnel du psychanalyste qu'un véritable outil de travail thérapeutique.

L'amour est le liant qui donne toutes leurs dimensions aux techniques thérapeutiques. C'est le liant qui tonifie le lien. Le chemin thérapeutique doit nous conduire, non vers un amour idéalisé, donc hors de portée, mais vers un amour réel, possible, accessible.

Cet amour-lien est un état psychique lié à une évolution personnelle et caractérisé par la capacité de donner sans attendre en retour, amour qui purement et simplement « est ». Oublier son ego, se réjouir du bonheur de l'autre, trouver l'amour en soi, l'amour de soi, l'amour des autres, telle est la conception de l'amour qui opère dans la relation thérapeutique.

L'énergie – plus exactement la dynamique relationnelle – du thérapeute, prend sa source dans la relation contre-transférentielle au patient. Son utilisation réfléchie et efficace est conditionnée par la qualité de l'analyse du thérapeute. Le risque est la confusion entre l'authenticité bienveillante – qui est libératrice – et le contre-transfert non maîtrisé – qui nourrit les résistances et empêche le travail thérapeutique. Travailler avec l'outil transférentiel n'exclut donc en rien la dimension d'amour et inversement.

« Désaliéner » l'autre est possible grâce à la « désaliénation » de son propre amour : « *un thérapeute non dogmatique (est) avant tout soucieux d'adapter sa méthode et son discours aux idiosyncrasies de ses patients sans pour autant les aliéner.* »²

Lorsque je lis que « *Freud nous a laissé une œuvre immense et toute sa doctrine est marquée par son désir de déceler l'origine de la souffrance de l'autre en se servant de son propre moi* »³, je suis convaincue que mon « Moi » de thérapeute doit être aimant pour être efficient.

2. Paul Roazen, *Introduction à la pensée freudienne*, Éd. Payot & Rivages, p. 167.

3. Nasio J.-D. « *Introduction à l'œuvre de S. Freud* », Paris Éd. Payot & Rivages, 1994, p. 20.