

# Le rire en thérapie, éclat des profondeurs

Michèle Gennart, Marco Vannotti

DANS CAHIERS CRITIQUES DE THÉRAPIE FAMILIALE ET DE PRATIQUES DE RÉSEAUX 2018/1  
(N° 60), PAGES 53 À 72  
ÉDITIONS DE BOECK SUPÉRIEUR

ISSN 1372-8202

ISBN 9782807392281

DOI 10.3917/ctf.060.0053

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2018-1-page-53.htm>



CAIRN.INFO  
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Le rire en thérapie, éclat des profondeurs

---

Michèle Gennart<sup>1</sup> & Marco Vannotti<sup>2</sup>

## Résumé

*Les auteurs proposent une réflexion sur le climat relationnel de la thérapie et sur ce qui s'y joue. Sur la base de situations cliniques, ils s'intéressent en particulier aux moments de rire ou de sourire échangé, qui sont à la fois des moments de partage émotionnel significatif entre thérapeute et patient, et des micro-mouvements transformateurs dans le processus thérapeutique. Dans celui-ci, le sourire et le rire qui confirment l'alliance intersubjective, supportent l'acceptation du tragique de l'existence sans le renier. Ces mouvements courts et involontaires, expressifs et intersubjectifs soutiennent la personne dans sa réconciliation avec elle-même et vont dans le sens – si essentiel dans le travail de soin – d'un assentiment à la vie.*

## Abstract: Laughter in therapy, glow from the depths

*The authors reflect on the relational climate of therapy and its effects. On the basis of clinical situations, they focus particularly on moments of laughter or exchanged smiles, which are at the same time moments of significant emotional sharing between therapist and patient, and transformational micro-movements in the therapeutic process. In respect to the latter, smiling and laughter who confirm intersubjective alliance, far from denying, support the acceptance of the tragic in existence. These brief and involuntary, expressive and intersubjective movements, help individuals make peace with themselves and go in the direction – so essential in care work – of an assent to life.*

## Mots-clés

*Alliance thérapeutique – Intersubjectivité – Climat relationnel – Sourire et rire en thérapie – Processus thérapeutique – Soigner l'humain*

## Keywords

*Therapeutic alliance – Intersubjectivity – Relational climate – Smile and laughter in therapy – Therapeutic process – Caring for the human*

- 
- 1 Dr Phil. psychologue-psychothérapeute FSP, Centre Médical de La Source (Lausanne), Centre de Recherches Familiales et Systémiques (CERFASY, Neuchâtel).
  - 2 Professeur, psychiatre-psychothérapeute FMH, Centre de Recherches Familiales et Systémiques (CERFASY, Neuchâtel) ; Scuola di Psicoterapia Mara Selvini (Milano).

Face à la question de savoir ce que notre pratique comporte de singulier, nous nous sommes heurtés à quelques difficultés. Il est difficile d'avoir un regard auto-réflexif sur sa propre pratique. Nous n'avons par ailleurs pas, tous deux, une pratique uniforme. Nous mobilisons certaines singularités de notre manière de faire avec certains patients, d'autres avec d'autres patients. Nos séances sont toutes différentes, même si nous demeurons suffisamment cohérents et constants dans notre manière d'approcher l'autre. Nous travaillons ensemble pour les entretiens de famille – et là, nous pouvons essayer de dégager un certain regard sur le style de l'autre – mais aussi beaucoup seuls, dans les traitements individuels.

Il s'est alors agi de dégager une sorte de fil rouge, d'invariant dans notre manière d'aborder nos thérapies. Ce fil rouge transparait dans certains des écrits que nous avons publiés ensemble. Dans notre texte sur *Le risque d'humiliation diagnostique* (2015), nous avons, à la suite de Minkowski, distingué deux tendances psychopathologiques contrastées : un courant qui se centre sur des notions à caractère négatif, sur ce qui paraît définitivement détruit chez les malades ; un autre courant, dit anthropologique, qui ne se limite pas aux symptômes négatifs, mais fait ressortir ce qui reste vivant, créateur et proprement humain chez le sujet atteint. Nous nous rattachons résolument en ce sens à ce que Minkowski (1966, p. 32) prône comme une « psychopathologie à deux voix », s'élaborant dans la *rencontre interhumaine* :

« Dans le couple médecin-malade, si d'une part nous recherchons ce qu'il y a encore de vivant chez le malade, d'autre part, et conjointement, nous faisons intervenir toute notre personne, telle que nos connaissances, notre expérience, notre formation, mais aussi ce que nous 'sentons' la forme. La psychopathologie que nous traçons est une psychopathologie à deux voix : elle procède de la rencontre humaine. »

Le souhait nous est alors venu de réfléchir sur certains phénomènes liés au *climat* relationnel de la thérapie et sur ce qui s'y joue. De réfléchir aux modalités qui incarnent notre conviction et notre souhait de mettre en avant ce qui reste vivant et proprement humain à même les manifestations de maladie, de souffrance ou de dysfonctionnement.

Il est fréquent que des connaissances nous interpellent et, sachant notre profession, s'expriment sur la difficulté de notre métier et sur le fait que ça doit être bien « dur » d'entendre toute la journée des personnes qui souffrent. Et pourtant – même si la fatigue nous envahit quelquefois, ainsi que la joie d'arriver aux vacances... – ce n'est pas cette impression de

dureté ou de lourdeur qui entoure notre perception de la profession, mais bien plutôt une passion particulière. Celle-ci, pensons-nous, n'est pas notre seul fait, mais renvoie, en partie au moins, à un phénomène d'ambiance qui émerge et se cultive dans la rencontre avec les patients qui nous consultent, se déployant en une palette émotionnelle étonnamment large, entre détresse, incompréhension, désespoir et soulagement, libération, joie. Nous souhaitons en particulier dans ce texte nous intéresser aux moments de rire ou de sourire partagé qui surviennent dans le décours d'une thérapie, et qui nous apparaissent comme des moments significatifs, comme des micro-mouvements transformateurs se rattachant intimement au contexte global de souffrance qui amène les patients jusqu'à nous, aussi bien qu'à l'alliance de travail si singulière qui supporte la fonction thérapeutique.

Pour ce qui est des principes généraux qui structurent notre pratique, nous avons déjà tenté de les clarifier avec Luigi Onnis, dans un texte consacré à *La psychothérapie d'orientation systémique* (2002). Nous insisterons seulement ici, en guise de préalable, sur ce qui nous apparaît comme l'un des constituants de base de la psychothérapie : la *qualité d'engagement* du thérapeute qui est appelé d'une part à mettre entre parenthèses (une part de) ses intérêts propres pour se mettre au service du patient et, d'autre part, à pouvoir mettre en jeu et laisser vibrer ce qui, de son expérience et de son être propre, est indispensable à la compréhension et au soin du patient en question.

Cet engagement propre du thérapeute est notamment requis pour chercher à dégager le « bien-fondé » des symptômes, pensées, attitudes ou actions même en apparence les plus irrationnels ou les plus « fous » de la personne à soigner. La maladie psychique comporte en effet un vécu souvent douloureux d'*aliénation* où la personne vit une part de soi comme étrange ou étrangère à elle-même ; « les attaques de panique ne viennent pas de *moi*, mais sont *quelque chose* d'inconnu et d'incompréhensible qui m'assaille et qu'il faudrait extirper ; ou cette humeur pesante ou lourde qui me transit le corps et me fige, je n'ai rien à faire avec ça, je n'ai aucune idée d'où ça vient ; ou cette bêtise que j'ai faite – rouler sous l'influence de produits –, ce n'était rien, ça ne peut pas se reproduire, c'est trop bête pour que moi, je refasse ça... » Le thérapeute est amené à engager une alliance et une empathie forte avec le patient, afin qu'il arrive à se réapproprier ce qui s'est ainsi « aliéné », et à retrouver un sentiment de compréhension et de bienveillante intimité avec soi. Le thérapeute a bien souvent à devancer le patient dans cette bienveillante compréhension des aspects les plus difficilement intégrables du soi. Une telle compréhension repose précisément sur

cet engagement singulier du thérapeute, que Binswanger (1957) a appelé, à la suite de Kierkegaard, une « sympathie vraie », un « pâtir-avec » mobilisant intérieurement le travail de pensée et d'élucidation.

Ce parti-pris de comprendre le bien-fondé des différents aspects subjectifs et comportementaux d'une personne en thérapie prend place, il importe de le souligner, dans l'attitude plus globale que Boszormenyi-Nagy a qualifiée de partialité multidirectionnelle, qui implique qu'il soit un *moment* dans un mouvement plus large s'adressant aux différentes protagonistes du système interpersonnel concerné. Ce parti-pris de recherche de compréhension s'articule par ailleurs directement à un autre, qui consiste à adopter un positionnement éthique clair et sans ambiguïté pour ce qui est des notions de juste et d'injuste, de bien-traitant et de maltraitant. C'est ce qui différencie la « sympathie » dont nous parlons, d'une alliance collusive où le thérapeute exclurait de son espace de travail l'instance éthique de la loi, des interdits fondamentaux, de la différenciation du bien et du mal. C'est dire que nous pouvons par exemple rechercher les « bonnes raisons » qu'une personne a de présenter des comportements violents vis-à-vis de ses proches – et nous devons bien souvent remonter à cette source si nous voulons que la personne en question retrouve un espace d'ouverture et la capacité d'initier de nouvelles réponses. Cela n'empêche pas que nous soyons absolument clairs avec elle sur l'illégitimité de tels comportements – que nous sommes même, dans certains cas, obligés de signaler à des instances légales pour contribuer à garantir la protection des victimes.

C'est bien sûr l'un des aspects les plus délicats – et peut-être, pour le thérapeute, le plus éprouvant – de cet *engagement* en jeu dans la thérapie : s'engager aux côtés de l'autre pour comprendre et soigner, mais maintenir la vigilance et être prêt à ouvrir la confrontation par rapport aux éventuels aspects maltraitants (y compris auto-maltraitants) des comportements qu'il présente.

Dans le mouvement qui consiste à rechercher les « bonnes raisons » d'un vécu ou d'un comportement (stigmatisé comme « symptomatique »), il s'agit, avons-nous dit, d'aller à contre-courant du vécu d'aliénation, de soutenir la personne dans le mouvement de se réconcilier avec elle-même, de (re)trouver une dynamique de dignité et de respect – de soi/de l'autre. La vie humaine présente en effet cette vulnérabilité très singulière qui réside en ceci que « l'humanité » n'est jamais acquise et ne cesse de se remettre en jeu ; des événements et des processus déshumanisants se produisent chaque jour nouvellement – en première ligne dans la façon qu'ont les humains

de se traiter entre eux. La violence, la disqualification, l'exploitation, la négligence, depuis l'intimité domestique jusqu'aux cercles sociaux les plus larges, s'affirment comme autant de processus qui tendent à *désintégrer* les liens et les personnes. Ces mêmes processus qui portent atteinte à l'intégrité de la personne peuvent bien sûr se répercuter sur la capacité de celle-ci à se mouvoir elle-même, à l'avenir dans les liens humains. À l'inverse, pensons-nous, là où une personne peut accueillir, accepter et intégrer en elle ce qui, à première vue, suscite honte, irritation, rejet, déni – toute la faillibilité et « l'insuffisance » de notre être –, elle devient aussi plus capable de l'accepter et de l'accueillir chez l'autre, et de lui reconnaître sa dignité (ce qui n'empêche bien sûr pas le désaccord et le conflit). La thérapie, en ce sens – pratique par excellence qui nous confronte à l'étrangeté et à la polymorphie de l'humain – est aussi un travail de compréhension constamment remis en chantier de *qui* nous sommes en tant qu'humains.

Le rire, en thérapie, touche directement à notre sens à cette question de l'assomption de la condition humaine. « *Il n'y a pas de comique*, écrit Bergson (1924), *en dehors de ce qui est proprement humain.* » C'est dans cette ligne que nous allons développer nos réflexions et les illustrer dans la suite.

En thérapie, nous commençons par partager la souffrance ; les personnes viennent à nous parce qu'elles sont mal (ou sont perçues par d'autres comme étant mal). En même temps qu'est là la souffrance, advient dès les premiers instants, grâce à l'étonnante confiance que le patient, le plus souvent, commence à nous offrir, ce phénomène remarquable qu'est le *partage intersubjectif* : cette singulière proximité ou intimité existentielle dans l'ambiance de laquelle pourra advenir la compréhension de ce qui amène cette personne à présenter ses symptômes. Nous avons d'entrée de jeu affaire à ce singulier entrelacs : souffrance – alliance intersubjective – travail à accomplir en commun (recherche de compréhension et de soin).

Le travail en question consiste en partie à reconnaître, accepter, intégrer des phénomènes qui, précisément, n'ont pu l'être, parce que heurtant des idéaux ou des principes, parce que trop « horribles », parce qu'inconcevables – toutes ces variations se redoublant sur le plan intersubjectif en tant que « non-dit », secret, falsification mythique, etc. Il s'agit de reconnaître le *terrible* dans ce qui a été vécu et subi ; il s'agit bien souvent aussi de le reconnaître chez soi, dans ce qui a été agi et donné à vivre à autrui – sachant la puissance contaminante des événements et des processus désintégrateurs. À chaque fois qu'a été touché le sentiment d'« humanité » – et il l'est quasi

par définition là où nous avons affaire à des traumatismes psychiques<sup>3</sup> – le travail de soin consiste aussi à tenter de restaurer le sentiment d'appartenance à l'humanité – même si la compréhension de l'humain exige précisément d'être « élargie » ou transformée par rapport à ce qu'elle était.

C'est là que le phénomène du rire occupe une place particulière. Il pourrait bien être l'une des opérations intersubjectives par excellence, au travers de laquelle nous accomplissons l'intégration de ce qui est le plus difficilement acceptable dans l'existence. Le rire surmonte la résistance que nous opposons au honteux, à l'indigne, à l'horrible, tout en ouvrant un espace de jeu qui le transforme un peu, le rend plus malléable (au risque, il est vrai, de le minimiser). Avec le rire se tente la possibilité de dire oui, la possibilité d'une acceptation joyeuse, fût-ce au prix d'une certaine déformation. Nous pouvons accepter l'inacceptable, en nous donnant un certain pouvoir de « jouer avec ». Le comique en thérapie nous semble en ce sens au plus proche du tragique qui s'y endure et s'y partage. Et s'il nous semble si important, malgré le risque de minimisation qu'il peut certes comporter, c'est aussi parce que s'y exerce quelque chose de l'adhésion à la vie, de la possibilité de retrouver la joie de vivre – si unanimement touchée dans les troubles psychiques. Celle-ci-ré-affleure dans ces moments surprenants où, tout à coup, nous trouvons à rire ensemble.

En ce sens, nous ne partageons pas la ligne de compréhension de Bergson (1924) pour qui le rire va avec une suspension de la sympathie et une insensibilité particulière ; « le comique exige (...), pour produire tout son effet, quelque chose comme une anesthésie momentanée du cœur. Il s'adresse à l'intelligence pure. » Le comique à l'œuvre en thérapie – où l'on rit moins *de* l'autre que l'on ne rit *avec* l'autre – nous semble s'apparenter plutôt à celui auquel s'intéressent des théoriciens comme Staiger (1946), en littérature, ou Plessner (1941), en anthropologie.

Le rire en thérapie nous apparaît donc comme un phénomène qui émerge dans l'entre-deux du lien, qui fait partie du travail partagé où il représente comme un moment de détente *et* d'évolution, comme un moment de grâce où, soudain, « ça va tout seul », comme un moment de créativité commune et de jeu.

Nous avons examiné de plus près quelques moments de rire dans nos prises en charge, pour tenter de mieux comprendre ce qui s'y produisait.

---

3 En tout cas si l'on définit la spécificité du traumatisme psychique à la manière dont le font De Clercq & Lebigot (2001).

Nous aborderons successivement une séance de couple, une séance de famille, puis deux séances où les auteurs sont tour à tour engagés dans des séances individuelles.

### **Premier exemple clinique : comique de couple**

En tant que co-thérapeutes, nous recevons la famille P. suite à une crise familiale survenue deux ans auparavant : la deuxième fille, jeune adulte, a découvert la relation extra-conjugale de son père qui vient de prendre sa retraite et, avec sa sœur aînée, l'a obligé à avouer à sa mère et à remettre de l'ordre dans sa vie. La famille, très unie jusque-là, frise la rupture. Elle vient nous consulter sur l'impulsion des deux aînées. Après plusieurs séances de famille, nous commençons à travailler avec le couple parental. C'est aussi ce que les enfants nous demandent, inquiets des conflits entre les parents où ils perçoivent leur mère injustement traitée par un père irritable et quelquefois colérique. Lors de la séance de couple, la mère, issue d'une famille plus modeste et dans une profession plus « subalterne » que son mari, se plaint que celui-ci prenne régulièrement une position d'autorité sur elle, qu'il s'affiche comme celui qui sait et qui, du coup, commande. Elle-même est souvent dans la peur et peine à affirmer sa légitimité en face de lui. En réponse à cette plainte, la thérapeute débute alors un commentaire, mais le co-thérapeute n'est pas franchement d'accord et intervient avec une autre piste. Ayant une longue expérience partagée de co-thérapie et comptant sur la confiance du co-thérapeute ainsi que sur la solidité de leur alliance, la première thérapeute reprend la parole en s'adressant d'un air complice à Madame : « Voilà, écoutez, maintenant il va nous dire la vérité ! » – mimant dans le couple thérapeutique ce dont Madame vient de se plaindre dans sa relation avec son mari. Nous rions. En riant, nous reconnaissons ensemble cet enjeu si universel qu'est le délicat partage du pouvoir – sans cesse à réajuster – dans les échanges entre les hommes et les femmes. Et nous rions au moment où nous ne sommes plus la proie de ces enjeux, mais pouvons en jouer. Monsieur, en riant, accepte d'être remis en question, et l'accepte d'autant mieux qu'il partage une même condition avec le co-thérapeute masculin. Madame, en riant, accepte aussi qu'une femme a la possibilité de répondre et de résister à un moment où elle se sent « commandée ».

S'interrogeant sur la relation singulière entre le rire et le jeu, Plessner (1941, p. 92) souligne l'ambivalence qui s'attache à la *situation de jeu* :

Celle-ci « dépend de notre propension à créer et de notre création (...) tout en conservant une indépendance obstinée. Nous sommes à la fois



libres et non libres, nous lions et nous sommes liés. Entre nous et l'objet (la chose, le camarade) règne une relation ambivalente dont nous sommes maîtres sans l'être vraiment, parce qu'elle nous tient en son pouvoir tout autant que nous l'avons nous-mêmes en main. (...) *Jouer revient toujours à jouer avec quelque chose qui joue aussi avec le joueur* ».

Ici nous jouons avec la polarité masculin/féminin, domination/soumission. Celle-ci renvoie à l'obstinée réalité existante qui nous constitue et nous « lie » – que nous soyons patients ou thérapeutes. Ces couples polaires n'en relèvent pas moins de la mise en forme créatrice que nous leur imprimons à chaque fois, suivant notre culture, notre tempérament singulier et suivant la créativité à l'œuvre dans chaque nouveau lien. À chaque fois que nous jouons, nous réintégrons cet état intermédiaire *instable*, comme le dit Plessner – entre réalité et fiction, entre libre et non-libre, entre liant et lié – où, dans le vacillement de la réalité déjà constituée, voire figée, de nouvelles possibilités peuvent se tenter et s'expérimenter.

### **Deuxième exemple clinique : la « famille cochon »**

Le deuxième moment que nous aimerions rapporter se produit lors d'une séance avec toute la famille à laquelle le couple déjà évoqué appartient, et qui comprend trois jeunes adultes ayant quitté la maison. Nous leur proposons en début de séance de raconter sous forme de conte l'histoire de leur famille depuis ses débuts jusqu'à ce jour. Il faut dire que l'ambiance de la famille, chaleureuse, spirituelle, solidaire, est aussi comme « glacée » par le traumatisme qui l'amène jusqu'à nous. Nous pourrions formuler la teneur de ce dernier comme résidant dans la découverte subite et terrible que le lien inconditionnel si précieux qui unissait les membres de cette famille et qui leur avait permis de survivre dans les aventures et les épreuves traversées sur différents continents pouvait être mis de côté ou sacrifié par un parent au nom d'une autre priorité – la relation extraconjugale du père étant vécue comme une trahison du lien familial en tant que tel.

Lorsque la consigne est donnée de raconter l'histoire de la famille sous la forme d'un conte, nous sentons la peine et la gêne chez les différents protagonistes ; l'histoire reste difficile à raconter, les têtes sont baissées, l'ambiance est lourde, la honte est palpable. Le récit débute sur un mode factuel, avec la date de naissance d'un enfant ; le thérapeute doit reprendre la consigne d'un récit métaphorique dans cette famille à qui l'intelligence ne fait largement pas défaut. Puis le cadet se lance et entre dans le jeu ; il choisit de raconter l'histoire de la famille sous la forme du conte des trois

petits cochons ; cette famille devient donc la famille-cochon... Les rires fusent, l'ambiance se détend, l'histoire débute et se développe. Comique et tragique s'entrelacent et se succèdent en un chassé-croisé délicat. À un moment, le bâton de parole circule mais le récit s'épuise ; personne n'arrive à raconter l'épisode critique qui oppresse la famille. La mère se résout, en pleurs, à en assumer un récit, ce qui permettra la poursuite de l'histoire jusqu'aux vœux et aspirations pour les temps encore à venir.

À quoi nous renvoie le rire de cette famille encline à l'auto-dérision ? Ici encore, le rire nous renvoie à un trait de notre condition, et plus précisément, à un conflit qui semble s'attacher de façon bien irrépensible à notre condition, et que nous pouvons tenter de qualifier comme le conflit entre la loyauté familiale et l'attraction sexuelle inauguratrice de nouveaux liens. C'est bien à travers cette dernière que toute famille se perpétue dans la création de nouveaux couples, eux-mêmes fondateurs de nouvelles familles. Mais cette même propension à tenter de nouveaux couples peut mettre en haut péril le maintien des liens et structures constitués. Le conflit entre ces deux exigences humaines antagonistes est peut-être l'une des sources de comique parmi les plus exploitées. Il est aussi l'une des sources intarissables des drames domestiques vécus au quotidien.

D'après Plessner (1941, p. 106), « *seul l'homme est proprement comique, parce qu'il relève simultanément de plusieurs niveaux de l'existence. L'implication de son existence individuelle dans l'existence sociale, de sa personne morale dans le caractère et le type – conditionnés par le physico-spirituel –, de son intellectualité dans le corps, ouvre sans cesse de nouvelles possibilités de collision avec une norme quelconque.* » Car le comique est lié, selon lui, à l'existence d'une norme ou d'une règle « *à laquelle il fait face en la transgressant* ». Or, comme chaque niveau d'existence qui contribue à configurer notre condition humaine comporte ses normes et ses exigences propres, il peut s'ensuivre un conflit oppressant entre ces niveaux hétérogènes. Le rire est la réaction élémentaire par laquelle nous nous libérons de l'impuissance où ce conflit nous pousse. La famille-cochon s'explique avec un tel dilemme oppressant ; elle défend l'exigence de loyauté familiale et condamne officiellement le « sexe extraconjugal » chez les parents ; il n'en reste pas moins qu'elle reconnaît – et sait qu'elle se définit aussi – par cette autre tendance qu'est l'attraction sexuelle « *aveugle* » ou anarchique.

L'humain, avec ce que ce terme comporte comme norme à respecter ou comme tension interne irrépensible entre réalité obstinée et idéal humaniste, est en ce sens le terrain par excellence du conflit générateur de comique ;

« Replacé dans le cadre des ambitions affichées par l'homme – l'individualité, c'est-à-dire l'unicité dans l'espace et le temps, l'impossibilité d'être remplacé, la dignité, la maîtrise, l'élasticité, la proportion, l'harmonie entre le physique, l'âme et esprit –, pratiquement tout ce qu'il est, tout ce qu'il a et tout ce qu'il fait peut avoir un effet comique. » (Plessner, 1941, p. 105)

Mais à vrai dire, le comique plonge plus profondément encore dans notre condition qu'à bousculer et à remettre en question nos normes, ou à mettre en évidence les contradictions ou antagonismes entre les différentes exigences qui nous constituent. Citons encore Plessner (1941, p. 111) :

« Le comique n'est pas un conflit logique, éthique, esthétique (au sens strict), il n'a rien à voir avec les alternatives vrai/faux, bon/mauvais, beau/laid ; ces alternatives peuvent transparaître en lui, mais il ne se dissipe pas en elles. Le comique relève de ce domaine auquel renvoie toutes les normalisations spécifiques : le domaine dans lequel l'être humain s'affirme en tant qu'homme, intégralement, dans le monde et contre le monde. » Cette singulière position anthropologique « lui permet de se concevoir soi-même et de concevoir son monde, dans lequel il est chez lui et par rapport auquel il se comprend, comme à la fois *limité et ouvert, familier et étranger, sensé et absurde*. C'est dans cette simultanéité que réside le cœur du comique (...) »<sup>4</sup>.

C'est vers cet enjeu existentiel général que nous achemine la situation clinique suivante que nous aimerions présenter.

### ***Troisième situation clinique : « pas encore trop reconstruite... »***

Il s'agit de l'une de nos patientes qui a consenti à participer à un entretien (enregistré) mené à des fins de recherche et de formation autour de la fonction thérapeutique. Patiente et thérapeute se trouvaient donc en situation de méta-communiquer autour du processus thérapeutique, de ses motifs, de ses effets, des changements qui s'y étaient ou non produits.

La patiente, que nous nommerons Alessandra, était arrivée très mal à cet entretien ; son permis de séjour suisse venait d'être remis en question, ce qui avait ravivé de profondes angoisses d'arrachement, d'errance et de déréliction chez cette réfugiée ayant survécu aux événements traumatiques

---

4 Nous soulignons.

parmi les pires qui soient. Nous ne pouvions bien sûr adopter une position de chercheur neutre, mais avons dû travailler assez intensément à la soutenir et, tout en légitimant son expérience présente, à resituer l'épisode critique actuel dans un mouvement d'ensemble globalement positif.

Invitée à décrire ce dont elle souffre et ce qui l'a amenée en thérapie, Alessandra explique :

« C'est la peur. Moi, j'ai une peur horrible au fond de moi. Je pense que ça vient de mon enfance. Je suis terrorisée des fois. C'est pour ça que j'ai fait la démarche, que j'ai cherché quelqu'un pour m'aider, parce que je sais que je n'arrive pas seule. (...) Le plus douloureux, c'est qu'au fond de moi... J'essaie de faire une vie normale, mais au fond de moi, je suis terrorisée. Peut-être parce que je n'ai jamais eu une stabilité. Je l'ai eue à certains moments de ma vie. Puis j'étais bien. Mais chaque fois que j'ai perdu la stabilité, c'est devenu tout de nouveau noir, noir. Puis ce que j'ai remarqué, c'est la peur, c'est la peur qui me paralyse, qui m'angoisse. »

En développant, elle en vient rapidement à revivre au présent l'angoisse et la détresse qu'elle est en train de décrire :

« Parce que même maintenant, vous savez, cette semaine que j'ai passée, j'ai essayé de parler à ma copine, mais elle ne comprend pas. Elle se dit : 'Bon, tu peux continuer, tu peux...' Mais je me sens comme une petite fille de nouveau, complètement perdue (*pleure*). (...) Je passe d'un état où je me sens tellement sûre de moi, et tout d'un coup, c'est tout qui vient sur moi et je me sens complètement démunie. Et j'ai peur. C'est tout le temps la peur qui me paralyse. »

Nous cherchons à la soutenir en validant, en « rendant raison » de ce qu'elle ressent. Et lorsque c'est possible, lorsque l'ambiance est moins oppressante, nous continuons notre investigation. Nous lui demandons notamment de décrire comment la peur se manifeste au niveau de son rapport à elle-même et de son vécu corporel.

- « C'est une boule dans l'estomac. Et je n'arrive pas à manger. Des fois je n'arrive pas à dormir non plus. C'est un mélange, vous savez. J'ai l'impression de passer d'un état de femme à une petite fille et quand je suis petite fille, c'est tout plus grand pour moi, c'est tout... » (*pleure*)
- (Thér.) « Tout est trop grand pour vous ? »
- « Je pense que c'est ça que... parce que je le sens... que je change. Peut-être qu'avant, je ne le voyais pas. Mais maintenant je le

remarque. On dirait qu'il y a un moment dans ma tête que je fais : pchch... trc. » (*Elle fait un geste pour montrer que quelque chose se déclenche dans sa tête.*)

- (Thér.) « Et ça change, vous n'êtes plus dans le même état ? »
- « Je ne suis pas dans le même état ! »

À ce moment la thérapeute suggère, avec une pointe d'humour :

- (Thér.) « Et ça change plus vite dans le mauvais sens que dans le bon sens, il me semble ? »
- « Oui ! (*Rires*) Parce qu'après, je dois me dire dans ma tête que je ne suis pas une petite fille, que je suis adulte, que je dois m'assumer, malgré mes peurs et l'horreur que j'ai vue à l'intérieur de moi... »

Alessandra rit pour la première fois dans l'entretien, face à cette règle anthropologique assez absurde, il faut le dire, selon laquelle nous chutons plus vite que nous ne nous relevons. L'entretien se poursuit sur les bonnes raisons qu'elle a eues de perdre confiance tout dernièrement. Elle oscille encore entre pleurs, « déstabilisation » et reprise de confiance.

Nous poursuivons avec la question de savoir quel changement elle a expérimenté comme le plus précieux en thérapie. Alessandra explique qu'il s'est agi de « pouvoir sortir d'elle » ce qui agissait comme des « poisons » à l'intérieur d'elle, à savoir les différentes horreurs vécues. Elle avait notamment été exposée à la violence brute et aux attaques incestueuses de son père lorsqu'elle était petite fille, puis au viol par des militaires de son pays, sous la menace de tuer toute sa famille. Elle avait pu commencer à travailler ces traumatismes lors d'une première thérapie, mais à un moment, le processus s'est perverti : le thérapeute a commencé à abuser d'elle. Nous la rencontrons quelques années plus tard ; elle nous en parlera avec peine, doute, sentiment d'irréalité. La chose sera jugée. Alessandra retrouvera très progressivement un sentiment de dignité et de confiance. Dans l'extrait suivant, elle se réfère à ces deux phases distinctes de son cheminement thérapeutique. Nous faisons une intervention, sans humour cette fois, mais elle l'entend comme une possibilité qui la fait rire :

- « Quand j'ai sorti le problème de mon père avant, à mon passé, je pensais que l'histoire se finirait là et que je pourrais faire une vie normale. Mais comme il était resté cet autre problème, ça (*à savoir les abus par le thérapeute précédent*), je n'arrivais pas à accepter ma vie, à faire une vie normale. C'est pour ça que je me disais : il y a quelque chose qui ne va pas dans ma tête, il y a quelque chose qui n'est pas normal, parce que je réagis comme ça – surtout d'une façon

à me faire mal moi-même. Plutôt qu'à les autres, je me faisais mal à moi-même. »

- (Thér.) « Oui. Plutôt qu'à ceux qui vous ont fait du mal, c'est ça ? »
- « Oui. Euh... J'aurais pas... Je pourrais pas... » (*Rit*)

Elle rit, et nous rions ensemble, à cette possibilité – qui lui semble incongrue et dont elle n'était pourtant pas loin elle-même – la possibilité qu'au lieu de développer des comportements auto-destructeurs (et des symptômes « pathologiques »), elle choisisse de rendre le mal à ceux dont il émane. Nous savons bien toutes deux, et cela fait partie du comique, que c'est une possibilité avec laquelle nous jouons, que ce n'est pas une possibilité réalisable, ou du moins pas légitime, mais elle nous aide à délibérer, à ouvrir un espace de jeu autour de la recherche du juste (qui, dans ce cas comme dans bien d'autres, est aussi la recherche de libération du pathologique).

Nous faisons ensuite le point sur le chemin parcouru ; Alessandra arrive à reconnaître l'horreur comme étant passée, et à se réjouir de son mouvement de « résurrection » intérieure :

- « J'avais tellement besoin de sortir tous ces poisons de moi. (...) C'est vrai que ces derniers temps, j'étais contente parce que j'avais trouvé une certaine stabilité. J'étais contente et très fière de moi d'avoir passé tout ça. (...) Je me rappelle, quand je suis arrivée ici, je me regardais les chaussures. Maintenant, je connais tout autour. »
- (Thér.) « Et vous marchez la tête haute ! »
- « La tête haute, oui. »
- (Thér.) « Ça, c'est un changement aussi. »
- « Oui, énorme ! Parce qu'avant, j'avais trop honte, une honte mal placée que je portais sur moi. Ça a été pénible. Moi, je n'avais pas vu que je ne regardais que mes chaussures quand je marchais. C'est quand je m'en suis rendu compte que j'ai commencé à lever ma tête. Plus je sortais de moi, plus je levais la tête ! »
- (Thér.) « Ah d'accord. Plus le poison sortait, plus vous pouviez relever la tête ! »
- « Et je pouvais prendre place dans ma vie ! C'est comme si j'étais ailleurs, une petite boule, pour me cacher. »
- (Thér.) « Maintenant vous pouvez vous montrer au monde fièrement. »
- « Oui ! Bon, aujourd'hui j'ai un peu peur de nouveau, mais ça va. Mais je trouve que ça m'a beaucoup aidée, le fait d'avoir parlé. (...) »

Je n'avais pas confiance, j'avais trop honte. Même à mon mari, je n'avais jamais raconté. C'était horrible. Mais c'est passé ! »

Puis elle se risque à une image (dans une langue qui, rappelons-le, n'est pas sa langue maternelle), en souriant légèrement, tout en m'interrogeant du regard :

- « Je sais que j'ai besoin encore de temps pour me reconstruire. **Je ne suis pas encore trop reconstruite...** » (*Nous rions ensemble*)
- (Thér.) « J'ai une image qui me vient, vous savez, d'une ancienne... – moi j'aime bien les vieilles pierres – d'une maison à rénover. Puis vous avez rénové... »
- « La grande partie de la façade ; il me reste quelques chambres à arranger... »
- (Thér.) « Puis, c'est peut-être la chambre de la mémoire ; vous pouvez laisser une chambre un peu en désordre. »
- « Oui j'apprends maintenant à effacer mes mémoires, qu'elles ne reviennent pas toujours, qu'elles restent dans le passé et puis... ; on va couper avec tout ça. »

Nous « jouons » ensemble avec l'image de la bâtisse détruite, mais en cours de reconstruction. Le jeu ne va certes pas sans malentendus. La thérapeute, en jouant, minimise la difficulté ; elle imagine une chambre qui pourrait se maintenir comme une sorte de chaos contenu. Cela n'empêche pas Alessandra de poursuivre dans son propre ton ; elle espère pour sa part « couper avec tout ça ».

En fin d'entretien, nous lui demanderons si, sur la base de son expérience des soins, elle souhaite transmettre un message aux jeunes soignants. Elle répondra notamment :

« Je pense qu'il faut avoir une confiance dans la personne dont on s'occupe. Et pouvoir l'écouter. Parce que des fois, les mots ne viennent pas tout de suite. Si moi-même je ne voulais pas voir les choses, alors la personne qui est en face... C'est pour ça que je pense qu'il faut avoir un petit peu de patience pour trouver. Une fois qu'on a trouvé chez moi, comme on est arrivé à moi avec vous... C'est qu'au début, j'étais perdue jusqu'à ce que j'aie trouvé – qui est venu dans ma tête comme une flèche – et de là c'était différent parce qu'au moins je savais ce que je devais chercher. Je devais comprendre ce que j'avais... *je devais accepter ce que j'avais vécu. Pour moi c'était horrible d'accepter tout ça. C'était le chemin le plus dur que je devais faire. (...)* Et ça prend beaucoup de temps. Et comme vous avez dit :

des fois j'étais trop contente et le jour après j'étais en bas. Et il faut monter de nouveau. À chaque fois se lever et marcher, se lever et marcher. Ce n'est pas évident. Il faut beaucoup d'énergie pour ça. »

Et de fait, la confiance a dû se construire peu à peu dans cette situation. Alessandra expliquera qu'elle avait « zéro confiance » lorsqu'elle est arrivée. Et la thérapeute était plus que sur la réserve face à la possibilité de débiter un travail thérapeutique avec cette patiente qui, d'après le récit du médecin traitant la lui ayant adressée, avait dû répondre à la justice dans le contexte d'un homicide commis en situation de décompensation psychique, qui avait un passé de consommation de substances, d'hospitalisations en psychiatrie, qui était en situation précaire en Suisse, qui se relevait juste d'un cancer et qui manquait quelquefois ses rendez-vous... « *Avoir une confiance dans la personne dont on s'occupe* » ne s'est assurément pas fait d'un coup. C'est cette même femme qui, après huit années de thérapie, peut dire qu'elle est « contente et très fière d'elle d'avoir passé tout ça », tout en précisant, non sans humour, qu'elle n'est « pas encore trop reconstruite... ».

Venons-en maintenant à une quatrième vignette clinique où, encore une fois, la continuité « endurente » de la relation semble porter quelques résultats, et où les sourires mutuels qui jalonnent les rencontres, viennent témoigner de la présence quelquefois obscure de l'alliance thérapeutique.

### **Une heureuse maladresse**

Marie nous a souvent donné du fil à retordre. La quarantaine à peine passée, elle était déjà venue il y a trois ans avec une importante documentation sur la TCC et les constellations familiales, que nous avons par ailleurs lue. Son mal de vivre résidait surtout dans une hargne ressassée avec obstination contre les parents qui l'avaient « abandonnée » chez la grand-mère maternelle peu après sa naissance pour venir travailler en Suisse. Elle est l'aînée ; son frère, de quatre ans son cadet, est né en Suisse et y est resté avec les parents. À l'âge de treize ans, à la mort de sa grand-mère, elle rejoint ses parents et doit s'adapter à tout : à la nouvelle langue, au différent système scolaire, au climat relationnel et humoral souvent tendu de sa famille qu'elle n'a connue que pendant les vacances, à la jalousie de son frère, immédiatement rendue. Intelligente et vive, elle termine bien ses études, commence un travail valorisant dans une banque. Son caractère âpre et intransigeant l'empêche de faire la carrière qu'elle souhaite. Sa vie sentimentale reste relativement pauvre jusqu'à ses 35 ans. Puis elle rencontre son compagnon actuel – un homme bon, généreux – et envisage de



se marier. Mais elle ne se décide jamais ; elle quitte son travail pour aider un peu son ami dans des tâches administratives. La situation se dégrade progressivement avec des crises de panique, diverses manifestations de phobie sociale, de l'angoisse flottante. Les affects dépressifs sont largement cachés par la sourde rogne persistante à l'égard de ses parents avec qui elle entre régulièrement dans des conflits fortement dramatisés. Pendant les séances, nous ne rions pas beaucoup, malgré des efforts de notre part d'opérer, par un certain goût du paradoxe et du franc parler, une ébauche de dédramatisation de l'abandon – sans le minimiser, évidemment – si difficilement acceptable pour elle.

Après quelques mois, elle finit par se disputer aussi avec nous, prétextant que nous ne l'aidons pas et que nous voulons trop souvent parler de ses parents – argument sur lequel elle-même revient sans cesse. Nous devons nous résigner, en raison de son insistance, à mettre un terme à la thérapie et elle manque la dernière séance.

Huit mois plus tard, vers l'automne, son compagnon nous appelle : Marie a fait une décompensation psychotique avec des délires d'allure paranoïde, quelques hallucinations auditives, un état de prostration marqué. Nous reprenons nos séances et prescrivons des neuroleptiques qui s'avèrent suffisamment efficaces. Au printemps suivant, se sentant vraiment mieux, elle décide d'arrêter à nouveau la thérapie et, du même coup, les médicaments. Au cours de cette deuxième tranche, le climat est globalement plus détendu et nous évitons activement d'aborder le thème de l'abandon. Nous nous quittons en relativement bons termes.

L'automne suivant, nouvelle décompensation. Cette fois-ci, ce sont les parents qui nous appellent et qui amènent Marie en séance. Les idées de culpabilité, d'indignité prédominent, en plus du vécu délirant analogue à celui de l'année précédente. Lors d'une séance fixée en urgence avant la fin de nos vacances, Marie apparaît morose, le visage figé, parlant très bas, désespérée, mélancolique. Nous avons de la peine à entrer en contact avec elle. Elle accepte toutefois de reprendre les médicaments et de se faire suivre à nouveau.

Le thérapeute s'apprête alors à écrire l'ordonnance, mais quand il ouvre son stylo, une bonne quantité d'encre s'échappe de l'instrument resté longtemps inactif... Il n'en a pas d'autre dans son bureau, comme il n'y a plus de kleenex pour essuyer ses mains salies. Il reste lui aussi désespéré, ne sachant pas quoi faire, dans une posture qui ne manque pas d'une veine comique involontaire. C'est alors que Marie sort un mouchoir de son sac,

le lui offre et dit : « A vous aussi arrivent des malheurs ! » Et elle sourit en accomplissant ce simple geste. Elle est présente. Le thérapeute sourit à son tour.

Dans un climat relationnel dénigrant, la constatation de la « faiblesse » de l'autre est d'ordinaire source de blâmes, d'un côté, et de honte, de l'autre. Ici, le sourire vient créer une sorte de climat de dédramatisation et d'intelligence réciproque, malgré les souffrances – grandes – de Marie et grâce à sa bienveillance envers son thérapeute aux prises avec un embarras – petit. Ce qui s'est passé dans l'espace d'un très bref moment n'est pas sans nous renvoyer à ce que Daniel Stern (2004) dit du « moment présent »<sup>5</sup>. Même si le thérapeute savait que l'alliance n'était pas rompue, nonobstant deux interruptions de traitement par la volonté de Marie et en dépit de son désaccord explicite, ce sourire lui a donné, leur a donné confiance dans les possibilités du travail commun encore à venir.

### **Réflexions finales**

Que se passe-t-il donc en thérapie lorsque nous rions (ou, comme dans ce dernier cas, nous sourions) ? Nous ne prétendons pas répondre exhaustivement à cette question, mais juste ouvrir quelques pistes de réflexion.

Le rire nous apparaît d'abord comme un moment de *partage émotionnel significatif* entre thérapeute et patient, un moment d'expérience privilégié de la singulière *alliance* qui les unit<sup>6</sup>. Dans la dernière situation présentée, cette « communauté » entre patient et thérapeute est même le seul et unique motif du rire – la faillibilité soudaine du thérapeute suscitant un « lien » d'un genre nouveau avec cette patiente qui se sent si profondément abandonnée et, de ce fait, comme intérieurement annihilée.

---

5 « Un 'moment présent' qui est thérapeutiquement saisi et mutuellement reconnu peut devenir un 'moment de rencontre'. Cela requiert de chaque partenaire qu'il apporte quelque chose d'unique et d'authentique lui appartenant en propre en réponse au 'moment présent'. La réponse ne saurait être une application de la technique ni une réponse thérapeutique habituelle. Elle doit être créée sur-le-champ pour s'ajuster à la singularité de la situation inattendue, et elle doit porter la signature du thérapeute en tant qu'elle provient de sa propre sensibilité et de sa propre expérience, au-delà de la technique et de la théorie. » (Ciccione A., Gauthier Y., Golse B, Stern D., 2012).

6 Cf. Fivaz-Depeursinge E. (2003), qui relève l'affinité formelle entre l'alliance familiale et l'alliance thérapeutique.

Le rire n'a bien sûr rien d'une technique ; il ne se programme pas, ne se décide pas. Il est un micro-événement initié tantôt par le thérapeute, tantôt par le patient. Il advient comme une étincelle qui s'enflamme (ou s'éteint aussitôt) dans le décours du flux intersubjectif supportant l'entretien thérapeutique.

Nous avons le sentiment que le moment de rire (ou de sourire) partagé est aussi un moment évolutif, un micro-événement dans le processus thérapeutique.

La première piste qui s'est dégagée de nos exemples cliniques, pour comprendre ce qui se passe dans ce moment, pointe vers l'ouverture d'un espace de jeu, là où se vit quelque chose d'une impuissance et d'une contrainte figée. L'humour permet de mettre en jeu des possibilités, même absurdes, qui dégagent des ouvertures dans un horizon apparemment bloqué. Plessner nous a aidés à penser le lien entre rire et jouer. Tous deux, souligne-t-il, consistent à « *se tenir entre* » – entre une réalité (impliquant entre autres la réalité humaine), qui s'affirme et nous résiste dans son indépendance, et une autre dimension, celle que déploie le jeu et qui émane de notre imagination libre et créatrice. Nous n'arrivons à jouer, explique-t-il, qu'en *recouvrant* la réalité existante, mais celle-ci n'en continue pas moins de *transparaître* dans le jeu. L'espace du jeu s'étire ainsi dans la zone intermédiaire entre réalité et fiction. Mais pour nous « prendre », le jeu doit aussi nous concerner dans une quelconque dimension de notre être, et mobiliser cet autre état intermédiaire instable qui oscille entre le *libre* mouvement et le fait d'être *lié*.

Dans le rire tel qu'il survient en thérapie, quelque chose (de l'histoire, de la situation propre) peut être accepté qui ne l'était pas. Et si ce passage est possible, c'est aussi parce que le mouvement d'assumer est un mouvement qui se fait ensemble, dans la légèreté et avec la force particulière de l'alliance telle qu'elle se vit dans une certaine joie partagée. Ce qui doit être accepté peut l'être parce qu'il est porté ensemble.

Cela nous ramène au vécu du thérapeute, qui est assurément lui-même ému et mobilisé dans le moment de rire partagé. Le rire, comme nous avons tenté de le montrer, engage un enjeu qui le concerne lui-même non moins que le patient. Il s'agit d'enjeux humains qui ont en commun de toucher au heurt et aux contradictions internes des exigences et des besoins humains et, à l'horizon de toutes ces difficultés et limites, à la faillibilité et à la finitude comme telle.

C'est précisément en cela, d'après Staiger (1946), que le comique et le tragique se touchent :

« (...) cette même destinée de finitude qui menace (l'homme) de désespoir tragique lui ouvre une issue inattendue dans le plaisir du comique » (p. 137). Dans le rire que le comique déclenche – et en cela réside son « inébranlable vérité » – « à nouveau, la tension de l'homme est attirée sur les limites de sa finitude, mais de telle façon cette fois qu'il ne peut s'empêcher de *consentir à cette finitude*. (...) Quelque chose en nous acquiesce, une certaine fierté de la vie qui ne se laisse point ravir son droit immédiat et qui méprise avec superbe tout fondement en raison » (p. 141-142, nous soulignons).

Dans le contexte du travail thérapeutique, où le sourire et le rire témoignent de l'alliance intersubjective en même temps qu'ils en constituent un moment d'accomplissement privilégié, le point le plus essentiel réside à notre sens dans le fait qu'ils sont des mouvements expressifs et intersubjectifs qui vont dans le sens de *l'assentiment à la vie* – enjeu délicat s'il en est de la maladie de l'âme et du soin qu'elle requiert.

Nous avons peu traité explicitement de la question de savoir ce que notre propre pratique comporte de singulier. Quelque chose de notre style singulier transparait, nous l'imaginons, dans nos récits de prise en charge. Notre formation, nos parcours de vie, nos expériences pourraient sans doute rendre compte de traits distinctifs de notre façon de faire, mais nous n'avons pas forcément souhaité nous y attarder. En choisissant de prêter attention au rire – comme moment singulier de la pratique psychothérapeutique – nous avons choisi un thème par lequel nous pensons rejoindre bien d'autres thérapeutes, tous pris – qui plus, qui moins – par des moments magiques, inattendus et surprenants où rire ensemble, même face au tragique, est l'une des émergences qui témoignent de notre humanité partagée.

## Références

---

- BERGSON H. (1924) : *Le rire. Essai sur la signification du comique*. 1<sup>ère</sup> partie. Ed. Alcan, Paris.
- BINSWANGER L. (1957) : *Der Mensch in der Psychiatrie*. Günther Neske, Pfuldingen.
- CICCONE A., GAUTHIER Y., GOLSE B & STERN D. (2012) : *Naissance et développement de la vie psychique*. Erès, Toulouse.
- DE CLERCQ M. & LEBIGOT F. (eds.) (2001) : *Les traumatismes psychiques*. Masson, Paris.

- FIVAZ-DEPEURSINGE E. (2003) : L'alliance coparentale et le développement affectif de l'enfant dans le triangle primaire. *Thérapie Familiale* 24 (3) : 267-273.
- GENNART M. & VANNOTTI M. (2015) : Le risque d'humiliation diagnostique. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement* 16 (4) : 172-178.
- MINKOWSKI E. (1966-1999) : *Traité de psychopathologie*, Institut Synthélabo, Paris.
- PLESSNER H. (1941-1995) : *Le rire et le pleurer. Une étude des limites du comportement humain*. Trad. de O. Mannoni. Ed. de la Maison des sciences de l'homme, Paris.
- STAIGER E. (1946-1990) : *Les concepts fondamentaux de la poétique*. Trad. fr. de R. Célis et M. Gennart. Ed. Lebeer-Hossmann, Bruxelles.
- STERN D.N. (2004) : *Le moment présent en psychothérapie*. Odile Jacob, Paris.
- VANNOTTI M., ONNIS, L. & GENNART M. (2002) : Thérapie d'orientation systémique, In DURUZ N. & GENNART M. (eds) : *Traité de psychothérapie comparée*. pp. 313-344. Médecine et Hygiène, Genève.