

À Armand St.
À Claude VAUX

Un nouveau métier face à une souffrance ancienne, le suicide¹

Homme ou femme, le psychopraticien certifié² est un facilitateur que viennent voir un homme, une femme qui cherchent la lumière. Je voudrais comprendre, disent-ils, ce qui m'arrive, je n'y vois plus clair, je suis perdu(e) je ne sais plus où j'en suis, j'ai peur de tout sans savoir pourquoi, je voudrais mourir je ne vois plus d'issue, je pense à la mort tout est si noir.

Le facilitateur est passé par là. Il sait que le chercheur est sincère, qu'il veut trouver, il sait aussi qu'il a peur de voir, que parfois l'idée même le terrorise et qu'il va essayer, malgré lui, de l'entraîner là où ils ne risquent pas de trouver.

Il sait par expérience que l'interrupteur est différent pour chacun, parfois caché entre deux mots qui glissent l'un sur l'autre, entre deux muscles noués par un même noeud, entre deux volontés qui se contredisent, entre deux images légèrement décalées. Il est là pour faciliter la découverte de l'interrupteur et accompagner les pas du chercheur dans cette lumière nouvelle.

Il sait que la lumière brutale peut éblouir d'une façon insupportable, provoquer un déséquilibre, une chute, un accident. Il sait que parfois des flashes de temps à autre montrent assez du paysage, sans éblouir, pour indiquer une direction.

Qui parle de mourir parle aussi de vivre, le psychopraticien le sait par expérience comme il sait que pour rencontrer ce qui veut vivre il faut du temps, de la confiance comme il en faut pour traverser des labyrinthes obscurs à celui qui croit qu'au bout est tapi le Minotaure. Le reste est (presque) littérature.

UNE SOUFFRANCE ANCIENNE

Il est question ici des souffrances de l'âme et de ce qu'il en advient dans notre temps. Que celles des corps soit ancienne, nul doute. Les corps retrouvés, Ötzi, les momies d'Égypte ou des Andes, les savoir-faire les plus anciens comme les plus modernes, les écrits, la démarche tout aussi ancienne, décrypter les signes, établir un diagnostic, chercher une cause, mettre en œuvre un traitement, tout en atteste.

Mais les souffrances de l'âme, qu'en sait-on ? Les momies ne peuvent rien en dire. Sauf à penser qu'elles devaient en passer par le corps. On est là dans la conjecture. Si les témoignages des siècles passés ne sont pas à l'échelle de la souffrance moderne et pourraient nous faire croire qu'on y souffrait moins, il en va sans doute d'elles comme des vestiges des temps anciens. Les paléontologues n'ont que des os et des galets pour supputer les formes vivantes à partir de ces restes pétrifiés. Les archéologues doivent reconstituer des civilisations à partir de quelques artefacts et des pierres restées debout.

Pour la souffrance des âmes, restent les parties dures, mythes et religions qui tentent d'apporter aux souffrances générales autant qu'individuelles des solutions collectives qui, une fois figées, deviennent à leur tour source de souffrances. Pour les individus on a la souffrance noble, celle des héros, des rois, des poètes, souffrances de l'amour, de l'exil, de la séparation, du deuil. Mais que savons-nous des parties *molles* de la souffrance humaine, la souffrance *grise*, celle des personnes du commun, des enfants, des femmes, des esclaves, des victimes,

des petits, des humiliés, celle qui ne se grave ni ne se chante nulle part. Bai Ju Yi qui chante à l'époque Tang la détresse des laissés pour compte de l'Empire fait figure d'exception dans la littérature chinoise. Quant au Caravage, à Murillo, à Ribera, à Brueghel l'Ancien qui peignent les gens de peu, les mendiants, les pouilleux, ils annoncent une nouvelle ère en Occident. Cette souffrance-là a toujours eu du mal à se dire si même il y avait place pour cela.

Faits de culture et de langage, les souffrances de l'âme accompagnent les changements et les bouleversements des sociétés. Pour faire face à l'expression nouvelle qu'elles prennent dans notre modernité depuis deux-trois siècles et qui s'accélère dans les dernières décennies les vieux métiers ont essayé de s'adapter. Apparemment ils n'y suffisent pas. Souvent ces formes, quelle que soit leur qualification médicale, dépression, addiction, troubles dits déficitaires de ceci ou cela, résistent et appellent du neuf.

LE FIL ROUGE DU SUICIDE

Un temps est venu où la souffrance est ressentie comme une gêne qui nous invalide et nous handicape. De nouvelles valeurs émergent, une exigence de bien-être sur tous les plans, matériel, social, affectif, sexuel, physique. Nous ne pouvons plus accepter passivement de souffrir, pas plus dans notre corps que dans notre cœur et notre âme. Ce profond changement culturel entraîne le besoin de pouvoir se dire et de pouvoir dire à quelqu'un qu'on est en souffrance et l'assurance de pouvoir y être entendu. Or, de toutes les souffrances de l'âme, celle qui a pu le moins se dire et être accueillie avec compassion est sans aucun doute celle qui faisait planer l'ombre du suicide. C'est elle que je choisis pour montrer l'originalité du lieu où elle peut se dire, le cabinet du psychopraticien certifié³, d'autant que les corporations installées en tirent argument pour tenter de souligner l'incompétence des psychopraticiens. Le suicide est peut-être un bon indicateur des souffrances cachées⁴, honteuses, le grossissement à l'extrême, quand le geste fatal se réalise, de celles qui ne pouvaient s'exprimer sous peine d'exclusion ou de condamnation, et on peut gager qu'il le reste encore pour ceux/celles qui se sentent interdits de parole.

Quant à en parler comment était-ce possible quand le passage à l'acte suicidaire signifiait se mettre au ban du groupe et, pire que tout, s'exclure de la communauté des morts. Avoir et a fortiori exprimer des idées suicidaires revenait à dévoiler l'emprise de Satan. Pensée par nature blasphématoire : seul le Créateur (Jéhovah, Dieu, Allah) peut disposer de la vie des hommes, se la prendre serait prétendre prendre Sa place, décider pour Lui. La donner pour Lui était glorieux, se l'enlever pour des raisons personnelles était honteux et jetait l'opprobre sur tout le groupe familial.

Derrière la souffrance suicidaire se profile la souffrance dans le mariage, les relations entre sexes, la souffrance des enfants, etc. toutes souffrances qui n'avaient parfois d'autre exutoire que la violence envers soi-même, comme la souffrance dans les rapports sociaux s'exprimait dans la violence envers autrui ou dans les explosions collectives, émeutes, jacqueries, guerres civiles.

Car le suicide a toujours interrogé le lien de l'individuel et du collectif. La souffrance liée aux rapports sociaux et aux conditions de travail, qui se fait dramatiquement jour aujourd'hui par les suicides sur les lieux de travail et dans les granges des fermes, a donné lieu au cours de l'Histoire à quantité d'événements impossibles à relater ici. Elle a joué un rôle majeur dans la violence sociale, dont on sait, depuis Engels, qu'elle est la grande accoucheuse de l'Histoire. Les souffrances liées à l'entrée dans la modernité, pour le dire vite, se sont exprimées par des

mouvements de masse appuyées sur des appareils idéologiques et ont pu ainsi trouver des modes d'expression et de sortie. La faillite de ces constructions depuis une cinquantaine d'années laisse émerger la question de la souffrance au travail comme si elle était nouvelle. C'est loin d'être le cas, mais entretemps le contexte général a changé. Là encore, la souffrance des hommes a devancé la réflexion des dirigeants.

LE SUICIDE, À LA RECHERCHE D'UN LIEU OÙ SE DIRE

La recherche d'un lieu où exprimer les *idées noires* s'inscrit dans le cadre de ce que j'ai appelé ailleurs une *nouveauté floue* qui engendre inévitablement une demande floue, de celle qui se formule par un « faut faire *quelque chose*, va voir *quelqu'un* ».

Il n'est plus question d'aller à confesse, où ce serait avouer un péché mortel, et il reste difficile de le confier à ses proches qui s'en affoleraient. Où le mouvement suicidaire pourrait-il se dire ?

A l'évidence pas dans le cabinet médical. La honte qui s'y attache demande du temps et de la confiance pour venir en mots. Le médecin a-t-il le temps de laisser émerger cette question intime ? Le patient sait qu'il risque de troubler son médecin, de le mettre dans l'inconfort et même s'il peut s'en ouvrir, le médecin peut-il l'entendre sans se sentir paralysé ? On ne le lui a pas appris. Son réflexe premier est souvent de réconforter son patient pour calmer sa propre inquiétude, de banaliser ou de se tourner vers le supposé spécialiste du suicide, le psychiatre.

Ni facilement dans l'espace psychiatrique. Le manuel des psychiatres américains (connu sous le nom de D.S.M. V), qui règle maintenant la conduite de la plupart des psychiatres, situe les idées suicidaires au neuvième et dernier rang des signes sur lesquels fonder un diagnostic d'état dépressif qui justifiera un traitement antidépresseur avec quelque chance d'efficacité. Alors qu'elles constituent un des éléments qui nécessitent le plus la mise en œuvre d'un tel traitement et que le médecin serait fautif de ne pas l'avoir fait, elles semblent la dernière roue du carrosse diagnostique. C'est qu'on ne s'attend pas à les entendre exprimées spontanément, qu'on ne souhaite peut-être pas en prendre le temps et qu'il faut pouvoir les déduire du bouquet des autres signes.

Les idées suicidaires sont généralement considérées comme une indication majeure à l'hospitalisation afin d'entreprendre rapidement un traitement pour éviter le passage à l'acte. A l'hôpital le suicide est une préoccupation lourde, voire une obsession, pour les soignants comme pour l'administration soucieuse d'éviter des poursuites. Pendant mes années de carrière hospitalière plusieurs patients se sont suicidés dans les murs de l'hôpital, généralement des personnes psychotiques ou dépressives qu'on pensait guéries ou sur le point de sortir⁵. Étrangement leur entourage n'a jamais cherché s'il s'y avait eu faute, personne ne m'en a fait grief, *comme si*, j'insiste sur le *comme si*, on en était soulagé. Le plus souvent on entend l'entourage dire, parfois même pour réconforter les soignants affligés, de toute façon ça devait arriver un jour ou l'autre. On s'y attendait. Prédiction auto-réalisatrice ? Avec dans le cas particulier l'ambiguïté qui tourne autour de *auto* : quel corps, quelle vie réalise la prédiction ? Et *mezzo voce* j'en venais à me demander qui avait accroché le drap, la corde, *qui* avait thésaurisé les médicaments.

Tenter d'éviter le geste est dans la préoccupation des pouvoirs publics quand ils instaurent des dispositifs de prévention. Bonne intention certes, compassionnelle comme on dit maintenant, mais qui empiète quelque peu sur la liberté de disposer de soi-même et de son corps. Ou bien n'en disposerait-on pas tout à fait ? Là encore un soupçon d'ambiguïté.

Dans sa démarche le demandeur d'aide (que j'appelle le *consultant*)⁶ cumule toutes les difficultés. Se réclamant de la nouveauté, de l'attention portée à soi, de l'importance qu'on donne désormais à la qualité de sa propre vie, il se confronte à l'héritage des siècles qui ont demandé pour la souffrance la résignation, le silence, quand ils ne l'ont pas valorisée, dignifiée, faite promesse d'au-delà, héritage auquel le suicide ajoute son poids de blasphème, de honte, de culpabilité.

Sous le dépôt des héritages, tremble aussi une souffrance intime, le déchirement de celui qui comme tout vivant s'est toujours évertué à survivre, par tous les moyens, et qui voit pousser en lui la fleur funèbre du suicide, la tentation de mourir. Et qui se voit devenir un champ de bataille entre ces forces contraires. Quel lieu pourrait accueillir sa démarche ?

C'est un lieu où il ne saurait y avoir ni jugement, de quelque ordre que ce soit, moral, religieux, médical, ni projet en lieu et place de celui qui vient chargé de ces poids. Sa parole doit pouvoir y être totalement libre. Un tel espace est apparu avec la psychanalyse, dans les premières années du 20^e siècle, au sein des classes sociales qui se déchristianisaient ou se déjudaïsaient. Grande nouveauté : dans l'espace analytique il est attendu, avec la classique proposition d'association libre, de lever tous les freins à la parole, sans se préoccuper du jugement de l'analyste ni surtout du jugement porté sur soi-même, ce qui est le plus difficile. Le Nouveau Monde a repris le concept et l'a vulgarisé, en particulier avec l'enseignement de C. Rogers qui a insisté sur l'absence totale de jugement et d'intention de la part du thérapeute et l'a étendu à l'ensemble des relations d'aide. On ne saurait avoir de projet pour l'autre, à sa place, on ne saurait référer ce qu'il vit à l'aune d'une normalité extérieure à lui-même. Ces diverses caractéristiques continuent de définir la plupart des pratiques psychothérapeutiques qui se réclament des courants relationnels et humanistes.

La démarche est par définition l'expression d'un désir de prendre soin de soi. Si la pulsion suicidaire occupait seule ou massivement le terrain, celui qu'elle tient sous son emprise ne pourrait que lui obéir. Le Créateur dans son infinie bonté a créé suffisamment d'arbres aux branches solides pour que les âmes tourmentées s'y pendent ou de rivières aux flots profonds pour qu'elles s'y noient, l'industrie et l'ingéniosité des hommes suffisamment d'armes, de machines, de produits toxiques pour qu'elles mettent fin à leurs jours.

Celui qui vient dans ce lieu y vient parce qu'il est la proie d'un conflit intérieur déchirant entre un *je veux/je voudrais* et *je ne veux pas/je ne voudrais pas* ou encore entre ces phrases si différentes *je veux me tuer parce que je me déteste* ou *je veux mourir parce que vivre est trop douloureux* ou *je veux détruire ce qui m'empêche de vivre*. Des phrases qui dessinent autant de scénarios différents, aux issues potentiellement tout aussi différentes. Ce qui ne signifie pas qu'il n'y ait aucun risque de passage à l'acte et le praticien doit pouvoir en accueillir l'expression sans en sous-estimer ni en surestimer la gravité, sans y être indifférent ni en être submergé.

POUR LE SUICIDE, UN LIEU OÙ ÊTRE ENTENDU

Le transfert/contre-transfert, élément essentiel de toute relation soignante, prend ici une place d'autant plus importante que le suicide mobilise de part et d'autre des affects puissants, voire dramatiques. Il importe d'y être attentif pour que le consultant soit entendu dans ce qu'il a à dire et que de là il puisse entendre lui-même ce qui se travaille et se débat dans les profondeurs inconnues de son être.

Le transfert donne au praticien un pouvoir qui met le consultant en situation de dépendance. Il s'instaure une relation asymétrique. Le pouvoir attribué au praticien crée⁷ chez le consultant l'attente, l'espérance d'en être entendu, accueilli, aidé, compris, aimé enfin, certains diront soigné. Il constitue une donnée essentielle de la dynamique thérapeutique. Le travail du psychopraticien consiste à mettre le pouvoir qui lui est délégué au service du consultant pour faciliter l'accès à ses ressources. Il pourra peut-être ainsi re-initialiser certains choix faits au cours de sa vie et devenus des entraves au point que le suicide apparaisse maintenant comme le seul choix possible.

Ce pouvoir potentiellement puissamment thérapeutique n'en reste pas moins un pouvoir délégué, surtout dans le cadre d'une relation rémunérée. Le praticien doit s'en souvenir pour rester conscient de la tentation d'en abuser, même avec les meilleures intentions, même et surtout quand le consultant, porté par les aliénations de son histoire, tendrait à l'y convier et à s'y soumettre.

Quand le consultant évoque son désir de mourir, il met le praticien à l'épreuve du pouvoir. Le praticien peut en être paralysé et s'en trouver impuissant ou s'en croire appelé à être son sauveur tout-puissant. On est là dans les difficultés et les pièges du contre-transfert. Ces mots, *suicide, je veux mourir, je veux me tuer* font partie de ce que j'appelle *les mots qui tuent* (sous-entendu : la clairvoyance du praticien). Ils obscurcissent la conscience du praticien, sa qualité de présence, son degré de liberté et ils demandent un travail spécifique de sa part, de ceux qui le forment et de ceux qui l'accompagnent dans son exercice professionnel.

La rencontre provoque des mouvements contre-transférentiels forts. Pour le praticien, accompagner une personne suicidaire réactive sa propre fréquentation avec le suicide, l'éventuel suicide d'un proche, son rapport à sa mort, la responsabilité qu'il porte de la vie d'autrui. Ainsi l'enfant dont on a souhaité la naissance pour que sa mère ait une raison de vivre, et qui l'a entendue toute son enfance dire « si vous continuez comme ça je me jette par la fenêtre » et qui s'est peut-être fait psychopraticien pour cela, est particulièrement vulnérable à ce genre de situation. Ou celui, celle qui se sont trouvés toute leur vie choisir des compagnons de vie suicidaires ou auto-destructeurs avec l'illusion presque toujours détrompée qu'ils allaient les sauver.

Tout autant qu'accompagner et faciliter le chemin de l'autre, être psychopraticien c'est travailler sur ses propres limites, percevoir les risques, savoir poser les conditions nécessaires pour travailler avec. L'engagement réciproque dans la thérapie repose sur un contrat dont les termes seront plus ou moins explicites. Ils doivent l'être en termes de durée, de prix, de fréquence, de contacts hors séances. Ils doivent l'être sur le non-passage à l'acte pendant les séances et éventuellement en dehors. Il arrive que le psychopraticien demande au consultant de s'engager à ne pas passer à l'acte pendant le temps de la thérapie. Le contrat libère le praticien de l'épée de Damoclès qu'il sentirait suspendue au-dessus de lui et crée pour le consultant un filet de protection qui lui permet d'aborder les questions de fond. Si le praticien se sent entravé par la menace, il doit pouvoir se récuser, en expliquer les raisons et orienter vers un confrère. Impératif éthique et déontologique. Il importe que dans cette impasse chacun puisse reconnaître ce qui lui revient et ce qu'il y voit répété de sa propre vie.

UN LIEU OÙ LA PULSION SUICIDAIRE PUISSE SE TRANSFORMER

Là où elles peuvent se dire et être entendues, que deviennent les idées suicidaires ?

D'un côté comme de l'autre, les surprises ne manquent pas. La première de toutes est, pour le consultant comme pour le praticien, qu'on peut donc en parler sans être pris en otage, sans que tombe le couperet de l'interdit, alors même que le risque suicidaire soulève un enjeu dramatique qui peut engager la vie de la personne. Il mobilise les peurs et les tabous à plusieurs niveaux, certains très anciens et enfouis dans l'inconscient collectif, certains très immédiats comme la compétence et la responsabilité professionnelle.

La peur, voire la terreur occupent une place importante et précieuse dans l'espace thérapeutique. Si elles viennent facilement en obscurcir les enjeux et les occulter, elles peuvent aussi les éclairer. La peur est un indicateur précieux qui signale qu'on approche des zones sensibles, comme la douleur physique quand on s'approche d'une partie lésée, enflammée. On peut l'accueillir comme alliée avec son rôle d'éclaireur. Et quand vient le sentiment d'un danger, on sait que se joue la confrontation entre les croyances et la réalité. La croyance par exemple qu'aborder telle question, telle pensée est éminemment dangereux et qu'il faudrait l'éviter. Mais si le mouvement qui porte la personne l'a conduite jusque à ce point, elle est plus prête qu'elle ne le pense à s'y confronter et à voir se mesurer l'une à l'autre la croyance en un danger et la réalité de ce danger. Faire confiance à ce mouvement, sans que ce soit du semblant, installe une sécurité pour les deux protagonistes, qui leur permet d'aller dans les régions obscures où s'écrit le scénario suicidaire et quand la sécurité y est, l'accompagnement facilitateur peut prendre des directions très différentes mais toujours fécondes selon les orientations et les outils dont se sert habituellement le psychopraticien.

Quand la sécurité y est peuvent venir les questions qui surprennent, désarçonnent le mental et ouvrent à leur tour des brèches. *Qui veut tuer qui ? Qui veut te tuer ? Qui, depuis si longtemps, peut-être depuis toujours, veut ta mort ? Qui se saisit de ta main pour y glisser l'arme ? Qui laisse dans un lieu que tu connais les médicaments qui peuvent t'y aider ? Qui te pousse dans l'eau, sous le train ? Qui ?*

Qu'on laisse se mettre en scène l'intention suicidaire, qu'on propose de faire (de jouer, de dessiner, de danser) le geste suicidaire que la personne s'imagine faire, et viennent des mots, des gestes, des mouvements, des images et se dévoile comme sur un écran, comme sur une scène, une dramaturgie dont on n'aurait vu qu'un détail jusque-là et dont on commence à voir l'ensemble de la configuration. Il est peu de situations où il est donné de voir aussi clairement comme l'espace intérieur est habité, comme notre âme est plurielle.

Ainsi l'exécution froide de la balle tirée dans la tête ne mobilise pas les mêmes énergies, le même mouvement, les mêmes personnages que la fureur destructrice de la machine, train, voiture lancée contre un mur ou un pilier. Les pulsions homicides qui se disent avec force dans le *je veux me tuer* où chaque élément, le pronom sujet, les deux verbes et le complément d'objet (même réfléchi) méritent attention, découvrent comment le consultant est mû en profondeur par la nécessité de tuer la partie aliénée de sa personne pour enfin vivre dans sa plénitude. Le schéma retrouve celui du viol où la victime peut vouloir détruire sa partie souillée, ou la partie – le parent intérieur – qui n'a pas su/pas pu la protéger ou l'a ensuite contrainte à se refermer sur la honte ou le silence, comme ont pu le faire trop souvent les parents réels.

Quand la personne s'écrie, *non, je ne veux pas vivre, je veux mourir*, le psychopraticien se garde de croire que ces mots lui sont à lui seul adressés. Il sait être attentif au dialogue dont ce *non !* clamé ou murmuré d'une voix rageuse ou écrasée mais audible, sonne comme la réplique à une autre voix qui enjoint de vivre, que nul n'entend et qui pourtant se dit quelque

part. Une personne suicidaire n'est jamais seule, moins qu'une autre, malgré toutes les apparences. Sinon elle ne serait pas là. Un des axes les plus féconds du travail est de dégager l'ensemble de ce dialogue et de libérer les énergies qui y sont pétrifiées.

Ou encore quand on entend, comme certains le disent, *non, je voudrais être mort / morte*, les images et les mouvements qui viennent parler d'une autre histoire. Par l'intoxication par les psychotropes se mettent en scène le glissement dans le sommeil et la dissolution de la conscience pour ne plus rien sentir, ni la souffrance, ni les coups de boutoir du désir.

Une autre série de mises en actes fantasmées renvoient à la relation problématique du consultant avec son corps. C'est la pendaison et le rôle moteur confié au poids du corps et à l'attraction terrestre. À la gravitation terrestre, s'ajoute quand la personne s'imagine se précipiter d'un pont ou d'une falaise la gravitation et l'image de sa dislocation. Ou bien, quand il est question de défenestration ou de noyade, le rappel de la naissance, de l'incarnation, du moment où l'être nouveau rencontre la force d'attraction de la terre et les contraintes du vivant jeté dans le monde. Petit inventaire non exhaustif.

Quelles que soient les configurations qui se dégagent, l'avancée du travail amène ces moments que tout consultant, et tout praticien dans son propre parcours, a rencontrés où l'ancien se désarticule tandis que le nouveau peine à se (re)construire. Passage du vide, temps de la dépression, des souffrances de l'abandon et de la solitude et temps de surgissement là encore des idées suicidaires. Il ne suffit pas de savoir et de se rappeler qu'elles forment de façon dramatique la mort nécessaire d'une partie de l'ancien pour faire place au nouveau encore incertain et généralement inconnu pour apaiser l'angoisse du consultant, celle de son entourage et l'inquiétude du praticien. Il aura beau dire c'est dans le processus, laisser entendre que la situation est sous contrôlée, il sait que le vivant n'est jamais sous contrôle. Affronter ce que peut changer pour le consultant de regagner des points de liberté dans la conduite de sa propre vie est un des défis majeurs de la thérapie

Il s'agit pourtant qu'il retrouve une liberté de choix et qu'il ne soit plus actionné par des forces étrangères de son histoire voire de plusieurs générations. La chose ne se fait pas en une séance, mais un chantier peut s'ouvrir, dont le plus gros du travail, dans cette étrange aventure qu'est une thérapie, ne sera ni visible ni audible et dont les effets se montreront le plus souvent d'abord là où on ne les attendait pas vraiment. Liberté de choix, la notion est essentielle. Tout homme doit pouvoir disposer de sa vie. La revendication est nouvelle dans l'histoire de l'humanité, elle n'a rien de *naturel*, elle fait indiscutablement partie de l'ensemble des valeurs qui fondent la modernité et dans lequel s'inscrit clairement le nouveau métier de psychopraticien. La boucle se boucle ainsi. Que tout homme puisse disposer de sa vie signifie qu'il ne peut être l'exécuteur testamentaire d'une volonté qui ne serait pas la sienne et qui aurait décidé de sa vie, parfois déjà avant sa naissance, qu'il ne doive pas être victime des bombes dormantes implantées dans son inconscient par son histoire ou par celle de sa lignée⁸. L'époque a fonctionné comme un laboratoire de l'homicide par suicide à distance dans l'espace ou dans le temps. Combien d'hommes et de femmes qu'on pouvait croire avoir échappé aux nazis ont accompli le geste eux-mêmes, certains, des inconnus autour de moi, comme Armand St., mon plus proche ami il y a cinquante ans, d'autres, plus connus comme P. Levi, B. Bettelheim ou S. Zweig.

Parler de liberté de choix implique que le psychopraticien soit prêt à respecter cette liberté, même si elle conduit la personne à se suicider. Mais le praticien garde à l'esprit que la demande de thérapie est a priori un choix de vie, il parie sur le mouvement qui a conduit le

consultant dans son atelier et qu'il l'accompagne et facilite en étant disponible, ouvert, proche. Il n'est ni indifférent, ni interventionniste, ni directeur de conscience, mais présent. La présence dont on parle si souvent comme étant la principale qualité nécessaire au thérapeute signifie qu'il n'est rien de plus important au monde dans le temps de la séance que d'être attentif à ce qui se dit ou se tait dans ce lieu, sous quelque forme que ce soit, paroles, silences, souffle, respiration, bruits du corps et mouvements de la vie, ceux du consultant, les siens propres dans leur échange constant, et de leur donner droit de cité.

L'objectif du psychopraticien n'est pas d'éviter le suicide, je le formule ainsi pour grossir le trait et faire ressortir l'essentiel qui est d'ouvrir l'accès au lieu du conflit et à la souffrance de vivre qui s'expriment par les idées suicidaires, accès d'autant plus difficile qu'il est comme protégé par la culpabilité, par l'ombre séculairement diabolisée du suicide. Il s'agit de rebattre les cartes.

UNE FORMATION SPÉCIFIQUE

La compétence nécessaire pour accueillir dans le non jugement et la liberté de parole, pour entendre en étant attentif aux mouvements du transfert/contre-transfert, pour accompagner la transformation du mouvement suicidaire par la mise à jour des scénarios qui le sous-tendent, ne peut s'acquérir par la seule formation universitaire. Le psychopraticien certifié est lui-même son premier outil de travail, riche du chemin qu'il a parcouru dans sa propre souffrance et sa (ses) thérapie(s). Pour être psychopraticien il vaut mieux avoir des années de vie que n années d'étude post-bac⁹.

Pendant la formation à la psychothérapie, l'équipe pédagogique est attentive aux difficultés personnelles, aux freins à l'apprentissage en suivant les étudiants lors des mises en situation. Les accompagnements thérapeutiques supervisés, à partir d'un certain moment du cursus de formation, permettent de mettre en évidence aussi bien la puissance transformatrice libérée par le transfert que le pouvoir d'influence dont pourrait se saisir le contre-transfert. Les formations à la psychothérapie gardent de la psychanalyse un corpus conceptuel de base ainsi que la nécessité absolue du travail sur soi, de la supervision assurée par des enseignants dans le cours de la formation et par des pairs chevronnés après la certification. Comme elle, elles font largement appel à des disciplines qu'ignore l'enseignement de la médecine, comme l'anthropologie, l'histoire, la linguistique, la mythologie, les créations artistiques. Elles leur sont aussi nécessaires que la psychophysiologie ou la psychopathologie revisités dans le sens de sa spécificité.

L'exemple du suicide montre à quel point l'approche et l'accompagnement qu'en proposent les psychopraticiens diffèrent profondément de l'approche médicale ou psychiatrique. Face à l'émergence d'une demande issue d'une population très large et venue de tous les horizons socioculturels, elle a su se compléter d'approches que la psychanalyse rejette ou ignore. Parmi les plus caractéristiques on peut citer l'accent mis sur l'ici et maintenant, l'approche émotionnelle, le travail corporel, les techniques respiratoires, le toucher thérapeutique, les modifications de l'état de conscience, la pratique des stages résidentiels, etc. Les praticiens doivent être conscients que tous ces outils accroissent la puissance des phénomènes transférentiels et contre-transférentiels, accroissant du même coup la puissance thérapeutique des pratiques comme le risque des dérives sous la forme de dépendance et d'abus de pouvoir. L'expérience personnelle des méthodes et leur analyse critique par le partage et le feed-back sont des outils précieux pour limiter les risques.

À ceux qui craindraient que ces démarches, ces formations et la pratique de la psychothérapie qui en résulte aboutissent à renforcer le supposé individualisme fustigé par les moralistes, on peut les inviter à rencontrer les personnes qui ont traversé ces formations et ces thérapies. Ils forment certes des réseaux, ils présentent peut-être un risque de rester dans un entre soi, mais le plus souvent ils se sentent bien davantage et bien autrement impliqués dans la vie sociale et la relation aux autres d'une façon générale. Par un effet de retour ils participent au mouvement de la société civile de trouver de nouveaux modèles de fonctionnement.

UN MÉTIER QUI ACCOMPAGNE LA MUTATION SOCIALE

La psychothérapie n'est pas un combat marginal qui n'intéresserait qu'un petit bataillon de spécialistes, de névrosés et d'insatisfaits. Elle est prise dans les mouvements les plus généraux qui travaillent notre société et la transforment. Pour répondre aux besoins nouveaux qui émergent en elle, la société civile cherche aujourd'hui des solutions en dehors des sillons tracés qui s'avèrent inadaptés. Conjugalité, parentalité, identité sexuelle, modes de production, circuits de distribution, consommation, finance, éducation, communication, partout les exemples abondent. Entre ces besoins émergents et l'offre calquée au début sur les formes anciennes, le hiatus pousse à expérimenter et à innover. Tôt ou tard les pouvoirs publics interviennent pour réglementer les nouveaux modèles, soit dans un sens conservateur, par peur du changement ou pour préserver les corporations qui se sentent menacées, soit dans un sens innovateur, pour accompagner et faciliter l'évolution de la société. Entre les deux tendances, la différence n'est pas toujours aussi tranchée.

La psychothérapie présente de ce point de vue un cas d'école. Une demande qui apparaît depuis une cinquantaine d'années, sous la forme de la nouveauté floue, mal-être, insatisfaction, sentiment d'impasse, échecs répétés, souffrance sans ancrage corporel, qui ne trouve pas de réponse dans les métiers déjà existants, même si ceux-ci tentent de la capter dans leurs filets idéologiques ou diagnostiques. Une offre d'accueil assez spécifique pour être devenue un nouveau métier, au sens où il permet à nombre de ses praticiens d'en vivre, sans pourtant correspondre à aucun diplôme d'État, et que nous appelons maintenant psychopraticien certifié. Une inquiétude des pouvoirs publics, légitime en elle-même, relayant sans doute celle de certaines corporations et tentant de légiférer dans un sens conservateur et restrictif sous couvert de protéger les citoyens. L'évolution se continue sous nos yeux avec le débat collectif sur l'euthanasie et le suicide assisté dont les pouvoirs publics ont dû se saisir sous la pression des personnes revendiquant le droit de mourir dans la dignité et la demandant d'y être aidées. On voit comment la législation ne cesse d'évoluer à partir de positions qui semblaient si figées au départ. On peut penser (*wishful thinking* ?), à la lumière des autres exemples de l'actualité, que cette politique conservatrice est vouée à l'échec à terme car elle va à l'encontre de l'évolution du corps social.

On assiste à la conjonction d'une démarche individuelle exigeante et validée par les effets de changement qu'elle produit et d'un mouvement du corps social dans son ensemble. Si cette recherche se fait dans le secret des cabinets de psychopraticiens et de psychanalystes, le nombre de ces chercheurs et le temps et l'argent qu'ils y consacrent sont tels qu'il s'agit bien d'un phénomène social de première grandeur. L'espace psychothérapique est un des laboratoires de la nouvelle socialité, où se retrouvent les mêmes conflits, les mêmes ambivalences que dans la société globale, celle qui réclame à cors et à cris que ça change tout en déplorant la perte des valeurs et en tentant d'endormir l'exigence interne venue des siècles précédents et que rien jusqu'à maintenant n'a pu arrêter. Nos cabinets sont des ateliers où

consultants et praticiens oeuvrent ensemble à définir de nouveaux modèles, comme des espace micro-sociaux où s'accoucherait un processus macrosocial.

Marseille, août 2017

Lucien Tenenbaum a été psychiatre dans le service public de 1965 à 1987 puis psychopraticien d'exercice libéral de 1988 à 2010. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages : La bascule des malaimés, Éd. du Souffle d'or, 1994 (ouvrage épuisé, en lecture et téléchargement libres sur le site de l'éditeur souffledor.fr) ; La psychothérapie un savoir étrange, même éditeur, 1995, ouvrage épuisé ; Écrire, parler, soigner en chinois, Éd. You-Feng, Paris, 2008 ; La dépression, une épreuve moderne à L'harmattan, Paris, 2009 ; D'autres psychotiques que moi, à L'Harmattan, Paris, 2015.

¹ Ce texte est une contribution au livre à venir de la ff2p sur la spécificité du métier de psychopraticien certifié.

² Les nouvelles dispositions règlementaires ont conduit les organisations professionnelles à adopter pour les praticiens de la psychothérapie dûment formés et contrôlés l'appellation de psychopraticiens certifiés.

³ Dans la thématique abordée ici, la psychanalyse est considérée comme une des formes de la psychothérapie et ce que je dis de celle-ci s'applique à celle-là, sauf particularité que je signale.

⁴ Je m'en tiendrai aux cultures traditionnelles monothéistes qui sont les nôtres et qui ont toujours diabolisé les conduites suicidaires, sans aborder d'autres cultures comme celles de l'antiquité gréco-romaine, de la Chine, du Japon, du monde bouddhiste où le suicide est perçu de façon différente.

⁵ C'est bien parce qu'elles allaient mieux que la sortie était envisagée et c'est pour la même raison qu'elles se sont suicidées. Le paradoxe n'est qu'apparent. J'ai écrit plusieurs articles sur le sujet.

⁶ Comme on dit maintenant l'apprenant ou l'analysant pour souligner leur participation active à l'entreprise.

⁷ Ce qui fait du praticien le *sujet supposé savoir*, selon l'heureuse formule de Lacan.

⁸ Les bombes dormantes ne sont pas toujours seulement dans l'inconscient. Dans la société traditionnelle albanaise, on plaçait une balle dans le berceau d'une fille à sa naissance. Si au jour venu elle n'épousait pas l'homme à qui l'accord de deux familles l'avait promise, la balle était pour elle. Si elle ne la tirait pas elle-même, il y avait toujours un frère ou un père secourable pour le faire. Il n'est pas sûr que cette belle promesse soit totalement tombée en désuétude. (Sciences et Avenir, mai 1996)

⁹ La grande majorité des personnes s'engageant aujourd'hui dans une formation de psychopraticien ont trente cinq à cinquante cinq ans. Elles ont déjà vécu une première vie professionnelle et/ou conjugale et parentale et elles vivent un moment-clé de leur existence qui se formule dans la majorité des cas par un *je ne peux pas continuer comme ça*, qui fait miroir avec ce qui est souvent la phrase introductive du consultant.

Références sur les thèmes :

– spécificité du métier de psychopraticien : ce chapitre s’inscrit dans la suite de mes articles déjà publiés dont il reprend certains éléments : *Psychothérapeute, un nouveau métier* in Le livre bleu de la FF2P, *La psychothérapie au XXI^e siècle, les psychothérapeutes*, 2004, p.p. 7-12 ; *La Psychopathologie revisitée par la psychothérapie* in FF2P, *Être psychothérapeute*, Dunod, 2006, p.p. 113-122 (les débats sur la réglementation de la profession étaient encore en cours – maintenant il faudrait partout remplacer *psychothérapeute* par *psychopraticien*); *Un changement culturel profond*, même ouvrage, p.p. 225-227 ; *La psychothérapie n’est pas soluble dans l’enseignement universitaire*, lettre adressée à Mme Bachelot, Ministre de la Santé, 2009, alors restée sans réponse, accessible en lecture libre sur le site de l’Association Européenne de Thérapie psychocorporelle et relationnelle, aetpr-psychotherapie.org ; *Lettre à l’ARS PACA pour ne pas être inscrit sur le registre des psychothérapeutes*, 22/11/2011, en lecture sur www.psy-rouzet.ouvaton.org.

– les ruptures d’équilibre : voir mon article *Trois équilibristes trébuchent. Rupture* dans *Gestalt*, revue de la SFG, 2016/1-2 (n°48-49), accessible sur cairn.info.

– le suicide : on trouvera dans mon livre *La dépression, une épreuve moderne*, (L’Harmattan, 2009) un chapitre entièrement consacré à la question du suicide.