



@santementale maquette

Faut-il être une bonne

@santementale maquette

mère pour être tendre ?

Tout être humain ayant traversé des expériences de détresse mais aussi de tendresse et de soin procuré par un autre secourable peut spontanément, sans même avoir à y penser, se montrer « suffisamment bon » à l'égard d'autrui en situation de détresse et de dépendance.

■ Nous pourrions dire à propos de la tendresse que nous en savons quelque chose sans rien en savoir. C'est-à-dire que nous sommes généralement capables, non pas de nous la représenter, mais de l'éprouver positivement, nous appuyant sur nos expériences, sur nos souvenirs corporels d'avoir été tendre avec autrui ou d'avoir reçu cette tendresse généralement d'un proche. Il se peut aussi que nous éprouvions ce qu'est la tendresse « *en négatif* », par des souvenirs, tout autant somatopsychiques mais cette fois en creux, où nous en aurions été privés. Considérer que la tendresse s'éprouve dans le corps bien avant et davantage que d'être pensée est déjà un enseignement en soi. Identifier quelques aspects qui nous aideront, en principe, à problématiser et conceptualiser cette chose étrange que nous avons reçue, si nous avons eu cette chance, à l'aube de notre vie nécessite donc d'en passer par des expériences nécessairement personnelles.

Nous pourrions considérer que la tendresse nous a été adressée préalablement même à notre venue au monde mais je

pense qu'il est plus juste de concevoir qu'elle ne peut s'expérimenter véritablement que dans un lien substantiellement intersubjectif et corporel. Autrement dit, penser avec tendresse à l'enfant à venir n'est jamais que l'anticipation imaginaire de ce qui s'éprouvera réellement dans le lien.

Avant de questionner le rapport souvent établi dans la littérature entre tendresse et fonction maternelle ou maternage, explorons, à partir d'une expérience toute personnelle, cet entremêlement qui semble parfois se tisser entre cadre clinique et tendresse (1).

UNE TENDRESSE QUI RÉAFFILIE

En tant que clinicien, il m'est arrivé très tôt de faire l'expérience de la tendresse. En réalité, j'étais alors apprenti clinicien puisqu'il s'agissait, pour l'étudiant en psychologie que j'étais, d'effectuer un stage de plusieurs mois. Un peu par hasard, du moins sur le plan conscient, je me suis retrouvé dans ce que nous appelons en Belgique « une maison de repos et de soin » (l'équivalent des Ehpad en France). Il s'agit d'un lieu résidentiel accueillant une centaine de personnes âgées majoritairement atteintes de démence. Le premier jour, les premières minutes même, je me retrouvai seul dans une immense salle équipée de deux ascenseurs d'où surgissaient, les unes après les autres, des personnes âgées accompagnées, soutenues physiquement, par des soignants. Les plus accablées par le processus dégénératif étaient déplacées

Christophe JANSSEN

Docteur en psychologie clinique, Professeur de l'Université catholique de Louvain (Belgique), Ecole de criminologie, et codirecteur du Centre Chapelle-aux-Champs (Service de santé mentale, Bruxelles).

@santementale maquette

à l'aide de chaises roulantes et rassemblées autour d'une longue table. C'est alors qu'une aide-soignante, voyant bien que j'étais un des nouveaux stagiaires « psy », m'indiqua une petite dame au regard clair, bouche mi-ouverte, et me lança comme pour me défier : « *Prends le gobelet avec le bec verseur et donne-lui à boire !* » J'ai été un court moment tétanisé, envahi par la peur de mal faire, de verser à côté, trop vite, de ne pas m'adapter au rythme de déglutition de cette inconnue qui paraissait si fragile. Être responsable de la mort d'une résidente le premier jour n'était pas envisageable ! Mais apparaître comme le « psy » incapable de « vraiment » s'occuper de ces personnes ne l'était pas non plus. J'ai pris mon courage à une main et le gobelet de l'autre. Je plongeai alors mon regard dans celui de cette résidente. Ses yeux, un peu vitreux, étaient d'un bleu magnifique et, surtout, je savais qu'elle me regardait. Après-coup, j'ai pu penser qu'il s'agissait là d'une pure fantasmagorie de ma part, qu'elle ne voyait rien du tout et qu'il s'agissait là de la même illusion d'optique que lorsque la Joconde semble vous suivre des yeux... mais cette très vieille dame, comme la Mona Lisa de Léonard de Vinci, a esquissé un sourire. Et son visage tout entier exprimait de la bienveillance à mon égard, de l'encouragement, elle me rassurait.

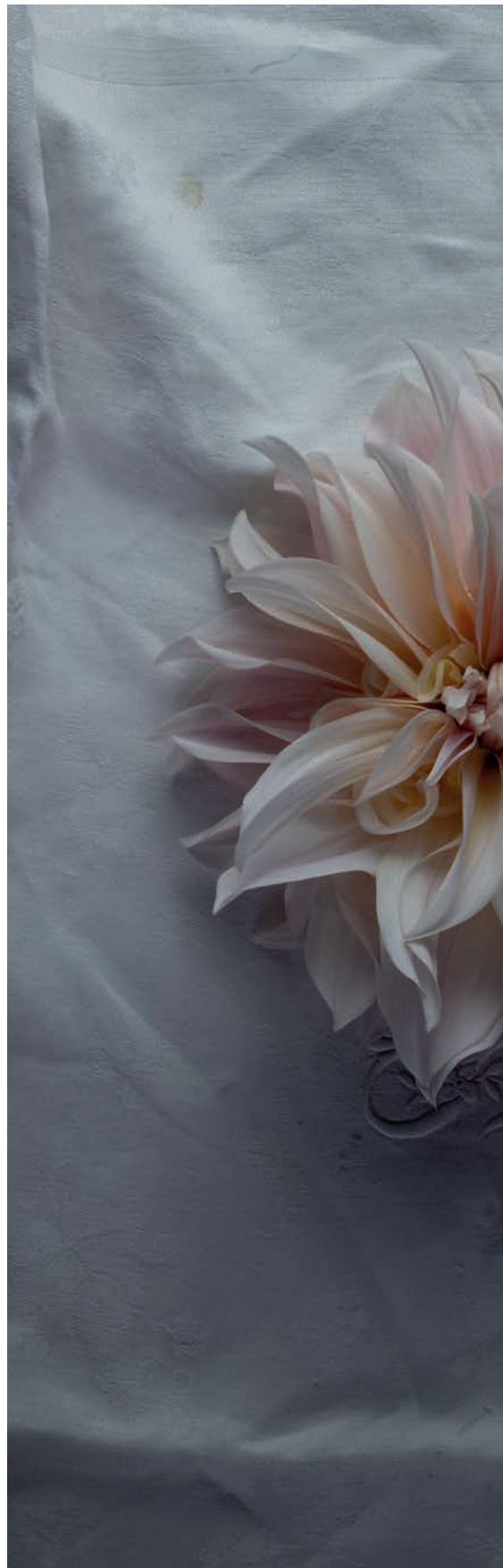
Dans ce cadre où il relevait pourtant de ma fonction de prendre soin, c'est donc en recevant la tendresse que j'en ai fait l'expérience pour la première fois dans un espace clinique. Cet acte fondateur de mon éthique clinique me renvoie anthropologiquement à l'idée que nous avons tous, en principe, rencontré la tendresse en tout premier lieu comme quelque chose qui nous a été offert par autrui et nous a littéralement bouleversés de façon inattendue. Pour ma part, le bouleversement a été total puisque, sans rentrer dans les détails, cette rencontre a modifié mes convictions sur le vieillissement, la fin de vie, la maladie et la mort. Autrement dit, cette expérience furtive d'une présence tendre a enclenché, en une fraction de seconde, une évolution substantielle de mon rapport à l'existence, à mon existence.

De cette courte séquence alors que je n'étais ni tout à fait soignant, ni tout à fait soigné, je retire quelques éléments que je vais explorer dans ce texte : la tendresse surgit par surprise, elle est d'abord offerte par autrui et s'inscrit dans la relation. Elle peut bouleverser le sujet dans son rapport

à sa propre existence. J'ajouterai encore, parce que c'est ce qui m'est arrivé ce jour-là, que la tendresse inscrit (ou réinscrit) le sujet dans du lien et le réaffilie dans la communauté humaine. J'étais perdu au milieu d'êtres que je croyais déjà morts, le sourire de cette vieille dame m'a sorti brusquement du cimetière que j'avais imaginé et qui m'empêchait de percevoir la vie qui pulsait pourtant autour de moi. En réalité, c'est la rencontre d'expériences de détresse contiguës qui inaugure ce vécu partagé ; si bien qu'il serait inopportun d'en dégager une logique causale linéaire.

LA TENDRESSE PREND PAR SURPRISE

La tendresse n'est jamais calculée. De ce fait, l'ériger en technique ne vaudrait pas mieux qu'une spontanéité feinte ou une gentillesse intéressée. Même s'il est important qu'elle passe par le corps — les gestes, les mots articulés ou encore le regard —, la tendresse est d'abord un élan. Elle n'est pas une émotion, elle est un affect (voir aussi l'article de B. Golse, p. xx), qui traverse d'abord celui qui est tendre d'une façon telle qu'il contaminera l'autre et, plus encore, le lien qui les unit. Penser la tendresse de cette façon implique qu'elle s'impose comme surprise d'abord pour celui qui se montre tendre. Je me souviens encore d'une jeune patiente, en réalité moins jeune que ce que je pensais. Son mutisme lors des premières séances avait été « pénible ». Entamer une « cure par la parole » avec quelqu'un qui vous refuse la matière la plus élémentaire dont vous avez besoin pour travailler peut être affligeant et même, cela m'est arrivé, profondément irritant. La patiente se détournait de moi, fixant un point invisible quelque part entre le mur le plus éloigné et le plafond du bureau de consultation. Je devinais, par leurs reflets, des larmes qui s'amoncelaient au coin de son œil sans jamais s'écouler. Après coup, je réalise que cette image n'est pas sans me rappeler un tableau d'Eugène Delacroix que j'affectionne particulièrement : *La Jeune Orpheline au cimetière* (2). Cette association est d'autant plus troublante que cet intitulé résonne fortement avec ce qui se déploiera, ensuite, au fil des séances. Sur le moment, j'ai été traversé par un élan de tendresse qui me surprit moi-même. Mais de la même manière que cette femme retenait pudiquement ses larmes, il me parut évident de modérer cet élan.



@santementale maquette



© Carole Charbonnier.

D'ailleurs, il n'y avait de sa part nulle invitation. Bien au contraire, elle semblait craindre ce à quoi il lui faudrait consentir pour se mettre au travail, c'est-à-dire qu'un lien, même prudent, se tisse entre nous. Je pense aujourd'hui que si cette femme me paraissait plus jeune qu'elle ne l'était, c'est parce qu'elle m'évoquait, sans que je n'y prête attention, un jeune enfant en détresse absolue. Le monde lui était effrayant, dangereux, étranger et abîmé par la perte. Elle me confirmera cela plus tard, lorsque nous serons parvenus à établir une relation thérapeutique suffisamment confiante. Mais pour en arriver là, j'ai fait ce que nous faisons spontanément lorsqu'il s'agit d'approcher un enfant perdu et apeuré, ou même un animal craintif et blessé. Cette analogie avec l'animal n'est pas gratuite puisque, concrètement, la jeune femme consacrait une bonne partie de son existence à soigner des animaux « dont personne ne voulait ». J'ai donc commencé à lui parler calmement, avec douceur, porté par cet élan contenu de tendresse. Il m'est même arrivé de lui adresser une question, puis de suggérer quelques réponses possibles avant de lui reconnaître explicitement le droit de ne pas me répondre si cela lui était trop pénible. Elle s'est mise à s'exprimer, d'abord par fragments qui, progressivement, ont constitué des phrases. Elle m'a expliqué, à ma demande, ce qui s'était mal passé avec d'autres « psy » qu'elle avait consultés. Je lui ai dit qu'il était possible que, parfois, je commette une erreur, que je l'offense par une question mal formulée ou la heurte par un commentaire inadéquat. Je la conjurai de me dire si cela arrivait ; je n'étais pas infallible, assuré-je. Lorsque des patients sont dans de tels états de détresse – ce qui peut être à l'origine de la demande de soin ou survenir en cours de travail – il est nécessaire de longer nos propres failles, de les reconnaître, d'y rencontrer le patient et d'en retirer une prudence nécessaire à la survie de l'un comme de l'autre.

Dans un texte intitulé *Cure*, D. W. Winnicott tente de définir la nature de la relation « soignant-soigné ». Il s'agit pour lui de penser une relation entre deux malades dont l'un, à ce moment-là et dans ce cadre spécifique, accepte de prendre le rôle d'un être fiable auprès d'un autre en état de dépendance. Cette dépendance évoquée par Winnicott peut sans nul doute renvoyer à cette détresse absolue de l'enfant évoquée précédemment. L'auteur apporte une

précision fondamentale : « *Nous ne mentons pas, nous disons que nous ne savons pas quand nous ne savons pas.* » (3) Dire, prétendre ou faire croire que l'on connaît la solution pour le patient ne signifie pas être fiable. C'est même tout le contraire ! Être fiable, c'est dire : « *je ne sais pas, mais je suis là et je vais vous aider dans votre quête.* » Je fais l'hypothèse que la tendresse humanise cette fiabilité nécessaire à « l'être soignant ». Elle en est le vecteur interpersonnel. Dans ce contexte, la tendresse, ce n'est pas adresser de fausses promesses, annoncer : « *avec moi, ça va aller* ». Au contraire, il s'agit de se placer aux côtés de la personne en détresse et de lui faire sentir par nos mots et notre présence qu'elle n'est pas seule, que nous sommes à ses côtés pour la soutenir dans sa recherche de solutions à son mal-être, voire à son dés-être.

Winnicott précise : « *Dans un contexte professionnel et à condition que l'on adopte un comportement professionnel adéquat, le malade peut trouver une solution personnelle à des problèmes difficiles de vie affective et de relations avec les autres ; et on n'aura pas alors administré un remède mais simplement facilité le développement.* » (4) Ce processus relève d'une qualité de présence, une présence affirmée. Face à la plus grande détresse d'autrui, assumer cette présence nécessite de se laisser porter par un élan tendre qui nous a nous-même traversé par surprise. Il y a ici un circuit d'affects tout à fait particulier puisque l'élan tendre qui surgit en nous-même par surprise est le témoin que nous nous sommes déjà laissé, préalablement, affecter par l'autre. Je suppose que la tendresse n'est pas pensable en dehors de ce circuit qui se présente comme une boucle parcourue de façon infinie entre deux personnes. C'est là un paradoxe qu'il faut admettre : même si la tendresse surgit, qu'elle est vécue comme élan et donne lieu à des moments particuliers, elle s'inscrit dans un circuit relationnel et affectif qui, en un sens, lui préexiste.

SE RELIER PAR L'EXPÉRIENCE COMMUNE DE LA DÉTRESSE

Qu'est-ce qui préexiste à la rencontre avec un patient, si ce ne sont d'autres liens qui, par quelques traits, ne sont pas sans rapport avec la situation actuelle ? Mais de quels liens s'agit-il ? Ceux entretenus avec d'autres patients ? Cela peut contribuer à l'expérience du clinicien mais celle-ci doit bien connaître quelque antériorité

@santementale maquette

sur laquelle s'étayer. Il y a, bien sûr, la nécessité pour tout thérapeute d'avoir été d'abord, ou de façon concomitante, à la place du patient. Cela s'avère tout à fait fondamental et je ne connais aucune

transitionnels (6) et dont j'ai moi-même contribué à montrer qu'ils étaient fondateurs de tout lien interpersonnel (7). C'est-à-dire que si nous nous laissons voguer périlleusement dans nos eaux

care-cure du travail un cadre où il est possible d'appliquer les principes que nous avons appris au début de notre vie, lorsque nous étions encore immatures et que nous recevions d'avance (...), de la

“**Les expériences personnelles dont nous avons à nous souvenir sont celles renvoyant à une détresse extrême, à la solitude fondamentale ou au “dés-être” mais aussi au fait d'avoir été soigné, aidé, soutenu par autrui.**”

formation clinique un peu sérieuse qui n'insiste sur ce point auprès de ses apprentis. On transmet ainsi couramment aux jeunes cliniciens qu'un travail sur soi permettra d'identifier ses propres fragilités, névroses et traumatismes, de façon à les affubler d'une sourdine dans la relation au patient et éviter d'envahir ce dernier de ses propres désordres intérieurs. D'une certaine manière, il s'agit dans sa propre analyse ou en supervision d'externaliser nos propres mouvements transférentiels ; et cela s'avère très souvent pertinent. Cependant, lorsque nous faisons face à un patient en situation de détresse fondamentale, comme dans les cas de psychotraumatisme, je pense que cette logique transféro-contre-transférentielle est insuffisante pour soutenir notre travail. Le trajet que nous effectuons comme patient contribue d'abord, et tout autant, à regarder bien en face les failles traumatiques restées béantes en nous-mêmes. Et c'est quelquefois au bord de ce gouffre que nous devons nous aventurer pour accompagner nos patients, eux-mêmes longeant leur propre précipice. Le propos n'est jamais de confondre leur détresse avec la nôtre mais de nous relier à eux par l'expérience commune, bien que spatio-temporellement différenciée, d'une détresse extrême. Il s'agit là d'une illusion, c'est-à-dire de la rencontre articulée entre des éléments de notre réalité interne et quelques traits de notre environnement. La détresse d'autrui s'entremêle, sur le mode de l'illusion, avec nos propres désarrois extrêmes du passé.

Nous pouvons alors nous en méfier, rejeter ce qui se réveille en nous-mêmes, considérer que cela nous éloigne de la vérité subjective du patient. Mais dans ces moments de détresse, c'est la subjectivité même qui est menacée (5). Cette illusion qui s'opère relève de ce processus que Winnicott pose à la base des phénomènes

intérieures les plus troubles, agitées par la détresse singulière d'un patient, nous pouvons, par le truchement de l'illusion et des phénomènes transitionnels qu'elle soutient, tenter de nous relier à lui. Il nous faudra l'approcher avec un canot de sauvetage ou un radeau de fortune suffisamment solide pour ne pas périr tous les deux. C'est pourquoi les expériences personnelles dont nous avons à nous souvenir sont celles renvoyant à une détresse extrême, à la solitude fondamentale ou au « dés-être » mais aussi au fait d'avoir été soigné, aidé, soutenu par autrui.

Et si nous n'avons rien vécu d'aussi catastrophique ? Je pense qu'il est assez fréquent que ces expériences désastreuses participent à la destinée de ceux qui se forment aux métiers du soin de manière générale, et du soin psychique en particulier. Mais par ailleurs nous avons tous été un jour un bébé perdu au milieu d'un monde que nous n'envisagions pas encore comme tel et en situation de totale dépendance pour notre survie. Sans nous en souvenir, nous en gardons douloureusement la trace comme celle, plus précieuse, d'un autre qui nous a secouru. Il est commun que cet autre secourable ait été notre mère, et s'il s'agissait de quelqu'un d'autre, nous aurons le plus souvent tendance à l'affubler de toutes les caractéristiques généralement attendues d'un être soutenant la fonction maternelle ou occupant une telle place.

LA MÈRE-ENVIRONNEMENT

D. W. Winnicott insiste particulièrement sur l'origine de nos compétences de soignants attribuée à notre rencontre basale avec la « mère-environnement ». Tentant d'expliquer ce qui soutient la pratique du soin dans son articulation particulière entre le « cure » (soigner) et le « care » (prendre soin), il écrit ceci : « *Je pense donc qu'on peut trouver dans l'aspect*

part de nos mères “suffisamment bonnes” et de nos parents, des soins et un traitement suffisamment bons. » (8)

Au fil du temps, il m'apparaît qu'il est probablement erroné d'entendre dans cette affirmation de Winnicott l'idée selon laquelle l'essentiel de cette expérience fondamentale se logerait dans sa dimension maternelle. Bien sûr, l'auteur lui-même participe à cette interprétation par l'accent mis dans sa théorie sur cette relation princeps singulière.

Rappelons, tout d'abord, que cette relation à la mère a sans doute été compliquée dans la vie même du psychanalyste par les probables souffrances psychiques de sa propre mère. En attestent non seulement son acharnement à en théoriser quelque chose — ne travaillons-nous pas toujours, comme les artistes, à partir de nos zones les plus obscures ? — mais aussi ce poème écrit lorsqu'il a déjà passé la soixantaine, envoyé à son ex-beau-frère, Jim Taylor (9). Il évoque sa propre mère qui « *pleure, pleure, pleure* », la comparant à un « *arbre mort* » et écrit en conclusion de ces quelques vers : « *la ranimer me faisait vivre* ». Si nous pouvons en tirer quelques hypothèses (et rien de plus), je dirai que nous avons là, de façon poétique mais non métaphorique, l'idée selon laquelle soigner (« ranimer ») comme destinée s'origine parfois moins dans l'expérience d'une mère « suffisamment bonne » que dans la détresse de son absence radicale (10). Toujours est-il que ces éléments de sa vie personnelle ont vraisemblablement conduit Winnicott à attribuer à la dimension maternelle — qu'il décalera de la mère réelle, sans doute par expérience, en créant le concept de « mère-environnement » — les caractéristiques les plus essentielles à la vie du bébé et à son développement affectif primaire. Il développe les notions bien connues de *holding** et de *handling** qui, il me semble, ne sont

@santementale maquette

pas sans rapport avec celle de tendresse. Mais sans réfuter les particularités de la relation existant entre une mère et son bébé, ces qualités du soin porté à l'enfant relèvent-elles spécifiquement de la dimension maternelle ? Cette attribution n'est-elle pas, en quelque sorte, circonstancielle et culturelle ? Si d'autres personnes que la mère réelle, hommes ou femmes, sont susceptibles de remplir cette fonction essentielle auprès de l'enfant, ne s'agit-il que d'un transfert de compétences maternelles ou bien devrions-nous y entendre qu'il s'agit d'autre chose ?

Winnicott associe, dans ses communications écrites et orales, la notion de « *mère suffisamment bonne* » à celle de « *mère ordinairement dévouée* » (11). Même si cela n'a pas tout à fait empêché qu'il soit mal compris par nombre de commentateurs, il s'agit pour le psychanalyste de ne pas faire de la mère un être qui, pour remplir sa fonction, devrait être extraordinaire. Le terme « *suffisamment* » (*enough*) insiste sur le fait qu'elle ne doit pas être parfaite ni son adaptation aux besoins et attentes du bébé sans failles : cela conduirait à bien des difficultés pour l'enfant dans son développement. Le terme « *ordinairement* » (*ordinary*) souligne que ces compétences sont, en principe, non pas naturelles mais spontanées. Les mères n'ont même pas à y penser consciemment, explique Winnicott. Il poursuit : « *Cela n'a rien de mystérieux. Après tout, elle aussi [la mère] a été un bébé et elle se rappelle qu'elle a été un bébé. Elle se souvient également des soins qu'on lui a donnés et ces souvenirs constituent soit une aide, soit un obstacle dans sa propre expérience de mère.* » (12) Autrement dit, la mère est capable d'être « *suffisamment bonne* », développant ces compétences émotionnelles dans sa relation au bébé,

faisant preuve de tendresse notamment par ses activités de *holding* et de *handling*, non parce qu'elle serait naturellement douée pour cela, mais parce qu'elle peut s'appuyer sur sa propre expérience si celle-ci a été favorable. Plus précisément encore, cette expérience favorisant la capacité à prendre soin d'un bébé est celle qui consiste à avoir été soi-même un bébé dont on a pris soin avec tendresse et attention. Or, cette expérience d'avoir été un bébé, que nous soyons mère, père, homme ou femme, nous l'avons tous éprouvée.

CONCLUSION

Bien sûr, le plus souvent, c'est de nos mères que nous avons reçu cette tendresse pour la première fois, déposés dans leurs bras, contre leur sein nourricier, dans un peau-à-peau consécutif à une vie intra-utérine qui particularise tout de même la relation mère-bébé. C'est sans doute la raison la plus évidente pour laquelle nous interprétons l'expérience de la tendresse comme relevant de la sphère maternelle. Mais au fond, n'importe quel être humain ayant traversé des expériences de détresse mais aussi de tendresse et de soin procuré par un autre secourable peut spontanément, sans même avoir à y penser, se montrer « *suffisamment bon* » à l'égard d'un bébé, d'un patient, d'un autre en situation de détresse et de dépendance. Peut-être devrions-nous envisager de requalifier le concept de « *Mother-Environment* » (Mère-environnement) proposé par Winnicott (13) en lui préférant, par exemple, les termes « *Care/Cure-Environment* » afin de mieux rendre compte du fait que nous pouvons tous nous reconnaître comme « *soignants ordinairement dévoués* ».

* Pour Winnicott, le *holding* désigne l'ensemble des soins donnés à l'enfant par la mère et sa capacité à contenir les angoisses du nourrisson à la fois sur le plan physique (le fait de porter dans les bras, de bercer...) et psychique (la capacité de la mère à penser les émotions de son enfant et adopter un comportement adapté). Dans le prolongement, le *handling* renvoie à une dimension plus pratique, c'est-à-dire aux soins prodigués à l'enfant : le fait, par exemple, de le laver, de le changer ou de l'habiller, avec une préoccupation émotionnelle.

1– Tovmassian L.-T., Janssen C. (dir.), *Cadre clinique et tendresse : des liaisons dangereuses ?*, Paris, In Press, 2022.
2– Ce tableau est exposé au Musée du Louvre à Paris.

3– Winnicott D.W., « *Cure* », 1970, In Marin C., *Worms F. (dir.), À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses universitaires de France, 2015, p. 29

4– Idem, p. 35-36.

5– Winnicott D.W., « *Fear of Breakdown* », In Caldwell L., Robinson H. T., *The Collected Works of D.W. Winnicott, Volume 6 (1960-1963)*, Oxford University Press, 2017, p. 523-531.

6– Winnicott D.W., « *Transitional Objects and Transitional Phenomena* », In Caldwell L., Robinson H. T., *The Collected Works of D.W. Winnicott, Volume 9 (1969-1971)*, Oxford University Press, 2017, p. 265-288.

7– Janssen Ch., *L'illusion au cœur du lien. De l'objet transitionnel à la construction du couple*, Louvain-la-Neuve, Academia, 2013.

8– Winnicott D.W., « *Cure* », op. cit., p. 36.

9– Rodman F.R., Winnicott, sa vie, son œuvre, trad. fr., Toulouse, Erès, 2008.

10– Green A., « *La mère morte* », Conférence à la Société Psychanalytique de Paris (1980), In *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Ed. de Minuit, 1983, pp. 222-253.

11– Winnicott D.W., « *The Ordinary Devoted Mother* », In Caldwell L., Robinson H. T., *The Collected Works of D.W. Winnicott, Volume 7 (1964-1966)*, Oxford University Press, 2017, p. 331-337.

12– Winnicott D.W., « *Cure* », Op. cit., p. 58.

13– Idem.

Résumé : La tendresse s'éprouve d'abord dans le corps avant d'être pensée. Quelle est sa place dans la relation de soin ? À partir de son expérience personnelle et clinique, l'auteur dégage quelques éléments : la tendresse surgit par surprise, elle est d'abord offerte par autrui et s'inscrit dans la relation. Elle peut bouleverser le sujet dans son rapport à sa propre existence. Par ailleurs elle réaffilie l'individu dans la communauté humaine. Comment la tendresse « vient-elle » au thérapeute ? Dans la relation à l'autre, elle s'inscrit dans un circuit relationnel et affectif qui lui préexiste et couramment associée à la mère ou à la figure maternelle, en lien avec l'état d'immense vulnérabilité du bébé qui vient au monde et à l'absolu nécessité pour sa survie de soins attentifs et adaptés. Cependant, elle s'origine dans l'expérience qu'a connu tout individu d'être traversé par des états de détresse et de rencontrer la tendresse et le soin secourable apportés par un autre.

Mots-clés : en attente ascodocpsy.