

**DES REGARDS MULTIPLES
SUR LE MAL ET LA SOUFFRANCE**

Anne-Nelly Perret-Clermont

Le fait même de qualifier une intervention de «thérapeutique» ou d'en attendre une guérison sous-entend qu'il est question d'une «souffrance» ou d'un «mal» sur lequel on désire gagner une maîtrise. Quels sont-ils? Que met-on sous ces termes? De quoi et pourquoi veut-on guérir? Qu'est-ce qu'une «thérapie»? Tous ces termes sont polysémiques et marqués par les traditions culturelles de leurs usages.

Pourquoi d'ailleurs prendre en compte ces deux termes: «mal» et «souffrance»? Le second ne nous suffit-il pas? Nous utiliserons ici, dans notre propos, pratiquement indifféremment l'un et l'autre car il ne peut y avoir «mal» sans souffrance. En effet, même dans le cas où un «mal» serait attribué arbitrairement, de l'extérieur, à une personne qui n'en serait pas porteuse, le fait même d'être

l'objet d'une telle attribution conduit à des situations (de perte de face, de stigmatisation, d'exclusion, de traitement verbal, pharmaceutique, rituel, carcéral ou autre, etc.) qui engendrent la souffrance intérieure.

Comment désigner la personne qui s'adresse au thérapeute, ou qui est conduite auprès de lui par d'autres; voire celle qui est perçue comme porteuse du mal mais absente de la rencontre avec le thérapeute (parce qu'elle n'acquiesce pas au traitement ou parce qu'elle ne sait pas ou n'admet pas qu'elle est considérée comme source du trouble)? Porteuse de la maladie, sous l'emprise d'un démon à l'origine des tensions psychologiques? Malade, blessé, souffrant, client... mais aussi «patient désigné», bouc-émissaire démoniaque, ensorcelé voire ensorceleur, sorcier? Les appellations mêmes reflètent déjà les cadres interprétatifs, symboliques et culturels dans lesquels elles se situent.

Au-delà des mots et de leur variété sémantique, ne se révèle sans doute pas uniquement la question de l'altérité culturelle, mais aussi celle, plus spécifiquement psychologique, de la difficulté de penser la souffrance. La voir et donc la reconnaître, y réfléchir et donc se la remémorer, sont des actes en eux-mêmes exigeants et douloureux. La souffrance est une réalité très difficile à penser parce qu'elle renvoie violemment à la fragilité et la vulnérabilité de l'être dans l'une ou l'autre de ses dimensions: corporelle, émotive, relationnelle, spirituelle, sociale.

Voir, se représenter et donc penser la souffrance (ou le mal), est-ce une tâche nécessaire à qui entend agir en thérapeute? Ou au contraire ne pourrait être guérisseur que celui qui sait «s'abriter» derrière certains rites ou certaines explications? Ceux-ci permettent-ils d'ailleurs vraiment, à celui qui se dirait thérapeute, d'éviter ce face-à-face direct avec la souffrance de l'autre, l'impact émotionnel qu'elle peut avoir sur lui-même et les distorsions qu'elle est susceptible d'amener dans les relations interpersonnelles? Quelle est alors la fonction de ces pratiques rituelles et de ces explications? Reconnaître et penser la souffrance:

entreprise difficile qui prend à parti l'observateur –un observateur qui est toujours, lui aussi, marqué par les relations et les représentations qu'il a établies au sein de sa propre expérience et de sa culture. Les regards portés sur le «mal» (appelons provisoirement ainsi l'objet de la thérapie), ses causes et sa nature seront donc multiples.

Des regards multiples

De quel «mal» s'agit-il ?

Guérison... thérapie: c'est qu'il y a mal, douleur, souffrance, risque de non-être ou de mort. Mais de quel mal s'agit-il et de qui? Le mal de l'un peut servir à cacher le mal de l'autre (habité par exemple par une faiblesse non assumée qu'il veut cacher, ou entraîné par un excès de pouvoir...). Faut-il distinguer entre ces différents termes? Renvoient-ils tous à des réalités susceptibles d'être «objet» de thérapie? Les mêmes mots conviennent-ils pour se référer à la douleur physique ou à celle psychique?

S'agit-il toujours d'un mal attaché à l'individu ou existe-t-il une souffrance de l'entité sociale? Ou encore, ce mal peut-il avoir pour source le monde symbolique auquel se réfère le sujet ou le groupe? Ce serait le cas, par exemple, lorsque l'univers symbolique qui devrait aider l'individu (et le groupe) à donner sens à ses actions et relations, et à élaborer ses émotions, n'y parvient plus. Désadapté, il est alors comme un manteau rétréci qui se met à étreindre le corps au lieu de le protéger. Quel est le rapport entre la douleur du corps individuel et la dynamique de la réalité symbolique, socio-culturelle, qui l'entoure ?

On voit aisément que les réponses qui seront apportées à ces questions affecteront la conception de l'objet même de la thérapie et donc de ses moyens. Il est donc intéressant d'examiner les différentes conceptions du mal et de la souffrance pour mettre en évidence à quel point elles

s'articulent étroitement avec les modes d'action dont dispose la collectivité à leur égard et avec les rapports qui s'établissent entre l'individu malade et les membres de son groupe d'appartenance.

Mais au départ d'une démarche qui se dit «thérapeutique», il n'y a pas toujours mal ou souffrance. Parfois l'individu est simplement considéré comme «gênant» matériellement, physiquement, psychiquement ou symboliquement. Quel sera le degré de tolérance du groupe à son égard? Ce dernier va-t-il chercher à «normaliser», à modifier cet individu? Sera-t-il question de le mettre à part ou de le réintégrer? Ceci dépendra de l'interprétation de la «gêne»: psychique par l'angoisse ou les comportements désordonnés manifestés? Ou symbolique en raison d'une revendication identitaire ou d'une référence à des valeurs concurrentes, en particulier dans le rapport au pouvoir et à l'ordre établi? Ou est-ce la visibilité d'une fragilité physique qui dérange, ou encore qui éveille un imaginaire que l'on cherche à exorciser en stigmatisant le porteur d'un tel signe? Et cette «gêne» est-elle ressentie et exprimée par la personne concernée comme étant la sienne et en souhaite-t-elle la disparition? Ou est-ce plutôt son entourage qui se sent dérangé, au creux de la vie quotidienne ou plus abstraitement sur le plan symbolique par ce qu'elle représente? Les enjeux liés aux demandes de guérison sont multiples et difficilement saisissables. Penser cette interdépendance des individus dans leurs situations, leurs attitudes, leurs émotions; voir les violences que représentent certaines attributions que les personnes opèrent les unes sur les autres; prendre conscience de la vulnérabilité qu'occasionne cet état d'interdépendance face à l'autre: voilà des tâches qui sont non seulement complexes mais douloureuses ne serait-ce que parce qu'elles renvoient l'observateur à sa propre expérience. De la rencontre avec cette souffrance, bien sûr le chercheur risque de vouloir se protéger et, comme le thérapeute, comme le patient et son entourage, sans s'en rendre compte, de cliver la réalité: en morcelant l'appréhension de celle-ci en réalités multiples,

sans relation les unes avec les autres, voire même opposées les unes aux autres, le chercheur s'offre alors la fausse sécurité de l'illusion d'un abri, en tenant au loin, par ces clivages, au moins pour un temps, les risques d'un contact direct avec les tensions de sa propre souffrance.

Voir le «mal»...

Le clivage le plus simple sans doute sépare d'emblée l'individu et son mal pour centrer l'attention prioritairement, voire exclusivement, sur le mal. On en cherchera la localisation et les causes, et on tentera de développer des moyens d'emprise à son égard. On peut croire percevoir le mal sous des formes multiples: blessures, maladies, fièvres ou folies. Et trouver pour origine les causes les plus diverses: mauvais oeil, démons, sorts, mais aussi gestes ou paroles blessantes, intrusion d'éléments externes (microbes, virus, parasites, poisons), dysfonctionnements internes, ou processus psychologiques (culpabilités, angoisses, etc.). Les moyens d'action? Ils dépendront bien sûr des représentations des causes de ces maux qui justifient ou non des modes d'intervention: plantes, médicaments, incisions, prières, paroles, musiques, rites, danses, etc.

...ou regarder l'«individu malade» ... et son thérapeute

Mais le regard peut se déplacer du mal sur l'individu ou plus exactement sur l'individu malade (ou déclaré tel). Les questions qui se posent changent alors un peu de nature et deviennent: est-il malade dans son corps ou ailleurs, par exemple dans ce qu'on pourrait appeler sa «vie psychique»? Et celle-ci comprend-elle différents registres: affectif, intellectuel, spirituel, relationnel? Comment, au cas où des registres sont distingués, s'articulent-ils entre eux? Là aussi il est bien plus facile pour le chercheur,

comme pour le thérapeute et le patient, d'opérer des clivages que de prendre en compte toute la personnalité dans son interdépendance avec les différentes dimensions de sa vie. D'ailleurs le thérapeute qui s'occupe de la personne souffrante peut-il considérer la globalité de cette dynamique et penser ces interdépendances sans être écrasé par des sentiments d'impuissance?

Avec cette question, le regard préalablement centré sur l'individu malade se déplace sur le thérapeute: quels moyens ce dernier a-t-il à disposition? Sont-ils propres à sa personne ou acquis par formation, transmission ou initiation? Quelles sont ses relations: a-t-il des confrères; s'agit-il d'une profession? Quels sont les rapports entre le thérapeute et le groupe social au sein duquel il agit? Comment se situe-t-il par rapport à d'autres figures professionnelles et d'autres champs de pouvoir?

L'observation de l'évolution de la profession d'orthophoniste-logopédiste peut fournir un bon exemple d'un tel changement de regard: depuis une centration initiale uniquement portée sur l'individu et son trouble jusque vers une prise en compte conjointe de l'ensemble du fonctionnement psychique de la personne et des ressources du thérapeute. Initialement les orthophonistes traitaient les troubles langagiers comme des difficultés instrumentales d'utilisation, par le sujet, des ressources de son propre corps. Celui-ci était alors soumis à des exercices systématiques pour entraîner ses capacités d'écoute, de production sonore et verbale, d'articulation, etc. La pratique des soins dans ce domaine évolua ensuite vers une prise en compte plus large des fonctions psychiques (mémoire, perception sélective, capacités de représentation symbolique, structuration des relations temporelles, etc.). Intervint alors également une attention grandissante au rôle du langage dans la dynamique affective et relationnelle du sujet. Parallèlement, la formation des logopédistes changeait de nature: initialement considérés comme des «répétiteurs scolaires spécialisés» ou des «auxiliaires paramédicaux» faisant

faire des exercices prescrits par les médecins, ils deviennent peu à peu des professionnels à part entière, au bénéfice d'une formation universitaire, capables de prendre place dans des équipes pluridisciplinaires. La clientèle se transforme aussi: aux enfants s'adjoignent des adultes (accidentés, opérés) et des personnes âgées. Les symptomatologies se diversifient.

Mais le champ de l'orthophonie-logopédie n'est pas le seul où peut s'observer un tel déplacement du regard. C'est le cas aussi de la pratique médicale. Même chez les professionnels les plus portés à définir leur fonction comme celle de diagnostiquer des troubles somatiques – auxquels il peut être porté remède à travers des moyens techniques qui semblent très «objectifs»: analyses, médicaments, interventions chirurgicales, etc. – on voit également se déplacer le regard vers une prise en compte de la nature des relations que le médecin établit avec son patient. A titre d'exemple citons cette question maintes fois entendue: pourquoi si souvent les malades ne suivent-ils pas l'entière des prescriptions qui leur sont faites par le médecin, alors qu'elles devraient faciliter leur guérison? Ceci renvoie non seulement à la compétence du médecin mais aussi à la nature de la relation interpersonnelle qui s'établit entre lui et le patient. La confiance et la conviction d'une part, l'écoute et la qualité de la transmission de l'information d'autre part, deviennent des composantes importantes de la situation qui, à son tour, devient objet d'une attention particulière. L'avancement des techniques d'accompagnement des malades, et en particulier des malades chroniques, transforme le rôle du médecin et la nature des consultations.

En psychanalyse et en psychothérapie, cette prise en compte non seulement du symptôme du client mais aussi de la relation qui s'établit avec le thérapeute, tient une place primordiale. La découverte des mécanismes du transfert est en bonne partie à l'origine du développement de ces disciplines. Et il est intéressant de noter que ce n'est,

historiquement, que dans un second temps que le contre-transfert du thérapeute sur le patient est devenu un objet important d'analyse et un instrument de la thérapie.

Si le regard ne porte plus exclusivement sur le mal, ni sur celui qui le porte, s'il ne se limite plus à considérer le savoir technique ou personnel du thérapeute, mais se déplace pour embrasser la relation même qui organise ces termes, alors entre dans le champ de vision un autre plan: celui de la dimension temporelle et spatiale. En effet, les relations se déroulent dans le temps, elles ont une dynamique et donc une histoire. Celles-ci sont marquées par les antécédents du mal et du traitement, et continuent à évoluer dès la demande de guérison.

Un champ relationnel

Ce regard porté sur la relation change le niveau d'analyse: au-delà du mal de l'individu et de son thérapeute apparaît alors, sous un autre éclairage, l'ensemble des relations au sein desquelles se situe la demande de guérison. Le patient est alors plus largement découvert comme membre d'une famille, voire d'un groupe social. Ces entités ont aussi leur histoire (de migration par exemple, de luttes, de deuils, etc.). Elles appartiennent à des contextes socio-culturels qui leur fournissent une symbolique pour rendre compte de la réalité qu'elles vivent: croyances, mythes, idéologies, représentations sociales et valeurs qui affectent, à leur tour, les termes et gestes mêmes dans lesquels sont vécues les tensions et exprimés les maux. Diverses traditions théoriques (par exemple en psychanalyse, ethnologie, analyse systémique) se sont maintenant développées qui aident à percevoir le patient dans son contexte, en particulier au sein de systèmes de comportements, de relations et de croyances.

Mais cette vision multidimensionnelle et contextuelle n'est pas aisée. Force est de constater que si le mal et le

malade sont ainsi replacés, du moins théoriquement, dans leur contexte socio-culturel plus large, tel n'est pas encore souvent le cas pour le thérapeute qui a pourtant lui aussi un univers institutionnel, professionnel, familial et culturel.

Cette prise en compte du contexte du thérapeute est-elle plus aisée lorsqu'on l'observe dans une altérité sociale, par exemple dans un autre contexte professionnel ou culturel? Ou est-il néanmoins possible au praticien, psychothérapeute en particulier, de se donner à penser ce marquage des identités et des relations et de travailler avec elles? Le présent ouvrage repose sur le pari d'une réponse affirmative, non exclusive, à ces deux questions.

Ethnologues et psychologues sociaux y auront pour tâche de donner à voir et à penser l'espace symbolique et social dans lequel se meuvent maux, patients et guérisseurs. Ils feront apparaître par leurs analyses des aspects de cet espace qui restent généralement implicites tant ils sont familiers et tant ils se donnent pour certains aux yeux de leurs «habitants». En effet, chacun fonctionne dans sa propre culture et dans ses lieux de vie sur des présupposés qui sont si ancrés dans la situation qu'ils restent, dans une large mesure, inconscients.

Les psychologues et les psychanalystes, quant à eux, tenteront de faire apparaître comment le «balisage» de l'espace thérapeutique opéré consciemment par le thérapeute est lié au processus thérapeutique lui-même.

Ces différentes approches, qui ne sont donc pas nécessairement concurrentes, ni complémentaires, devraient révéler au lecteur la multi-dimensionalité de la problématique qu'ouvre une observation attentive des processus dits «thérapeutiques». Les éléments dont ces derniers sont composés (nature des maux, dynamiques des relations, jeux des identifications, rôles et enjeux sociaux, etc.) peuvent être appréhendés dans différentes perspectives. Surgit alors une autre question: le client est-il vraiment malade? Ou s'agit-il d'un «patient désigné»? Ou est-il l'un et l'autre? Bouc émissaire, déviant ou membre d'un groupe minoritaire non reconnu comme tel? Est-ce lui qui

souffre ou est-il porte-douleur ou victime volontaire? Est-ce sa souffrance qui attire l'attention, ou bien est-ce l'expression de sa personnalité, de son initiative ou de son statut (ou autre) qui est stigmatisée par une répression du groupe à son égard? Le malade se sent-il malade? De la réponse à ces questions dépendra ce que l'on considérera être ou non la portée du traitement, sa valeur «thérapeutique».

De l'analyse de la demande... à celle de la réponse

La compréhension du mal et de sa nature affecte la manière d'y répondre. On peut décrire quelques grands scénarios en fonction du mode de diagnostic (par essais et erreurs, de façon délibérée, par *a priori*, etc.) et de l'auteur de celui-ci. Ainsi, par exemple, on peut voir des guérisseurs afficher leurs compétences et les maux qu'ils peuvent traiter et c'est alors le client lui-même qui pose le diagnostic par le fait même qu'il s'adresse à tel guérisseur signifiant par là qu'il se croit porteur du mal pour lequel l'autre a remède. Dans d'autres cas, sans que cela n'exclue d'ailleurs que le scénario évoqué ne soit aussi à l'oeuvre, le thérapeute (ou l'équipe thérapeutique) revendique comme faisant partie intégrante de son travail le fait de diagnostiquer lui-même la nature de la demande, allant parfois jusqu'à situer *a priori* la source du problème dans une zone de l'inconscient ou d'un monde invisible qui agirait à l'insu du patient.

Si les regards sur le mal et la souffrance sont multiples, les démarches que sont susceptibles d'entreprendre les thérapeutes pour définir la nature de la demande concernant leur client le sont aussi. On peut observer des tentatives de localiser le mal ou du moins de l'attribuer à des causes précises. Si une vision occidentale organiciste serait sans doute encline à placer la source de la souffrance dans l'individu, voire même plus spécifiquement dans son

corps, d'autres approches par contre situent d'emblée au-delà de cette matérialité les origines des tensions qui amènent au déséquilibre. L'élément corporel revêt alors une dimension symptomatique, susceptible d'être prise en compte, mais non unique. Où est le mal alors? Les réponses varient: dans la vie émotive et affective, ou dans des combats avec des personnes, présentes ou absentes, connues ou inconnues, qui agissent dans le champ des relations, dans la mémoire, ou dans d'autres espaces invisibles. Certaines perspectives revendiquent un relatif effacement des frontières entre les vivants, voire entre les vivants et les morts, ces derniers pouvant habiter (posséder, manipuler, «dévorer», etc.) les autres. La souffrance manifestée par le patient est alors perçue comme le signe –ou devient l'occasion– d'un appel à un rétablissement de la «santé» de l'ensemble de la personne (au-delà des symptômes physiques ou psychiques), voire de l'ensemble de la communauté dans laquelle s'insère –ou ne s'insère justement plus– le souffrant. Si l'individu est malade, ce n'est pas tant –ou pas seulement– parce qu'un microbe l'aurait agressé, parce qu'il se serait blessé ou parce qu'il aurait été soumis à des tensions trop violentes, mais parce que se manifesteraient ainsi en lui des tensions qui le dépassent et qui trouvent leur source dans d'autres lieux de son univers: il est peut être porteur du mal d'un autre ou cible de sa méchanceté; ou placé dans un statut qui ne lui confère pas les moyens d'expression et de reconnaissance dont il a besoin; ou attaqué par des esprits venus d'un monde invisible; ou soumis à un mauvais oeil ou à un autre sort encore jeté sur lui. Il peut être en train d'exprimer le souvenir traumatisant d'expériences personnelles ou de celles des générations qui l'ont précédé (déportation, esclavage, massacres, etc.). Mais dans tous les cas, il est pris dans une rupture du sens qui ne lui permet plus de gérer ses émotions et ses relations: le thérapeute cherche alors à reconstruire le sens tant sur le plan individuel que collectif. Pour l'observateur d'un tel système de croyances, d'actions et d'expériences, l'unité d'observation peut alors

devenir le système de relations concernant ce mal et c'est dans cet espace que l'observateur situe le guérisseur et ses interventions pour rétablir du sens.

Si les appréhensions du mal et de la souffrance fondent, chez certains thérapeutes, des pratiques faisant appel à un inconscient ou à un invisible qui échapperait au patient, on peut se demander en retour, si celui qui agit en vue de la guérison de l'autre ne serait pas lui-même aussi manipulé par des forces qui échappent à son contrôle conscient. A quelles conditions un thérapeute peut-il rester thérapeute et admettre de telles limites? Il est intéressant d'observer les processus de «blindage» et de protection auxquels le guérisseur fait recours et d'autre part la variété des éléments qui peuvent être utilisés par la communauté pour situer le thérapeute dans un «ailleurs» (extériorité du champ social acquise par une initiation ou des conditions de vie, neutralité du statut, don particulier reçu du monde des esprits, etc.) ou pour le faire percevoir comme un être «à part» dans le champ des forces qui s'exercent sur le patient. Mais malgré l'altérité qu'offre un statut, une expérience de vie, un charisme ou une technique pour gérer une relation thérapeutique, il demeure frappant de constater, dans des contextes socio-culturels très différents, combien la plupart des thérapeutes rapportent d'expériences de combat (contre les esprits mauvais, contre le mal qu'ils «prennent sur eux», contre la «résistance au changement» du patient) nécessitant une vigilance attentive (par exemple lors d'apparitions de crises), des démarches pour se représenter l'impensable, et des efforts de lucidité sur leurs propres défenses (ou contre-transferts). Les expressions sont fort différentes et les significations attribuées aux processus en jeu parfois opposées, mais toutes reflètent un effort conscient du soignant pour rétablir des équilibres et faire triompher un sens susceptible de ramener un état de bien-être du client.

Pour ce faire, le thérapeute n'opère pas *ex nihilo*, mais dans un contexte socio-culturel qui étaye sa démarche par les règles et les normes qu'il fournit, par la symbolique

qu'il met à disposition avec ses répertoires langagiers, imagiers, gestuels, musicaux, mais aussi parfois alimentaires, vestimentaires, et autres encore. Investi de son statut, il négociera un espace au sein de ce contexte socio-culturel pour y façonner cette reconstruction du sens. Cet espace –nous y reviendrons– comprend toujours une dimension de matérialité: le lieu du traitement avec ses ouvertures et ses clôtures, ses objets (du divan au feu, en passant par les animaux, les herbes, les images, les écrits, les jouets, ...). Cet espace a des frontières temporelles (heures et fréquences des rendez-vous diurnes ou nocturnes, de durées préétablies ou négociées). Il est marqué par des paroles ou des symboles qui ont pour fonction d'y représenter, et donc d'y faire entrer, des personnes et des événements bien précis.

Sur cette scène, on peut observer comment s'établit, se modifie, évolue et se termine la rencontre entre thérapeute et patient, et examiner les modalités de réalisation du sens dans cette rencontre.

Parler d'une réalité qu'il y a des raisons de filtrer

Ruptures de sens, crises dans la gestion des émotions et des relations, possessions, dérèglements psychiques ou somatiques... si telle est la souffrance, celui qui part rejoindre l'autre risque de s'en trouver affecté. La lutte qui s'engagera se fait-elle contre des résistances à l'équilibre ou au déséquilibre? Ces résistances, peuvent-elles être explicitées, nommées, débusquées, révélées, rendues conscientes sans être exacerbées et sans compromettre d'autres équilibres que protègent refoulements, secrets ou tabous?

Les thérapeutes ont à disposition des systèmes fort différents d'explication ou d'interprétation de ces résistances, et sont susceptibles de prendre différentes positions plus ou moins explicites et conscientes à leur égard.

D'autre part le sujet (ou le groupe familial ou communautaire) tend à refouler la conscience d'une réalité quand celle-ci est trop douloureuse ou menaçante, et en conséquence celle-ci devient indicible et donc impensable. Alors par quels processus patients et thérapeutes peuvent-ils néanmoins définir l'objet du traitement et en faire un objet de pensée prenant sens à leurs yeux?

Et qu'en est-il du chercheur –voire du lecteur de cet ouvrage? Affronter des doutes, devoir restructurer le sens à partir d'observations qui mettent parfois en crise les interprétations habituelles, conduire des observations systématiques et faire des analyses qui s'efforcent de ne pas s'enfermer dans des clivages, ce sont toutes là des activités qui en elles-mêmes comportent une part de difficulté et d'aridité, voire de douleur et de souffrance: la prise de conscience d'aspects nouveaux de la réalité ne se fait pas sans perturber l'équilibre préexistant. Douleur de la connaissance... encore plus paradoxale ici puisque ce qui se dévoile –à qui cherche à connaître l'univers psychologique des relations qui se tissent autour du mal et de la souffrance– c'est justement la perception interne de la force des violences.