

TROUBLES AFFECTIFS

Et

MEMOIRES AFFECTIVES

INTRODUCTION

Comment définir un *trouble affectif* ? Rien de mieux que d'ouvrir un dictionnaire, faire une revue de la littérature ou écouter nos patients définir eux-mêmes cette notion. Explorons cette dernière méthode en nous appuyant sur deux situations cliniques dans lesquelles les troubles s'expriment dans les relations amoureuses.

Comment se construisent les troubles affectifs ? Comment les thérapeutes en retrouvent-ils les traces et les modèles de construction lors des rencontres thérapeutiques ? Comment déconstruire et reconstruire et à partir de quelles bases ? Ce seront les principaux axes développés dans cet article, soutenus par des extraits de séance significatifs. On y discutera des moyens de travail mis en œuvre, de la construction des hypothèses et de leur mise à l'épreuve. Suivra une discussion avant de conclure cet écrit.

Le fonctionnement affectif se construit dès le début de la vie dans la manière dont les parents vont prendre soin, regarder, entendre et s'adresser à l'enfant. Celui-ci apprendra aussi au travers des modèles présentés par les parents, c'est à dire apprendre ce qu'est une mère, un père, une femme, un homme et un couple. A partir des interactions précoces, des modèles, des croyances et des fantasmes prennent forme. Nous conservons tout au long de notre vie une capacité à apprendre et nous adapter. Face à une vie affective trop chargée de souffrance, le travail thérapeutique utilisera cette capacité pour effectuer les ré-aiguillages nécessaires.

Le psychologue construira ses hypothèses de travail à partir du monde du patient. Ce sera un travail d'identification, d'analyse, de déconstruction des éléments conscients et inconscients provenant de l'histoire du patient. Puis un travail de reconstruction et de fortification de nouveaux concepts, modèles, ressentis et vécus du présent. Celui-ci sera détaché d'une histoire passée et finie.

Mes méthodes de travail trouvent leurs origines dans mes formations principalement axées sur une approche théorique psychanalytique et une approche systémique. Ces théories permettent d'élaborer verbalement des situations douloureuses et bloquées. Leur complémentarité est associée à l'utilisation de l'hypnose. Cette technique permet d'accéder à la mémoire du corps issue des événements de vie. Ceux particulièrement marqués émotionnellement vont y laisser des traces. Je les considère aujourd'hui comme une mémoire plus puissante que celle explicite et verbale. L'hypnose permet d'accéder et de modifier ces marques corporelles, sensationnelles, souvenirs implicites ou explicites y étant d'emblée associés.

Il n'est pas nécessaire, voire il peut être dangereux, de vouloir retrouver ou d'inventer verbalement un souvenir inaccessible, refoulé ou inconscient. L'utilisation de la mémoire du corps est suffisante pour provoquer des modifications concrètes dans la vie actuelle du patient.

Pas de technique préfabriquée, mais un accueil à ce qui arrive et une co-construction du travail psychothérapeutique avec le patient qui est et reste l'expert de sa propre histoire.

Mon expertise se situe au niveau de l'appréhension du processus sous-jacent à nos rencontres, ma capacité à utiliser mon appareil à penser (cerveau), mon appareil à ressentir (corps) et à les utiliser en lien avec ce qui se déroule avec chaque patient.

La psychothérapie devrait être du sur-mesure : une psychothérapie adaptée à chaque personne. En somme, un travail et une approche qui allient haute couture et haute voltige.

1 - SITUATIONS CLINIQUES

1.1 - METHODOLOGIE CLINIQUE

Je travaille avec une alternance de récits, d'élaboration verbale et de séances d'hypnose. Celles-ci sont intégrées aux échanges verbaux lorsque les émotions intenses qui y sont associées surgissent. Le patient glisse dans cet état hypnotique sans induction formelle. C'est au cours de notre première rencontre que j'informe le patient sur le fait que j'utilise l'hypnose.

Mon choix des situations cliniques¹ est lié à mon désir de partager ma réflexion sur les chemins possibles pour accéder au changement. Rome peut toujours être la destination finale, nous savons que tous les chemins y mènent. Mais lorsque le patient arrive dans notre cabinet, il ne sait plus quel chemin prendre. Au pire, complètement bloqué, il ne sait plus qu'il existe un chemin pour s'y rendre.

Mon travail consiste à le guider pour avancer ensemble sur des voies difficiles, oser emprunter de nouveaux chemins. Une bonne alliance et une sécurité affective sont essentielles. Elles sont en perpétuelle construction et fluctuation au cours des séances. Avec des personnes marquées par des ruptures affectives, des violences et des abandons, le thérapeute doit garder un intérêt particulier et une attention constante à celles-ci pour pouvoir travailler.

Ces situations seront illustrées par des extraits de séance à certains moments de la thérapie.

Le but de cet article n'est pas de montrer l'efficacité de telle ou telle prise en charge avec ses résultats effectifs qui restent, espérons le, non définitifs. En effet, la vie *est* mouvements et changements. Le pouvoir d'adaptation est une nécessité vitale que la thérapie permettra de retrouver. L'objectif est de souligner le processus même qui mène aux changements.

Pour chaque patient, les hypothèses sont construites à partir:

- des faits et des nombreux détails énoncés et mis en acte dans la relation.
- des paroles, des silences, de tout ce qui fait acte et donne sens à l'interaction dans le contexte thérapeutique.
- de ce que je vis, je ressens, j'entends, de ce qui apparaît en moi et sur la scène thérapeutique.
- de la différenciation entre ce qui appartient au thérapeute et ce qui appartient au patient. Cette différenciation est fondamentale.
- des conséquences liées à tous ces éléments qui apparaissent dans l'interaction et qui fondent de nouveaux fonctionnements psychiques ou en réactivent d'anciens, soit sur le versant ressources, soit sur le versant pathologique. Le versant pathologique sera

¹ Des données sont modifiées de manière à ce qu'il soit impossible de reconnaître les personnes dont il s'agit.

repris jusqu'à l'obtention de ce que le patient décidera comme confortable, acceptable ou agréable pour lui.

Telle ou telle hypothèse sera privilégiée en fonction du contenu, de mon ressenti et de mon vécu dans nos interactions ici et maintenant des séances.

1.2 – Madame Jenesuispassûredéxister:

1.2.1 - Demande/symptôme

Madame Jenesuispassûredéxister entre dans mon bureau et se demande sur quelle chaise ou fauteuil elle va bien pouvoir prendre place. J'attends qu'elle choisisse.

Encouragée par mes paroles, elle reste incertaine quant au fait d'être finalement sur mon fauteuil ou sur celui qui pourrait devenir le sien.

Mal à l'aise, elle le restera suffisamment longtemps, quelques mois, jusqu'à ce qu'elle puisse aborder sa difficulté à venir...

Toujours peur de se sentir jugée.

Jamais sûre d'avoir dit ce qu'elle voulait dire, elle peut facilement donner la responsabilité aux autres de ses propres paroles : « c'est vous qui me faites dire des choses que je ne pense pas. »²

Elle avance à reculons pour se rendre à ses séances.

« Je vais encore devoir faire face à ce que je n'ai pas envie de voir » dit-elle...

Mère de deux enfants, mariée, Madame Jenesuispassûredéxister fréquente simultanément d'autres hommes.

Un autre en ce moment, et les autres avec lesquels elle pourrait avoir des relations sexuelles...

Tous les autres... Chaque rencontre masculine la met en difficulté. Des pensées sexuelles s'infiltrèrent en elle, malgré elle.

Très peu d'éléments de son enfance, juste cette affirmation répétée, toujours accompagnée de larmes: « je ne comprends pas, j'ai eu une enfance heureuse... ».

Un père totalement absent de son discours et des séances.

Madame Jenesuispassûredéxister a 42 ans lorsqu'elle vient me voir. Elle est mariée depuis 20 ans. N'ayant pas de désir sexuel pour son mari, elle a toujours eu des doutes sur l'amour qu'elle lui portait réellement. « Depuis toute petite, c'est comme ça. J'ai été amoureuse longtemps d'un garçon et très vite, j'ai été attirée par d'autres garçons en parallèle. »

Sa demande de départ est :

- « je voudrais accepter ma situation »
- « je voudrais retrouver une vie sexuelle avec mon mari ». Elle m'explique qu'ils ont vécu une rupture après 1 an de relation. Elle a rencontré d'autres hommes avec lesquels elle n'a pas été satisfaite et a vécu des humiliations. Son futur mari vient la rechercher après un an et demi de séparation : se sentant fière d'être désirée, Madame Jenesuispassûredéxister accepte mais n'est plus sûre d'être amoureuse. Elle s'entend bien avec lui et rêve de retrouver une harmonie dont on ne sait si elle a déjà connu un tel état ni ce que ça représente vraiment pour elle...

² Tout ce qui est écrit entre guillemets correspond mot pour mot aux discours des patients.

- « je m'enferme dans le cadre dans lequel ma mère me met. »
- « j'aimerais bien comprendre pourquoi je me laisse faire avec les hommes... »

Toutes les séances, à partir de la seconde, seront remplies de larmes irrépressibles et incompréhensibles. Madame Jenesuispassûredéxister doute des raisons de ses pleurs. « Pas de bonne raison ni de vraie raison... parce que quand même, il n'y a rien de dramatique. Mon enfance a été heureuse, j'ai un mari, des enfants, un travail. Tout va bien... »

1.2.2 - Extraits de séances

Troisième séance : Madame Jenesuispassûredéxister aborde les relations qu'elle entretient avec sa mère. « Je suis restée une ado avec elle. Il faudrait que je fasse comme elle dit et que je sois comme elle voudrait que je sois » Elle aborde alors les décès précoces dans la famille d'origine de sa mère. De la maladie invalidante de sa mère qui se déclare lorsqu'elle-même a 13 ans. « Je ris mais peut-être que demain ils seront tous morts » dit-elle avant de s'effondrer en larmes.

Sixième séance : « à la dernière séance, vous m'avez fait dire que je n'aimais plus mon mari, donc ça ne va plus depuis. Quoique que je fasse, ça ne va pas. Je reste, je ne reste pas, je n'arrive à rien... Je ne sais pas »

Huitième séance : Elle pleure tout le temps depuis trois jours. « Je n'ose pas aller vers les gens, je reste dans mon coin. J'ai l'impression de ne pas être intéressante. Je m'empêche de penser. Je n'ose rien faire même aller dans une boutique ou téléphoner à quelqu'un. J'ai peur d'avoir l'air bête. J'ai toujours eu l'impression de ne pas être à la hauteur. J'ai toujours eu l'impression d'être jugée négativement par ma mère. Je ne sais pas.... » Madame Jenesuispassûredéxister pleure... Elle a réfléchi à des souvenirs comme je le lui avais demandé. Elle n'a trouvé « que des souvenirs tristes... non » précise-t-elle après un long silence « désagréables ». Elle affirme pourtant, une nouvelle fois avoir eu une enfance « gaie et bien remplie ».

J'en profite pour lui demander de laisser venir en elle un souvenir gai. Elle cherche.

hypnose : Après quelques minutes d'attente, je lui demande la manière dont son corps réagit à cette recherche. Des tremblements apparaissent dans ses mains. Elle les observe. Ils montent le long de ses bras. Elle se retrouve projetée dans un souvenir lorsqu'elle a environ 12 ans. Assise à l'arrière de la voiture que sa mère conduit à côté du fils d'amis de ses parents. Il a 19 ans et lui touche les seins. Elle est bien développée physiquement. Sa mère se retourne. Rien n'est dit. Elle est humiliée : « j'avais honte ». L'hypnose va lui permettre de réécrire le scénario et crier à sa mère « arrête de te retourner ». Lorsqu'elle aura réglé la question concernant sa mère, elle va ressentir les mains du jeune homme sur ses seins. Elle le repousse en disant : « non ».

La séance suivante commence par un « je ne sais pas.... » suivi d'un silence et d'un autre « je ne sais pas... ». Madame Jenesuispassûredéxister va réussir, sous mes encouragements à développer son idée malgré ses peurs énoncées de paraître une fois de plus stupide : « c'est important que je sois sûre à 100% avec des arguments A+B irréfutables. Par exemple être sûre de mes choix de vie à 100% ». Nous travaillons à nouveau en **hypnose** à partir de ses sensations. Quand elle pense être sûre à 100%, un mouvement de fermeture du haut de son

corps apparaît. Je l'amplifie en lui proposant de laisser son corps se fermer autant qu'il en a besoin. Après quelques minutes, son corps se déploie à nouveau. Ce mouvement d'ouverture lui fait du bien. En fin de séance, je lui donne pour tâche d'observer dans sa vie quotidienne ces mouvements d'ouverture du haut de son corps.

La fois suivante, *dixième séance*, est un tournant dans notre travail. Immédiatement assise, elle dit : « Je lutte pour ne pas être dans le vide. Je me sens nulle » A ce moment, j'ai l'impression qu'il s'est passé quelque chose d'important en elle car elle dit immédiatement quelque chose une fois assise, associé à une certaine vivacité. Très vite cette impression s'effondre en moi. A nouveau le silence s'installe, une certaine passivité. Elle me regarde. Comme elle semble attendre quelque chose, je lui demande ce qu'elle attend. Surprise par cette question, elle me dit ne pas comprendre... Elle complète : « rien ». Je lui fais remarquer qu'à chaque séance, elle reste régulièrement silencieuse en me regardant. Comme si elle attendait quelque chose de moi. Je lui dis qu'elle ressemble à un oisillon attendant sans cesse la becquée... mais une becquée qui n'arriverait jamais vraiment. Des larmes apparaissent. Elle est très surprise par sa réaction qu'une fois de plus elle ne comprend pas.

Je la focalise sur ses sensations.

Hypnose : son cœur se serre violemment. Elle a mal. Elle dit qu'elle n'a pas respiré à la naissance. Elle ajoute « comment peut-on aimer un enfant qui va mourir ? » Je lui demande de regarder à l'intérieur d'elle ce qui serre son cœur. Des mains le tiennent. Elle va réussir à les pousser. Puis son cœur bat tranquillement. La douleur est partie. Fin de séance.

Madame Jenesuispassûredéxister reprendra ce thème dès la *onzième séance*. « Je ne sais pas commencer... J'appréhende toujours le moment du début. » Elle associe alors avec sa naissance. Je la focalise sur les sensations qui apparaissent.

Hypnose. Une grande tension dans le haut du corps qui se ferme. « je ne suis pas à l'aise avec ma respiration... je ne sais pas pourquoi ». Nous travaillons à partir de ses sensations.

Je lui dis de laisser son corps la guider. Je lui propose de devenir observatrice des modifications que son corps opère, de les accueillir, de faire confiance en son corps qui saura trouver ce qui lui convient.

Durant ces séances, je suis très présente et soutenante. Lorsque c'est trop douloureux, je peux proposer une aide physique comme par exemple, poser ma main sur l'épaule³. Je focalise l'attention dissociée sur le contact de cette main en précisant que la personne ainsi n'est plus seule. Je suis là. Simultanément, une autre partie d'elle-même observe une autre partie de son corps : là où se déroulent les douleurs, les difficultés... qui vont se modifier. Dans ce cas, après de longues minutes associés à des sensations rudes à supporter (douleurs et suffocations), elle finira apaisée.

Lors de la *douzième séance*, elle aborde les décès qui ont eu lieu dans sa famille. Décès précoces dont celui d'une tante à laquelle sa mère la compare souvent. Mort accidentelle, lorsqu'elle avait 46 ans, elle menait une vie « pas comme il faut » : entendez au niveau des relations avec les hommes. Madame Jenesuispassûredéxister regrette qu'elle ne soit plus vivante. « Elle aurait pu me comprendre, me soutenir. J'aurais pu me confier à elle car avec ma mère c'est impossible. Elle répète tout à tout le monde... »

³ Je demande systématiquement au patient s'il est d'accord pour un tel geste (une main sur l'épaule par exemple) et j'informe immédiatement sur la possibilité de me dire d'enlever ma main. De plus, je vérifie régulièrement si la personne veut que j'enlève ou que je laisse ma main. C'est un geste entre êtres humains de soutien. Je suis très attentive à tout risque de vécu par le patient d'intrusion ou autre vécu de répétition de violence...

Ce sera l'occasion à la *séance suivante* de s'interroger : « je suis l'image construite par ma mère ou je peux m'opposer ? être qui ?... je suis perdue ». Elle ajoute trouver « ça confortable un temps. Mais après je ne sais plus... Si ce n'est pas naturel... je ne sais pas » Je la focalise à nouveau sur la manière dont son corps réagit à cette évocation.

Hypnose : une grande tension apparaît qui a une forme qu'elle ne sait décrire. Je lui propose de laisser sa main dessiner cette forme dans les airs. Elle regarde ce qui apparaît. Elle n'aime pas cette forme et se décide à la modifier. Durant toute cette séance, elle va modifier et regarder... et re-modifier... Je la laisse faire. Je l'encourage parfois en lui disant « laissez votre main faire ce qu'elle a à faire... découvrez... observez... » Après une quinzaine de minutes de travail, elle finit par dire : « je regrette ces modifications ». Je lui propose de prendre son temps pour évaluer et observer ces formes. Elle conclut : « je crois que je ne voulais pas les changer ». La tension dans son corps est partie.

Lors de la *quatorzième séance*, elle dit s'être rapprochée de son mari. Malheureusement, elle ajoute: « il n'est plus motivé par son couple. »

Elle débute la *séance suivante* par son appréhension de « venir ici. Je dois faire face à des choses que je ne veux pas voir. J'ai toujours peur de me sentir jugée. Je me demande si j'ai peur de changer ? »

Lors de la *seizième séance*, elle annonce son incapacité à rompre avec son amant. Elle dit « mieux vaut que je souffre plutôt que rien... mieux vaut une intensité émotionnelle plutôt que le plat... C'est ça qui fait que je me sens vivre... »

A la *séance suivante*, elle énonce clairement son besoin de tendresse, d'attention. « je ne veux pas de sexualité, je veux juste me poser et être dans les bras de mon mari tranquille ». Elle a rencontré un homme auquel elle a dit : « ni oui ni non, mais avec une impression de ne plus me laisser faire comme avant ».

A la *dix-huitième séance*, elle dit être triste : « avec mon mari tout geste de tendresse mène à la sexualité... je voudrais être sûre de l'aimer ». Elle pleure beaucoup et ne peut plus parler. Je vais reprendre cette question de certitude tant recherchée et induire un état hypnotique sur les sensations associées.

Hypnose : son ventre se creuse. « ça fait comme une vague... »... « une vague figée... » « ce serait bien qu'elle tombe et prenne la place de ce qu'elle a creusé... » « ça se pose, ça se balance un peu et c'est tout plat... » « c'est vert kaki, pas très chouette... » je lui demande si elle veut faire quelque chose... Pleure beaucoup et dit « je n'arrive pas à trouver la bonne couleur... » Pleure encore et dit « j'ai juste envie de pleurer... » Je lui dis que c'est très bien. Qu'elle peut laisser ses larmes couler, partir, nettoyer ...ou autre... « c'est juste un fil noir sur un fond blanc ou blanc sur fond noir... » Je lui dis encore que c'est très bien, qu'elle prenne le temps de bien observer... Puis : « c'est mieux pour vous ? » « je ne sais pas... c'est plus léger et plus discret » Je reprends : « quand c'est plus léger et plus discret, c'est mieux pour vous ? » « oui, c'est sûrement mieux... » « c'est vidé avec des choses en moins... » « trop vidé... il y a un fil vertical trop fin » Je lui demande de quoi elle aurait besoin. « j'ai besoin qu'il s'étoffe... il y a comme des trucs pelucheux qui viennent s'accrocher... C'est molletonneux... » je lui demande si c'est agréable ? Confortable ? « confortable oui... » Je lui propose de prendre

conscience de ce qui est confortable en elle, « maintenant, pour vous... ». Elle finit cette séance sur « un axe qui a de la consistance en moi. C'est bien posé... »

1.2.3 - Hypothèses et questionnements

Dans cette situation, voici des éléments qui vont me permettre de construire mes hypothèses de travail:

1 – L'essentiel est l'incertitude qui envahit tout son discours et son être. La question concernant sa place apparaît dès la première séance avec le choix des chaises. Elle va s'éclairer avec le risque de sa propre mort dès le début de sa vie, celle liée à la maladie grave de sa mère et celles des morts précoces de différentes personnes de sa famille.

2 - Une hypothèse laissée de côté pour le moment de la thérapie : la scène dans la voiture me laisse penser à un climat incestuel dans la famille d'origine ou à une histoire d'abus sexuel dans la famille. Je ne saurais dire à quel niveau générationnel ni si cela se situe du côté paternel ou maternel. Ses relations faites d'humiliations sexuelles avec les hommes vont dans le même sens. L'excitation ressentie à chaque rencontre masculine qui la conduisent à éviter tout contact en tête-à-tête, même téléphonique, m'amène aussi vers cette hypothèse.

Le fait qu'elle répète sans cesse « je ne sais pas.... », pour tout et rien. Elle revient pratiquement sur chaque phrase qu'elle prononce et conclut comme ça. Y a-t-il un secret qui traîne dans la famille ?

Souvenir écran ? Comme tout souvenir, il est sans cesse reconstruit. Cependant, il structure et contient de nombreuses informations sur son fonctionnement psychique. Manifestement, sa mère n'a pas été protectrice. Dans la voiture, elle n'est pas intervenue. Madame Jenesuispassûredéxister ne dit rien car elle a peur d'être humiliée. Elle pense que ce qui lui arrive est de sa faute. Si elle avait dit non au jeune homme, sa mère aurait vu. Ne rien dire, c'est laisser croire à une partie de soi que ça n'a pas existé. Dire non, c'est aussi donner de l'existence à quelque chose et à soi. Elle est clivée, dissociée et la réalité du vécu devient incertaine. L'incertitude la nourrit. Un doute morbide la fige dans le silence. Cette difficulté a aussi un lien avec la question de sa place.

Quel modèle de couple donné par ses parents ou imaginé par elle ? Lorsque Madame Jenesuispassûredéxister a 13 ans, sa mère a une grave maladie qui l'invalide. Elle pense alors que la vie sexuelle de ses parents n'est plus possible. Étrange pensée. Elle évoque une situation professionnelle dans laquelle son père serait accusé de harcèlement sexuel... Elle se reprend et précise : « je ne suis pas au courant... » Silence. Elle conclut : « je ne veux pas parler de ça. La vie sexuelle de mes parents.... Non... je ne suis au courant de rien. Je ne veux pas en entendre parler... ». Est-ce que le fait de ne pas avoir de relation sexuelle avec son mari lui permet d'être loyale vis à vis de sa mère ou/et du couple de ses parents ? Une façon de dire à la fois : je ne suis pas plus heureuse que toi sur ce plan et je t'obéis. Comment parvenir elle-même à un couple « harmonieux et satisfaisant » (selon ses propres mots) ?

La scène de la voiture avec le fils d'amis de ses parents et l'amour d'enfance au long cours doublé d'autres amours en parallèle (auxquels elle donne une grande importance et sens pour sa vie affective d'aujourd'hui) préexistent à la maladie maternelle.

Quels sont les messages sous-jacents donnés par la mère ? Le discours implicite de sa mère l'informe que, d'une part, la sexualité ce n'est *pas bien* et d'autre part, si elle veut préserver son mari ou son couple, elle doit prendre des amants. Mais si elle fait ça, elle est comme sa tante, « une moins que rien.... ». Paradoxe du choix impossible...

3 – Une problématique très précoce apparaît dans sa recherche du toucher. La relation archaïque mal construite mène à une confusion entre relation, désir, excitation, tendresse. Tout contact directement physique, ou simplement de regard ou d'une attention particulière à sa personne remet en route la confusion et l'incertitude. Un attachement insécure imprègne et entretient sa difficulté de se sentir exister, se sentir être. Cette question est essentielle dans la relation thérapeutique. On peut se demander dans quelle mesure la mère n'a pas souhaité inconsciemment la mort de sa fille avec cette naissance qui laissait présager des conséquences au niveau du cerveau. La possibilité qu'elle va avoir de dire qu'elle n'est pas à l'aise avec moi, qu'elle vient à reculons, qu'elle a peur de se sentir jugée...etc, vont donner lieu à des échanges entre nous qui lui permettront enfin de se lancer dans la description de son monde, de ses représentations, de ses croyances et des séances d'hypnose où elle peut enfin laisser advenir, lâcher prise...

Cette question vient poser celle de la confiance et de l'alliance thérapeutique à construire et nous rappeler sans cesse d'y rester attentifs. La confiance n'est pas un état ni une donnée de base. Elle se construit... et se déconstruit. Nous devons rester vigilants à ces modifications. Les questionner explicitement renforce l'alliance. Une personne qui a été malmenée affectivement est très sensible à notre attention à ses malaises réactivés dans le lien thérapeutique. Aborder ce qui est partagé, ce qui est construit dans la relation est un outil fondamental de travail. Le souligner et le questionner permet de sécuriser affectivement la personne.

4 - Comment dire non : à sa mère ? à ses désirs ? à ses amants ? à son mari ?

Dire non à quoi, à qui et/ou pour qui ? Mais comment peut-on dire oui ou non si on n'existe pas? Si on ne se sent pas exister... ?

Mon premier travail avec Madame Jenesuispassûredéxister a été justement de lui permettre de changer de nom : incarner son être et son identité. Lorsqu'elle parle de ses relations sexuelles, de ses amants, de ses "amours", Madame est toujours choisie. C'est l'autre qui lui insuffle un semblant de désir. Un regard ou une main posée sur elle la mettent dans une grande confusion. Plus d'inhibition, mais un corps automate qui réagit à une excitation vitale. Les amants font office de respiration artificielle. Et si je n'y prends garde, je suis utilisée dans l'interaction de la même façon.

1.2.4 - Rôle de la relation et du transfert

Madame Jenesuispassûredéxister me met alternativement dans une position maternelle et dans une position d'amant.

De mon côté:

- je me sens excédée par ses doutes envahissants et ses attentes sans sens apparent
- je me sens oppressée par un vide qui m'envahit
- je me sens crispée par ses silences et ses regards qui ne voient rien et attendent
- je me sens impuissante à l'éveiller, la faire bouger

Ce que je vis, ressens et pense, ainsi que les émotions qui m'imprègnent, me guident dans notre relation.

Dans cette situation, mes pensées s'absentent régulièrement, comme aspirées par un trou noir. L'écriture de cet article me remet dans cet état interne: difficile de respirer, une lourdeur semble me tomber dessus. Difficile de rassembler des morceaux de rien qui flottent dans le vide. Ce sont ces éléments de contre-transfert et de résonance qui vont me permettre de faire avancer et dénouer la situation avec Madame Jenesuispassûredéxister.

Lorsqu'elle s'imagine que je vais la juger si elle me dit certaines choses : je deviens sa mère.
Lorsque j'ai envie de la faire bouger ou respirer : je deviens un amant qui lui permettrait de respirer.

1.2.5 - Résultats au sens large

Nous pouvons constater que la première demande du patient, la demande apparente, est la porte d'entrée dans son monde.

Dans cette situation, cette demande est une plainte que traîne Madame depuis plusieurs années. Elle apparaît en lieu et place d'autres problématiques qui seront travaillées au fil des séances. La souffrance exprimée au travers de cette demande reste indicible. Ce sont ses larmes sans mots qui la traduisent et l'exposent.

Cette demande est l'expression d'une pseudo solution aux problèmes sous-jacents. Accéder et traiter ces problèmes transforme la demande première. La disparition de cette demande apparente est liée à la résolution des souffrances sous-jacentes, à l'accès à ce qui est non conscient et inconscient.

Lorsque Madame Jenesuispassûredéxister est arrivée dans mon cabinet, elle était envahie par ses relations extra-conjugales. Comme si son amant était assis dans le cabinet. Il emplissait sa vie et notre relation.

Dans la réalité, cet homme habite en province, loin d'elle et ne se déplace jamais vers son lieu de résidence. C'est donc elle qui va le voir, au mieux trois ou quatre jours tous les trois ou quatre mois. C'est donc une relation essentiellement téléphonique et écrite grâce à de nombreux sms. Une relation fantasmée, imaginée et rêvée d'autant plus que l'absence est sa principale compagnie. Ce qui tombe plutôt bien. Lorsqu'elle raconte ce qu'elle a le mieux appris enfant en terme relationnel, c'est justement d'être en relation avec l'absence à attendre... que l'autre apparaisse ainsi qu'elle-même. Une experte de la relation au vide...

Elle m'explique pourtant combien il est présent pour elle, combien il la soutient, combien il est attentionné envers elle. Lorsque je lui demande de m'expliquer comment tout ceci se passe, j'apprends qu'il va si mal qu'il ne peut plus travailler et reste enfermé, seul chez lui, couché, souvent dans le noir... Opération survie. Opération bien connue des premiers secours qui en restent au premier souffle... qui s'essouffle. Cette fois, ce serait elle qui lui donnerait "le courage de vivre, de se relever". Ça lui ferait du bien qu'il le fasse pour elle ou qu'elle réussisse cet exploit pour lui... Faire respirer l'autre... "A vie?" lui demandai-je innocemment. C'est cela que nous avons travaillé ensemble : sa capacité de respirer, seule, et de bien respirer.

Sa naissance avec les conséquences affectives telles que décrites et vécues par Madame Jenesuispassûredéxister ont fait traumatisme. "Les débuts sont toujours difficiles" répète-t-elle à chaque début de séance en pleurant. J'ai été tentée de la ranimer, au départ de notre relation thérapeutique, comme ce qu'elle cherche avec ses amants. A ce sujet me dit-elle: "Au début, c'est toujours bien, ça me fait du bien, on rit, je sors, je vis.... et puis... je ne sais pas... ça s'éteint... ". Sa relation avec ses amants est une tentative de respiration. Avec eux, elle croit se sentir vivante alors qu'ils ne fournissent que des massages cardiaques persistants.

Elle ne sait pas dire non. Comme dans la voiture, dans le dos de sa mère: tout plutôt que rien. Au fur et à mesure de notre parcours thérapeutique, sa relation avec son amant se modifie. Il prend moins de place. Il est de moins en moins présent dans sa vie.

Elle s'imagine même sans amant et vivre avec son mari. Il émerge en elle un sentiment d'existence personnelle. Elle commence à se voir, s'entendre, se ressentir : à être.

Le seul besoin auquel elle a tenté de répondre depuis le début de sa vie est celui de respirer. Si ce souffle lui a manqué dès la naissance, il a continué à lui manquer avec une mère qui se retourne dans la voiture mais ne voit rien de ce qui arrive à sa fille, une mère malade qui se défait d'une partie de sa vie, une mère qui ne pourrait pas s'attacher à un enfant qui va mourir.

Quant à son père : « discret » me dit-elle. Elle ajoute : « il ne fallait pas qu'on l'emmerde. Il n'était proche de personne ».

La scène en voiture a certainement aussi été source de plaisir et d'excitation. La honte et la culpabilité sont associées à ce qu'elle a pu ressentir.

Aucun regard de son père. Celui de la mère est intrusif, non contenant, non enveloppant et sans triangulation. Madame Jenesuispassûredéxister est une petite fille en quête affective infinie. Aucune réelle rencontre avec un homme. Comme si elle continuait à attendre... son père.

Avec son mari, ce qui pourrait apparaître comme désir ne peut pas exister. Il semblerait que la rencontre tue le désir. Ceci la conduit inconsciemment à une stratégie d'évitement de toute rencontre. Elle ne sait pas créer une relation, exactement comme ce qu'elle a appris lorsqu'elle était bébé. Cette absence de père nourrit sa peur de relation avec un homme. Un bon souvenir semble lié au plaisir, à la honte, à la culpabilité et provoque immédiatement de la confusion.

Il reste quelque chose de fixé, de cristallisé dans la relation archaïque impliquant le toucher. L'attachement insécure semble lié à l'angoisse des deux parents de perdre leur enfant à la naissance. Cette problématique d'attachement peut s'énoncer ainsi pour elle : surtout ne pas m'attacher. Alors, comment rencontrer un homme ou son mari ?

Je dois aller avec elle chercher ce bébé esseulé et perdu, la sortir de sa confusion entre la sexualité, le toucher, le contact, la tendresse...

Elle dit : « je voudrais juste une épaule pour m'appuyer et qu'on me prenne dans les bras » et ses yeux pleurent...

Ses relations avec les hommes changent petit à petit. Aujourd'hui elle peut dire : "je me laisse faire mais c'est différent d'avant. On ne m'impose rien. Je laisse la place à la séduction. J'ai l'impression de pouvoir plaire".

Trois mois plus tard, Madame Jenesuispassûredéxister s'est séparée de son amant.

Elle évoque la possibilité d'un secret dans sa famille.

Son discours a changé fondamentalement : elle existe et parle d'elle en disant « je ». Elle commence à savoir se protéger...

Notre travail thérapeutique se poursuit.

1.3 - Madame Jenesaipaquijesuis

1.3.1 - Demande/symptôme

Madame Jenesaipaquijesuis a deux enfants. Trente deux ans aujourd'hui, elle a été abandonnée sous X et adoptée à trois mois. Silence sur le sujet et tabou qui se développe puissamment dans sa famille adoptive. Elle ne sait rien explicitement lorsqu'elle vient me consulter à 30 ans pour des symptômes phobiques de plus en plus envahissants. Crises de

panique qui l'obligent à s'asseoir pour éviter de tomber, en particulier dans les lieux publics mais aussi lorsqu'elle est entourée de ses parents et de son compagnon.

Une grande partie du travail thérapeutique va lui permettre d'apprendre à parler. En effet, les symptômes d'anxiété et l'injonction de silence sur son histoire l'ont conduite à se taire et remplacer les mots par des maux physiques répétitifs.

Ses relations amoureuses sont très chaotiques et répètent le même schéma : une transaction relationnelle faite d'humiliations et de silences qu'elle ressent comme autant de violence exercée contre elle.

Si à la première consultation elle me fait part de son doute sur le fait que ses parents soient ses « vrais » parents, ce n'est qu'après quelques mois de thérapie que ce sujet pourra être repris et abordé explicitement. Elle osera en parler à ses parents qui lui « avoueront » qu'en effet ils l'ont adoptée. Sa mère adoptive entretient avec elle depuis toujours une relation exigeante, possessive, exclusive. Elle peut être violente verbalement. Madame Jenesaipaquijesuis se vit comme l'objet de sa mère. Elle accepte et subit. Le lien est d'autant plus fragile qu'elle a appris qu'elle pouvait facilement se faire abandonner. Son père n'intervient jamais pour calmer sa femme. Il laisse faire.

A partir du moment où Madame Jenesaipaquijesuis a la confirmation qu'elle a bien été adoptée, le travail thérapeutique se modifiera jusqu'à ce que nous abordions les questions suivantes : que représentent ses compagnons ? Dans quelle place les met-elle ? Quel rôle jouent-ils ?

Ses compagnons ont la place de la mère génétique. Celle qui abandonne. Avec eux, elle rejoue la même scène qui consiste à tout accepter. L'anxiété d'être rejetée, abandonnée, lâchée est permanente.

Sa culpabilité nourrit chaque interaction inquiétante et remet du carburant aux relations de plus en plus conflictuelles. « Ce n'est pas normale que je ne sois pas d'accord. Je suis égoïste de vouloir autre chose. Je dois être contente, il est gentil »... Et elle se tait. Accumulant colère et culpabilité : « je suis mauvaise de vouloir ça. C'est pour ça qu'il est comme ça avec moi. C'est de ma faute ».

Dès qu'il agit d'une façon qui ne lui convient pas, qu'il dit quelque chose qui ne lui convient pas, qu'elle propose quelque chose qui ne semble pas lui convenir à lui, même les silences servent à alimenter sa colère (refoulée immédiatement) et sa culpabilité (l'amenant à s'accuser de tout ou à s'excuser pour tout).

Les relations sexuelles sont de plus en plus rares ou acceptées par culpabilité. Le désir s'échappe. L'anxiété l'envahit et s'infiltré dans leur relation.

1.3.2 Extraits de séances

C'est dans ce contexte qu'apparaissent les deux séances qui suivent :

un problème subsiste autour duquel nous tournons depuis plusieurs semaines quand Madame Jenesaipaquijesuis arrive et m'explique qu'il « me reste juste ce sentiment d'abandon quand je me dispute avec lui ».

Je lui demande de m'expliquer ce qu'est ce sentiment d'abandon, comment elle le vit et de me raconter dans les moindres détails la dernière dispute qui a donné lieu à ce ressenti. Simultanément, je lui demande d'être attentive à ses sensations corporelles, à leurs présences ou absences et à leur évolution.

Lorsqu'elle se dispute avec son ami, il finit toujours par se taire et ne plus lui répondre. Si elle peut crier au début, très vite, elle se tait, se renferme et se réfugie dans une autre pièce, seule,

folle de rage, silencieuse. Un grand sentiment de solitude s'installe en elle. Un état de violence l'envahit. Madame Jenesaipaquijsuis ne l'identifie pas. Il est immédiatement refoulé.

A ce moment de son récit, je l'invite à se focaliser sur son ressenti corporel.

Elle me dit « j'ai envie de le secouer », tout en faisant le geste de le secouer avec ses mains sans en prendre conscience. Je lui demande « qui avez-vous envie de secouer ? ». Elle répond, très énervée : « lui, mon ami !! ».

Je réponds : « faites le ». Je lui suggère de projeter sa conscience dans le geste de ses mains, et de laisser ses mains et ses bras faire ce qu'ils ont besoin de faire... A peine a-t-elle commencé qu'elle devient blême et manque de souffle.

L'état de malaise physique tel qu'elle l'avait connu avant de me consulter réapparaît rapidement et violemment. Très inquiète, elle dit : « je ne peux pas, c'est un bébé que je secoue, c'est horrible ».

Je m'approche d'elle, lui demande si je peux poser ma main sur son buste qui ne respire plus, sur cette oppression qui la fait suffoquer. Je lui rappelle que je suis là, qu'elle n'est pas seule. Je lui parle avec beaucoup de calme et de douceur. Je lui explique qu'il s'agit d'une mémoire et qu'aujourd'hui, elle est avec moi, en sécurité.

Elle se focalise sur le contact de ma main sur son thorax. Le calme revient. Je lui propose à nouveau d'aller voir ce qui se passe quand elle laisse ses mains faire le geste de secouer.

L'image du bébé secoué réapparaît immédiatement. La panique émerge, moins forte, mais suffisamment pour qu'elle décide d'arrêter. « Je ne peux pas, c'est trop dur ».

Nous terminons la séance quand elle a retrouvé du calme intérieur. Je lui propose de laisser tout ça dans mon bureau. Nous continuerons ensemble ce qui sera nécessaire pour elle lors de la prochaine séance.

Nous nous connaissons bien. Elle est déjà passée par des états très difficiles en séance. Elle sait que ça reste dans mon bureau et que ça ne réapparaîtra pas dans sa vie quotidienne. Madame Jenesaipaquijsuis part confiante.

Séance suivante:

Elle revient sur la séance précédente : « j'étais très triste après. J'en ai parlé à une amie. D'une certaine façon, cette séance m'a fait du bien. Je n'ai plus cette image de bébé secoué ».

Nous avançons dans l'entretien et elle m'explique qu'elle a eu à nouveau une « dispute violente » avec son ami. « C'est régulier, une fois par semaine maintenant. J'ai l'impression que c'est de plus en plus violent. Je n'ai qu'une envie dès qu'il ne me parle plus, c'est de le secouer ».

De nouveau, elle fait le geste sans en prendre conscience. De nouveau, je lui propose de le refaire en se focalisant sur la sensation dans ses mains, ses avant-bras et ses bras.

Cette fois, ce n'est pas un bébé qui apparaît mais sa mère génétique.

Elle secoue, me dit-elle « une enveloppe vide ». Plus Madame Jenesaipaquijsuis prend conscience de la présence de sa mère génétique représentée par ce vide, plus ses bras se paralysent. « Je ne peux plus bouger... C'est comme si mes bras étaient des freins ». Je lui propose d'être attentive à ces freins. Je demande: « Qu'ont ils à freiner? » « Ma haine contre elle » Des images s'imposent à elle. Je m'assois très près d'elle pour la soutenir dans ce qu'elle a besoin de faire, de vivre, d'expérimenter et qui lui fait si peur. « Je suis en colère.... Je n'ai qu'une envie.... Ce n'est pas bien... »

Je l'encourage.

« Je voudrais la tuer ».

Je réponds: « faites le ».

Elle la secoue de plus en plus... Il ne reste que le vide... Puis plus rien. Elle s'arrête.

J'observe que sa bouche semble vouloir bouger. Je lui propose: « laissez votre bouche faire ce qui est nécessaire pour elle. Observez et découvrons ensemble... »

Après quelques minutes, elle dit : « je te hais... Tu ne m'as servi à rien... Je n'ai jamais eu besoin de toi... Je me suis débrouillée sans toi... Crève... »

Sa voix s'adoucit progressivement. Le calme s'installe à nouveau en elle. Des larmes coulent. Elle sourit et ouvre les yeux.

J'attends qu'elle revienne vraiment dans le bureau. Lorsqu'elle me regarde et me voit, je lui demande comment elle se sent. Madame Jenesaipaquijsuis se sent apaisée et tranquille. Elle sent un soulagement au niveau du buste. Je lui propose de focaliser son attention sur cette sensation et de laisser cet apaisement, cette tranquillité et ce soulagement se diffuser dans chaque partie de son corps qui en a besoin.

Lorsque c'est fait, je lui propose de retourner à la dispute de départ avec son compagnon et d'observer ce qui est différent maintenant, ce qui a changé. Elle est calme et s'imagine entamer une discussion tranquille. L'angoisse d'abandon a disparu. Leur échange prend une autre signification et direction.

1.3.3 - Hypothèses et questionnements

Ces séances ont lieu après deux ans de travail psychothérapeutique. De nombreuses problématiques ont déjà été travaillées. Parmi elles, les difficultés relationnelles avec ses parents adoptifs, avec sa mère génétique une fois l'abandon rendu explicite et avec ses compagnons. Quant à sa position de mère avec ses enfants, son rôle, sa fonction éducative et l'amour qu'elle leur porte, tous ces éléments ont été différenciés et travaillés. Leur relation a beaucoup évolué dans un sens qui convient à Madame Jenesaipaquijsuis.

La question de violence dans sa relation n'était jamais apparue sous cette forme. En effet, Madame apparaissait très inhibée et subissait depuis toujours la loi de l'autre guidée par cette croyance fondamentale : « Si j'accepte, il m'aimera ».

L'abandon provoque beaucoup de conséquences souvent désastreuses sur le plan affectif. J'ai écrit sur ce sujet un article⁴ où je présente le travail à faire à la fois sur les liens aux parents adoptifs mais aussi sur ceux qui restent actifs avec la mère qui a abandonné. Elle est toujours présente d'autant plus qu'elle est physiquement absente. L'absence ne permet pas de s'opposer ni de s'expliquer. Les problèmes avec les personnes concernées restent en suspens. L'absence n'est pas synonyme d'absence de problèmes mais nourrit une idéalisation qui est source de grandes difficultés, voire d'une période de rejet ou de violence circulant dans la relation avec les parents adoptifs. Il est rarement question du père qui abandonne dans les abandons des deux parents génétiques. Le père apparaît dans les situations d'enfants qui sont élevés avec leur mère d'origine et dont le père est parti, que ce soit avant ou après la naissance.

Dans cet extrait de travail thérapeutique, la violence vécue par l'enfant abandonnée ressort, une fois adulte, dans ses liens amoureux. Une même scène apprise par cette première histoire « d'amour parentale » se rejoue sans cesse alors même que cette patiente a été abandonnée dès la naissance sans que qui que ce soit le lui dise explicitement. Cet apprentissage est :

- si tu t'attaches, ça se finira mal.
- Si tu aimes ou si quelqu'un t'aime, tu seras rejetée et laissée de côté.

⁴cf. Véronique COHIER-RAHBAN, « Abandon, premier acte de l'adoption », revue Thérapie familiale, Vol.30, 2009, N°1.

- Si tu veux être aimée, alors accepte tout de l'autre. Cette dernière croyance a été renforcée par sa relation à sa mère adoptive et la position de témoin silencieux qu'a tenu son père.

Ici aussi, nous observons un attachement insécure construit précocement et entretenu par la relation avec la mère adoptive. Dans cette situation, le père est présent mais n'intervient jamais entre sa femme et sa fille. Il est, comme sa fille, soumis à cette femme qui décide bruyamment de tout. Le modèle de couple parental influence aussi son attitude en couple.

Finalement, pour Madame Jenesaipaquijesuis, dans toute situation affective il y en a un qui subit et l'autre qui décide.

C'est donc Madame qui subit. Les modèles affectifs qu'elle a connus vont dans ce sens.

1.3.4 - Rôle de la relation et du transfert

Dans cette relation thérapeutique, je suis investie comme la bonne mère et comme la mère idéale. Ma difficulté, alors que je m'y sens invitée, est de ne pas me mettre à la materner plutôt qu'à travailler ses représentations, ses fantasmes et ses investissements maternels. Ceci produirait non seulement un travail peu efficace mais fabriquerait le risque de me retrouver face à cette violence et rejet qui exposeraient à une rupture du lien thérapeutique.

La question des mères est très complexe à travailler et toujours questionnée. Comment peut-on faire confiance en une mère : elle-même par rapport à ses enfants (qui a pris beaucoup de temps de réflexion), elle par rapport à sa mère adoptive (mère très ambivalente, possessive, la laissant dans une place d'objet appartenant à...) et elle par rapport à sa mère génétique ?

1.3.5 - Résultats au sens large

Là encore, la demande première n'est qu'apparente. Le vrai problème était ce qui était passé sous silence derrière les symptômes. Ceux-ci étaient une mise en scène de la question impossible à penser et à poser : avait-elle été abandonnée ? L'avait-on laissée tomber comme elle tombait à chaque malaise. Ses malaises, transformés en apparente agoraphobie, étaient à y regarder de plus près, surtout présents lorsqu'elle était avec les représentants de ses problèmes, à savoir ses parents adoptifs et son amoureux. Ce dernier restait le représentant de son abandon et de sa mère génétique.

Ses symptômes ont très vite diminué et ont totalement disparu à la confirmation de l'adoption et donc de son abandon.

La complexité des liens aux absents inconnus (en particulier à la mère génétique) a dû être élaborée verbalement et travaillée en hypnose de nombreuses fois avant que la propre violence de Madame n'apparaisse en réponse à la violence subie de l'abandon. Son corps se souvenait de cet événement et l'exposait dans cette remise en scène répétitive. Une tentative désespérée d'obtenir une réponse à un acte muet jamais entendu... sa traduction a pris quelques mois et était fondamentale pour avancer dans ses relations affectives.

Madame Jenesaipaquijesuis a appris à se positionner par rapport à ses enfants : quelles limites ? Comment les imposer ? Comment dire non quand on a appris à subir pour se croire aimable (au sens premier du terme) ? Comment supporter la culpabilité de s'opposer et l'angoisse que ses enfants ne l'abandonnent si elle s'opposait ?

Sa position et son rôle de mère se sont affirmés pour arriver à vivre une relation agréable avec ses enfants. Elle s'est aussi opposée à ses parents et réécrit une nouvelle forme relationnelle beaucoup plus équilibrée et acceptable pour elle envers eux.

La question de la culpabilité est prégnante pour les enfants abandonnés. Ici, cette culpabilité est très active et renforcée par les pensées violentes, c'est à dire par l'apparition de la haine jusqu'alors refoulée. L'enfant s'attribue toujours l'origine de tous les mauvais traitements qu'il subit. Il pense : « si on m'abandonne, c'est de ma faute ». Cette question de l'origine de l'abandon a été travaillée en amont. La violence peut enfin surgir. Les fantasmes associés et les conséquences de cet abandon sont difficiles à déloger d'autant que toute relation affective va être construite sur ce modèle.

Sans en prendre conscience, la personne abandonnée va se focaliser sur les preuves tendant à confirmer ses apprentissages relationnels affectifs. Dans cet exemple, les disputes sont vécues comme autant de preuves qu'on ne peut que la laisser tomber, ne plus l'aimer et agir violemment avec elle. La culpabilité associée vient fournir au partenaire de quoi alimenter les conflits et l'accuser. La faille relationnelle apparaît dans l'angoisse de Madame Jenesaipaquijesuis qui monte, sa colère ou sa violence qui pointe son nez et surtout la perte d'assurance et de confiance dans le lien affectif qui la conduit immanquablement à « céder ». Une boucle qui alimente sa culpabilité en fournissant encore la preuve que c'est de sa « faute ». Malgré elle, elle remet en scène de quoi confirmer ses croyances. De plus, elle rencontre les « bons » partenaires pour développer ensemble, mettre en scène en permanence cette problématique non résolue.

Les rencontres amoureuses ont, entre autres fonctions, celle de *rejouer* les conflits affectifs d'origine infantile non résolus. Chaque partenaire, sans le savoir et sans en avoir conscience, va utiliser l'autre pour tenter de résoudre ce qui est resté en suspens. Parfois ça marche ! Parfois une psychothérapie est nécessaire. Parfois, le couple fonctionne toute sa vie grâce à cette conflictualité non résolue. Et parfois, le couple se sépare...

En ce qui concerne l'attachement, il est aussi très compliqué par la filiation inconnue de Madame Jenesaipaquijesuis. Cette problématique aussi a été travaillée. Comment *abandonner* à son tour les questions concernant sa mère d'origine ? Celle qui l'a conçue, portée et qui lui a donné la vie... D'où vient-elle ? Qui était sa mère ?... de nombreux questionnements et une curiosité nécessaire pour se construire resteront ici sans réponse. Comment cesser de se les poser ? Éteindre cette curiosité qui fait partie du lien à cette mère inconnue la rend active dans son propre abandon. C'est elle qui abandonne sa mère génétique... Ce problème très complexe est toujours en travail.

Au fur et à mesure de cette relation thérapeutique, sa relation avec son compagnon est en cours de modifications. Les situations explosives et violentes s'espacent pour laisser la place à des échanges plus apaisés. Autrement dit, l'angoisse de rejet et d'abandon imprègnent de moins en moins ses relations amoureuses. La faille relationnelle est de plus en plus petite. En conséquence, les interactions affectives changent de tonalité.

2 - Discussion

Les questions concernant les besoins et le(s) désir(s) se posent dans chaque thérapie.

Je considère les besoins sur le registre de « l'avoir » et les désirs sur le registre de « l'être ». Les réponses inadaptées ou absentes aux besoins, de façon répétitives, dans la vie d'un enfant conduisent à des « malformations de l'être ».

Carlo MOISO⁵ différencie ainsi les besoins des désirs : « le besoin est la sensation que nous éprouvons quand nous éprouvons l'absence de quelque chose qui nous est nécessaire pour vivre psychologiquement ou biologiquement. Le désir est , au contraire quand il nous manque quelque chose pour vivre bien. En d'autres termes, nous éprouvons le besoin de ce qui nous est utile et nous éprouvons le désir de ce qui nous plaît ». Il considère l'existence de « deux proto-besoins : il s'agit du besoin *d'être* et du besoin *d'y être*. En d'autres termes, d'exister et d'appartenir. »

Cette proposition est très bien illustrée dans ces deux exemples cliniques. Les deux proto-besoins ainsi définis apparaissent comme une demande permanente, un manque qui guide. Ils sont à la base des troubles affectifs. Les personnes ne les reconnaissent pas. Elles sont submergées par les angoisses associées qui empêchent toute pensée et font rejouer les mêmes scènes avec différents partenaires. Lorsque des besoins vitaux apparaissent dans les relations amoureuses sans être identifiés, ils n'obtiennent pas de réponse. Mais le partenaire adulte pourrait-il vraiment répondre à des besoins d'un autre temps qui s'adresse à d'autres personnes ? Deux autres questions surgissent : faut-il pouvoir répondre à ses propres besoins pour être autonome et adulte ? Est-ce possible ?

Dans ces deux situations, les angoisses sont très puissantes et envahissent la mémoire du corps. Les pensées associées sont impossibles. La reconnaissance et l'analyse des ressentis, des émotions et des affects sont empêchées. Les affects semblent soit gelés, soit figés dans une seule gamme répondant aux injonctions d'un besoin jamais satisfait.

Quelques objectifs d'un travail thérapeutique sont une diminution certaine des angoisses et une modification de la mémoire du corps. Il conduit au retour de pensées cohérentes avec les situations présentes en amenant la personne à se décoller de son histoire affective passée. Les affects dégèlent et deviennent fluides. Les personnes se (re)mettent en lien avec elles-mêmes, à la fois au niveau conscience de soi, de leurs ressentis, de leurs émotions et de leurs corps. Des modifications de leurs représentations en relation à soi, à l'autre et au monde apparaissent.

Le travail psychothérapeutique traite la façon dont se construisent les souffrances affectives qui se rejouent. La relation amoureuse est un grand théâtre. Sur cette scène, les conflits relationnels infantiles, jusqu'aux plus archaïques, sont réactivés.

La psychothérapie sera un terrain de jeu sur lequel le thérapeute est invité à revêtir plusieurs costumes pour modifier le système relationnel pathogène du patient. Ses souffrances seront modifiées et reléguées au passé. Elles sont l'expression d'une confusion de temps, d'espace et de personnes dans laquelle le patient est plongé. Il continue à attendre de l'autre (son amant, mari, compagnon) ce qu'il n'a pas eu en tant qu'enfant. Ceci se situe au niveau de « l'avoir », c'est à dire des besoins. Répondre à peu près correctement aux besoins de l'enfant permet à celui-ci de se construire et grandir dans un espace de sécurité correct. Le manque répété d'une réponse cohérente aux besoins (c'est à dire au moins les reconnaître explicitement même si on ne peut y répondre) empêche l'enfant de se sentir exister et de passer à un autre registre : celui de « l'être ». S'il y a trop de carences dans la vie d'un enfant (au niveau de ses besoins, des réponses affectives, des regards, paroles, touchers...) l'enfant intègre qu'il n'a pas d'importance, pas de valeur. C'est ce qu'il apprend de lui, de ce qu'il « est » et qu'il rejouera inmanquablement dans les relations amoureuses. Celles-ci ont en commun, comme le début de vie de chaque bébé, d'inviter rapidement, voire immédiatement les relations de corps. C'est peut-être une des raisons pour lesquelles tant de confusions apparaissent dans les relations amoureuses.

⁵Carlo Moiso, « Besoins d'hier, besoins d'aujourd'hui. Un regard sur les motivations profondes présentes dans les relations interpersonnelles », AT Edition, traduit de l'italien par Denis Toson, Lyon, 2009. pp9-10.

Les souffrances affectives, comme nous l'avons vu dans ces deux situations sont une course effrénée pour répondre à une attente d'enfant, voire de bébé, envers une figure parentale. L'attachement est un besoin. Dans les situations de carences parentales, lors d'interactions répétées, l'attachement se construit sur un mode insécure. Il conduit à des stratégies relationnelles qui perdurent une fois adulte allant toujours dans le sens de confirmation du pire puisque la souffrance se rejoue. Dans la relation thérapeutique, le psychologue doit pouvoir repérer ces attentes, les rendre conscientes, explicites pour que le patient puisse arrêter d'attendre... Attendre quoi ? : principalement que son compagnon amoureux réponde à tous ses besoins (d'exister, de sécurité, ...). La déception, la haine et la culpabilité sont nourries en permanence dans ces situations. Durant le travail thérapeutique, les techniques de « reparentages » en hypnose sont très puissantes pour parvenir à l'arrêt de ces attentes.

Les questions thérapeutiques ne doivent pas suivre celles principalement exprimées par les patients de cette façon : « pourquoi je vis ça, pourquoi je vis comme ça, pourquoi je suis comme ça... ». L'erreur commune consiste à croire que trouver les réponses modifierait le cours actuel des choses. Le thérapeute ne doit pas se perdre dans ces questionnements qui peuvent prendre des années à trouver de multiples réponses qui sont toutes justes. D'ailleurs, si on invite le patient à répondre lui-même à ses questions, d'une part nous nous apercevons qu'il sait le faire et d'autre part que rien ne change pour autant. La souffrance est toujours présente et intacte.

Si le thérapeute accepte les différents costumes proposés par le patient, ce sera pour répondre à d'autres questionnements qui commencent systématiquement par le même terme : « comment ». Comment ces situations se construisent encore aujourd'hui ? Ceci implique que nos comportements sont des apprentissages. Comme nous sommes tous de bons élèves, nous les répétons.

Le travail thérapeutique doit ouvrir cet espace scénique pour que le psychothérapeute entre dans le monde affectif du patient. Il pourra alors saisir la manière dont se construit telle ou telle interaction pathologique. Cette connaissance se situe au-delà d'une compréhension de la part du psychologue. Elle apparaît au fil des rencontres, des échanges, des ressentis émotionnels, corporels, affectifs et cognitifs. L'inconscient s'en mêle aussi. C'est cet ensemble nous constituant qui apparaît par morceaux déliés les uns des autres au fil de la collaboration avec le patient. Le but est de parvenir à des modifications de certains de ces éléments. La phase suivante est la réunification par de nouveaux liens de ses différents constituants de ce qui nous fait être. Les scènes thérapeutiques permettent de nouveaux apprentissages affectifs. Il est, on le comprend mieux, fondamental que le psychologue ait déjà fait ce chemin pour lui, dans son propre monde avec un ou des psys. Lorsque nous acceptons d'endosser ces rôles, nous sommes régulièrement déstabilisés et de nouvelles reprises de travail personnel s'imposent. Des supervisions et des formations régulières activent et maintiennent notre pensée vivante. Notre souplesse, notre capacité à bouger et évoluer à chaque rencontre thérapeutique invitera chaque patient dans ce même mouvement.

Le trouble affectif est une danse répétitive. La situation thérapeutique est une danse créative qui amène chacun à de nouveaux pas et nouvelles chorégraphies.

Le psychologue psychothérapeute doit oser danser au départ sans savoir sur quelle musique il sera invité. Pour commencer, il se laissera guider par celui qui est expert de sa danse si familière. Ensuite le thérapeute glisse quelques nouveaux pas qui changent progressivement ceux du patient. Nouvelle danse, nouvelles chorégraphies... On peut même se mettre à chanter en dansant !

Conclusion

La mémoire affective porteuse des troubles affectifs, au-delà des souvenirs concrets et explicites (quand il y en a...), est inscrite dans le corps.

La mémoire corporelle, celle des sensations laissées comme des cicatrices douloureuses, est modifiable. L'hypnose est une technique privilégiée pour cet objectif de travail.

La mémoire affective est aussi porteuse de sensations agréables, celles qui donnent accès aux ressources.

Je vous ai présenté, au travers de ces exemples cliniques, un travail à partir d'une mémoire corporelle pénible pour le patient, voire insupportable. L'accès aux ressources n'est pas toujours possible. Dans ce cas, ce serait un autre trajet, un autre choix thérapeutique.

Nous pouvons définir le trouble affectif comme étant principalement un trouble de la relation à soi-même. Il s'incarne dans la relation à l'autre. S'il apparaît comme une souffrance ressentie, entre autres et en particulier, dans les relations amoureuses, cet espace relationnel est une porte d'entrée au départ d'une psychothérapie parmi d'autres possibles. Dans ces exemples, les croyances et les représentations de soi en relation, le sentiment d'être, d'exister sont LA source des souffrances affectives. La psychothérapie va explorer ce niveau pour le modifier fondamentalement. En conséquence, les relations globales changeront. Parmi celles-ci, les relations amoureuses prendront un autre chemin.

Je finirai par une question : que serait l'opposé d'un « trouble affectif » ? Autrement dit, vers quoi se dirige un travail thérapeutique au-delà des modifications, des nouveaux apprentissages relationnels, à soi, aux autres et au monde, des nouvelles constructions et représentations internes ?

La réponse évoquerait certainement de la souplesse affective et émotionnelle permettant des ajustements plus apaisés à tout événement de vie. Une plus grande liberté, un sentiment d'être là, vivant et bien présent au moment qui est. Se sentir intégré et présent dans un monde qui nous enveloppe et nous dépasse... Être à ce qui est.

Un vaste programme de vie simple nourri par une grammaire affective et amoureuse illimitée !

BIBLIOGRAPHIE

BIOY A., KELLER P.-H., (2009), *hypnose clinique et principe d'analogie. Fondements d'une pratique psychothérapeutique*, Éditions de Boek.

BROSSEAU G. (2012), *l'hypnose, une réinitialisation de nos cinq sens*, Paris, interEditions.

COHIER-RAHBAN V., (2009), *Abandon, premier acte de l'adoption*, revue Thérapie familiale, Vol.30, N°1, pp.27-37.

DOLAN Y., (2009), *Guérir de l'abus sexuel et revivre. Techniques centrées sur la solution et hypnose éricksonienne pour le traitement des adultes*, Ed. SATAS.

FLAVIGNY C., (2011), *L'infantile, L'enfantin; les destin de la filiation*, paris PUF.

GUEDENEY N., GUEDENEY A., (2002), *L'attachement, concepts et application*, Paris, collection les âges de la vie, MASSON.

HAMAD N., (2001), *L'enfant adoptif et ses familles*, paris Denoel.

MOISO C., (2009), *Besoins d'hier, besoins d'aujourd'hui. Un regard sur les motivations profondes présentes dans les relations interpersonnelles*, AT Édition, traduit de l'italien par Denis Toson, Lyon.

NARDONE G., (2008 pour la traduction française), *Chevaucher son tigre ou comment résoudre des problèmes compliqués avec des solutions simples*, couleur psy SEUIL.

SOUBIEUX M.-J., SOULE M., (2005), *La Psychiatrie fœtale*, Paris, collection que sais-je, PUF.

Colloque :

Claude MARITAN (juin 2006), *Présence et absence*, texte présenté au colloque de la SPF à LYON.