

Introduction à la psychothérapie des personnes issues de la diversité de genre et de sexualité

À propos d'un stage « Pink Therapy » à Londres, du 8 au 12 juillet 2013

André Helman, médecin, psychopraticien relationnel, Paris.

Pink Therapy¹ est un organisme de thérapie et de formation indépendant consacré aux personnes LGBT et à la diversité de genre et de sexualité. Situé à Londres, il a été créé par Dominic Davies, psychothérapeute et sexothérapeute, qui le dirige et l'anime avec une équipe d'une quinzaine de thérapeutes et formateurs.

J'ai eu la chance de participer, du 8 au 12 juillet 2013, à un stage d'été international intitulé "Gender and Sex Diversity Psychotherapy (GSDT)", ce qui peut se traduire par "Psychothérapie des personnes issues de la Diversité de Genre et de Sexualité". L'exploration de ce concept, totalement nouveau pour moi, et de ses implications a été l'occasion d'une série de prises de conscience et d'un élargissement du champ de ma pensée tout à fait spectaculaires. C'est cette expérience que je souhaite ici évoquer. Il ne s'agit pas d'une réflexion approfondie sur le sujet (de nombreux livres y ont été consacrés – la plupart en anglais, certes, mais pas tous ! – et il en reste à écrire...), juste d'un compte-rendu succinct où la subjectivité de l'auteur s'invite librement.

Le concept de DGS

Le concept de diversité de genre et de sexualité (DGS) et celui de thérapie des personnes issues de la DGS (TDGS) ont été élaborés au fil des dernières années par Dominic Davies et ses collègues. Le livre princeps sur ce thème, « Pink Therapy » - qui a donné son nom à l'organisme -, publié en 1996 sous la direction de Dominic Davies et Charles Neal, traitait de la thérapie d'affirmation de soi ("affirmative therapy") des homosexuels masculins. Peu à peu, la terminologie a évolué : "gay affirmative therapy" est devenu "gay and lesbian affirmative therapy", puis "sexual minority therapy", jusqu'au terme actuel "sex and gender diversity therapy". Il est apparu en effet que le concept de LGBT – même en y ajoutant I pour intersexe, Q pour queer... – ne permettait pas d'inclure tous les patients auxquels s'adresse cette démarche thérapeutique. Ce terme exclut notamment les personnes asexuelles, adeptes du BDSM (bondage-soumission-sado-masochisme – en anglais "kinky"), échangistes, polyamoureuses, non-monogames, hétérosexuelles flexibles, fétichistes, "objectum sexuals" (vivant une attraction amoureuse pour un objet)... La démarche ne serait pas cohérente si elle ajoutait une exclusion à celles qu'elle vise justement à combattre.

Les personnes représentant les différentes facettes de la DGS subissent toutes, à des degrés divers et sous des formes spécifiques à chacune d'entre elles, une oppression sociale, qui implique, par indentification à la norme, une oppression intériorisée et, en réaction, une contre-oppression (par exemple la lutte contre l'oppression misogyne – appelée à tort sexiste – a engendré différents types de contre-oppression, dont la misandrie). L'oppression commune à toutes les personnes "DGS"² peut se résumer à cinq injonctions sociales auxquelles elles ne peuvent se plier qu'en reniant une part d'elles-mêmes : rencontrer quelqu'un de l'autre sexe, se marier, avoir des enfants, rester ensemble tout la vie, être fidèle... Mais "le prix de la conformité, c'est que tout le monde vous aime... sauf vous". Au sein même de la "communauté" LGBT(IQ...), discrimination et rejet de la différence sont monnaie courante : être opprimé n'empêche pas d'être oppresseur.

La dynamique du groupe

Le groupe se composait de douze personnes, originaires de sept pays – Grande-Bretagne, Bénin, Catalogne, Danemark, Pologne, Italie, Finlande et France – et représentant toutes sortes de « diversités » : gay-s, lesbienne-s, bi-s, asexuel-le-s, hétéro-flexible-s, trans-homme-s... Tou-te-s psychothérapeutes en activité

¹ <http://www.pinktherapy.com>

² Dans la suite du texte, j'emploierai l'acronyme DGS en tant que substantif ou qu'adjectif - comme on dit "la communauté LGBT".

et/ou en fin de formation, tou-te-s extrêmement impliqué-e-s et motivé-e-s. L'animation était assurée par le même binôme (Pamela Gawler-Wright et Olivier Cormier-Otaño), et un-e intervenant-e différent-e l'après-midi, selon les thèmes abordés.

Dès la première rencontre, les deux animateurs ont instauré, avec tact et légèreté, un climat de confiance, de respect mutuel et de liberté de parole qui a grandement contribué à la qualité et à la profondeur des échanges pendant les cinq jours du stage. Leurs apports, riches d'informations et d'expériences, et les exercices proposés m'ont à la fois passionné et confronté à mes limites, mes questionnements, mes peurs. Les intervenants de l'après-midi ont, chacun-e à sa façon, enrichi cette dynamique.

Chaque participant-e a été invité-e à partager son vécu des exercices pratiques et son expérience tant personnelle que professionnelle, en lien avec les sujets abordés : tou-t-e-s l'ont fait avec une grande sincérité, ce qui m'a donné l'occasion de découvrir des aspects de la DGS que j'ignorais, de me confronter à mes propres stéréotypes et préjugés, et, finalement, de changer radicalement de point de vue sur certains d'entre eux.

Les grandes lignes du stage

De nombreux thèmes ont été développés, discutés et approfondis à travers des exercices pratiques. J'en mentionne ici les principaux et l'expérience que j'ai vécue en les abordant.

Stéréotypes et préjugés

Comme tout le monde, nos patient-e-s DGS ont toutes sortes de stéréotypes et de préjugés, qui contribuent pour une part à la genèse et/ou à l'entretien leur mal-être. Les thérapeutes en ont aussi ! et ils contribuent à limiter notre vision de nos patients, notre capacité de les accepter pleinement tels qu'ils sont donc la qualité de notre accompagnement. Sans prendre au pied de la lettre le dicton "les cordonniers sont les plus mal chaussés", nous avons tous à poursuivre l'exploration de nos propres stéréotypes et préjugés, et à relever le défi de nous en libérer. Pour ma part, ce stage y a grandement contribué. Le chantier n'est pas prêt de s'arrêter...

Mon thérapeute est-il "DGS" ?

Le choix d'un-e thérapeute considéré-e comme hétéro ou, au contraire, comme ayant la même orientation de genre ou de sexualité que celle de la personne n'est pas neutre et ses implications méritent d'être explorées. Par exemple :

- La peur que peut éprouver une personne DGS à se confier à un-e thérapeute hétéro peut découler d'une véritable hétérophobie : croire qu'un-e thérapeute hétéro est a priori incapable d'accompagner un-e patiente DGS ; inversement, la croyance qu'il suffit que le ou la thérapeute ait la même orientation est également limitante : ça ne peut pas être le seul critère d'une thérapie réussie.
- Pour un-e thérapeute de la même orientation que le ou la patient-e, il y a un risque de collusion : "je le comprends parce que j'ai vécu la même chose", ou d'identification : "je vis la même chose donc ce qu'il ou elle dit me concerne personnellement". L'un et l'autre à explorer.
- Dire ou non son orientation : un échange qui m'a été très utile a porté sur la question de savoir s'il est juste de répondre à la demande du patient "Êtes-vous gay ?" et comment le faire.

Lesbianisme et lesbophobie

À travers des "histoires de vie" de lesbiennes célèbres dans les pays anglo-saxons, illustrées par des présentations animées et musicales, Pamela Gawler-Wright nous a introduits avec légèreté dans le monde pourtant sinistre des persécutions sociales subies par les lesbiennes depuis que certaines d'entre elles ont commencé à revendiquer leur visibilité et leur droit d'être elles-mêmes.

Coming out

Une demi-journée a été consacrée au coming-out. Ont notamment été abordés :

- sa nature multiple : en fait, il y a autant de coming-out que de situations et de personnes auxquelles le patient est confronté au cours de sa vie ; ainsi, le coming out est répété de nombreuses fois et de façon différente à chaque fois ;
- l'insécurité inhérente au fait que ses conséquences sont inconnues ;
- la pression de la croyance "Il faut que ça se sache" (la transparence comme valeur en soi)
- ...

Honte, vulnérabilité et oppression intériorisée.

Une autre demi-journée a permis de développer et d'approfondir ce sujet, à travers des exercices très impliquants pour tou-te-s les participant-e-s et, en ce qui me concerne, à la fois bouleversants et très riches d'enseignements. Elle m'a fourni l'occasion, en particulier, d'une véritable prise de conscience du processus d'auto-entretien des injonctions surmoïques.

L'oppression intériorisée me semble être au cœur de la problématique d'un grand nombre de nos patients, en particulier – mais pas seulement – les patients DGS. C'est sans doute l'un des mécanismes psychiques les mieux partagés. Même les hommes blancs hétérosexuels n'y échappent pas (en tout cas pas tous...) : intériorisation de l'obligation de performance sexuelle, ou du machisme agressif qui, dans notre époque post-féministe, serait indissociable de la masculinité ("si je monte dans un escalier derrière une femme en minijupe, qu'est-ce-qu'elle va penser de moi ?" m'a dit tout récemment un jeune patient hétéro, particulièrement ouvert d'esprit).

Pour nombre de personnes DGS, l'oppression sociale est si profonde, car enracinée dans la différence des genres, que son intériorisation induit la honte d'être soi et des jugements radicaux sur leurs propres désirs, pensées, actes. Cette honte est source de vulnérabilité et d'"hypervigilance" à l'égard de tout ce qui peut mettre en cause cet aspect de leur identité. Mais vulnérabilité n'est pas faiblesse, au contraire : accepter sa propre vulnérabilité est une grande force et participe à la dynamique qui permet de sortir ("coming out") de la honte et de l'oppression intériorisée.

Dans tous les cas, l'instance de la psyché qui juge et condamne sans appel – qu'on l'appelle surmoi cruel ou cerbère (pour rendre l'expression "top dogs", qui signifie patron autoritaire en argot anglais) – joue un rôle majeur dans le maintien de la honte, notamment en lui trouvant des justifications sans fin. Si nous en faisons une cible privilégiée du travail thérapeutique, nos patient-e-s ne peuvent qu'en tirer bénéfice.

Asexualité

La découverte de l'asexualité a été pour moi l'un des points forts du stage, d'autant que nous avons pu profiter d'un témoignage direct. De plus, Olivier Cormier-Otaño nous a présenté une étude passionnante qu'il a réalisée par questionnaire sur un échantillon de 310 personnes se considérant comme asexuelles. Dans notre société hypersexuée, l'asexualité fait figure de phénomène très étrange, incompréhensible, et pour nous, psychothérapeutes, se heurte à notre "savoir" sur la sexualité et ses problématiques... où elle ne trouve pas sa place. C'est à nous de la lui donner si nous voulons pouvoir aider ces personnes à se sentir en paix avec elles-mêmes et intégrées dans leur environnement.

Transsexualité

Ici encore, les témoignages directs ont constitué un apport majeur du stage. J'avais déjà fait des lectures sur ce thème, mais la rencontre avec les personnes qui vivent l'expérience de la transsexualité est irremplaçable.

Une présentation sur l'activité de la consultation de la Tavistock Clinic consacrée aux enfants et adolescents qui questionnent leur genre (le seul service de ce type en Grande-Bretagne) a jeté un éclairage très documenté sur les possibilités d'accueillir leur demande et d'y répondre, humainement et médicalement.

"Aidez-moi à devenir hétéro !"

Bien qu'en perte de vitesse, les thérapies dites de conversion existent encore dans les pays anglo-saxons – peut-être en France aussi, je l'ignore. Mais sans aller jusque-là, nous pouvons tou-te-s être confronté-e-s à une personne qui nous demande de l'aider à cesser d'éprouver des émotions et des sentiments en lien avec la DGS. Comment accueillir sa demande ? Comment l'accompagner dans la recherche d'un meilleur accord avec elle-même sans se laisser emporter par une idéologie "pro-DGS" ?

Derrière cette demande, comme derrière tout questionnement sur l'identité, se trouvent des croyances, fondées sur des stéréotypes, qui apparaissent à la personne comme des vérités, des certitudes. La démarche présentée pendant le stage vise à permettre à la personne de voir les vérités comme des croyances et de prendre conscience que les croyances ne sont pas la vérité (je simplifie...).

Conclusion provisoire

Un mot s'impose à moi au terme de cette expérience, vécue en anglais : le terme "empowerment", dont je ne connais malheureusement pas d'équivalent exact en français. On trouve dans les dictionnaires : responsabilisation, affranchissement, accorder les pleins pouvoirs... Je pourrais parler d'un sentiment de confiance et de liberté fondé sur la reconnaissance de ma responsabilité et de ma capacité d'y faire face.

Je n'avais jamais pris conscience aussi clairement de la nécessité impérieuse de reconnaître, accepter et accueillir la diversité humaine, quelle que soit sa forme et son expression, et de me confronter aux stéréotypes et aux jugements qu'elle ne peut manquer de révéler en moi.

Le concept de DGS ne fait qu'émerger ; il n'a pas fini de contribuer à redessiner les contours de notre "communauté" et d'influencer le regard que nous portons sur nos patient-e-s, et peut-être nos pratiques. La rencontre de personnes issues d'aspects de la DGS que je ne connaissais pas, ou à propos desquels j'avais des préjugés très encombrants, m'a énormément aidé à élargir mon champ de vision, à mieux les accepter et, du coup, à me sentir tout à la fois mieux avec moi-même et plus ouvert à mes patient-es.