



# SOMATOTHERAPIE

Association Française de Somatothérapie

N° 5

JUIN 2002

édito

Chers Adhérents, Collègues et Amis,

Pour ce début d'été qui commence par la fête de la musique dans un spectacle de danse, de chants, de jeux de lumière un peu partout en France, j'aimerais vous présenter la revue Somato numéro 5 avec cette ambiance de joie, de détente et de découverte, dans un esprit d'échange et de partage.

Je lance un appel à tous nos membres qui ont des récits des cas vécus ou témoignages, de nous envoyer leurs textes pour que nous puissions les éditer.

L'année prochaine, nous fêterons ensemble cette fête d'été. Ce sera pour nous un événement de rencontre, de partage, de se faire connaître à travers des présentations diverses, d'ateliers, démonstrations de différentes approches, méthodes et techniques. Je pense que cette méthode d'apprentissage dans la joie et le plaisir, ouvrira une voie vers une créativité partagée. Réfléchissons ensemble comment nous pouvons agir ou organiser cette fête pour que cette expérience puisse rester un événement inoubliable. Nous trouverons une date et un lieu adéquats qui nous donnent l'espace nécessaire. En attendant si vous avez déjà des propositions, faites-nous le savoir.

Ce numéro comporte un dossier important concernant la supervision.

Ce dossier n'est pas nouveau ; certains le connaissaient. C'est une réédition avec l'accord de l'auteur, Docteur Richard Meyer que je tiens à remercier. La supervision est la clé de voûte de l'apprentissage et de la perfection vers le professionnalisme. Vous savez que le nombre d'heures de supervisions est demandé pour votre titularisation ou pour obtenir le Certificat Européen de Psychothérapie (CEP).

Mon objectif en tant que président est de mettre en place : une vision qui nous soit commune, quelque soit notre pays, de déterminer les valeurs qui nous unissent, de consolider notre appartenance à la SOMATOTHERAPIE.

Je vous souhaite de passer d'agréables vacances pleines de bonnes choses que vous désirez vivre pour recharger vos batteries positives.

Jérôme CHIDHAROM  
Président de l'AFS et de l'AIS Sompsy

## Sommaire

### Page 2 à 5

Présentation des Membres du C.A.

### Page 6 à 9.

C'est quoi le T.O.C ? Jérôme CHIDHAROM

### Page 10 à 15

Sexo-Conjugo-Somatothérapie (suite) Dr. Pierre Dalens

Extraits des Statuts AFS – AIS SOMPSY

### Page 16 à 18

Compte Rendu C.A. AFS et AIS SOMPSY

### Page 19 à 24

Dossier Clinique Supervision Dr Richard MEYER  
Informations

## Date à retenir

**Assemblée Générale de l'AFS**

**Le samedi 23 Novembre 2002**

## Mieux se connaître, pour mieux partager, pour aller dans le sens de nos valeurs

**Jérôme CHIDHAROM**

**03 juin 1952, originaire du Laos**

**Marié, deux enfants, Déborah 9 ans, Matthieu 7 ans**

**Président de l'A.F.S. et de l'A.I.S. SOMPSY**

**Membre fondateur**

*Qui êtes vous Président et quelles méthodes utilisez-vous ?*

Je suis Coach -Formateur- Superviseur, Psychothérapeute Socio-somat-analyste.

Les méthodes que j'utilise le plus sont : la Somatothérapie-Somatanalyse, le bonding, l'AT, la PNL, la Gestalt, l'Hypnose Ericksonienne, le Process Therapy Symbolization, l'Imagerie Mentale, la Thérapie Emotionnelle-Corporelle, la Méditation Bouddhique, l'Approche Systémique, la Musique...

J'utilise de nombreuses méthodes, car l'être humain est complexe. Pour bien comprendre le problème de souffrance d'un être, j'ai besoin de plusieurs cartes. Pour intervenir efficacement, j'ai besoin de beaucoup d'outils. Je trouve que la somatothérapie connecte toutes ces méthodes et donne un résultat rapide et durable.

*Utilisez vous d'autres méthodes que celles que vous avez choisie ?*

La nutrition ou l'équilibre alimentaire. Car en tant que somatothérapeute, le corps physique, biologique a son importance sur notre état de santé. Connaître les dangers ou la qualité des produits de consommation courante est nécessaire. Peut-être pourquoi pas la chronobiologie ou la parapsychologie ?

*Qu'elle est votre vision de la somato ?*

La somatothérapie est une grande famille où chaque discipline trouve sa place. Elle apprend à chacun à être dans son unicité.

*Qu'avez vous envie de nous dire pour conclure cette rapide présentation ?*

Je demande à chaque membre de l'association de prendre du temps pour construire ensemble la grande famille des somatothérapeutes. De prendre la responsabilité d'activités au sein de l'association, car elle a besoin de vous.

Soyons tous acteurs du développement de la somatothérapie. Bâtissons ensemble ce que nous croyons bon pour nous et contribuons à la bonne marche de l'humain.

**Elisabeth LORRACH**

**24.7.1944**

**Célibataire**

**Gérante de société – Coach en entreprise**

**Secrétaire de l'A.F.S. et membre fondateur, secrétaire de l'A.I.S. SOMPSY**

Je m'occupe également de la conception, de la rédaction et de la mise en page du Journal SOMATOTHERAPIE.

En tant que responsable d'entreprise j'ai fait appel à un coach pour rester performante en ces périodes de changements. J'ai suivi avec Jérôme CHIDHAROM et d'autres, de nombreuses formations. Toutes celles touchant à la Somatothérapie sont utiles et nécessaires dans le domaine du coaching en entreprise, ou le maître mot est encore « pas de corps et le moins possible d'émotions ! » pourtant il n'est pas possible d'avancer si on ne prend pas en compte la personne dans sa globalité.

Je travaille sur les bases de l'A.T. de la PNL mais également sur les modèles de P.A.P.E.C.E, ainsi que de HUDSON pour le mentoring. J'ai travaillé la Somatanalyse, le Bonding selon Carsiel. Même si cette méthode n'est pas applicable en entreprise elle m'a permise d'être de plus en plus clair avec moi même.

Ce que j'aimerais développer comme méthode complémentaire dans un avenir proche irai, vers l'Art thérapie, un travail sur, ou par, la voix, ou encore le dessin ou la sculpture. Ces approches me semblent faciles à proposer en entreprise pour des résultats rapides et concrets.

Pour moi la somato est un excellent outil de développement qui intègre, le corps, l'âme et l'esprit, ce qui va dans le sens de ma vision de l'équilibre et de l'harmonie.

Ma demande est simple et peut être même simpliste, elle va dans le sens d'une meilleure communication, d'une plus grande convivialité, d'un plus grand partage au sein de notre association.

**Claudie DIEU**

**Trésorière de l'A.I.S.SOMPSY et de l'A.F.S.**

Dans l'A.F.S. je fais parti de la commission Éthique et Doléance. J'exerce en libéral depuis presque deux ans en tant que psycho- somatothérapeute, tout particulièrement par l'art thérapie, ainsi que des méthodes corporelles et vocales.

**Marie France INCORVAIA**  
**19.05.1957 - mariée - 4 enfants**  
**Infirmière spécialisée en psychiatrie**

*Quelles techniques et méthodes utilisez-vous actuellement ? Et pourquoi ce choix ?*

J'exerce dans une institution auprès d'adultes de tous âges, des personnes en grandes difficultés psychologique. J'utilise actuellement la psycho -socio-somatothérapie.

La somato est un outil de choix auprès des jeunes adolescents et des adultes à qui elle permet de retrouver une existence propre ainsi qu'une certaine autonomie, car elle leur permet de retrouver le contact avec leur corps et par la même avec leurs émotions pour remettre la parole et retrouver un sens à ce qu'ils vivent au quotidien.

Les séances de socio que je propose toutes les semaines ont été accueillies avec beaucoup d'enthousiasme par les patients, car c'est un lieu où ils peuvent être entendus. Pour beaucoup c'est une découverte : « leur parole a de l'importance !

Ils apprennent tout particulièrement à entendre la parole de l'autre qui de ce fait recommence à exister pour eux. Des liens se recréent, de l'espoir renaît.

*Utilisez vous d'autres méthodes que celle que vous avez choisie ?*

Bien sûr. J'aimerais préciser que si la base de ma méthode reste la somato, j'y inclus tout ce que j'ai expérimenté au cours de ma formation (et qui marche !!!).

L'association de mon intuition et des différentes méthodes enseignées au cours de ma formation, me permettent d'adapter mes réponses au plus près des besoins de mes patients.

J'ai envie de dire que c'est mon esprit créatif, autant que ce que j'ai appris au cours de ma formation qui m'ont permis d'entrer en contact avec mes patients, tout particulièrement au cours des séances de groupe.

*Qu'elle est votre vision de la somato ?*

Pour moi, la somato est une méthode qui permet de réunifier l'être humain, car elle s'intéresse à la fois au corps et au mental ainsi qu'aux émotions (l'affectif). La Somato est « unifiante » dans la recherche de soi.

*Qu'avez vous envie de nous dire pour conclure cette rapide présentation ?*

Ce qui est vraiment important pour moi, c'est de rester attentive à garder une qualité de soin, et d'être irréprochable dans la limite de mon humanité.

**Jean-Loup BROCHET**

**05.01.1948**  
**Psychanalyste /Somatothérapeute**

La somatothérapie est un plus par rapport à l'analyse, puisqu'on intègre le corps.

Comme j'ai fait la formation de sophrologue (ancien président de la Corporation des Praticiens en Sophrologie de France) dans le but avoué de « garder les pieds sur terre », je me suis trouvé à la croisée de chemins qui m'ont poussé vers la création de la biosophrologie qui est une somatothérapie à part entière. (4 techniques principales dérivées de la sophrologie, article dans l'ouvrage de Geneviève Liénard : « Somatothérapies »)

Ayant des connaissances assez éclectiques, il peut m'arriver d'utiliser telle ou telle technique appartenant à une méthode différente si l'intérêt du patient l'exige.

La Somato (ou plutôt les Somatos) représente(nt) sans doute une des formules les plus sérieuses sur le marché pour acquérir et/ou conserver le bien-être et le plaisir de vivre.

**Bernard LUIGI**  
**12.09.1939**  
**Divorcé, vit en concubinage**  
**Psychothérapeute/Somatothérapeute**

*Quelles techniques et méthodes utilisées vous actuellement ? Et pourquoi ce choix ?*

Mes techniques sont : la Somatothérapie, la Gestalt Thérapie et la Bio Énergie.

Ce choix est centré autour de la psychothérapie corporelle car il permet au delà de l'analyse didactique une approche plus directe plus globale de l'analysant. Ce choix correspond aussi à la nature holistique de l'aide qui est la mienne.

*Utilisez-vous d'autres méthodes que les méthodes choisies ?*

Lorsque le soigné est dans une impasse avec des mots tels que « je ne sais pas », je me donne la possibilité d'aller chercher chez les ascendants ce qu'il peut porter à son insu et qu'il doit en quelque sorte « rendre ». De ce fait, je m'appuie sur la psychogénéalogie de Anne ANCELIN, de Claude NACHIN et de Serge TISSERON

*Que souhaitez-vous intégrer comme autre méthode de Somato dans un futur proche ? Pourquoi ?*

Il me semble que l'approche novatrice du Docteur SABBAN offrirait une dimension nouvelle à mon travail dans la mesure où la notion de « conflit déclenchant » et « conflit programmant » propose une nouvelle respiration à l'analyse.

***Quelle est votre vision de la Somato ?***

Elle me donne une grande liberté d'approche tout en privilégiant la responsabilité de l'analysé et sa nécessaire restauration narcissique qui est au cœur des éléments propédeutiques à toute analyse. La place unique du corps qui souffre, qui parle et qui comprend est une chance que je trouve dans le travail de somatothérapeute.

***Quelles sont vos suggestions, vos demandes ?***

Je souhaiterais des rencontres transversales avec des psychothérapeutes qui se donnent le choix du travail psycho corporel avec des débats autour de la mise en acte d'un tel travail : doit il être prévalent, peut on le proposer sans une première accroche analytique, et aussi comment associer notre travail avec le regard que porte le corps médical sur le soigné : limite des uns et des autres, complémentarité et aide conjointe dans les centres de soins tels que centres accueillant des malades comme le cancer, la sclérose en plaques...

**Docteur Pierre DALENS**

**11 11 1928**

**Médecin – Psychanalyste – Psychothérapeute –**

**Sexologue –Sexoanalyste –**

**Somatanalyste**

Marié – 2 enfants.

***Techniques et méthodes utilisées :***

La Somatothérapie intégrée dans la création de l'Énergétique de l'Éros Relationnel, associée à des Thérapies Individuelles ou de Couple de différentes approches, y compris Analytiques et Somatoanalytiques.

***Pourquoi avez vous fait ce choix ?***

Il est en rapport avec l'approche spécifique de chaque patient et les conditions d'évolution thérapeutique.

***Utilisez vous d'autres méthodes que la méthode choisie ?***

Cette méthode est elle même une méthode intégrée comprenant différents aspects sur le plan Énergétique, de l'Éros et Relationnelle. Cependant les approches gestaltiques sont largement adoptées.

***Que souhaitez-vous intégrer comme autre méthode de Somato dans un futur proche ? Pourquoi ?***

Les méthodes intégrées sont essentiellement pour nous le lien entre le psychique, le relationnel et le somatique

pour englober l'ensemble de l'individu.

***Quelle est votre vision de la Somato ?***

C'est une vision à la fois conceptuelle, émotionnelle et affective, visant à permettre l'individuation globale de l'individu.

***Quelles sont vos suggestions, vos demandes ?***

Continuer à approfondir l'évolution de l'individu et ses difficultés inter relationnelles, en particulier au niveau d'Éros.

**Michel GABORIAUD**

**26.03.1963 à La Rochelle**

**Marié père de 3 enfants (10 – 8 et 7 ans)**

**Somatothérapeute**

**Spécialisé en Sensitive Gestalt Massage**

Le choix du Sensitive Gestalt Massage fut pour moi un grand tournant, tant dans ma vie professionnelle que familiale. Militaire de carrière, le climat professionnel existant ne me satisfaisait pas pleinement.

J'ai donc décidé après avoir fait le point sur mon vécu personnel, mon expérience professionnelle et mes réelles motivations dans la vie, de changer de métier et d'aller vers une activité plus proche de l'être humain où je pourrai utiliser mes qualités d'écoute attentive.

Je pratique d'autres techniques, dont, toute une série basées sur le corps, telles que l'amincissement, les soins esthétiques corps et visage. Je me rends compte que le corps est un facteur important dans l'équilibre de l'être humain.

Sans pour autant sombrer dans le nombrilisme ou le refus du vieillissement à la brésilienne, s'occuper de son corps sera toujours un élément de bien être.

J'aimerais que l'association définisse clairement les techniques et les écoles qu'elle reconnaît comme appartenant à la Somatothérapie, ainsi que la différence entre un **praticien** pas forcément professionnel et un **titulaire** obligatoirement un professionnel, y compris vis-à-vis de la législation du travail.

On peut ignorer quelque chose.  
l'important, c'est de savoir chercher

*Samuel Johnson*

**Chantal VINCENT**

**20 08 1947**

**divorcée – 2 enfants adultes – grand-mère de 2  
petits-enfants (8 et 2 ans).**

**Assistante de Direction**

Je suis “Assistante de Direction” au sein d’une importante multinationale. Parallèlement, il y a dix ans, j’ai entrepris une formation de somatothérapeute. Après la rédaction de mon mémoire (1997) et ma titularisation (1999) j’avais envisagé de quitter l’entreprise pour ouvrir mon propre cabinet de consultation. Après réflexion, j’ai renoncé à ce projet pour des raisons matérielles. Ceci dit, ma formation et mon travail de développement personnel m’ont amené à intervenir de plus en plus souvent dans la gestion des conflits au sein de l’entreprise. Cet aspect de ma fonction m’enrichit énormément. Je reçois par ailleurs, hors entreprise, des patients en consultation (non salariés de l’entreprise qui m’emploie.)

***Quelles sont les techniques et méthodes que vous utilisez actuellement et pourquoi avez vous fait ce choix ?***

Somatothérapie – Somatanalyse – Psychosomatorame. Parce qu’après l’étude de différentes méthodes au cours de ma longue formation, ce sont celles qui me correspondent le mieux et dans lesquelles j’obtiens d’excellents résultats.

***Utilisez-vous d’autres méthodes que la méthode choisie ?***

Oui. Certaines personnes viennent me consulter mais ne veulent pas entendre parler de “thérapie” encore moins “d’analyse”. Ce sont souvent des personnes qui passent une période difficile (divorce, décès d’un proche, difficultés professionnelles, etc.) Je leur propose alors quelques séances de relaxation (Schultz – Jacobson) et également du massage, type californien, pour lequel j’ai suivi une formation de 1992 à 1994.

***Que souhaitez-vous intégrer comme autre méthode de Somato dans un futur proche ? Pourquoi ?***

Le sport. Je suis licenciée de la Fédération Française d’Athlétisme et je pratique la course à pied. Je fais environ une à deux compétitions par mois. Les échanges avec le milieu sportif sont extrêmement enrichissants. Le “partage” au cours des séances d’entraînement, des difficultés rencontrées, des courses gagnées ou ... perdues parallèlement aux difficultés familiales et/ou professionnelles qui sont le lot de chacun sont également sources de richesse et d’évolution personnelle. En ce qui me concerne, “ce partage” m’offre une possibilité supplémentaire d’étudier le comportement des individus dans des moments de fortes charges émotionnelles.

***Quelle est votre vision de la Somato ?***

La Somato est un ensemble de techniques psychocorporelles utilisées principalement en thérapie. Mais, pour moi, elle s’étend également à d’autres domaines qui n’ont pas forcément un but thérapeutique mais celui du “mieux-être” tels que : l’étude d’un instrument de musique ou du chant. Ce n’est pas un hasard si je cite la musique puisque je suis choriste et que j’étudie le piano depuis plusieurs années. J’ai ainsi pu me rendre compte à quel point le domaine de l’art favorisait un travail sur le corps mental, physique, émotionnel et spirituel, c’est à dire de l’être dans sa globalité et, par voie de conséquence, une évolution personnelle permanente.

***Quelles sont vos suggestions, vos demandes ?***

Je n’ai pas de suggestions ni demandes particulières. Je crois qu’il appartient à chacun, après un travail de développement personnel et une formation sérieuse de trouver sa voie. La mienne semble se situer au sein de l’entreprise. Je mets actuellement au point un projet de gestion du stress que je souhaite présenter prochainement au nouveau DRH de la multinationale qui m’emploie. Tout comme Patrick Légeron\*, je pense que “*Les entreprises qui auront le plus de chance de réussir à l’avenir seront celles qui aideront les individus à faire face au stress et qui sauront organiser le milieu de travail afin qu’il soit mieux adapté aux aptitudes et aux aspirations humaines*”.

\* Médecin psychiatre. Auteur d’un livre récemment paru aux Editions Odile Jacob : “Le Stress au travail”.

« Il y a deux sortes d’hommes qui n’arriveront jamais à grand chose... ceux qui ne peuvent pas faire ce qu’on leur dit, et ceux qui ne peuvent faire que cela »

Cyrus Curtis

« C’est au moment où l’on n’en a pas le temps qu’on devrait se détendre »

Sydney HARRIS

## C'est quoi le T.O.C.

Cet article est un dossier compilé à partir de plusieurs documents concernant le T.O.C.

On estime aujourd'hui qu'environ 2 à 3% de la population française (3,6% chez les adolescents) souffrent de T.O.C, soit plus d'un million de personnes. L'âge de début est précoce : environ 65% avant l'âge de 25 ans, 15% après 35 ans et 50% avant 18 ans.

### C'est quoi le T.O.C ?

«*Le T.O.C. est l'abréviation en français de Trouble Obsessionnel et Compulsif. Il s'agit d'une affection qui se caractérise par la présence d'obsessions et/ou de compulsions récurrentes, persistantes, pénibles et parfois très invalidants.* » (A.F.T.O.C.)

**Troubles** : les troubles de la personnalité, qui durent toute la vie, désignent des traits de caractère si inflexibles et si inadaptés qu'ils portent atteinte à la vie sociale et professionnelle de l'individu et affectent considérablement son entourage.

**Personnalité** : ensemble des traits qui caractérisent la structure intellectuelle et affective d'un individu et qui se manifestent dans son comportement.

**Obsession** : du latin *obsidere, assiéger* : s'imposer sans relâche à l'esprit, importuner par ses assiduités

**Compulsif** : du latin *compulsare*, pousser, contraindre, exiger : contrainte interne impérieuse qui pousse un sujet à certains comportements sous peine de sombrer dans l'angoisse. Les compulsions sont des comportements répétitifs qui visent à conjurer quelque événement futur. Une compulsion peut, par exemple, consister à se laver sans cesse les mains ou à compter et recompter ses possessions ou d'autres objets.

### Trouble Obsessionnel Compulsif

A. Obsessions ou compulsions (ou les deux), présentes presque tous les jours pendant une période d'au moins deux semaines.

B. Les **obsessions** (pensées, idées ou représentations) et les **compulsions** (comportements) ont en commun les caractéristiques suivantes, qui doivent toutes être présentes :

(1) Le sujet reconnaît qu'elles sont le produit de ses propres pensées, et qu'elles ne sont pas imposées par des personnes ou des influences extérieures

(2) Elles sont répétitives et désagréables, et au moins l'une des obsessions ou compulsions est ressentie comme exagérée ou absurde.

(3) Le sujet fait des efforts pour leur résister (la résistance peut toutefois être minime dans le cas, de certaines obsessions ou compulsions quand elles

persistent depuis longtemps). Il doit y avoir au moins une obsession ou une compulsion à laquelle le sujet tente de résister, mais sans y parvenir.

(4) Le sujet ne tire aucun plaisir d'une pensée obsessionnelle ou d'un acte compulsif. (Cette activité peut toutefois entraîner une réduction momentanée de la tension ou de l'anxiété).

Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments de détresse ou interfèrent avec le fonctionnement social ou individuel du sujet, habituellement en entraînant une perte de temps.

### Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.

Les obsessions ou les compulsions ne sont pas dues à un autre trouble mental, par exemple une schizophrénie ou des troubles apparentés (F20-29), ou à un trouble de l'humeur (affectif) (F30-39).

On peut préciser le diagnostic en utilisant le quatrième caractère du code

F42.0 Avec pensées ou ruminations obsédantes au premier plan

F42.1 Avec comportements compulsifs au premier plan – [rituels obsessionnels]

F41.2 Forme mixte, avec pensées obsédantes et comportements compulsifs

F42.8 Autres troubles obsessionnels-compulsifs

F42.9 Trouble obsessionnel-compulsif, sans précision

CIM – 10 / Page 91 – 92

### M F42.x [300.31 Trouble Obsessionnel-Compulsif

Le Trouble Obsessionnel –Compulsif fait partie des Troubles Anxieux.

Voici les Critères de diagnostics tels que définis par le DSM IV :

A. Existence soit d'obsessions soit de compulsions : **Obsessions définies par (1), (2), (3) et (4)**

(1) pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.

(2) Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle.

(3) Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.

(4) Le sujet reconnaît que les pensées, impulsions ou représentations obsédantes proviennent de sa propre activité mentale (elles ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans le cas des pensées imposées)

## **Compulsions définies par ( 1 ) et (2)**

(1) Comportements répétitifs (p. ex. Lavage des mains. Ordonner. Vérifier.) ou actes mentaux (par ex. prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.

(2) Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

B. A un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou irraisonnées.

NB. Ceci ne s'applique pas aux enfants.

C. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse. D'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.

D. Si un autre Trouble de l'Axe 1 est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier (par ex. préoccupation liée à la nourriture quand il s'agit d'un Trouble des conduites alimentaires ; au fait de s'arracher les cheveux en cas de Trichotilomanie ; inquiétude concernant l'apparence en cas de peur d'une dysmorphie corporelle ; préoccupation à propos de drogues quand il s'agit d'un Trouble lié à l'utilisation d'une substance ; crainte d'avoir une maladie sévère en cas d'Hypocondrie ; préoccupation à propos de besoins sexuels impulsifs ou de fantasmes en cas de Paraphilie ; ou ruminations de culpabilité quand il s'agit d'un Trouble dépressif majeur).

E. La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une assistance donnant lieu à un abus, un médicament) ni d'une affection médicale générale.

## **Obsessionnel -Compulsif**

### **Description générale**

La personne O.C. se harcèle constamment avec des fortes envies, des pensées, ou des comportements. Les problèmes clés incluent le temps et l'argent. L'obsession est l'octroi constant d'attention à quelque chose que la personne s'estime incapable de contrôler,

tandis que les compulsions portent l'obsession dans l'action. Souvent les mots sont employés de façon interchangeable. Des pensées obsessionnelles peuvent être simples, comme la répétition des mots, des expressions, des phrases, ou des mots absurdes. Ou elles peuvent être des obsessions extrêmement abstraites ou généralisées concernant le sens de la vie, de la mort, de Dieu, de la fraternité, etc. Des comportements compulsifs peuvent être simples, par exemple se frotter le bout du nez, ou compter des mots dans chaque phrase ; ou des rituels compliqués, comme le lavage répété des mains. Ces rituels compulsifs sont des systèmes de défense importants. L'inquiétude et la détresse apparaissent souvent quand la personne n'achève pas ces rituels, ou s'il elle pense qu'elle sera incapable de les contrôler ou qu'elles ne\_\_travailleront pas pour elle. Les comportements OC sont conçus pour protéger la personne de sa crainte sous-jacente du monde, de son agression, ou de sa culpabilité. Ces sentiments sont déformés, expérimentés (éprouvés) comme l'inquiétude et évités temporairement via sa pensée ritualiste ou ses, comportements.

Le diagnostic OC est parfois considéré comme étant une liaison entre la névrose et la psychose, puisque dans des cas sévères, la pensée est sérieusement détériorée. Cependant, le pronostic est bon quand le problème est détecté et traité tôt. Une grande majorité des OC sont des hommes.

## **SUR LE PLAN COGNITIF**

La facette la plus évidente des OC est la rigidité de leur pensée. La personne compulsive pense d'une façon constante et persistante de choses constantes et persistantes. La pensée et la conversation sont répétitives, couvrant le même motif à plusieurs reprises. La pensée compulsive est brusquement focalisée, intense et concentrée sur des détails (Shapiro, 1965). La personne compulsive concentre son attention sur une seule trace, cherchant les détails qui confirment ses croyances et ne se laisse pas influencée par les avis d'autrui ou les faits ou les opinions qu'elle ne veut pas considérer. Bien qu'elle puisse apparaître inattentive, c'est en réalité son attention excessive, concentrée dans une direction prédéterminée qui donne cette image aux autres. À cause de cette attention concentrée, la pensée est limitée dans la gamme et la mobilité et des interprétations hyper détaillées sont faites, par exemple, il voit chaque arbre, mais ne voit pas la forêt.

Les personnes compulsives deviennent souvent des techniciens, puisque elles se concentrent sur les détails et qu'elles ont souvent une grande mémoire. Elles éprouvent souvent leurs idées comme indésirables ou obligatoires, comme si ces idées étaient forcées

dans leur esprit par quelque pouvoir, ou puissance extérieure.

### **SUR LE PLAN AFFECTIF**

La spontanéité, la joie et le plaisir manquent dans l'expérience affective de l'OC. Il est rarement étonné et quand il l'est, il retrouve rapidement la maîtrise de soi, par exemple, il rétablit très vite le contrôle de ses sentiments. Il a un comportement distant, froid, imperturbable. Son inquiétude ou son anxiété viennent du fait qu'il ne veut pas exprimer la colère qu'il ressent. Au lieu de vivre ou d'exprimer ses émotions, il préfère les refouler ou les contrôler et son mécanisme de défense est la rationalisation ou l'intellectualisation. Ses sentiments sont généralement inconscients. Il vit une vie secrète dans laquelle il a peur de partager avec autrui.

### **SUR LE PLAN COMPORTEMENTAL**

Le style comportemental de la **Personnalité Obsessionnelle Compulsive (POC)** reflète son style cognitif et affectif. Elle peut dépenser un temps considérable en s'engageant dans des comportements ritualisés. Son corps peut être raide et elle se déplace d'une manière rigide, sans occuper beaucoup d'espace, ses mouvements sont limités. Son visage est souvent sévère et peut paraître figé ou de marbre. Elle regarde le monde avec un regard fixe, plein de rigidité. Son comportement sexuel est mécanique, c'est une tâche à accomplir, sans plaisir et elle cherche à dominer son partenaire.

Le comportement est focalisé sur les défauts et les imperfections. Ses actions sont persistantes, obsédantes parfois au point de devenir sans rapport ou même absurdes. Il y a beaucoup de préméditation dans son comportement - en fait, elle essaye si difficilement de faire des choses qu'elle met plus d'énergie dans "l'essai" que dans l'action de faire. Elle est assidue et crée des pressions extrêmes pour diriger ses énergies. Elle dirige sa vie par une liste de "il faut... on doit..." elle vit dans un état continu de tension, de volonté. Ses comportements sont souvent obstinés, comme si ils répondaient à quelque "nécessité" imaginée, "des nécessaires" en particulier moraux et assument un rôle prédéterminé pour diriger ses comportements selon les demandes de ses "nécessaires". Ceux-ci sont souvent reflétés dans des expressions comme « le Devoir exige » « le Bon sens dicte, » « la Culture nécessite, » « la Décence appelle, » etc.

La personne OC a tendance à consulter des signes externes. Elle cherche l'argent ou le statut social comme fondation de sa sécurité émotionnelle, plutôt que l'amour et l'acceptation.

La personne OC a du mal à décider, soit parce qu'elle n'a pas assez d'informations, soit parce qu'elle n'a pas trouvé ce qu'elle « doit » faire, ce qu'il « faut » faire pour que ce soit parfait, sans faille, sans erreur, comme cela « doit se faire » De ce fait elle retarde sa décision.

Quant elle ne peut pas prendre une décision, elle continue à chercher encore et encore jusqu'à ce que...

Tant que les informations nécessaires dont elle a besoin, ne sont pas suffisantes, la personne OC continue à reporter sa décision.

L'expérience de l'obsessionnel peut être comparée à l'expérience d'un pilote qui pilote la nuit ou dans un brouillard avec des instruments bien fonctionnels et précis. Il peut piloter son avion, comme s'il voyait clairement, mais rien dans sa situation n'est éprouvé directement. Seuls les indicateurs sont éprouvés, les choses qui signifient d'autres choses... Le même point est illustré par le cas d'un avocat qui choisit chaque matin ses vêtements à l'aide d'une roue de cravates colorées. Il n'a apparemment pas fait l'expérience de la pensée ou le sentiment, « *Cela semble bon* » ou « *c'est agréable,* » mais plutôt « *Cela va - selon les règles - cela doit sembler bon, être bien* » Shapiro 1965)

### **ASPECTS LIÉS AU DÉVELOPPEMENT**

Les aspects liés au développement de la personnalité obsessionnelle compulsive sont quelque peu expérimentaux. Sûrement quelques-unes de ces qualités sont un résultat des valeurs culturelles, des rôles et des comportements masculins et reflètent les pressions de la société.

Dans son enfance, la personne Obsessionnelle Compulsive a été probablement privée de satisfaction émotionnelle. Elle était surprotégée et traitée avec trop peu d'amour. On ne l'a pas acceptée avec ses besoins et ses sentiments. Elle a été élevée d'une manière dure et rigide. Le milieu familial privilégie la pensée, la droiture, les règles de conduite, la précision. L'enfant n'a pas appris le contact, l'intimité, les émotions, la douceur, la tendresse. C'est un enfant qui n'a pas vécu sa vie d'enfant, il a appris à prendre trop tôt la responsabilité de sa vie. « *Ne sois pas un enfant... ne fais pas l'enfant... sois sérieux... sois propre...* » En conséquence, il éprouve la crainte, le doute, le déficit, l'hostilité et un désir d'exercer des représailles. Quand ces sentiments ne sont pas tolérés il devient inquiet et apprend à éviter son inquiétude en se contrôlant et en contrôlant son environnement. Il est exigeant vis à vis des autres et de soi-même. Ses comportements compulsifs, comme vérifiés à plusieurs reprises pour voir si les portes sont fermées, servent à déplacer son inquiétude, de ne pas rencontrer de standards intériorisés sur le rôle de l'homme : l'homme doit travailler, doit penser et maîtriser sa pensée et ses émotions.

On peut trouver dans la famille des POC, le comportement hystérique ou dépendant de la mère et le comportement OC du père. Les crises conjugales terrifiaient le jeune enfant. Celui-ci se blâme souvent de ne pas amener la paix. Il apprend à se sentir coupable, à avoir honte. Il essaye d'éviter cela en acceptant des responsabilités qu'il ne peut pas manipuler. Ainsi, il "grandit" trop

rapidement et essaye de nier ou de contrôler ses sentiments. Son essai prématuré de contrôler ses sentiments ne marche pas, mais il développe les comportements désagréables qui sont renforcés par les escalades hystériques de la maman.

Puisque c'est mieux qu'aucune attention du tout, il se décide à :

grandir vite et être comme papa...  
contrôler ses sentiments  
être désagréable avec maman, puisque cela semble être ce qu'elle attend.

Le travail thérapeutique avec ce type de personnalité est d'amener la personne à vivre la réalité Ici et Maintenant, à expérimenter la sensation et à exprimer ses émotions pour pouvoir viser le changement de comportement.

*Jérôme CHIDHAROM*

### **BIBLIOGRAPHIE**

Association Française des troubles Obsessionnels et Compulsifs.

DSMN IV

Diagnostic in bref – **M.BROWN**

Le corps aussi – **R. MEYER**

**SHAPIRO** 1965 – **SCHIFF** et **AL** 1975

Et une femme qui tenait son bébé contre son sein dit,  
Parle nous des Enfants.  
Et il dit :  
Vos enfants ne sont pas vos enfants.  
Ce sont les fils et les filles du désir de Vie.  
Ils arrivent à travers vous mais non de vous.  
Et quoiqu'ils soient avec vous, ils ne vous appartiennent pas.

Vous pouvez leur donner votre amour mais non vos pensées,  
car ils ont leurs pensées propres.  
Vous pouvez abriter leur corps mais non leurs âmes,  
car leurs âmes habitent la demeure de demain que vous ne pouvez visiter même dans vos rêves.

Vous pouvez tenter d'être comme eux, mais n'essayez pas de les rendre comme vous.  
Car la vie ne s'en retourne pas en arrière ni ne s'attarde avec hier.

Vous êtes des arcs qui projettent vos enfants  
Comme des flèches vivantes.  
L'Archer voit le but sur le sentier de l'infini et il vous tend de toute son énergie pour que ses flèches puissent aller vite et loin.  
Que cette force bandée par la main de L'Archer soit joyeuse;  
Car s'Il aime la flèche qui vole,  
Il aime aussi l'arc qui est stable

**KHALIL GIBRAN**  
**LE PROPHÈTE**

### III – Sexo-Conjugo-Somatothérapie

Docteur Pierre Dalens (Suite)

#### **Théorie du couple et communication dans le couple**

*La théorie des systèmes* applique *la théorie des groupes et des types logiques*. Elle Permet d'envisager deux types de changements où " l'un prend la place à l'intérieur d'un système donné, qui reste inchangé alors qu'un deuxième changement modifie le système lui-même ".

En ce qui concerne les couples humains, il y a lieu d'agir aux deux niveaux pour obtenir un changement individuel conditionnant un nouvel équilibre dans l'interaction interindividuelle du couple, mais aussi dans l'entité couple.

Concernant la *structure du couple*, deux questions se posent :

- Qu'est ce qui constitue l'existence du couple ?
- Comment le couple fonctionne-t'il ?

Reprenant et adoptant les notions de *lien conjugal* (G. Lemaire) où le couple humain est considéré comme " un lien amoureux marqué par une intention avouée ou non de durée ", les notions de *durée*, de *conflictualisation* et de *confrontation* dans l'échange paraissent primordiales dans l'interprétation de la communication et de l'équilibre au niveau du couple.

Les groupes Somatothérapeutiques seront une excellente indication pour entrevoir la dynamique interindividuelle au niveau des couples et dans les réactions avec les autres membres du groupe. Cette dynamique mettra en évidence les structures individuelles de chaque partenaire du couple en relation avec son passé, mais aussi la dynamique à l'intérieur du couple et ses confrontations avec le monde extérieur.

#### **Au-delà de la thérapie de couple**

En reliant les notions de désir, plaisir et amour, comment se constitue la relation amoureuse au sein du couple, et quelle évolution prend-elle ?

À travers la passion amoureuse se trouve réalisée une situation " à l'état naissant " englobant les éléments affectifs, émotionnels et sexuels, définissant un couple inconscient, alors que l'évolution vers l'amour relation, lorsqu'elle est possible, permet l'accession à une certaine stabilisation moins idéalisée, mais plus durable dans le réel et l'adaptation sociale.

Cependant, la passion nous semble un au-delà de la relation bien tentant, comme un absolu vers lequel nous tendrions alors que la relation amoureuse est un au-delà terrestre.

Il nous paraît intéressant de ne pas envisager uniquement le couple sous l'angle thérapeutique d'une " *maladie conjugale* " à résoudre dans le cadre de dysfonctionnements physiopathologiques, mais de l'envisager sous l'aspect de *l'Eros Relationnel* qui serait à mi

-chemin entre la *passion amoureuse de l'état naissant* dans l'impact émotionnel de la lune de miel, et la maturation d'un couple inconscient.

L'intégration de la sexualité est liée à la reconnaissance symbolique et à ce que nous appelons *l'élan vers l'autre*, où les éléments affectifs, émotionnels et sexuels définissent ce qui devrait aboutir à *l'amour-relation* pour permettre l'accession à une certaine stabilisation dans la durée.

L'abord psychocorporel est apte à approfondir ces deux niveaux relationnels. L'analyse psycho-sexo-somatothérapeutique met en jeu la dynamique énergétique individuelle et relationnelle, la manifestation des affects et la catharsis émotionnelle dans les interrelations. Les conséquences sexo-psychothérapeutiques se traduiront en termes de dysfonctions relationnelles et de *Sexoses* individuelles.

Les expériences de sexothérapie de groupe envisagent une re-sensualisation corporelle à travers l'énergétique et les *jeux rôles*, par la médiation de *techniques Néo-Reichiennes* et de *travail émotionnel Gestaltique*.

Cette voie reste ouverte à une intégration de l'amour dans nos existences pour nous y rendre encore plus complètement vivants.

À l'opposé des dysfonctions sexuelles, où la difficulté d'expression du désir érotique se confond avec un refus plus ou moins conscient de la sexualité par absence totale de toute manifestation érotique, par neutralité de la sexualité ou par constitution d'une sexualité refusée et inhibée, l'état amoureux confrontera l'individu à la recherche du plaisir et de l'échange.

L'authenticité du plaisir nous fait déboucher sur la naissance de la jouissance, en rapport avec la structure personnelle de chaque individu et l'intégration dans la vie existentielle constituant ce que G. Abraham a appelé *métabolisme sensitif*, face au *métabolisme fantasmatique*. Dans le métabolisme sensitif il y a la recherche d'une expérimentation de la sensation qui sera le plus souvent corrélative d'une prise en compte d'une évolution fantasmatique développant imaginaire, représentation mentale et expérience onirique. Le métabolisme fantasmatique développera l'aspect essentiellement imaginaire. Actuellement nous sommes souvent préoccupés par le manque de désir pouvant être appelé " *aphasie érotique* " selon G. Abraham.

Nous mettons plus particulièrement l'accent sur les aspects relationnels dans le problème du dialogue et de l'échange à l'intérieur du couple. L'amour le plus souvent fixé à un stade encore sadique-anal, reste possessif et pulsionnel, par contre l'érotisme pourrait constituer l'entité spécifique reliant les pulsions désirantes à l'expression des sentiments affectifs.

Les dysfonctions sexuelles dénommées *sexoses*, étudient les dérèglements au niveau des fonctions symbo-

liques et imaginaires, émotionnelles et pulsionnelles. Mais le couple met le plus souvent en évidence l'interaction entre les aspects névrotiques des individus et des phénomènes de refoulement des systèmes prégénitaux. Dans le cas de Dysfonctions et d'incompatibilités au niveau des partenaires individuels, les désaccords pourront se traduire en termes de communication, de phénomène de pouvoir et de pression d'un partenaire sur l'autre ; en termes de manque affectif et de stress émotionnel ; en termes le plus souvent chez les couples jeunes de désaccords érotiques et sexuels. Le lien conjugal sera considéré comme un lien amoureux s'appuyant sur la durée, mais aussi la confrontation dans l'échange. Ce sera la recherche de l'expression du désir et de l'accession au plaisir dans un partage érotico-passionnel.

Dans une métaphore *biologique*, c'est l'indication d'une transformation en chaîne au niveau des diverses modalités de la sensation et de la sensualisation ; de même que la série des fantasmes envisagera la coïncidence d'un désir réciproque.

Cependant, au-delà de l'abord technique et de logique cartésienne avec lesquels on cherche le plus souvent à résoudre les conflits du couple, nous mettrons plus particulièrement l'accent sur les structures individuelles.

### **Les structures individuelles**

Avant d'être un couple, les partenaires sont d'abord des individus séparés qui ont eu chacun leur histoire de vie et leurs traumatismes éventuels. Chaque partenaire aura une structure de base à laquelle l'autre devra se confronter. Différentes typologies ont exprimé ces structures caractérielles. Nous nous référons personnellement à la *structuration bio-énergétique de Lowen*, ainsi que dans l'utilisation des *notions primaires et secondaires et d'introversion et d'extraversion* empruntées à C.G. Jung. Il pourra y avoir plus ou moins de difficultés dans un premier stade à équilibrer ces structures.

Les structures caractérielles d'A. Lowen pourront permettre de relier la problématique personnelle, l'entité spécifique du couple, et les incidences de l'environnement. Elles devront également prendre en compte la carence affective possible des premiers mois d'évolution de l'enfant ayant pu entraîner des répercussions au cours de l'évolution adulte. Nous associerons la théorisation néo-reichienne de Lowen, à partir des étapes schizoïde, orale, psychopathe, masochiste et rigide, à la structuration du couple mettant en présence l'unification énergétique et la maturation affective des partenaires dans le lien conjugal.

### **Théorisation bio-psychologique**

La notion d'empreinte de Lorenz fera envisager la force de la programmation des premiers liens et l'empreinte initiale originelle pourra constituer sur un plan

biologique primordial le concept de sexe cérébral induit par des hormones sexuelles cérébrales et des médiateurs chimiques cérébraux durant les dernières semaines de la vie embryonnaire en relation avec les stimuli maternels. Ce premier déterminisme neurobiologique pourra être poursuivi sur un plan psychosociologique dans le cadre des notions d'identité de genre et d'identité de rôle.

La notion d'inscription psychique archaïque renvoie à la notion d'empreinte individuelle vécue dans le couple comme un moulage réciproque de deux empreintes identiques.

Le rapprochement amoureux du couple renverrait à cette première inscription originale vécue sous un angle spécifiquement corporel. Dans la dyade amoureuse il y aurait deux empreintes identiques sur des matières psycho-corporelles différentes. On arrive à une identification croisée d'être bi-sexué unique. L'empreinte neuro-biologique au niveau du couple permet de considérer qu'une partie de l'équipement neuro-psychique du moi est chez l'autre. Chez l'être bi-sexué que nous sommes, ce serait la partie perdue de l'androgynie qui est retrouvée chez l'autre. On pourra considérer le phénomène amoureux de la rencontre comme donnant naissance à cette liaison gémellaire. Le couple devient un phoenix naissant sous le regard conjoint de chaque partenaire en étant le lieu de toutes les projections symboliques groupales futures.

### **Théorisation psychanalytique**

Elle met en évidence, le choix d'objet total à partir d'un choix d'objet partiel. Le choix initial inconscient du partenaire et plus tard le développement de la dynamique du couple devront aboutir à la structuration interne du couple à partir des phénomènes interactionnels entre le moi et l'inconscient de chacun des partenaires.

Le choix du partenaire est basé sur un choix d'étayage ou un choix d'objet narcissique renvoyant à la recherche d'un idéal du moi. Se référant, soit aux images parentales, soit aux pulsions prégénitales, la notion de *sécurité intérieure* est importante pour le point de départ de la structuration conjugale. A travers les crises cycliques, le couple se confronte au niveau des partenaires à la lutte des principes de plaisir et de réalité entraînant un travail psychique de deuil par distanciation de l'objet amoureux et retour du refoulé.

La crise sera déclenchée sur le plan intra-psychique par inadéquation entre l'attente du sujet et les manifestations désirantes de l'objet. Elle pourra être entretenu par la dynamique des valeurs culturelles, mais elle permettra aussi au couple de restructurer son interrelation à condition que chaque partenaire ait un moi suffisamment solide pour mieux vivre son autonomie personnelle et s'équilibrer avec celle de l'autre. La valorisation narcissique peut aboutir à une inclusion dans l'objet par un processus d'identification pro-

jectivité sublimant la pulsion de l'autre. Il s'agira pour le partenaire en cause de trouver un holding faisant référence au premier holding primordial de la relation mère-enfant. L'univers de la castration et de l'œdipe individuel est confronté à la sublimation imaginaire et symbolique du rapport absorbant avec l'autre. Il se crée alors un espace-temps transitionnel amoureux où le moi individuel n'a plus d'existence propre, et peut trouver jusque dans l'expérience bio-psychique de l'orgasme un espace-temps bi-polaire comme réalisation momentanée d'une union androgyne.

L'attitude du trop proche engendre la nécessité de la distanciation pour permettre l'évolution maturante de survie. La distanciation entre les partenaires implique ainsi une modification de la structure dynamique du groupe dans une fonction psychique du couple comme préservation du moi individuel de chaque partenaire.

Tous les désirs archaïques demanderont une solution dans la nouvelle permissivité de la dynamique conjugale : *désir œdipien* réurgent par assimilation du partenaire à une figure parentale, *pulsions homosexuelles latentes* réapparaissant au niveau du couple et dans le *concept de bi-sexualité* permettant de prendre mieux en compte les polarités masculines et féminines de chaque partenaire du couple.

Les aspects pré-génitaux de la vie psycho-sexuelle se manifestent surtout dans les préludes pré-coïtaux où l'on peut distinguer les aspects du jeu sado-masochiste, les jeux du voyeurisme et d'exhibitionnisme. Ces pulsions peuvent subir un refoulement définitif indispensable à la stabilité du couple, mais aussi s'exprimer au niveau de fantasmes permettant de rééquilibrer le couple. L'aptitude à constituer un couple mettra en confrontation le besoin d'idéalisation du partenaire dans l'attente d'une relation amoureuse, la constitution d'un espace du couple séparé totalement du monde extérieur, ou les possibilités d'ouverture du couple et de ses partenaires à rentrer en relation avec le monde extérieur.

### **Relations homéostatiques dans le couple**

Le problème du choix comporte la valeur du lien amoureux et son rapport à l'inconscient personnel et aux conditions sociales et culturelles. L'intégration du couple dans le groupe social sera confrontée dès sa formation au fragile équilibre avec les normes socio-économiques qui lui sont imposées.

Le couple pourra être une structure refuge par surcompensation des phénomènes affectifs et émotionnels, le lieu de la capacité d'élaboration verbale par les relations mutuelles, les forces de dominance et les facteurs affectifs. *La fidélité et l'autonomie* entrent en ligne de compte dans le pôle d'une sexualité physique et pulsionnelle ainsi que d'un amour charnel et spirituel dans un *contrat* non officialisé, mais soumis au simple respect des participants en cause.

La disponibilité à constituer un couple se manifestera alors dans l'alliance d'une fonction économique et d'un projet familial. Le couple conjugal n'est pas l'amour passion car il est très rapidement confronté à la problématique de la durée et de l'usure. Mais ce n'est qu'à partir de ce moment-là que les facteurs en présence permettront aux partenaires d'envisager leur disponibilité et leur aptitude à coupler. Les proto-liens du couple se précisent entre la confortation narcissique et la satisfaction érotique. Faire couple permet de focaliser les tendances archaïques sur l'autre en autorisant une certaine distanciation de soi, en faisant route vers l'autonomie, mais non vers l'isolement. *La collusion des partenaires* leur permet de présenter au monde extérieur une "*persona du couple*" alors que "*l'ombre*" de ce même couple est enfouie dans les enfers de la libido conjugale.

Tous ces facteurs structuraux et énergétiques au niveau de la communication dyadique permettent d'envisager la notion de "*contrat conjugal*" et tout d'abord de "*contrat corporel*" qui renvoie à l'ancienne théorisation de la dette conjugale. Au Moyen Age, il y avait une corrélation de partage corporel considéré comme un du entre l'homme et la femme, entraînant une notion de dette dans la vie sexuelle des époux.

### **L'érotisme conjugal**

Fait intervenir en premier lieu la nudité et les rapports du corps. La relation amoureuse peut être considérée comme le besoin d'intégration des sensations dans un cheminement allant de l'excitation à la sensualité et à l'échange affectif. L'érotisme conjugal fait surgir au niveau d'une sensation et d'un désir toutes les empreintes sensorielles bénéfiques et dispensatrices du plaisir qui ont parsemé notre vie passée. Cette valorisation sera bénéfique pour l'équilibre du couple en ne réduisant plus l'échange sexuel à un simple rapport coïtal. On pourra mettre en rapport le corps avec la séduction esthétique. La libération de l'enveloppe corporelle peut permettre l'accès à une libération plus interne de la psyché dans la relation conjugale.

*Le contrat conjugal* implique la notion de plaisir réciproque, mais aussi de responsabilité sexuelle. *La fidélité sexuelle* et les *relations extra-conjugales* constituent les deux pôles d'une négociation à résoudre à l'intérieur du couple. Le but de l'union conjugale serait de s'engager totalement l'un envers l'autre et pourrait comprendre le partage délibéré d'un ensemble de règles concernant les deux partenaires ; mais les *aventures extra-conjugales* peuvent aussi apparaître comme un échappatoire à la responsabilité de nouer des liens satisfaisants durables. Le contrat corporel inclut la notion d'engagement au niveau du lien de plaisir dans le couple. C'est le fondement d'une promesse sur un plan psycho-affectif et érotique. Lorsque le couple ne peut approfondir sa propre intimité sexuelle, en prenant des chemins divergents, il fait la preuve de l'incapacité in-

dividuelle de ses partenaires à faire face aux besoins affectifs et érotiques de l'autre.

Mais l'engagement pose aussi la difficulté de résoudre les valeurs de permissivité : comment introduire d'autres personnes dans nos existences d'une manière complète et significative ? Ces valeurs pourront être résolues différemment selon la maturation du couple et les règles du contrat corporel. L'engagement envers l'autre mettra donc finalement en valeur les notions de liberté, la forme de libération sexuelle admise et les possibilités de mise à jour des sentiments de jalousie et de possessivité. Il sera nécessaire d'envisager l'évolution de la recherche érotique en rapport avec le besoin de sécurité affective et d'intimité sexuelle.

### **Le conflit conjugal**

Pourra être abordé de différentes façons. Il présentera des aspects à incidence bi-polaire à la fois sur le plan sexuel et sur le plan socio-culturel. La " dysfonction conjugale " entraînera des comportements de sabotage à tous les niveaux, sexuels, affectifs, relationnels dont la conséquence sera le déphasage des désirs.

Le niveau socio-culturel conditionnera des structures sociales de compétition dans une culture narcissique dont les conséquences les plus immédiates sont constituées par le cercle vicieux de la " maladie conjugale ", la manifestation de l'infidélité et les conduites de jalousie.

La nature de la relation extra-conjugale pourra être basée sur les affinités et une identification réciproque qui nécessitera d'être rapportée aux racines du couple officiel. La connaissance de la relation extra-conjugale pourra être admise comme une manifestation complémentaire de la relation conjugale, mais le plus souvent risque d'entraîner un processus de rupture du lien conjugal.

" *L'aveu* " au conjoint qui peut être fortuit, mais effectué inconsciemment sous la pression de sentiments culpabilisants, permettra cependant de rechercher les causes profondes et d'arriver à un compromis éventuel. Il y a beaucoup de problèmes de la vie amoureuse actuellement et les conduites de jalousie pourront cependant être plus pathologiques en étant liées à la structure du partenaire en cause au niveau de la frustration ressentie, du sentiment de propriété et de la dévalorisation narcissique de l'image de soi. La pathologie œdipienne sera poussée à son excès.

Le plus souvent, c'est l'un des partenaires, le plus souffrant, ou le plus revendicateur qui fait une demande de thérapie, soit pour entraîner son partenaire dans une *psychothérapie duelle de couple*, soit pour aborder lui seul son problème de couple. Ces thérapies sont en général abordées sur un plan verbal, quel que soit le niveau d'aide demandé : communication, affectif ou sexuel. Ces demandes sont manifestement faites trop

tardivement et en dernier recours, ce qui en gêne beaucoup le résultat favorable.

Depuis 20 ans, nous avons créé des *Groupes de Couples* à visée psycho-corporelle dans un abord de diverses techniques corporelles et psychologiques visant à favoriser le développement de l'énergie corporelle, à permettre une re-sensibilisation du corps et à développer l'échange corporel et affectif, en particulier dans les jeux de rôles, les techniques néo-reichiennes et la gestalt émotionnelle, ainsi que l'application du *psychodrame théâtral* au travail corporel dans le *psychosomatodrame* de W. Zaruchas. Ces groupes de couples associant analyse verbale et approche corporelle, envisagent un complément de *thérapie individuelle* entre les séances des groupes mensuels. L'évolution des couples a été en général bénéfique.

Master's et Johnson avaient institué une *co-thérapie duelle de couple* avec un couple de thérapeutes, homme et femme, permettant de renvoyer l'image du couple idéal. En France, seuls R. et Cl. Gellman de Paris continuent à effectuer ce genre de *thérapie de couple analytique*.

La nature et la fonction de la sexualité envisageront les composantes affectives de l'amour en posant la question de l'union sexuelle : est-elle une condition exclusive et indispensable ? La réponse sera variable et différente selon que l'on adopte le point de vue de la tradition ou celui d'une libération sexuelle variable. Il semble utile que chaque partenaire puisse conserver un espace-temps privilégié, à condition qu'il n'en éprouve pas de culpabilité et que cette règle soit admise et respectée par l'autre dans un sens de réciprocité.

### **Illustration clinique**

Pour concrétiser ces approches théoriques nous apportons l'observation n° 5 intitulée Diane.

Mariée à un informaticien, deux enfants, elle habitait une belle propriété rurale et avait un poste dans un grand laboratoire. Elle voulait s'occuper d'elle et s'exprimer corporellement en se départissant de son rôle artificiel habituel constituant à " amuser la galerie " et ne plus vivre dans l'ombre de quelqu'un. C'était sa demande initiale d'aide thérapeutique.

Elle avait l'impression de vivre sous la tutelle protectrice maritale, mais aussi sous la tutelle intellectuelle de son amant. Au bout de quelques entretiens elle dit ses difficultés d'initiative sexuelle avec son mari et son absence de blocage avec son amant grâce à " l'amitié amoureuse " qui constituait le principal échange dont elle avait besoin actuellement. Elle s'engage alors dans une *psychothérapie analytique en face à face et conjointement un groupe somatothérapique*.

Elle dit ne pas pouvoir ressentir des émotions au sein d'une famille qui est bien arrimée stable et fixe. Son mari, Henri assume pour elle une " persona sociale " importante. Elle dit ne pas obtenir la tendresse dont elle aurait besoin en dehors de la sexualité génitale.

Elle vit mal le rôle passif d'Henri dans le couple alors qu'il montre au contraire son dynamisme extérieur et elle pense que " on a décidé ensemble que c'était moi le chef ". Elle se rend compte que son comportement n'est pas en rapport avec ses souhaits existentiels et à partir de ce moment se pose la question par rapport à son amant : " Comment vivre un amour ensemble ? " Frustration, manque affectif dans la relation parentale ce sont ses pulsions orales qui se manifestent dans sa demande d'amour actuel. La bi-polarité compensatrice de son activité et de ses sentiments se manifeste au niveau de ses polarités pulsionnelles archaïques confrontées à une polarité virile consciente extériorisée. Elle négocie entre la peur d'être abandonnée et de ne plus pouvoir être protégée d'une part et son souci de libération et d'autonomie d'autre part. C'est ce dernier qui devient prioritaire. Elle ressent l'instabilité de sa situation vis à vis de son amant, d'autant plus que la femme de ce dernier avait besoin de la prendre pour confidente. Diane représente pour elle la femme forte et dynamique. Diane ressent qu'elle agit comme vivant en coin entre Robert l'amant et sa femme. Une période de forte culpabilisation s'en suit, pour Diane. Elle a l'impression de gêner et de passer sa vie à attendre comme dans sa période infantile. Elle se désinvestit progressivement de l'amant et du couple pour envisager une meilleure autonomie. Elle vient aussi de rencontrer un nouvel ami dans un autre milieu qui lui fait envisager des " choses simples ", d'une manière plus naturelle où elle ne se sent pas infériorisée.

Elle quitte son mari, vend la propriété et choisit la séparation qui pour elle est identifiée à sa libération. Cependant, elle a l'impression de ne pas savoir où elle va, bien qu'elle ressente très fortement le besoin de reconstruire sa vie. Après quelques difficultés d'équilibre du nouveau couple où elle se trouve partagée entre la crainte de l'abandon et l'atteinte d'un bonheur qu'elle n'arrive pas à obtenir.

Dans la notion d'échange relationnel, Diane s'est confrontée à une impossibilité de satisfaction affective avec son mari qui privilégiait la sécurité matérielle, et à une difficulté de satisfaction érotique avec son amant qui ne prenait en considération que la partie intellectuelle.

Le processus thérapeutique a permis de prendre en considération tout le manque affectif de Diane qui peu à peu va se révéler avec son dernier amant qui finalement viendra la rejoindre pour vivre avec elle. La quête de projet conjugal se polarise sur un noyau de stabilisation en s'entourant d'un " espace temps " non artificiel que Diane a elle-même organisé.

## Conclusion

Considérant la jouissance et son approche comme quelque chose dont on n'a pas la maîtrise et dont on ne possède pas la clef, comme recherche d'un langage où il n'y aurait pas de manque, la quête corporelle d'une totalité à trouver entre les résurgences des désirs archaïques et la découverte de notre individuation nous met en présence d'une réalité cachée.

*L'histoire amoureuse*, comme une quête d'initiation vers la féminité insaisissable au sens charnel, nous renvoie à une transformation jamais terminée d'une impossible sagesse de l'âme envisagée dans sa totalité corporelle.

Il s'agit d'un échange rituel affectif dans une opération symbolique voulant recréer *l'androgynie mystique*. C'est l'énergie de l'image support qui permet un ancrage dans la réalité extérieure.

Nous verrons dans le prochain bulletin les aspects méthodologiques posés par les *Groupes de Couples en Somatothérapie*, ainsi que les échecs possibles. *Les Thérapies de Couples et l'Analyse Sexologique du Couple* nous permettront enfin de rentrer dans la *Méta-Sexoanalyse de la rencontre sexuelle*, et d'envisager les applications concrètes concernant les Groupes Somatanalytiques des Couples. Nous pourrions aboutir ainsi à la notion du *Couple Inconscient*.

*Docteur Pierre Dalens*

## BIBLIOGRAPHIE

P.L. ASSOUN *Le couple inconscient*  
Edition Economica 1992

P. DALENS *In Le couple et son désir*  
La Louvière 1992

**G. TEBOUL *Les couples et leur sexualité***  
**C. Sex. Clin. Vol. 26 N° 148 2000**

## Extraits des statuts de l'A.F.S. et de l'A.I.S. SOMPSY

Un certain nombre d'entre vous nous ont demandé de clarifier la SOMATOTHERAPIE. Le plus simple est de reprendre les statuts.

### Objet :

L'Association Française (et Internationale) de Somatothérapie réunit autour du concept de " SOMATOTHERAPIE " les praticiens qui intègrent le corps dans leur travail de psychothérapie, de développement personnel et de formation en vue de développer tout projet présenté par ses membres dans le sens de la promotion de la Somatothérapie.

### Ces projets sont plus particulièrement :

1. Approfondir les bases méthodologiques, scientifiques et éthiques de la somatothérapie.
2. Développer la recherche dans le domaine somatothérapique.
3. Faire la promotion de la somatothérapie par les écrits, conférences, congrès, émissions radio-télévisées et toutes activités publiques adéquates.
4. Œuvrer à la reconnaissance par les pouvoirs publics de la profession de somatothérapeute comme psychothérapeute intégrant le travail corporel.

### Extraits du code de déontologie de l' AIS proposé par Hans KRENZ et traduit de l'allemand par Richard MEYER

Tout membre de l' AIS a le droit d'utiliser le titre de somatothérapeute ou de somato-psychothérapeute s'il répond aux critères de titularisation.

Le somato-psychothérapeute est libre de travailler sous ce titre ou sous d'autres par lui acquis.

Le somato-psychothérapeute peut être actif dans les domaines suivants :

- Thérapie
- Conseil
- Analyse et développement personnel
- Prévention et promotion de la santé
- Training, formation de base et complémentaire, supervision
- Science, recherche et enseignement.

Le somato-psychothérapeute est personnellement responsable de sa conformité avec les réglementations officielles pour l'exercice de ses activités. Plus particulièrement dans le cas où il ne posséderait pas l'habilitation à l'exercice d'une activité thérapeutique, il ne l'exercera pas et le fera savoir au client si cela est nécessaire

La référence de l'appartenance à l' AIS dans les documents et informations est seulement permise s'il possède le statut de membre régulier.

## Les Sigles et leur signification

**WCP** : World Council for Psychotherapy  
(Conseil Mondial de la psychothérapie)

**EAP** : European Association for Psychotherapy  
(Association Européenne de Psychothérapie)

**FFdP** : Fédération Française de Psychothérapie

**NUO** : National Umbrella Organization  
(Fédérations Nationales)

**CEP** : Certificat Européen de Psychothérapie  
(ECP : European Certificate of Psychotherapy)

**UKCP** : UK Council for Psychotherapy

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale  
(NGO : Non Governmental Organisation)

**EWAQO** : European Wide Accrediting Organisation

**EWOC** : European Wide Organizations Committee

**CENF** : Comité Européen de Normes de Formation

(ETSC : European Training Standards Committee)

**SVC** : Scientific Validation Committee  
(Critères Scientifiques de Validation)

**ONA** : Organisation Nationale d'Attribution  
(NAO : National Awarding Organization)

Compte Rendu  
**Conseil d'Administration de l'A.F.S. du 17 mai 2002**

**Présents : 7 – Procurations : 5 – Non excusés : 3**

**Attitudes et comportements des membres du CA**

Le président rappelle à chaque membre du CA son engagement à respecter ses responsabilités pour le bon fonctionnement de l'Association.

Nous sommes tous très occupés et bénévoles et nous avons un temps partagé limité. Un comportement critique est souhaité et même nécessaire, car il permet d'avancer. Il doit cependant rester positif. Le président rappelle qu'il y a des conventions sociales qu'il est important de respecter pour le bon fonctionnement de notre association.

Pour le bon fonctionnement de l'AFS, il a été décidé que les membres du CA qui seront absents 2 fois de suite seront exclus.

Il a été une nouvelle fois demandé de clarifier le terme de **Somatothérapie**. Le président nous a rappelé la définition des statuts. (voir dans le journal Somatothérapie N° 5). Jean-Loup BROCHET se propose de nous faire parvenir un document explicatif.

Il a été décidé d'envoyer aux nouveaux membre adhérents, ainsi qu'aux anciens les statuts de l'association.(documents joints)

Il a été demandé qu'on explique davantage en quoi consiste les techniques acceptées par l'Association.

Le président a rappelé que chacun pouvait se renseigner directement auprès des responsables des écoles pour leur demander en quoi consiste leur pratique. Leurs coordonnées se trouvent dans l'annuaire et sur le site Internet.

**Élection des présidents des différentes commissions.**

**Éthique et Doléances**

**Alain DONARS**

Claudie DIEU

Jérôme CHIDHAROM

**Titularisation**

**Jérôme CHIDHAROM**

Bernard LUIGI

Sandra LE GUELF

Jean-Loup BROCHET

**Adhésion et Règlement Intérieur**

**Michel GABORRIAUD**

Jean Loup BROCHET

Jérôme CHIDHAROM

**Coordination et Développement de l'A.I.S.**

**Pierre DALENS**

Jérôme CHIDHAROM

**Coordination – Publication – Études et Recherches**

**Jérôme CHIDHAROM**

Pierre DALENS

Élisabeth LORRACH

Chaque membre de l'A.F.S. peut s'inscrire dans une commission de travail, il lui suffit de prendre contact avec le président de la commission qui l'intéresse.

**Notre rôle, notre tâche par rapport à l'AIS SOMPSY**

Notre rôle est d'apporter aux membres de l'AIS SOMPSY un modèle de réussite, et de les aider à être pro-actifs.

**CEP**

Pour mémoire : Tous les renseignements se trouvent dans le journal SOMATOTHERAPIE N° 4 du mois de décembre 2001.

**Rapport MILS**

Il y a 173 méthodes qui sont considérées comme sectaires. Le président a fait circuler le rapport annuel 2001.

**Activité du bureau**

Le bureau se réunit 1 à 2 fois par mois, plus si nécessaire. Préparation des C.A. et A.G. - mise en place de l'annuaire - organisation et préparation des États Généraux de la Psychothérapie – participation pendant 2 jours à une manifestation locale du Centenaire des Associations - clarification des thèmes des commissions – journal SOMATOTHERAPIE (2 parutions par an) – notre président se rend à Paris tous les 2 mois pour représenter notre association - travail de prise en main de l'AIS - mise à jour du site Internet. Etc.

**“ Relooking ” de notre site Internet**

Nous avons proposé aux écoles de nous faire parvenir sur disquette un aperçu de leurs méthodes.

Jean-Loup Brochet se propose de nous faire des propositions pour modifier notre site.

**Congrès 2004**

A ce jour personne n'a d'idée. La question a été reportée ultérieurement.

**Points divers**

Le prochain CA se fera peut être par Téléconférence ? le président va faire une étude de faisabilité et nous tiendra au courant.

La trésorière de l'AIS, Claudie DIEU prend en charge le poste de trésorière de l'AFS pour remplacer Sandra LE GUELF qui se trouve momentanément indisponible pour remplir son engagement. Le président l'a vivement remercié pour sa participation active au sein de l'association.

Les cotisations annuelles suivent l'année calendaire et vont de janvier à décembre de l'année civile.

Ce C.A. s'est tenu pour la première fois sous la présidence de Jérôme CHIDHAROM

J'entends et j'oublie, je vois et je me souviens, j'agis et je comprends

*Proverbe chinois*

**Compte rendu**  
**Conseil d'Administration**  
**de l'A.I.S. SOMPSY du 20 mai 2002 à Lipsheim**

**Présentation des membres du bureau.**

**Le président :** Jérôme CHIDHAROM

J'ai découvert la Somatothérapie, " Un corps aussi " après avoir appris les approches de psychologies contemporaines comme l'Analyse Transactionnelle, la PNL, l'Hypnose Ericksonienne, le Bonding, l'Approche Systémique... Je suis issu de la première promotion au sein du Collège International de Somatothérapie. (C.I.S.) Je suis membre fondateur de l'AIS.

Je partage mon temps entre le travail de Coach en entreprise (60%), de psychothérapeute et de formateur de coachs et de psychothérapeutes.

Président de l'A.F.S. depuis 7 ans et membre fondateur de cette association depuis 1994, je prends aujourd'hui la relève du Docteur Richard Meyer que je remercie pour le travail accompli ainsi que pour la confiance qu'il m'accorde.

Mon rôle est de représenter notre association auprès des différents pays membres et de faire adhérer de nouveaux pays. Je me rends en moyenne tous les 2 mois à Paris pour participer au Conseil d'Administration de la Fédération Française de Psychothérapie. (FFdP)

**Mon objectif en tant que président de l'AIS est de mettre en place**

**Une vision** qui nous soit **commune** quel que soit notre pays.

De déterminer **les valeurs** qui nous unissent.

De consolider notre **appartenance à la SOMATOTHERAPIE.**

Il est important :

- que nous puissions tous ensemble travailler sur **ce qui nous lie et nous relie.**
- que nous puissions mettre en évidence **l'image que nous dégageons** en tant que somatothérapeutes.
- que nous puissions déterminer **quelles sont nos protections**, tout particulièrement par rapport aux sectes.
- que nous puissions établir **la stratégie** que nous voulons mettre en place **pour développer la Somatothérapie.**
- que nous puissions trouver ce que nous avons à **mettre en commun** malgré nos différentes cultures.
  
- Je propose d'organiser une ou deux journées, lors d'un prochain colloque, pour travailler à éclaircir ces points qui me semblent fondamentaux pour développer notre association.
  
- Je désire faire du bureau une équipe pilote, un modèle de fonctionnement. S'il peut devenir un exem-

ple tant mieux.

Quelques autres points importants pour moi :

- Bien sûr parler le même langage, mais aussi développer la notion de travailler dans le plaisir.
  
- **La vocation de notre association** est d'être une association à but non lucratif qui soit à **l'écoute** de vos besoins et qui puisse vous venir en aide, dans la possibilité de ses moyens, par ses compétences, ses connaissances

**Chaque pays s'est présenté et a parlé de ses projets**

**La POLOGNE** dont la présidente est Madame Margazata CHODAK était représentée par Madame Matylda LEMPEL CHAREZA qui a l'intention d'ouvrir une nouvelle école très prochainement.

**La ROUMANIE dont la présidente est Madame Magda LUCHIAN** a l'intention d'ouvrir une nouvelle école.

L'A.R.S. organise chaque année un Congrès National : **Le prochain aura lieu à BUCAREST les 13 – 14 – 15 Novembre 2002.**

Le président rappelle que l'AIS SOMPSY est prête à les aider sur ce point et qu'il a déjà préparé le terrain lorsqu'il était à BUCAREST.

**La BELGIQUE a un nouveau président Monsieur Jean DECONINCK** était représentée par le Docteur André MOREAU

Ils organisent chaque année une journée Porte Ouverte ainsi que plusieurs soirées de travail.

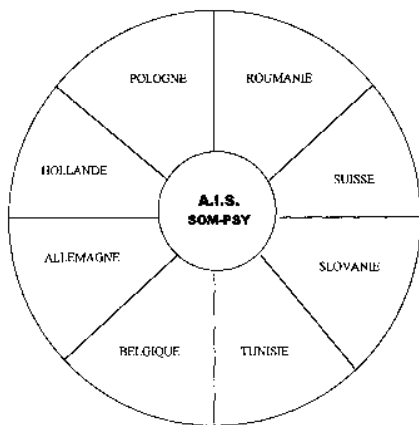
**La SUISSE est représentée par Jean-Yves BIAND président de l'association.**

Après quelques soubresauts... la Suisse vient de déposer les statuts de « l'Association Suisse de Somatanalyse » . Nous voulons développer le côté scientifique avec le concept analytique. Pour l'instant nous n'avons que des analystes, pas de thérapeutes. Nous travaillons uniquement sur le concept de psycho et socio.

**La TUNISIE est représentée par Radhia BEN MA-BROUK**

Veut inviter des formateurs, pour mettre en place des échanges.

Mon objectif est **d'intégrer doucement la Somato dans le domaine psychiatrique.** Ma technique : " avancer doucement, convaincre tranquillement. "



### Les pays qui aujourd'hui sont affiliés à l'AIS SOMPSY

Préparer un colloque pour 2002 – 2003 dont l'objectif est d'informer. Nous sommes en pourparler avec le ministère pour obtenir des fonds. Pas facile par rapport à la technique.

Pour le colloque de 2002-2003, nous devons trouver environ 2 000 Dinars

Le président rappelle que l'AIS est une Association à but non lucratif et qu'aider les différents pays fait partie de ses objectifs.

Il suggère à chaque pays de se renseigner pour savoir s'il est possible d'obtenir des subsides des Fonds Européens.

Il demande à Radhia BEN MABROUK de monter un projet pour que l'association puisse déterminer dans quelle mesure elle peut soutenir financièrement ce projet.

Le président remet à chaque pays un RIB et demande à chacun de payer les cotisations le plus rapidement possible. Il rappelle que pour apporter une aide financière cela n'est possible que si l'AIS SOMPSY a une trésorerie positive.

Certaines associations sont en train de se construire, elles ont peu de membres. Le président propose que les associations de moins de 8 membres payent une cotisation sur la base de 3 membres minimum.

### JURY D'HONNEUR OU COMMISSION ETHIQUE ET DÉONTOLOGIQUE

Il est constitué par Jérôme CHIDHAROM (FR) - Hans KRENS (N) - Rüdiger HOLL(D)

Le CA le valide.

### CONGRES

Richard Meyer pense que l'année 2003 est trop rapprochée. Il suggère 2006.

- En France le succès des congrès est de plus en plus limité. Une solution serait de le prévoir soit en Roumanie, soit en Pologne. Il faudrait faire participer les différentes écoles et donc leurs élèves pour amener du monde.
- Quels sont **des thèmes motivants**, pour différents pays, différentes mentalités ?
- Il semblerait qu'aujourd'hui nos thèmes ne sont plus assez motivants, que nos valeurs ne sont plus à la mode. Il faut peut être trouver des mini modes " la thérapie par le rire " par exemple. Des séminaires par l'humour.
- Ne pas oublier le côté ludique. Les gens ont besoin et envie de s'amuser
- Les congrès régionaux eux non plus ne font plus recettes. Pourquoi n'arrivons nous plus à motiver ?
- Réponse de Jérôme Chidharom. : *Nos membres ne se retrouvent plus dans l'AIS SOMPSY. Ils sont dans la confusion. Il faut développer le professionnalisme. Le sérieux.*
- R. Meyer prévoit de refaire un congrès à l'EPPSA en 2004
- l'AIS SOMPSY et l'AFS pourraient se joindre à cette rencontre en prévoyant des journées qui leurs soient propres.

### C.E.P.- Certificat Européen de Psychothérapie.

Pour l'instant le CEP est suffisant. Nous encourageons nos membres à demander le Certificat Européen de Psychothérapie

### Points DIVERS

ANDRE MOREAU demande de prévoir des ateliers de partage où chacun pourrait participer.

Cela pourrait s'organiser lors du prochain Congrès de Lipsheim . Une commission " **Échange de pratiques et méthodes** " 2 à 3 heures par animation pendant 1 journée.

**Rappeler à chaque pays d'envoyer la liste de ses membres et les cotisations.**

« Celui qui perd la richesse perd beaucoup.  
Celui qui perd un ami perd davantage.  
Mais celui qui perd courage perd tout »

*Cervantes*

## DOSSIER CLINIQUE

### Thérapie familiale et corporelle Supervision et intervention en Somato L'ACCOMPAGNEMENT DU JEUNE THERAPEUTE PEUT-IL ETRE SOMATO ?

#### Supervision et intervention en psycho et socio- somatanalyse

Dr. Richard Meyer Médecin psychiatre Président-Fondateur de l'Association Internationale de Somatothérapie, Membre de l'Académie de Médecine de Pologne, Chargé de cours aux Universités de Strasbourg et Bucarest

Si la supervision se définit comme l'accompagnement du travail clinique d'un jeune praticien par un ancien, supposé expérimenté, l'intervision est le même accompagnement effectué par un groupe de pairs.

A cela, il faut ajouter l'autovision pratiquée en état de "Présence juste" et nous arrivons ainsi à l'ensemble des méthodes qui constituent les "ateliers de supervision" de l'Ecole Européenne de Psychothérapie Socio- et Somato- Analytique (E.E.P.S.S.A.) pour amener ses praticiens vers l'excellence clinique.

#### L'OBLIGATION DE LA SUPERVISION

Rappelons-le d'emblée : la supervision est un temps obligatoire de la formation du thérapeute. Dans les associations de somatothérapie, nous l'avons incluse comme critère de titularisation (au moins 150 heures). Dans les nouvelles réglementations du psychothérapeute, qu'elles soient gouvernementales ou fédératives comme le **C.E.P., Certificat Européen de Psychothérapeute**, elle est tout aussi obligatoire.

Quant à l'école européenne de psychothérapie socio- et somato- analytique, elle ne recommande sur son annuaire que les membres praticiens qui participent régulièrement à ses ateliers de super- et inter- vision, à raison de trente heures minimum par an. La supervision se fait à vie, à cela près que le supervisé devient un jour superviseur.

A notre époque du retour massif de l'ordre et de la réglementation, pour ne pas dire du "professionnellement correct", il importe de considérer cette supervision non seulement comme une obligation légale (comme l'est la Formation Médicale Continue pour les médecins français) mais comme un devoir éthique et déontologique. Le thérapeute se doit de tendre vers l'excellence clinique par tous moyens, en particulier la supervision et l'intervision... à vie.

#### LES BUTS DE LA SUPERVISION

Mais qu'est-ce encore que recouvre ce mot barbare digne du big brother d'Orwell ? Traditionnellement il s'agit d'amener le jeune praticien à présenter l'un ou l'autre de ses "cas cliniques" et d'évoquer ses rôle et action dans ces cures. Il s'agit pour "l'ancien" d'évaluer la justesse du diagnostic et l'adéquation de "l'être et faire" du "jeune". Il s'agit de guider les premiers pas et... d'éviter le pire en attendant d'évoquer l'excellence. Mais il y a évidemment plus. Je me rappelle mes deux groupes de supervision de haut niveau. A la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, le Pr Lucien Israël réunissait les internes de l'institution qui venaient, tout penauds, avec leurs dossiers. En effet, cet introducteur du laconisme dans l'Est de la France

profitait de ces séances pour nous inculquer la justesse des nouveaux concepts au point que plus personne n'osait apporter son "cas" qui tournait au casus belli!

A Lausanne, à l'Hôpital Psychiatrique Universitaire, le Pr. Christian Muller offrait le même service et je me rappelle une séance précise où tout l'accompagnement consistait à évaluer s'il fallait "gratifier" la- patiente ou non, quand et comment. Classiquement, la supervision est un échange verbal évoquant le cas "sur dossier" et, même lorsqu'elle est individuelle, elle se fait préférentiellement en face à face, dans ce setting "social" qui marque bien la hiérarchie des protagonistes et la visée de savoir et de savoir faire.

Mais nous qui intégrons le corps à notre cure, qu'en faisons-nous pour la supervision ?

Je me souviens d'une présentation de l'équipe du Pr. Andreoli de Genève qui évoquait la supervision des infirmières "masseuses" du service. J'osai demander si le superviseur massait ces praticiennes pour sentir à même leur corps quel était leur contre-transfert. La question semblait saugrenue à l'époque !

Mais l'est-elle vraiment ?

Pour nous, psycho- et socio- somatanalystes, elle ne l'est évidemment pas et si, au début, notre setting de supervision ne comportait que la séance de socio- somatanalyse (nous verrons plus loin comment se présente ce cadre) il englobe actuellement les trois cadres spécifiques de la somatanalyse, ajoutant à la "socio-" le cadre de la psycho-" et la pratique de la "Présence Juste". Le corps est là, en super- et inter- vision, ainsi que l'émotion, l'affectif, le spirituel et la dynamique du groupe, ici professionnel.

Car, au-delà du seul contrôle des premiers pas, la supervision de l'EEPSSA s'assigne une tâche plus ambitieuse :

(re-) trouver "l'être thérapeute", au-delà du seul savoir faire thérapeutique ;

(re-) passer dans les différentes pratiques, de l'autre côté, comme participant / analysant, sinon comme patient ;

(re-) évoquer les grandes lignes du cadre théorique et, surtout, participer à son développement incessant, en particulier du côté de la clinique ;

se (re-) situer dans la dynamique de groupe que constitue cette équipe de professionnels qui reconstitue si fidèlement le groupe social responsable de tant de (sinon de tous les) maux chez nos patients ;

(ré-) intégrer enfin ce groupe professionnel qu'est l'Ecole pour rappeler, à travers ce microcosme, que le thérapeute a aussi un devoir citoyen dans le macrocosme social et politique.

La Psycho- et Socio- Somatanalyse a créé trois méthodes thérapeutiques propres - au-delà de l'emprunt de nombreuses somatothérapies déjà existantes - et les utilise en inter- et super- vision pour répondre à la tâche impartie. Pour les évoquer, il suffit de décrire le déroulement d'un de ses ateliers de week-end avec ses cinq séances qui durent de trois à quatre heures et sa vie communautaire en résidentiel. Ces week-end de supervision reprennent exactement l'organisation d'un atelier thérapeutique de "socio-" (forme groupale de la somatanalyse) et d'un atelier de formation de deux jours. Cette répétition n'est évidemment pas due au hasard mais participe à la familiarisation avec l'outil de travail. Rappelons que ce groupe se constitue de douze à dix-huit participants comme un groupe de patients ou d'élèves et qu'il est... payant.

#### LES MOYENS DE LA SUPERVISION : DEROULEMENT D'UN ATELIER DE SUPERVISION

##### La séance de "Socio-" et "l'être thérapeute"

Le psychothérapeute praticien installé en libéral est généralement seul et sent le poids de cet isolement. Même s'il travaille en équipe ou en institution, il est seul face à son patient et cette solitude est lourde de conséquences, se prêtant à des dérives personnelles insensibles, insues et involontaires.

Il est donc nécessaire de commencer par se confronter tout simplement à d'autres collègues, au devoir citoyen du thérapeute et aux impératifs éthiques et déontologiques. Au-delà de cette confrontation sociale, doit se faire la confrontation à soi-même.

Le praticien, auquel est souhaité une clientèle bien nombreuse, arrive à se laisser prendre de trop par l'ambiance thérapeutique généralement chaude et profondément humaine et qui peut devenir une part de plus en plus importante de sa vie et de son... réconfort. Il lui faut donc, à intervalles réguliers, des temps d'arrêt, de pause, de retour sur soi. Il lui faut se retrouver analysant, soucieux de lui-même.

La première séance du week-end répond à ce besoin. C'est une séance de socio- somatanalyse typique, non-directive, analytique, pendant laquelle chaque participant arrive - on peut même facilement intégrer les retardataires - s'installe, se pose, descend en soi, jette un coup d'œil aux autres, s'ouvre, laisse venir sans programme ni contrainte, puis s'exprime, contacte, confronte, vit, touche, traverse l'émotion et libère l'affectif, lâche un poids et se charge d'énergie, devient soi et se remet en face de la thérapie. Rappelons les quatre séquences (obligatoires) de cette séance de socio-- :

pour ce groupe assis en cercle sur des matelas il ne se passe d'abord rien : rien n'est proposé ; tout le monde pouvant faire, personne ne se précipite ; c'est un temps de parole surtout, libre ; tout peut venir, mais pas n'importe quoi, pendant quatre vingt dix mi-

nutes ou plus ; **c'est le grand groupe verbal,**

puis l'analyste s'avance dans ce cercle, se met à genoux, tend les mains vers les voisins pour donner le **signal du groupe rapproché vocal** ; on ferme les yeux, entre dans des sons, entre dans les tripes, se contacte soi, contacte éventuellement l'autre dans une émotion transférentielle, pendant quinze à trente minutes, puis chaque participant peut quitter ce groupe vocal à son heure et rythme, seul ou à deux, pour aller travailler sur des matelas alentour éparpillés dans la salle : travail verbal de rencontre, travail émotionnel primal, travail en toucher et bonding, travail de réflexion ou méditation solitaire... **c'est le groupe éclaté primal**; ceux qui restent dans le lieu du groupe peuvent se rapprocher encore, se passer les bras sur les épaules ou hanches pour former un groupe solidaire où se vit l'harmonie groupale à travers sons et balancements ; après une heure de ce travail en petits groupes, couples ou solitair, le grand groupe se reconstitue pour la mise en commun et l'analyse : **c'est le groupe convivial de partage.**

Il n'importe pas ici d'entrer dans les contenus précis des deux séquences verbales du début et de la fin de la séance. Tout peut se mettre sur le tapis, jusqu'à la présentation des nouveaux praticiens issus de la dernière promotion, à chaque automne.

Des urgences s'imposent, personnelles ou institutionnelles. Des silences perdurent, lorsque tout va bien. Des confrontations s'esquissent dans ce groupe professionnel où se joue aussi la question du pouvoir. Et c'est justement pour ne pas laisser la lutte pour le pouvoir se glisser dans le travail proprement dit de supervision que cette première séance de "régulation" est si importante. Moi-même, en tant que superviseur, je trouve là un long temps de travail personnel lors des séquences vocale et primale. J'évacue le stress, les colères ; je traverse des souffrances et frustrations. Je me rappelle avoir pu travailler très profondément le deuil de mon père, enterré la veille d'un de ces ateliers. Plus généralement, je sors de plusieurs mois de battement où je n'ai eu que des contacts téléphoniques plus ou moins administratifs avec mes collègues, et même parfois confrontatifs. J'attendais certains participants et ils ne sont pas là! Le passage de ces relations gestionnaires à une rencontre plus affective se fait aussi là. Après l'éveil de l'énergie vient l'éveil de l'amour.

Enfin il peut aussi y avoir présentation de cas cliniques ou de problèmes professionnels. Mais le risque, dans cette première séance non directive, réside dans l'amalgame éventuel entre un travail de supervision qui se devrait objectif et une dynamique de groupe qui peut être confrontative. C'est au rapporteur du cas à assumer ce risque et au superviseur de... l'analyser, aux niveaux individuels et groupal.

La dimension sociale du thérapeute Le thérapeute est

investi par la société d'un rôle précis ; le patient lui reconnaît donc cette fonction sociale, hiérarchique, du moins aussi longtemps que le transfert ne vient pas le contester. Le thérapeute doit retrouver une conscience très claire de cette fonction, par devoir déontologique. C'est en se resituant dans le groupe de ses pairs, dans ce groupe dirigé par un superviseur hiérarchique, qu'il rejoue - et retrouve - sa façon d'être dans son rôle social. Le groupe de socio-somatanalyse, non directif mais néanmoins maintenu par l'analyste comme groupe éthique et démocratique, permet à chacun de ses participants de se resituer, de se mettre en scène, jusqu'à... l'évidence.

La séance de "socio-" répète et dévoile la dimension sociale du supervisé.

### **Les deux séances de "psycho-" : inter- et supervision**

Les deuxième et quatrième séances sont tout autres, méthodiquement orientées vers un travail d'accompagnement clinique, d'élucidation de cas et d'analyse des relations thérapeute-patient. Le setting de la psycho-somatanalyse offre le cadre idéal à cet effet, inaugurant une séance type constituées de trois temps : la séance de psycho-, à deux, une séquence d'intervision en sous-groupes, à quatre ou six, une dernière séquence de supervision en grand groupe.

La séance de "psycho-" est bien connue maintenant qui reprend le cadre de la psychanalyse avec divan et fauteuil. Mais ce dernier est collé contre le divan, à mi-hauteur, permettant un contact visuel et un contact corporel avec la main de l'analyste qui se pose, détendue, sur le tronc du patient (thorax ou ventre).

Ainsi s'additionnent les canaux de communication verbal, visuel, tactile (olfactif et énergétique), fusionnant en une communication globale qui n'est autre qu'affective.

Cette séance d'une heure permet à l'analysant d'exposer (verbalement et corporellement) son être thérapeute, ses problèmes professionnels, l'un ou l'autre cas clinique.

L'accompagnateur reste analyste, ne cherchant qu'à faire préciser, focaliser sur le problème, faire éclater les points les plus intéressants. Il ne répond pas au contenu, il aide à son dévoilement, éventuellement jusqu'à la résolution spontanée.

En tant que psycho-somatanalyste, il fait le lien entre les différents niveaux de manifestation contenu verbal, signaux corporels, qualité de la relation.

Ces liens donnent des indications importantes sur le problème professionnel ou le cas clinique. Ici se révèle avec évidence ce processus fondamental **de la supervision qui veut que la relation superviseur / supervisé répète, rejoue et dénoue la relation thérapeute / patient, que ce soit à deux, sous -groupe ou grand groupe.**

Le choix des deux protagonistes est important, d'autant plus que les rôles seront inversés lors de la séance suivante.

La profondeur de la révélation et de l'ouverture en dépend. Les somatanalystes le savent bien, puisqu'ils ont expérimenté cette "psycho-" pendant toute leur formation.

### **La dimension émotionnelle et affective de la relation thérapeutique.**

Classiquement, il s'agit du transfert / contre-transfert familiarisé par la psychanalyse. Pour nous, il s'agit plus largement de la manifestation de l'émotionnel et de l'affectif, tant chez le patient que chez le thérapeute.

L'émotionnel est central en somatothérapie, cathartique et unifiant, mais il ne s'exprime chez le patient que si le thérapeute est en ouverture émotionnelle. L'affectif est plus profondément encore impliqué dans les pathologies, graves en particulier, et ne se manifeste là aussi que si le thérapeute est affectivement ouvert.

Dans cette séance de "psycho-", le thérapeute en supervision rejoue son ouverture / fermeture émotionnelle et affective et met en scène dans la réalité présente ce qu'il évoque de sa relation avec le patient choisi comme cas clinique.

Le cas à superviser se lit dans l'être du thérapeute en même temps qu'il s'entend de sa bouche.

**Puis les couples se regroupent à deux ou trois** pour permettre à chaque analyste de "rapporter" ce qui lui a paru le plus intéressant (et utile), focalisant sur l'essentiel dans les cinq à dix minutes qui lui sont imparties. Le rapporteur est testé sur sa capacité d'écoute, de fidélité dans la restitution et de synthèse.

L'analysant est confronté à la restitution de son message par un autre. Pendant l'heure que dure ce sous-groupe, les points d'intérêt peuvent être ré-interrogés, approfondis, analysés, en une véritable "intervision" faite par les pairs. Ce sous-groupe ne peut exposer ultérieurement qu'un seul cas clinique au grand groupe et doit donc choisir celui qui lui semble le plus intéressant et le préparer minutieusement.

Marlyse avait déjà prévenu : j'ai un cas très important et urgent que je veux exposer. Elle s'est effectivement prêtée à l'analyse en premier. Mais quand le rapporteur a fait sa synthèse, nous n'y avons rien compris, Marlyse n'y a pas retrouvé ses petits.

La restitution était beaucoup trop générale évoquant un vague besoin d'amour là où il y avait un transfert très massif et des gestes très précis. Assistant à ce sous-groupe, et entendant enfin le cas, de la bouche même de Marlyse qui complétait le rapport, je décidais de consacrer à son problème la cinquième séance du week-end, la séance de "rattrapage" du grand groupe.

Ces sous-groupes sont très animés et plus encore

quand le superviseur principal n'est pas là ! Cette étape de travail en petit groupe est bien connue des animateurs de groupe. S'il ne s'agit que "d'intervision" entre pairs, il y a cependant un véritable apprentissage du rôle de superviseur.

**Pour la dernière séquence de la séance, les sous-groupes se retrouvent en grand groupe** et chacun d'entre eux soumet le cas choisi. C'est encore un rapporteur désigné par le sous-groupe qui fait l'exposé et s'adresse plus précisément au superviseur qui se permet d'user de toute son expérience et ancienneté.

On évoqua la première consultation de Sandra avec un homme de la soixantaine, grand consommateur de prostituées et qui se voudrait aussi sauveur de ces femmes, leur laissant parfois beaucoup d'argent pour qu'elles "n'aillent pas travailler".

Sandra avait peur que cet homme n'ait des gestes équivoques, or, dès la première consultation, elle lui avait proposé le cadre de la "psycho-" où le genou du thérapeute est à portée de main du patient !

Et Sandra d'ajouter : "de toute façon, je ne croyais pas que cet homme, à cet âge, pouvait guérir". Ainsi donc une croyance personnelle s'engouffrait dès l'abord dans cette relation et amenait la thérapeute à en faire de trop, en une réparation inconsciente de son pessimisme. C'est du moins mon avis de superviseur.

Les soixante à quatre vingt minutes de cette troisième séquence ne permettent pas de mener toutes les analyses au fond. Il reste alors la cinquième séance de dimanche après-midi pour compléter l'un ou l'autre accompagnement.

Cette séance d'inter- / super- vision constitue le cœur de l'atelier.

Elle permet à chaque professionnel - et l'oblige - à participer activement au... déballage personnel, à l'implication, à la mise en commun, dans un climat de confiance et de sécurité à moins que, par un acte de sabotage, il ait choisi un protagoniste impossible ! Cela n'est pas le cas en grand groupe où les plus anciens, les plus expérimentés et... les plus ambitieux accaparent la parole, malgré la régulation de cette dynamique que le superviseur doit assurer.

C'est dans cette séance aussi que le corps est encore une fois présent, sous la main, à l'œil, au-delà des mots et de la voix. Le rapporteur a souci de restituer également cette dimension corporelle sinon le superviseur l'y amène.

Mais, finalement, c'est néanmoins l'analyse classique qui en résulte : contrôler si le bon diagnostic a été posé et si la stratégie thérapeutique correspond bien à ce diagnostic, interroger la relation thérapeute / patient et transfert / contre-transfert, évaluer les cadres et méthodes utilisés, déceler des étapes précises dans la cure et venir au secours de toute difficulté plus précise.

Comme pour les blagues, plus les avis sont courts, plus ils sont bons. Françoise relata le cas d'une patiente qui, sur le divan, ne parlait pas et ne se laissait pas toucher.

La thérapeute était mal à l'aise, évoquant l'idée de raccourcir les séances.

L'analyse du cas semblait montrer que cette femme était en régression profonde jusqu'au cadre écosystémique et cherchait juste un utérus "suffisamment bon".

J'ajoutai que, comme chez la femme enceinte, ce ventre pouvait être plaisant, heureux, rempli de jouissance. C'est ce qui arriva à Françoise après cet atelier, de se ressentir pleine et épanouie, entraînant une évolution très positive chez la patiente.

La dimension rationnelle de la thérapie

Même en "somato-", nous devons sacrifier aux exigences scientifiques de la thérapie. Nous ne l'avons jamais oublié - ni surtout nié - ; nous avons seulement donné l'impression de privilégier grandement la spontanéité, l'émotionnalité, l'intuition et l'affectif. La supervision nous rappelle fort heureusement qu'il faut

faire un diagnostic, ici selon les classifications des DSM N et CIM 10 avec l'appoint éventuel de questionnaires d'aide au diagnostic (DIPS, OPD).

rechercher l'étiologie et formuler un pronostic (même provisoire)

faire préciser l'histoire de sa vie avec ses événements traumatiques et paroxystiques, ses cadres de vie et le développement des principales fonctions,

enfin, à l'E.E.P.S.S.A., nous travaillons plus particulièrement avec le modèle socio- et somatopsychodynamique qui a été présenté dans la revue Somato n°39 et qui se reproduit ici avec un certain nombre de modifications.

### **La séance de "Présence juste" : autovision**

La troisième séance, du samedi soir, se situe après un repas convivial en commun. Je l'introduis par un exposé d'une petite heure sur un thème clinique relation thérapeutique et transférentielle, régression, dynamique de groupe, psycho-pathologie, somatologie ou tout autre sujet que je travaille plus particulièrement à cette période et qui a un intérêt général.

Après la discussion - pas trop longue - de l'exposé, nous passons à un travail d'autovision en Présence Juste pendant une heure à une heure et demie. Cette pratique est elle aussi bien connue après l'article de Somato n°36, sept. 97 et le livre collectif "La dimension spirituelle en psychothérapie, corps et transpersonnel". Il faut rappeler que la Présence Juste est née comme une thérapie et a été présentée comme telle dans le livre "Reich ou Ferenczi", comme thérapie et moyen de présence. Ce n'est qu'à travers sa pratique assidue que j'ai entreprise plus tard qu'elle s'est avé-

rée comme "pratique du bien-être" et "méditation". Ici, c'est dans la mise en présence juste et l'éveil de l'énergie et de l'amour que se cherche son utilisation comme autovision l'état initial de pure présence permet un recul très appréciable de l'implication excessive du somatanalyste, l'éveil à la pure énergie recentre le thérapeute dans une intériorité agréable et autonomisante, renforçant la distance prise par rapport au travail immédiat, vient alors le cycle interrelationnel où le protocole se transforme en limitant les personnes "à voir" aux seuls patients (ou collègues ou proches interférant avec le professionnel).

Il s'agit de : "voir", en laissant défiler les images jusqu'à ce qu'un patient plus précis s'impose, "sentir" l'émotion au niveau des tripes, l'affectif au niveau du cœur, "veiller" en se recentrant sur l'énergie de son dos pour rester soi, en soi, "communiquer" avec les organes sensoriels et de communication ouverts précédemment (yeux, oreilles, odorat, goût, cœur, tripes, paumes), pour laisser advenir convivialité (ou rejet), amour (ou haine)... l'émotionnel vrai, l'affectif vrai.

Quand on a l'habitude de la Présence Juste, cet exercice se fait aisément et permet une approche tout autre qu'habituelle : visuelle, imaginale, fantasmatique, en même temps que sensitive et énergétique. Il faut décrypter les messages qui restent parfois symbolisés. Je propose à chaque participant de partager son expérience, d'associer, de décrypter, de découvrir lui-même ce contenu latent et cela va souvent très loin, tout seul et rapidement. Ainsi Aimé nous parla d'une vision de désert où il retrouvait une patiente précise qui s'éloignait en se transformant en jeunes arbres successifs et isolés dans l'immensité ; après un silence, Aimé ajouta : "ah ha, je vois ce que c'est", Cela suffit pour cette forme d'autovision : que chacun revoit des patients, des séquences de cure, en Présence Juste, dans la pure énergie, dans l'amour, et laisse parler les sensations et images. Sigmund Freud retournait tous les soirs dans son bureau, après le repas familial, pour prendre des notes sur les séances de psychanalyse de la journée. C'était pour ses travaux scientifiques mais c'est évidemment aussi un mode d'autovision.

Le somatanalyste ne peut pas prendre de notes pendant la séance, alors, s'il griffonne quelques bribes après la séance et s'il laisse vagabonder son intuition entre les lignes, il fait un appréciable travail d'autovision. Mais l'autre formule, en Présence Juste, vient répondre plus adéquatement encore à la spécificité de son mode de travail, en corps, cœur et âme, en image et énergie. Pourtant cette forme plus intuitive (au sens du cerveau droit) doit se

connecter avec la forme la plus intellectuelle (au sens du cerveau gauche) pour éviter le risque de constructions extravagantes. Pratiquement, cela veut dire qu'elle doit s'appuyer sur la forme de supervision classique, sur le savoir clinique et psychopathologique.

La dimension spirituelle du thérapeute

On a longtemps reproché aux "somato-" de négliger la dimension spirituelle. C'était vrai durant une certaine période, pour des raisons d'insistance sur le corps et l'émotionnel. Ce ne l'est plus aujourd'hui, pour preuve cette autovision en Présence Juste. Les psychanalystes appellent cela fantasmes. Nous y voyons plus largement l'accès au spirituel à travers le silence de l'assise et l'éveil de l'énergétique et de la conscience. Autant le thérapeute a toujours des sensations, des émotions et des mouvements affectifs, autant il fait continuellement crépiter des intuitions et des images, subconscientes le plus souvent. Ici, en Présence Juste, elles se manifestent encore plus, s'attardent, s'exhibent, pour qu'on les retienne enfin et les comprenne, images manifestes qui recèlent un enseignement latent à décrypter comme un rêve. Le thérapeute, dans l'autovision de la Présence Juste se retrouve tel qu'il est avec sa dimension spirituelle.

### Conclusion

La supervision du psychothérapeute est une obligation, légale et déontologique. Pourtant elle n'est pas tant développée que cela et, surtout, il n'y a pas tellement de travaux théoriques autour d'elle. Deux raisons au moins peuvent l'expliquer d'abord cela reste affaire d'École et référence à la théorie d'École, ensuite il en va de la qualité de la relation entre un ancien, expérimenté, et un jeune, confiant, autour de références communes, d'École précisément. Le cadre d'organisation reste secondaire, colloque singulier à deux ou en groupe le plus souvent. Aussi toute innovation qui se remarque vient-elle du changement de ce cadre, comme cela fut le cas pour les groupes Balint par exemple : que des médecins généralistes puissent échapper au cours magistral et à l'enseignement des visiteurs médicaux pour parler d'eux-mêmes fût une révolution. Dans le mouvement somatothérapique nous avons élargi ce concept au corporel sous le terme de Somato-Balint (voir Somato n°30). Ce qui se présente ici est du même ordre, c'est une espèce de révolution qui renvoie en même temps à la fécondité de la somatanalyse elle-même qui retrouve

**la complexité du fonctionnement humain psycho-, socio- et somato- logique, la pluralité des**

**positions de vie: groupe, couple, solo, et la relationnalité fondamentale de l'être humain, avec**

Fondement de l'être humain

**les communications verbale, visuelle, tactile, corporelle etc.**

Ces trois fondements de l'humain ne peuvent pas s'aborder pleinement dans une seule et même forme de psychothérapie, d'où la multiplication des méthodes et écoles. La somatanalyse a reconnu cette impossibilité et y répond par la pluralité des cadres somatanalytiques : "socio-" pour le groupe social, .psycho-

" pour le couple, "somato-" et "spi-" pour le développement individuel.

Le bonheur, c'est que ces cadres thérapeutiques proposent autant de formes de supervision qui rendent justice à la complexité et à la relationnalité de l'être humain comme nous l'avons vu. Enfin ils correspondent tout autant à une triple prise de position citoyenne, scientifique, humaniste et politique, comme le montre le tableau ci-dessous.

	Niveau de l'implication	Scientifique	Humaniste	Politique
L'autre		Pluralité	Différence	Égalité
Soi		Complexité	Unicité	Liberté
Rapport Autre/Soi		Relationnel	Communauté	Légalité

Cette envolée quelque peu idéaliste ne déroge en rien dans ce cadre strictement professionnel car si la supervision du psychothérapeute est un devoir éthique et déontologique, le rôle du psychothérapeute est concomitamment scientifique, humaniste et politique (ce dernier terme n'étant que l'extension de la... dynamique de groupe qu'il pratique aussi).

Cette envolée vers le grand large ne doit pas faire oublier l'autre thème de cet article, à savoir que **la supervision du somatothérapeute, du somatanalyste, du socio- et somato-psychothérapeute, peut - et doit - être également "somato-" : corporelle, tactile, émotionnelle, affective, énergétique et spirituelle.**

Somato n°40 – Mars 1998

**Celui qui ne sait pas,  
et qui ne sait pas qu'il ne sait pas,  
fuis le.**

**Celui qui ne sait pas,  
et qui sait qu'il ne sait pas,  
éduque-le.**

**Celui qui sait,  
et qui ne sait pas qu'il sait,  
éveille-le.**

**Celui qui sait,  
et qui sait qu'il sait,  
suis-le.**