

Empathie et psychose

Anastasia Toliou

DANS **LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES** 2011/3 n° 286 , PAGES 35 À 38
ÉDITIONS **MARTIN MÉDIA**

ISSN 0752-501X

DOI 10.3917/jdp.286.0035

Date de mise en ligne : 01/05/2011

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2011-3-page-35?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Empathie et psychose

Anastasia Toliou



Psychologue
clinicienne

Si la littérature souligne l'importance de l'identification du soignant au soigné et la valeur du contre-transfert dans tout processus de soins, qu'en est-il dans le cas de patients psychotiques ? Et comment penser alors l'empathie ? L'étude de cas cliniques montre que, dans un groupe analytique de psychotiques, l'empathie éprouvée par le thérapeute et les patients vient favoriser l'action thérapeutique. L'accompagnement de cette population présuppose-t-il déjà l'attitude empathique du soignant à l'égard de lui-même ?

Monsieur D. a trente ans, il est hospitalisé depuis son adolescence pour des troubles schizophréniques. Ses mimiques sont discordantes, ses yeux bougent de façon inquiétante, sa présence est imposante. Ses phrases ne sont pas cohérentes : il parle de la Chine, puis de ses ongles qui ont fait du mal à quelqu'un avant d'éclater de rire. Une pensée fugitive traverse mon esprit : « *Par quel moyen me défendre s'il passe à l'acte ?* » Un sentiment de peur m'envahit. Je regarde le patient calmement et l'écoute. Il arrête brusquement de parler, me regarde et dit : « *Vous avez peur !* » C'est une affirmation. Je suis désorientée. Il s'agit d'une intrusion dans mon monde interne. Comme s'il pouvait voir en transparence en moi, sans limites, alors que lui m'est encore opaque.

L'empathie du soignant face à la psychose

Quel type de contact établissent les patients psychotiques ? Est-il possible d'avoir une compréhension empathique de leur état ? Et, si tel est le cas, dans quelles conditions ?

Dans cet article, nous tenterons de repérer à quoi renvoie la notion d'empathie en lien avec les soins du patient psychotique. Pour ce faire, nous nous appuyerons sur des cas cliniques tirés de notre pratique dans le cadre d'un foyer de postcure pour patients psychotiques au long cours. Il

s'agit d'une structure de moyen séjour avec une équipe pluridisciplinaire (Laugier et Toliou, 2009), dont l'objectif est le soin des patients dits « insortables », car trop dépendants du cadre institutionnel. Le travail repose sur différents axes : restaurer le sujet narcissiquement par des soins corporels, le resocialiser par des activités concrètes, remobiliser sa pensée grâce à des activités psychothérapeutiques et restaurer une temporalité perturbée. Des entretiens individuels, mais aussi des groupes psychothérapeutiques sont proposés.

Dans la littérature, l'empathie se définit comme la capacité de voir une situation avec les yeux d'une autre personne. Le terme, initialement utilisé par l'école de l'approche centrée sur la personne, renvoie à une identification intellectuelle*, avec les sentiments, les pensées ou attitudes d'un autre (Warner, 1994).

Monsieur W. se trouve tous les matins devant l'entrée du foyer. Nous le saluons en lui tendant la main et en lui adressant un sourire. Il se replie, et son regard devient noir. Il semble avoir peur et commence à parler des araignées qui serrent son corps, d'un crabe qui écrase sa main.

Comment peut-on penser l'empathie dans une telle situation ? S'agit-il de partager ce que le patient vit au niveau phénoménologique (la crainte d'une araignée que l'on ne voit pas) ou de se mettre en contact avec une réalité dont le patient est coupé ?

L'identification narcissique

Concernant le traitement des pathologies narcissiques, René Roussillon (2004) met en avant la place que prend l'identification du soignant au patient dans le travail de soin. Il s'agit d'un processus inconscient, automatique, qu'il nomme « identification narcissique ». Ce processus est susceptible de mettre à l'épreuve les assises identitaires du sujet. Se sentir semblable à l'autre afin de trouver les moyens psychiques est nécessaire pour l'aider, mais fait aussi courir le risque de se perdre dans l'autre. Une jeune patiente psychotique, évoquant l'atelier à médiation auquel elle participe, s'exclame d'une voix irritée : « *Comment voulez-vous que je reste ! Je sais tout ce que les autres disent. Je le devine. Ils ont le même avis que moi. Mais, moi, je suis unique ! Vous ne voudriez pas que je devienne un clone quand même ?* »

Le monde de la psychose, en raison de son étrangeté, questionne profondément chaque soignant. Qu'a-t-on donc de semblable avec un patient psychotique ?

Il est difficile de parler d'identification face à la terreur qui envahit Monsieur W. au moment où nous tentons d'établir un lien

* Le terme d'identification n'a pas le même sens pour l'approche centrée sur la personne que pour l'approche psychanalytique qui considère que c'est un processus inconscient.

avec lui. Nous comprenons consciemment sa crainte, mais cette terreur nous paraît, dans un premier temps, étrangère, car trop enfouie, trop refoulée. Retrouver le contact avec elle signifie ébranler notre « bâtiment » interne. Le travail avec la psychose renvoie justement à la capacité de se mettre en lien avec des états d'angoisse anciens.

Wilfred R. Bion (1953-1959) pense que le patient communique ses états, qui lui sont aussi incompréhensibles qu'insupportables, au soignant par le biais d'un mécanisme d'identification projective. Dans la lignée de Wilfred R. Bion, Thomas Ogden (1982) décrit cette communication en tant que processus, une suite d'interactions intersubjectives conduisant un sujet non seulement à ressentir un état clivé et projeté d'un autre, mais à le vivre comme étant le sien. Une confusion d'identités, un moment d'étrangeté où ce que l'on vit nous appartient tout en ne nous appartenant pas.

Monsieur F. est institutionnalisé depuis plus de vingt-cinq ans. On dit de lui qu'une seule équipe ne suffit pas pour le soigner. Il ne peut rien faire tout seul. Il sollicite un maternage constant, comme un enfant. Par exemple, une fois lavé, il redevient rapidement sale. Personne ne comprend. Il s'excite à toute frustration et a constamment de nouvelles exigences. Il n'articule pas, crache sur les soignants, claque la porte du bureau, insulte. Il ne peut vivre sans nous, mais ne peut vivre avec nous. Les réunions d'équipe lors desquelles son cas est évoqué sont moroses. On désespère. « *Il mourra avec nous.* » Le temps s'est arrêté. Tant d'émotions que le patient lui-même ne peut nommer, mais qu'il nous communique.

Harold Searles (1965) nous met en garde face à cette attitude de désespoir, qui risque de nous accrocher aux bénéfices d'une relation symbiotique. Il s'agit de pouvoir comprendre ce que le patient « *re-présente avec nous* » sans pouvoir se le représenter (Roussillon, 2004). Pour Monsieur F., et tant d'autres, une équipe est la scène de théâtre où ses parties internes sont projetées en attente d'élaboration. L'équipe fonctionne alors comme une caisse de résonance qui peut « mettre en mots » ce qui, parfois, « fait bruit » chez le patient psychotique. Depuis les enseignements de Paul-Claude Racamier (1970), nous pensons que les états émotionnels qui animent nos réunions d'équipe sont un miroir reflétant, en partie, l'image du déchirement intérieur des patients que nous soignons.

Penser ce que nous vivons à leur contact serait une voie possible pour atteindre un certain degré d'empathie nécessaire pour le soin.

L'expérience du contre-transfert

Paula Heimann (1950) et Money Kyrle (1956) mettent l'accent sur la valeur du contre-transfert, à savoir l'expérience subjective que l'on vit avec le patient, qui comprend affects, sentiments, pensées et actes. Néanmoins, il serait illusoire de croire, comme le souligne à juste titre Stefano Bolognini (2006, p. 116), que l'on peut avoir une utilisation « *technique, immédiate et aisée* » du contre-transfert, sachant que c'est un phénomène de nature inconsciente. Nous ne pouvons être conscients que d'une partie de ce que le patient réveille en nous, le reste étant protégé par le refoulement. Les émergences émotionnelles sont souvent considérées par les soignants comme un danger face à une position soignante idéale : « *Il faut rester professionnel !* »

Est-il possible d'éviter l'implication affective dans le soin psychique ? Les affects ne sont ni contrôlables ni décidables (Van Lysebeth-Ledent, 2004). Ils débordent de façon imprévue et dévoilent une partie de notre intimité ; nous ne sommes plus « intouchables » face au patient.

Michèle Van Lysebeth-Ledent porte un regard critique sur l'idée que l'empathie est souvent associée au fait d'avoir « des bons sentiments » pour quelqu'un afin de l'accueillir avec bienveillance. Or, le contact avec le patient psychotique nous surprend par l'intensité des sentiments dits « négatifs » que l'on peut éprouver : rage, mélancolie, rejet, abandon... Lorsque le patient utilise l'identification projective dans le but de communiquer ses états et non de s'en débarrasser, le soignant peut faire l'expérience d'une position féminine du contre-transfert (Van Lysebeth-Ledent, 2004). Il peut être réceptif et reconnaître, chez le patient, une partie de lui-même, une partie *infans* endommagée qui demande soulagement. Travailler avec la psychose signifie notamment réparer des parties endommagées de soi-même. La mobilisation de nos pulsions réparatrices constitue à la fois un moteur du travail et un grand piège.

Monsieur Z., jeune patient de trente ans, est suivi en psychothérapie individuelle hebdomadaire. Il ne sort pas souvent de sa chambre, étale ses papiers sur le lit et écrit. Il communique difficilement avec les

autres patients et a une activité délirante très importante. Les soignants disent ne pas pouvoir nouer un contact avec lui. Il n'accepte aucune activité sociothérapeutique. Néanmoins, il se rend volontiers aux entretiens. La plupart du temps, je me perds dans le fil de ses associations. J'ai l'impression de nager. Le sentiment n'est pas désagréable. Je tente à chaque fois de lui renvoyer ce que j'ai pu comprendre de ses dires. Parfois, c'est peu. Parfois, ce n'est rien. Cela ne le dérange pas. « Je » lui suffit. Je me rends compte, avec le temps, que je prends plaisir à l'accueillir, je ne ressens aucune peur, j'ai l'impression de pouvoir l'aider. L'équipe est cependant désespérée. Ce patient n'avance pas. Je me surprends à ne pas leur rapporter ce que je vis avec lui. Comme s'il s'agissait d'un jardin secret qui n'appartiendrait qu'à lui et moi. « *Je peux le sauver.* » « *Il veut que je le sauve.* » « *Tous les deux, on y arrivera !* » Une illusion que Paul-Claude Racamier (1995) décrit comme étant le fruit des interactions normales entre la mère et son bébé au tout début de la vie et qu'il nomme « *séduction narcissique* ». Les patients psychotiques font appel à l'instinct maternel du soignant. C'est prendre un grand risque que de croire qu'une mère, à elle seule, peut tout comprendre, tout réparer. Il s'agirait d'une mère omnipotente, dévorante. Lorsqu'un soignant se trouve dans la situation que nous venons de décrire, il répète avec le patient une scène primitive. Stefano Bolognini (2006) pense que l'expérience contre-transférentielle, dont il est ici question, est nécessaire pour entrer en contact avec le monde interne d'un patient. Mais elle ne garantit pas l'empathie si l'on reste identifié à ses objets internes. Il s'agit non seulement de pouvoir répéter cette scène interne, mais aussi de se donner les moyens de la comprendre.

D'où la nécessité des dispositifs qui occupent une fonction tierce. Les réunions d'équipe, sous certaines conditions, peuvent avoir cette vocation. Il est nécessaire de distinguer les réunions informatives, qui collectent des données, des réunions élaboratives, qui visent la compréhension du sens de ce que le patient projette sur l'équipe. Pour ce faire, Paul-Claude Racamier (1970) considère qu'il est important que les patients ne soient pas appréhendés par la totalité de l'équipe sous un angle uniforme, à la condition néanmoins que les différents points de vue puissent être confrontés. Les espaces de supervision ou d'analyse des pratiques constituent également un

espace tiers indispensable dans la relation soignant-soigné. Par la séparation qu'ils imposent dans la relation, ils permettent la remobilisation des processus de pensée entravés très souvent par les mécanismes psychotiques. Ils offrent aussi un cadre de contenance des affects, parfois très violents, que l'on peut vivre au contact des patients. En ce sens, ils permettent la mise en lien des éléments clivés à l'image du monde interne des patients psychotiques.

Dans le cadre des soins au sein du foyer de postcure, nous avons émis l'hypothèse qu'un espace thérapeutique groupal permettrait aux patients psychotiques d'accéder à une élaboration des éléments morcelés, dissociés, clivés en eux. Il leur offrirait un espace de pensée qui leur serait propre, à l'instar des espaces de pensée propres aux soignants.

Expériences en groupe analytique

Il s'agit d'un groupe hebdomadaire lentement ouvert, sans médiation, d'une durée d'une heure et demie, où un travail sur soi et sur son rapport à autrui est proposé. La consigne est celle de l'association libre. Nous appliquons les règles de confidentialité et de régularité, ainsi que celles de l'abstinence - dans le sens du remplacement de l'agir par la parole. Initialement seule thérapeute pour conduire ce groupe, j'ai été rejointe par une autre thérapeute il y a deux ans.

Un tel groupe peut avoir une action thérapeutique sur les patients, à condition qu'il reste articulé au reste du dispositif de soins et que l'on puisse analyser régulièrement son rapport au cadre institutionnel (Toliou, 2009). Il s'agit d'instaurer progressivement, au sein de l'espace, des processus permettant à l'empathie d'émerger chez le thérapeute et chaque participant.

Le groupe, en tant que moyen thérapeutique, est bien connu pour sa valeur mobilisatrice des émotions. La présence des autres, les interactions qui se mettent en place, aussi anodines qu'elles puissent paraître sur un plan manifeste, ont une valeur d'excitation libidinale importante. Chaque membre du groupe, y compris le thérapeute, participe à la création de ce qui « se vit » dans le ici et maintenant. L'objectif commun étant de comprendre ce que l'expérience d'être ensemble nous apprend. En rapport avec cet objectif, patients et thérapeute semblent être au même niveau, même s'ils ont une



Le maintien des interactions est le premier objectif du travail au sein d'un groupe analytique avec des patients psychotiques.

place et une fonction différentes au sein du groupe. De ce point de vue, être empathique signifierait penser sa propre expérience au sein du groupe et donner la possibilité aux autres de penser la leur. Concernant les patients qui ont une difficulté de contact empathique - comme c'est notamment le cas des personnes atteintes de psychose - Ping-Nie Pao (1984) note que « empathiser » n'est pas l'affaire d'un seul. Il doit y en avoir « un » qui désire comprendre et « un autre » qui souhaite être compris. Les deux personnes forment, par palier, un réseau de communications imbriquées entre elles, de plus en plus intriquées. Ces interactions internes ont pour but de maintenir « l'échange de... à... »

Veiller au maintien des interactions

Le maintien des interactions est le premier objectif du travail au sein d'un groupe analytique avec des patients psychotiques. Voici une séquence des premières séances : cinq patients composent le groupe. Certains arrivent à l'heure, d'autres errent en fumant dans le parc qui entoure la salle du groupe. Il est difficile de démarrer. Monsieur V. regarde le sol ; Monsieur M. tente de lancer un thème : « Parlons de politique » ; Monsieur D. éclate de rire sans que l'on comprenne pourquoi. Monsieur R. interagit avec Monsieur M. autour de la politique. Monsieur V. parle tout seul, et plus fort qu'eux pour couvrir leurs voix. Monsieur L. reste sidéré. Il est difficile de suivre. Quelques tentatives de régulation de la parole sont lancées. Le groupe

bourdonne. Les participants parlent l'un « sur » l'autre. L'émotion ressentie est celle de plonger dans une marée noire sans possibilité de bouger. Qu'est-ce qui nous empêche d'écouter l'autre ? Les séances se répètent souvent de la même façon. On tente, à chaque fois, de mettre des mots sur ce que l'on vit ensemble.

Stefano Bolognini (2006) note que le partage de l'expérience constitue une phase nécessaire du processus analytique pour les personnes qui n'ont pas seulement besoin d'être informées de leur vie intérieure, mais qui doivent être aidées à en faire l'expérience, en utilisant alors la relation et la vie psychique commune avec l'analyste. Dans le cadre du groupe, chaque participant utilise la vie psychique commune avec l'analyste et les autres patients, ce qui devient la vie psychique du groupe.

Après quelques mois de fonctionnement, le rythme de la séance change. Quelques silences apparaissent. Après les moments de « tempête », lors desquels on ne comprend presque rien, quelques bribes de souvenirs émergent. Un jour, Monsieur V. arrête son soliloque et nous parle de la famille qui l'a abandonné. Monsieur M. ne le supporte pas. Il s'excite, insulte le thérapeute qui ne fait rien. Il se lève et part en claquant la porte. Tisser des liens avec le passé semble insupportable.

Stefano Bolognini (2006) commente, à propos du contact empathique, que, dans l'interaction de deux partenaires, si l'un décide d'interrompre l'échange « de... à... », on rencontre le phénomène d'attaque contre les liens décrit par

Wilfred R. Bion (1959). Pour Monsieur M., ressentir les émotions liées à l'abandon vécu par Monsieur V. n'est pas possible dans un premier temps.

Les difficultés face à la souffrance de l'autre

Supporter la souffrance de l'autre sans qu'elle nous anéantisse est le deuxième objectif de notre travail en groupe. Cela suppose que l'on puisse appréhender cette même souffrance à l'intérieur de soi et ainsi se reconnaître en l'autre. Monsieur M. et Monsieur V. sont complices dans le groupe. Leur vécu présente des similitudes, comme ils le découvriront au fil du temps.

La scène de départ de Monsieur M. se déroulera à plusieurs reprises sous le regard de tous. Monsieur M. irrite, exaspère, agace, fait peur. On ne peut pas mettre de mots en sa présence, les participants n'osent pas dialoguer avec lui et ne s'autorisent à parler qu'en son absence : « *Il est trop malade, il n'a pas sa place ici, on ne le comprend pas.* » La thérapeute fait la même expérience que les patients. Elle se sent sous l'emprise de forces violentes. Il s'agit non pas de colère mais de rage. D'une envie d'exclure le patient du groupe, de faire disparaître une fois pour toutes ce qui pose problème. La thérapeute est probablement en contact avec une partie des objets internes du patient, mais aussi avec cette partie du groupe qui reste silencieuse afin de faire taire l'agressivité susceptible de déborder.

Est-ce que Monsieur M. évite le contact empathique ? Laisser les autres nous approcher psychiquement entraîne le risque de se faire abandonner de nouveau. Monsieur M. quitte l'espace comme un animal sauvage de crainte d'attaquer ou de se faire attaquer physiquement. Comment accueillir avec bienveillance ce qui nous terrifie ? Cela serait illusoire de croire que l'on peut « décider » de façon consciente une telle attitude. On peut, néanmoins, se donner du temps afin que les représentations de mot émergent lentement.

Les règles de l'espace analytique garantissent ce travail fastidieux pour que l'expérience prenne sens. Ce qui sera le cas pour le groupe, au fil des quatre dernières années, durant lesquelles chaque patient évoquera progressivement des parties de son histoire donnant ainsi sens aux passages à l'acte vécus régulièrement pendant les séances.

Quand un contact empathique émerge...

Voici une dernière séquence du groupe qui permettra d'illustrer comment un contact empathique peut émerger.

Les participants élaborent depuis six mois la problématique de la séparation par suite de trois événements importants. D'un côté, le groupe a changé d'espace en s'éloignant du foyer de postcure. De l'autre côté, Monsieur R., qui avait une fonction de leader au sein du groupe, a décidé de le quitter, et Monsieur D. vient de perdre sa mère.

La séance a un rythme lent. Les visages sont marqués. On ressent de la tension, et plusieurs questions me sont adressées comme une demande de guidance. La parole nécessite d'être régulée, les silences ne sont pas supportés. Pendant la séance, je me sens profondément triste, mais j'ai l'impression de ne pas pouvoir me laisser aller à ce sentiment, car il faut « s'occuper » du groupe qui sollicite. On peut imaginer que l'on partage tous cette tristesse, mais rien ne peut être dit, il n'y a pas de place.

La tristesse qui s'installe en moi répond à cette partie du groupe qui souhaite communiquer un état de deuil.

Monsieur D. parle de sa mère décédée, les autres participants l'écoutent attentivement, lui donnent des conseils et lui adressent quelques mots réconfortants. Les participants me sollicitent alors qu'ils ne s'adressent pas à ma collègue. Comme s'ils sentaient que le fait d'être en contact avec des affects dépressifs rendait l'objet absent. Deux d'entre eux demandent l'autorisation d'aller aux toilettes ! Une partie infantile qui demande à ce qu'une mère soit toujours présente, ne soit pas touchée par la mort. Un sentiment d'agacement m'envahit : « *Pourquoi n'a-t-on pas le droit d'être triste ?* »

Il s'agit d'une autre partie du groupe qui se défend contre le deuil et souhaiterait que la mort n'existe pas.

Je partage le sentiment de tristesse que je ressens dans le groupe et la difficulté que l'on aurait à le vivre.

Les deux séances qui suivent sont marquées par un climat dépressif. Il s'agit des familles défaillantes. Quelques tensions viennent donner « de la vie » pour lutter contre ce que la mort fait craindre. Pendant la troisième séance, il sera de nouveau question des figures parentales absentes durant l'enfance. Les participants sollicitent Monsieur D. au sujet de sa mère. Ils sont inquiets et le verbalisent. Monsieur M. reviendra sur un moment de tension

entre lui et Monsieur D. : « *Il pense que l'on a tué sa mère, il nous en veut.* » Qu'est-ce que l'on éprouve face à Monsieur D. ? Selon Monsieur L., « *il est blessé et triste.* » Monsieur D. acquiesce. Est-ce que la tristesse provoque de la violence ? Monsieur D. revient : « *C'est parce que tu m'as lancé des regards...* » Est-ce qu'un regard peut tuer ? Monsieur M. parle de sa violence physique à des moments de séparation. Il a été violent et craint la violence de Monsieur D. Qu'a-t-on vu dans le regard de Monsieur M. la semaine dernière ? Monsieur L. répond, avec beaucoup de sollicitude, « *de la compassion.* » Un mot qui surprend : un état hybride entre compassion et empathie.

Les participants se regardent timidement, un lien se retisse. Plus tard dans la séance, ma collègue verbalise : « *Il est difficile de communiquer sa solitude.* » Les mots sont apaisants, ils instaurent une séparation qui permet à chacun de trouver sa place. Nous sommes semblables, mais pas identiques. Le silence est toléré pour la première fois depuis longtemps, et chacun peut vivre sa solitude auprès de l'autre sans que cela désorganise le groupe.

Conclusion

Wilfred R. Bion considère que le « pire ennemi » de tout analyste est non pas ses affects, mais les défenses qu'il mettra en place pour les neutraliser, pour maintenir un idéal soignant dans lequel les pulsions agressives n'auraient pas de place. Au vu de mon expérience, il me semble qu'accompagner le patient psychotique pré-suppose d'être « empathique » à l'égard de soi-même, d'accueillir avec bienveillance ce qui vient surprendre, faire rupture et déstabiliser, avant de pouvoir rendre compte d'une partie au patient.

Pour ce faire, il est absolument nécessaire de s'appuyer sur des espaces ayant une fonction tierce afin d'éviter, le plus possible, la collusion avec les objets internes du patient. Je suis aujourd'hui convaincue de la proposition de Stefano Bolognini (2006, p. 175) : l'empathie n'est pas une attitude à avoir mais l'aboutissement d'un long travail ; un contact caractérisé par la séparation et la complexité, contact progressif avec toutes les facettes internes de l'individu.

Lorsque, à la fin de la dernière séance, Monsieur D. s'est levé et nous a dit d'un ton très triste : « *Je suis blessé* », on pouvait tous se reconnaître en lui. Pendant quelques instants, il n'était pas « psychotique », mais simplement « un parmi nous ». ■