

# Revue québécoise de Gestalt

*Cheminements de vie et  
processus thérapeutiques*

Les Éditions de l'AQG



Volume 13 • 2012

Éditée à l'intention de toute personne intéressée à la théorie, à la recherche et à la pratique de la Gestalt, la *Revue québécoise de Gestalt* a pour mission de :

- mettre en valeur l'originalité et la richesse de la pratique gestaltiste québécoise et de favoriser la recherche et la réflexion théorique qui s'y rattachent;
- être un lieu de dialogue qui permet et stimule les échanges et les débats sur des thèmes pertinents à la théorie et à la pratique de la Gestalt;
- favoriser la croissance et l'avancement de la Gestalt et de ses praticiens;
- stimuler l'écriture au sein de la communauté gestaltiste québécoise.

**DIRECTRICE DE LA PUBLICATION :**

Caroline BOUCHARD

**COMITÉ DE RÉDACTION :**

Caroline BOUCHARD

Marc-Simon DROUIN

Maria Rosa FERRETTI

Marie GÉRIN-LAJOIE

Danielle POUPARD

**CONCEPTION GRAPHIQUE DE LA COUVERTURE**

**ET MISE EN PAGE :**

JC design

[www.juliecloutier.com](http://www.juliecloutier.com)

**IMPRESSION :**

Le Caïus du livre inc.

La *Revue québécoise de Gestalt* est publiée par :

Association Québécoise de Gestalt

C.P. 428, succ. Delorimier

Montréal (Québec) H2H 2N7

Canada

**Adresse Internet de l'association :** [www.gestaltqc.ca](http://www.gestaltqc.ca)

ISSN 1206 5978

Dépôts légaux : Bibliothèque nationale du Québec  
et Bibliothèque nationale du Canada.

# Revue québécoise de Gestalt

*Cheminements de vie et  
processus thérapeutiques*



## Mot de la présidente

La planète bleue est toute petite. Plus aucune société moderne ne peut vivre en vase clos. Nos influences viennent de partout. Par exemple, au Québec, en 2011 seulement, nous avons accueilli plus de 50 000 immigrants. Depuis les années 1970, plus d'une centaine de communautés d'origines diverses s'y sont installées, insufflant par cette diversité une grande richesse culturelle, jusque dans le quotidien et l'intime. Désormais, nous mangeons, nous nous vêtons, nous nous logeons, nous pensons, nous communiquons, nous aimons, nous prions, bref, nous vivons à l'aune de l'universel. Cependant, comme société cela nous confronte à de nombreux défis. Le premier étant sans doute de résister à l'oubli de qui nous sommes, afin de ne pas disparaître, noyés dans cette universalité. Les sociologues et les politicologues sauront mieux que nous analyser et définir les structures de survie dont nous avons besoin comme peuple.

Quant à nous, psychothérapeutes, nous percevons que le monde de la psychothérapie n'échappe pas à cette interpénétration culturelle et que, depuis une vingtaine d'années, il est marqué par un véritable décloisonnement des approches. Pensons, par exemple, à la thérapie comportementale de la pleine conscience (*mindfulness*) qui allie thérapies cognitives et concept millénaire de pleine conscience, issu du bouddhisme. Pensons à l'intersubjectivité qui fait se rencontrer notions psychanalytiques traditionnelles et valeurs existentielles humanistes, en plaçant l'expérience subjective du thérapeute et du client au cœur de la démarche psychothérapeutique. Pensons à la neuropsychanalyse qui fait le lien entre psychanalyse, neuropsychologie et sciences cognitives, et qui semble donner de plus en plus de poids à l'intuition de Freud: voir un jour sa théorie de l'appareil psychique confirmée par les structures organiques du cerveau. Quant à nous, gestaltistes, nous ne sommes pas en reste avec le modèle de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet qui allie valeurs humanistes et concepts psychanalytiques. Sans oublier notre intérêt croissant pour les neurosciences qui laisse présager l'apparition, à plus ou moins long terme, d'un nouveau modèle: la *neurogestalt*. Enfin, soulignons que, bien avant le *mindfulness*, la Gestalt classique parlait

d'*awareness* et « d'ici et maintenant » et qu'elle était déjà un modèle intégratif.

Autant de métissages qui permettent de rendre compte de l'expérience humaine d'une manière de plus en plus riche et de plus en plus complète, mais qui nous confrontent, nous aussi, à certains défis. Devant l'actuel foisonnement et l'interpénétration des approches auxquels nous adhérons à juste titre et avec enthousiasme, il nous faut être vigilants afin de conserver notre histoire, notre identité, nos valeurs, notre langage singulier. Pour ce faire, nous avons besoin de structures qui tiennent lieu de filets de sécurité.

Depuis 23 ans, l'AQG remplit cette fonction de contenir et de regrouper les gestaltistes québécois. Elle est une instance de réflexion, d'échanges, de partage et de diffusion du savoir qui contribue à démontrer la pertinence de notre modèle et à le faire rayonner. Après les bouleversements des dernières années, le congrès d'orientation de 2010 nous a donné un nouveau souffle et l'importante augmentation de notre effectif témoigne d'une vigueur retrouvée. L'événement d'envergure que nous avons tenu en avril dernier — soit la journée-conférence du Dr Cozolino — s'inscrit dans notre tradition d'ouverture à la dimension internationale.

Mais, comme nous le savons, toute vie associative demeure fragile. Faisons en sorte que ce regain de vigueur ne soit pas un chant du cygne. Tout comme un pays a besoin de l'engagement et de la fierté de ses citoyens pour survivre et se développer, une association a besoin de l'implication de ses membres.

S'impliquer, c'est précisément ce que font les auteurs de ce treizième volume de la *Revue québécoise de Gestalt*. Par leur engagement et en consentant à l'effort de produire ce bouquet de textes, ils font la preuve qu'encore une fois nous, gestaltistes, avons des choses significatives à dire. Nous les disons avec notre langage singulier, rigoureux et qui raconte entre les lignes notre désir de voir la Gestalt-thérapie être et demeurer aux premières loges de la psychologie moderne.

Merci à chacun d'eux pour ce cadeau à la communauté!

Sylvie DUNN  
Présidente de l'AQG

## Éditorial

### Cheminelements de vie et processus thérapeutiques

**A**u Québec, nous traversons en ce moment une période d'effervescence, voire de profonde confrontation. Il y a longtemps que nous avons vécu une telle crise sociale. Nous sommes aujourd'hui témoins de fréquents débordements, certes, mais il est essentiel que les parties en cause puissent s'exprimer, car une société où les gens ne communiquent pas s'asphyxie lentement. Toutefois, le dialogue n'est pas simple à maintenir.

Un tel climat social nous rappelle, toutes proportions gardées bien sûr, les grands moments et les importants débats qui ont entouré le développement de notre approche. Comme le mentionnait Janine Corbeil, la Gestalt-thérapie s'est développée à la faveur d'une contre-culture, et ses fondateurs remettaient en question non seulement une société jugée trop répressive, mais aussi les approches psychologiques qui visaient l'ajustement pur et simple des personnes à ces sociétés malades.

Il est assez plausible d'imaginer Fritz Perls, Paul Goodman et Serge Ginger manifestant avec les étudiants et défiant les forces de l'ordre de façon vigoureuse et parfois irrévérencieuse. Imaginons également Irving et Myriam Polster, en compagnie de Joseph Zinker participant à un joyeux concert de casseroles!

Il est à souhaiter que la crise actuelle trouve son dénouement dans l'ouverture à soi et à l'autre. Souhaitons également qu'on passe de l'imposition d'un point de vue unique et rigide à une réelle préoccupation d'intégration des perspectives multiples pour une meilleure évolution sociale. En ce qui a trait à notre approche, nous croyons pouvoir affirmer: «Mission accomplie!». La Gestalt, sous toutes ses formes, a atteint une maturité qui lui permet de gérer adéquatement ses frontières dans un souci d'ouverture et d'intégration rigoureuse par rapport aux autres modèles théoriques et thérapeutiques. Cependant, il faut rester vigilants, car l'intégrisme et la rigidité de pensée sont des refuges faciles et attrayants dans les moments de confusion. Toutefois, comme en témoignent la richesse et la diversité des articles qui composent la

présente revue, notre communauté est à la fois bien vivante et toujours en pleine et saine croissance.

Sous le thème « Cheminement de vie et processus thérapeutiques », ce numéro vous propose un parcours qui s'amorce par une réflexion de Marie-Pascale Martorell portant sur la régulation et la dysrégulation du contact dans la relation thérapeutique. Elle nous présente la perspective des neurosciences affectives. Celles-ci ouvrent aux thérapeutes gestaltistes un champ de connaissances qui leur permet de mesurer l'impact des ruptures de contact et d'adapter leurs interventions à la capacité de régulation émotionnelle de leurs clients.

Le modèle de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) qu'a créé Gilles Delisle est pratiqué par nombre de thérapeutes au Québec et en Europe. La vitalité de cette croissance se reflète non seulement dans l'adhésion de plusieurs thérapeutes à ce mode d'intervention, mais également par le nombre croissant de publications traitant des fondements même de cette approche. Les quatre prochains articles portent sur ce modèle.

Dans leur article, François Auger et Marc-Simon Drouin suggèrent un élargissement du concept de dilemme de contact en PGRO, afin de favoriser la rencontre de modèles conflictuels et déficitaires de la pathogenèse. Après avoir situé la position « conflictuelle » de la PGRO dans ses conceptions sur l'étiologie des troubles de la personnalité, ils s'inspirent de théories novatrices qui apportent un autre éclairage sur l'impact des déficits dans la pathogenèse.

La PGRO intègre les approches humaniste-existentielle et psychodynamique pour traiter des enjeux développementaux qui se manifestent au cours de la vie adulte, dans des reproductions d'impasses relationnelles, et qui sont habituellement à l'origine des troubles de la personnalité. Or, la relation de couple est sans doute le contexte le plus favorable à de telles reproductions. Pourquoi et comment? Voilà deux questions auxquelles Michel Dandeneau tente de répondre dans un article à la fois théorique et clinique. En situant l'émotion et sa régulation au cœur du développement du Self et de son fonctionnement, il émet l'hypothèse qu'à partir d'identifications projectives mutuelles, le couple forme un système semblable à une personnalité.

Par la suite, François Lafond ébauche les principes d'un traitement de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) selon le modèle de la PGRO. Ce traitement repose principalement sur une herméneutique des mécanismes instinctuels chroniquement déployés et sur des modalités d'actions réparatrices. Il propose et

décortique quelques questions préalables que soulève cette application de la PGRO.

La personne du thérapeute est un élément central du processus thérapeutique. Denise Ouellet et Marc-Simon Drouin retracent l'évolution du concept de contretransfert dans la littérature clinique et abordent ensuite la neurodynamique du champ intersubjectif et la place du contretransfert en PGRO. Ils présentent enfin l'intégration de ces concepts et proposent une grille d'analyse de l'expérience contretransférentielle.

Quant à Line Girard et à Gilles Delisle, ils nous offrent la traduction d'un article de Anne Kearns « Le miroir brisé ». À travers deux études de cas, l'auteure présente la réalité de thérapeutes aux prises avec des clients dont le système relationnel inconscient soutient un sentiment de rage et de vengeance qui s'exprime dans un transfert malin et une dynamique destructive mise en place inconsciemment, et dont la fonction est de saboter le traitement dès le départ.

Parmi les transitions qui émaillent le parcours d'un être humain de l'enfance à la vieillesse, le passage de la vie du travail organisé à la retraite constitue une transition majeure. Danielle Poupard en explore les trois principales étapes ainsi que les difficultés d'adaptation qu'on peut rencontrer à la suite du départ à la retraite. Elle propose quelques pistes de réflexion au sujet de la forme ou des formes que pourrait prendre notre retraite, intervenants et psychothérapeutes.

Pour clore ce parcours, deux membres de notre association nous font part de leurs commentaires de lecture à propos de deux ouvrages importants. Martin Ouellet présente l'ouvrage de Wallin « Attachement and psychotherapy » et Marie Gérin-Lajoie commente le volume « The mindful therapist » de Daniel Siegel.

C'est avec grand plaisir que le comité de rédaction de la revue vous offre cette nouvelle cuvée. En espérant que nos dirigeants politiques puissent faire preuve de la même ouverture que notre communauté, nous vous souhaitons bonne lecture!

Marc-Simon Drouin  
Comité de rédaction

NDLR: On notera l'utilisation des mots *sécure, non sécure, développemental, neurodéveloppemental, accordage, désaccordage, réaccordage, dérégulation, dysrégulation*, du verbe *dysréguler*, ainsi que du verbe *mentaliser*, du mot *mentalisation* (traduction libre de



*mentalize* et *mentalization*) et de leurs dérivés dans certains articles de cette édition de la *RQG*. Précisons que ces mots, soit ne font pas partie de la langue française, soit sont employés dans un sens différent du sens habituel. Comme ces termes sont utilisés couramment dans les écrits théoriques et cliniques sur le développement de la personne, ils sont acceptés dans cette optique par la rédaction.

# Hommage à Serge Ginger

Gilles DELISLE

Line GIRARD

C'est avec beaucoup de tristesse que nous avons appris le décès de Serge, l'automne dernier.

Nous nous souvenons d'un Serge Ginger vivant, actif, toujours prêt à l'action, d'un pays à l'autre, d'un programme de formation à l'autre... Clinicien, auteur, conférencier, organisateur et formateur — infatigable en tout — il a incarné pour des générations de gestaltistes l'inventivité clinique et l'implication profonde du psychothérapeute tel qu'il en avait « pris possession » dans Perls, Hefferline et Goodman. Serge était sans conteste la figure de proue de la gestalt francophone. Bien avant que l'idée en soit acceptée, il a su voir les possibilités d'arrimage entre les neurosciences et la psychothérapie.

Les diplômés du CIG qui ont eu le bonheur de travailler avec lui à l'époque où le CIG et l'EPG s'échangeaient des formateurs se souviendront d'un homme sincère et chaleureux qui les aura aidés à trouver leur chemin.

Récemment, c'est de son lit d'hôpital que Serge avait eu la générosité bouleversante d'écrire un commentaire pour la traduction anglaise d'un livre de Gilles. À lui seul, ce geste résume la loyauté et l'élégance de l'homme.

La communauté du CIG adresse ses sincères condoléances à son épouse, Anne, à leurs enfants ainsi qu'à toute la communauté de l'EPG.

Quand il nous écrivait, Serge signait « fraternellement ».

À Serge, notre frère.

# Hommage à Serge Ginger

Janine CORBEIL

Serge Ginger, psychologue français et pionnier de la Gestalt en France, est décédé le premier novembre 2011. Né en 1928, il allait bientôt avoir 84 ans.

Son départ nous invite à lui rendre hommage comme collègue gestaltiste et ami de plusieurs d'entre nous.

Nous l'avons connu ici, au Québec, au tout début de notre association. On pourrait même ajouter qu'il fut pour quelque chose dans la création de l'AQG, dans la mesure où il a été parmi ceux qui, lors d'un congrès du *Gestalt Journal* tenu à Montréal en 1988, nous avaient encouragés à fonder notre propre association.

Je rappelle cette collaboration dans le dernier numéro de notre revue, publiée en 2010. Le départ de Serge me fait revivre ces premiers souvenirs où son énergie, sa vitalité et son discours mobilisant nous poussaient vers la nécessité de passer à l'action plutôt que de simplement cogiter sur les bienfaits d'une éventuelle association.

Ce petit cousin d'outre-Atlantique tenait à ses liens avec nous, puisqu'il a été jusqu'à tout récemment membre de l'AQG, qu'il a donné ici quelques sessions de formation à la Gestalt dans les années 1980 et qu'il a invité quelques-uns d'entre nous à travailler avec ces propres étudiants de l'EPG (École Parisienne de Gestalt). À son invitation, alors que j'allais par ailleurs enseigner à Nantes à l'hiver 1993, j'ai eu l'occasion de faire un détour à Paris pour offrir trois jours de formation aux étudiants de l'EPG.

Serge était un bâtisseur, un fondateur. Avec sa conjointe, Anne Peyron Ginger, il fonde la Société française de Gestalt en 1981 (SFG) et dix ans plus tard, l'École Parisienne de Gestalt (EPG). Le nombre d'associations que Serge Ginger a fondées lui-même ou en collaboration avec des collègues est impressionnant. Jusqu'à la fin de sa vie, il a été un ardent défenseur de la Gestalt et un éloquent porte-parole pour la psychothérapie en France. En février 2011, moins d'un an avant son décès, il a été élu Président d'honneur de l'*European Association for Psychotherapy* et membre d'honneur de l'*EAGP (European Association for Gestalt therapy)*.

Depuis quelques années, lui et moi étions engagés dans la rédaction de l'histoire de la Gestalt-thérapie dans nos pays respectifs pour une publication internationale qui doit sortir incessamment en Angleterre. Ce livre porte sur la Gestalt à travers le monde, et une vingtaine de pionniers de la Gestalt — dans

chacun leur pays — y ont contribué. Durant l'année 2011, alors que des dernières petites corrections s'imposaient encore, Serge avouait sa fatigue et sa lassitude. Lui, si actif par le passé, n'en pouvait tout simplement plus. Son cœur le lâchait. Alors que Serge avait parcouru le monde pour répandre la bonne nouvelle, il n'avait plus le droit de prendre l'avion; alors qu'il avait été sur toutes les tribunes pour défendre la profession de psychothérapeute et la Gestalt, il n'avait plus le droit de prononcer de conférences. Son cœur si vaillant par le passé ne le lui permettait plus.

Lors de quelques-unes de nos rencontres, Serge m'avait parlé du temps de ses études universitaires en psychologie, dans une France épuisée et appauvrie de l'après-guerre. L'Histoire avait fait de lui un combattant qui ne lâcherait pas facilement.

Quand j'ai reçu l'annonce de son décès, je n'étais pas surprise, mais triste. Comme tant d'autres qui passent et ne sont plus, emportant avec eux la sagesse, l'expérience et les connaissances qu'ils avaient précieusement accumulées au cours de leur périple sur cette planète.

Le 6 janvier 2012, à Paris, eut lieu une cérémonie funèbre à sa mémoire à l'École de formation à la Gestalt qu'il avait fondée. À l'annonce de son décès, une chanson de Félix Leclerc m'est revenue.

J'ai imaginé que les cousins du Québec y étaient et qu'ils y chantaient en chœur, à son intention, quelques-unes des strophes d'un de nos poètes.

*Moi, mes souliers ont beaucoup voyagé  
Ils m'ont porté de l'école à la guerre  
J'ai traversé sur mes souliers ferrés  
Le monde et sa misère.  
S'ils ont marché pour trouver l'débouché  
S'ils ont traîné de village en village  
Suis pas rendu plus loin qu'à mon lever  
Mais devenu plus sage.  
Tous les souliers qui bougent dans les cités  
Souliers de gueux et souliers de reine  
Un jour cesseront d'user les planchers  
Peut-être cette semaine.  
Au paradis paraît-il mes amis  
C'est pas la place pour les souliers vernis  
Dépêchez-vous de salir vos souliers  
Si vous voulez être pardonnés.  
(Félix Leclerc *Moi, mes souliers*)*

# Régulation et dysrégulation du contact dans la relation thérapeutique

Perspectives et apports des neurosciences affectives

Marie-Pascale MARTORELL

## Résumé

La perspective des neurosciences affectives ouvre un champ de connaissances aux thérapeutes gestaltistes pour mesurer l'impact des ruptures de contact et adapter les interventions en fonction de la capacité de régulation émotionnelle de leurs clients. Il s'agit de se familiariser avec ce nouveau vocabulaire et de comprendre la dynamique globale de l'organisme depuis cette perspective. Je partage avec vous un itinéraire balisé par l'intégration des travaux sur la *mentalisation* de Fonagy, les recherches en neurosciences affectives menées par Panksepp et celles conduites par Schore sur l'émergence de la honte et la régulation narcissique. Ces points seront illustrés par des exemples d'interactions en situation thérapeutique.

Les chercheurs en neuropsychologie encouragent les thérapeutes à s'intéresser au fonctionnement du système nerveux et aux réactions somatiques, émotionnelles et comportementales qui en découlent. S'ils utilisent un vocabulaire et des référents bien différents de celui des gestaltistes, leur champ d'application est cependant au cœur de notre pratique. La neuropsychologie aborde le cerveau sous le prisme d'un organe social d'adaptation à l'environnement (Cozolino, 2010) qui se façonne au sein des interactions; la Gestalt revendique une approche thérapeutique dans l'expérience de la relation (Delisle, 2001; Ginger, 1987). La qualité de cette relation entre le thérapeute et le client demeure un élément capital pour la croissance de la dyade et dépend pour beaucoup de la capacité du thérapeute à réguler les ruptures de contact.

Dans cet article, je m'intéresse à comprendre comment — dans le cadre de l'intimité thérapeutique et sous le prisme des recherches récentes du développement du cerveau social — s'articule la dynamique émotionnelle qui se développe dans des situations de stress relationnel. Comprendre le fonctionnement des

interactions émotionnelles dans ce contexte nous donne une grille de régulation dynamique et pragmatique: dynamique puisque les affects s'inhibent et se stimulent les uns les autres à la frontière-contact et pragmatique, car l'apprentissage de la corégulation engage directement le thérapeute et son client dans le champ de l'expérience. En ressentant l'impact des ruptures de contact et en adaptant ses interventions en fonction de la capacité de régulation émotionnelle du client, le thérapeute contribue à de nouveaux ajustements créateurs. Il semble qu'il favorise ainsi la plasticité neuronale (Cozolino, 2010) et l'intégration de gestalts inachevées qui, sans cela, ressurgissent au premier plan de l'expérience du client.

Que se passe-t-il neurologiquement en situation de stress interactif? Comment s'articulent les mécanismes d'*accordage* et de *désaccordage* dans la relation thérapeutique? Comment rester en contact au plus près de l'expérience émotionnelle du client, et de quelles émotions s'agit-il? Comment le stress peut-il empêcher ou favoriser les ajustements créateurs et les apprentissages? La recherche de réponses à ces questions a donné forme à un itinéraire balisé en trois temps: l'intégration des travaux sur la *mentalisation* de Fonagy et ses collègues, les recherches en neurosciences affectives menées par Panksepp et celles que Schore a conduites sur l'émergence de la honte et la régulation narcissique. Des exemples d'interactions en situation thérapeutique illustreront ces points.

### **Préambule: définition du stress**

L'endocrinologue canadien Hans Selye a mis à jour le mécanisme du stress, et ce, à partir d'observations faites sur des rats réagissant d'une manière identique à des situations variées. Il lui donne le terme technique de «syndrome général d'adaptation».

Pour Selye: «[...] sans stress, il n'y aurait pas de vie [...]» (1956), car le stress sollicite la faculté d'adaptation, et la vie est sans cesse en mouvement. Le stress est la réaction de l'organisme en vue de s'adapter aux modifications, aux exigences, aux contraintes ou aux menaces de son environnement. Nous nous intéresserons ici au stress relationnel, c'est-à-dire aux manifestations réactionnelles de l'organisme face à un autre organisme dans un contexte de tensions (positives ou négatives).

### **LES EXPÉRIENCES DE STRESS INTERACTIF ET LA MENTALISATION**

Commençons par rappeler, même si cela semble évident, que chaque être humain construit sa cartographie affective et réflexive personnelle en fonction des interactions avec son environnement.

La relation organisme-environnement dans une perspective *neurodéveloppementale* (c'est-à-dire la façon dont se développe notre cerveau au cours d'expériences précoces) met en évidence l'importance des premières relations d'attachement. On sait que l'amygdale est fonctionnelle à partir du huitième mois de gestation; elle est donc le réceptacle privilégié d'expériences émotionnelles préverbaux qui s'inscrivent dans le système nerveux du nourrisson et conditionnent son mode de contact et sa perception du monde. Les systèmes de régulation primitifs (amygdale) sont progressivement remplacés ou complétés par d'autres systèmes de régulation plus efficaces. Ces systèmes entrent en fonction dans une progression déterminée, constituée de périodes critiques (Cozolino, 2010), notamment au cours des deux premières années de vie.

Les limites affectives et psychologiques des parents et les traumatismes de l'enfance sont considérés comme des agents stressants, conduisant à la formation de vulnérabilités neuropsychologiques qui entravent le mécanisme de la résilience. En d'autres termes, la demande d'énergie faite à l'organisme pour s'adapter à une expérience relationnelle perturbante est trop importante et il n'est plus en capacité de croître et de composer avec l'environnement traumatique. Ceci peut le conduire à des modes de contacts hypervigilants ou clivés dans un environnement menaçant vécu comme persécuteur (avec le risque de conflits à répétition qui renforcent cette croyance).

Quand l'anxiété atteint un certain degré, l'organisme perd sa capacité de donner sens à ses actions et à ses sentiments. Il est incapable de transformer la tension interne en un processus psychique régulé. L'état de dysrégulation émotionnelle provoquée par la situation de stress intense l'empêche de se connecter à sa capacité de réflexion et d'être conscient de ses sensations. Ainsi Allen (2006, p. 35) pose-t-il que: «[...] le stress est l'ennemi de la *mentalisation*». Dans des conditions de stress interpersonnel, le cerveau passe d'un mode de traitement linéaire gauche à un mode non linéaire droit. L'état corporel est comparable à un «état d'esprit (psychobiologique) effroyable» (Horowitz, cité dans Schore, 2008, p. 52).

La région du cortex préfrontal est cruciale pour le processus de *mentalisation*. Celle-ci permet de séparer ses propres états mentaux et ceux des autres pour expliquer ou prévoir un comportement. Elle se développe au moment des interactions avec le parent qui traite l'enfant comme un être pensant et ressentant, l'aidant ainsi à décoder les expressions du visage et à imaginer ce que peut ressentir une personne. À son tour, le thérapeute participe à la croissance du client quand il favorise les ajustements créateurs. Par

exemple, quand il doit affronter les projections de son client, il partage sa propre expérience interne en offrant des polarités différentes et en posant sa différenciation; il contribue ainsi à augmenter la plasticité neuronale chez son client.

Les difficultés à *mentaliser* peuvent se traduire par des troubles de l'empathie: une capacité limitée à percevoir les états émotionnels des autres, une difficulté à lire les expressions subtiles sur le visage, une tendance à attribuer un état émotionnel erroné ou à interpréter négativement les intentions (un sourire pour une moquerie, une question pour une accusation). Ces troubles de l'empathie se manifestent également dans la relation psychothérapeutique.

Dans le cadre d'une psychothérapie, au moment où le thérapeute présente un *désaccordage* important devant l'état désorganisé de son client, les affects dysrégulés codéterminés par la dyade sont rapidement amplifiés.

*Illustration de carence dans la capacité à mentaliser*

*Patricia arrive, contente, dit-elle, de retrouver le groupe de thérapie. Puis, lors des retours sur le travail d'un premier participant, elle se plaint du ton professoral du thérapeute. Elle le trouve envahissant. Lors du second travail, alors qu'elle s'est endormie, elle regrette de ne servir à rien dans le groupe, de n'y jouer qu'un rôle mineur de figurante. Au cours de son propre travail, elle se rebiffe, furieuse que le groupe commente et réagisse à ce qu'il a observé sur sa féminité (c'était sa demande) en utilisant parfois le pronom «elle» au lieu de la désigner par son prénom. Le lendemain, elle raconte ne pas avoir fermé l'œil de la nuit, tellement elle est en colère: elle a «reçu une claque», dit-elle, de la part du thérapeute, comme si elle était «inexistante». Le thérapeute, dans un souci de différenciation et d'ouverture du champ des polarités, lui montre à quel point son vécu est différent. Si, dans l'expérience du client, la claque est vraie, alors la bienveillance que se reconnaît le thérapeute l'est aussi.*

Patricia projette sa mère dans sa relation avec le thérapeute. Comme un interrupteur qui s'allume dès qu'on l'effleure, elle interprète toute tentative de rapprochement comme manipulatrice, toute tentative d'aide comme contrôlante. Dans cette expérience, ses capacités à *mentaliser* sont limitées. Aussi, ce qui existe dans son monde interne revêt la même forme que ce qui existe dans le monde externe. Il n'y a pas de différence de perspective. Il s'agit d'un mode de fonctionnement dit *en équivalence psychique* (Fonagy, 2006). Le client projette son expérience comme étant la seule réalité possible.

Dans cet exemple et pour le moment, Patricia s'avère incapable de prendre sa part de responsabilités dans les interactions avec le groupe. À ce stade, elle se perçoit comme victime d'un



environnement incompetent. La *mise en acte* de ses expériences de contact pourrait refléter un manque d'intégration neuronale entre des expériences précoces inscrites dans les réseaux amygdaliens et les zones frontales plus tardives qui lui permettraient de décoder différemment ce qu'elle voit et perçoit de l'environnement.

La régulation des affects est un préalable incontournable à la *mentalisation*. Et ceci vaut autant pour le client que pour le thérapeute, si l'on se réfère aux travaux de Schore (2008) sur la puissance de la communication interpersonnelle d'hémisphère droit à hémisphère droit, à l'œuvre au cours d'une thérapie. Réguler les affects, certes, mais de quels affects s'agit-il? Les recherches de Panksepp dans le champ de la théorie des neurosciences affectives (1998) m'ont semblé tout à fait pertinentes pour clarifier les réactions et interactions émotionnelles en jeu dans le contexte du stress relationnel. Ce champ d'études a produit une bien meilleure compréhension de la neurobiologie des émotions, notamment comment celles-ci peuvent être activées ou désactivées.

#### QUATRE SYSTÈMES MOTIVATIONNELS INSTINCTUELS

Panksepp a identifié quatre systèmes émotionnels sollicités dans les réponses instinctives aux situations de stress. Ils sont situés dans des zones à la fois distinctes et proches dans le cerveau limbique. Ils activent des neurotransmetteurs soit inhibiteurs, soit excitants, et leur but est de maintenir un équilibre homéostatique adaptatif en fonction des apprentissages et des expériences. Ces quatre affects sont désignés en anglais en lettres majuscules, et ce, afin de les distinguer du mot courant non scientifique<sup>1</sup>.

##### **Premier système : recherche de plaisir/jouissance (en anglais *seeking*)**

Ce système intervient sur le «vouloir» (*want*) par opposition à l'«aimer» (*like*). Il nous procure l'excitation et l'énergie qui activent notre intérêt pour le monde autour de nous. Chez un nourrisson, ce système est activé lorsque le bébé a besoin de quelque chose, sans savoir ce dont il a besoin. La régulation parentale est alors essentielle pour lui permettre d'apprendre graduellement comment identifier et satisfaire ses besoins (la saine agressivité). Ce système peut se dérégler subtilement lorsque les besoins sont négligés, incompris ou comblés trop rapidement; ces dérèglements deviendraient ensuite le point de départ de divers troubles, tels que la schizophrénie, l'hyperactivation, les troubles de l'attention, les tics, les troubles de l'humeur et la perte d'intérêt.

<sup>1</sup> Note de l'auteur : pour faciliter la lecture, les mots écrits en majuscules (anglais) sont écrits en minuscules en français et en italiques en anglais.

Le verbe *to seek* signifie chercher, explorer. Ce système (plaisir/jouissance) cherche quelque chose de non précis. Il ne tente pas simplement de satisfaire un besoin précis tel que la faim ou la soif. Selon Panksepp, certaines études confirmeraient qu'il ne recherche pas seulement ce qui peut produire des effets positifs (la traduction française de *seeking* serait alors à reconsidérer si ces recherches se confirment). Son mode opératoire est incompréhensible sans référer aux systèmes de la mémoire avec lesquels il est intimement connecté. Ces derniers procurent les représentations des objets et des interactions passées entre l'organisme et les objets, et ils lui permettent d'apprendre de l'expérience. L'une des tâches principales de ces systèmes combinés (mémoire et recherche de plaisir/jouissance) est de distinguer dans le monde extérieur quels sont les objets qui procurent la réponse lorsqu'un besoin interne est activé, y compris un besoin intellectuel (recherche de sens, compréhension).

Les études montrent que la sécrétion de dopamine est beaucoup plus importante dans l'acte qui tend à obtenir satisfaction que dans la gratification elle-même. Il semble donc que l'anticipation de la récompense (la mise en appétit) compte davantage que l'obtention de la récompense (consommation). Cela évoque à quel point la célébration et l'intégration d'une expérience positive sont souvent ignorées dans notre vie quotidienne. Les recherches montrent également que lorsqu'il est dérégulé, ce système peut transformer l'autostimulation en dépendance.

En résonnant par inférence, je suppose que ce système de motivation pourrait activer la dynamique inconsciente mise en place dans les ajustements conservateurs, une recherche parfois compulsive à tenter de compléter une *gestalt* inachevée. Je pense à ce client qui répétait plusieurs fois les mêmes explications, de peur de ne pas être compris: «Je ne sais pas si vous me comprenez, mais ce que je veux dire [...]», sans pour autant vérifier si c'était le cas. Il aurait fallu que je l'interrompe de façon plutôt abrupte pour lui signifier qu'il avait été compris, tant il était pris dans l'énergie de son discours. Il prit conscience que répéter les mêmes phrases lui permettait une forme d'autorégulation, il se sentait en effet incapable de décoder le silence ou l'attention de son interlocuteur autrement que par: «Il ne me comprend pas» (carence de *mentalisation*). Autre exemple: dans l'environnement professionnel, familial ou associatif, où certains clients vont se suradapter à ce qu'ils projettent des besoins des autres, au risque d'un épuisement professionnel, plutôt que s'imaginer défaillants, vulnérables, rejetés, non indispensables, abandonnés... autant de peurs qui vont chercher racine dans d'autres affects de base qu'il faut éviter à tout prix.

## Deuxième système : le système colère/rage (en anglais, *rage*)

Dans une perspective évolutionniste, le but de la colère est d'augmenter les chances de succès dans la poursuite de ses désirs et la compétition pour les ressources.

Fondamentalement, au cours de notre vie, ce qui peut restreindre notre liberté est perçu comme un irritant qui mérite notre colère, notre dédain et notre révolte. Ce principe de base se retrouve dans la colère du bébé dont on maintient les bras de force ou dans l'envie que nous avons de taper sur la distributrice qui prend notre argent sans nous donner une boisson en retour (Panksepp, p. 189). Ces exemples illustrent que les systèmes de recherche de plaisir/jouissance et colère/rage présentent des interactions mutuellement inhibitrices. Une suppression rapide de l'activité du premier, en l'absence de plaisirs homéostatiques qui signifieraient qu'une récompense a été obtenue, provoque inconditionnellement l'excitation du circuit de colère/rage. Autrement dit, la frustration est, à l'origine, un besoin non assouvi. Cette approche affective fournit un éclairage somatique dynamique aux paramètres de l'indispensable et de l'intolérable du dilemme de contact (Delisle, 1998).

D'après Panksepp, seulement trois formes d'agressions instinctives ont pu être reconstituées (à l'aide d'électrodes stimulantes sur des animaux), ce qui porte à croire qu'il existe un nombre limité de systèmes opératoires dans le cerveau : l'attaque affective, l'agression entre mâles et l'agression du prédateur.

Chacune de ces formes semble activer une réponse émotionnelle particulière. Ainsi, l'attaque affective (jalousie, impuissance, trahison, etc.) active le système colère/rage qui déclenche un programme stéréotypé associé avec la réponse du stress de type combat (*fight*). L'agression entre mâles (territoriale et sexuelle) met en jeu des interactions fortes entre les systèmes colère/rage et recherche de plaisir/jouissance. L'agression du prédateur relève majoritairement du système de recherche de plaisir/jouissance.

Ce point est intéressant lorsqu'on imagine que dans un même champ lexical (agressivité, rage, colère, frustration, énervement, irritabilité, défense, attaque) des réactions motivées par des affects radicalement différents peuvent être activées. En identifiant les affects attachés et le dialogue interne qui leur est associé, le client et le thérapeute peuvent mieux cerner les sources de stress relationnel et la motivation qui conduit à agresser ou à subir l'agression.

### **Illustration de la dynamique entre la frustration et le besoin**

*Claude arrive dans mon bureau, s'assoit, et pendant 10 minutes exprime sa colère contre son patron qui ne s'impose pas, contre ses collaborateurs qui ne se prennent pas en mains et contre moi qui ne fais rien. Si je tente de l'interrompre, elle m'arrête d'un geste et continue à vociférer. Je me sens plaquée dans mon fauteuil. J'attends, j'écoute, je la regarde en permanence, tout en m'autoréglant pour ne pas rentrer dans un rapport de force et la faire taire. Je pense au père suffisamment fort, capable de recevoir les attaques de son fils sans se faire tuer (Delisle, 2004). Lorsqu'elle cesse de parler, je suis nue par le désir de changer d'air, et je l'emmène dans le jardin. Cela contribue à nous réguler. Puis nous explorons les affinités thématiques, elle me parle alors de sa grand-mère, une femme « méchante ».*

Dans cet exemple, Claude utilise le thérapeute pour exprimer sa frustration quant à un besoin non assouvi qu'elle contribue à entretenir elle-même, puisqu'elle ne sait pas faire autrement. Qualifier sa grand-mère de « méchante » souligne le caractère plutôt régressif de l'interaction. Elle ne peut pas contacter l'agressivité saine nécessaire à poser ses limites et ses besoins (*seeking*), et celle-ci se transforme en colère dans un environnement certes plus sûr, mais stérile si le thérapeute et le client n'en faisaient rien. Explorer l'histoire *développementale* de la cliente à ce stade plutôt que d'explorer la colère dans l'ici et maintenant de la relation est une forme de déflexion du thérapeute, ce qui lui permettra de se raccorder. Nous verrons plus loin que l'organisme peut être suractivé bien après que la source qui a provoqué la réaction émotionnelle ait disparu.

### **Troisième système : le système peur/angoisse (en anglais *fear*)**

Ce système se croise aussi de façon importante avec le système colère/rage, ce qui, d'une perspective évolutionniste, est logique. L'une des fonctions de la colère est de faire peur aux compétiteurs et l'une des fonctions de la peur est de réduire l'impact des comportements agressifs des individus menaçants. Des peurs différentes peuvent survenir dans le courant de la vie, soit associées à un événement externe (douleur, menace) soit en interne (souvenirs inconscients). La peur se révélerait devant la crainte d'une attaque physique et psychique qui pourrait toucher l'intégrité de l'organisme. Le symptôme le plus répandu dans ce système est celui de l'anxiété. Selon Panksepp, l'anxiété représente — pour le système de peur/angoisse en terme de modération — ce que la frustration représente pour le système de colère/rage.

Dans nos sociétés contemporaines, les sources éventuelles de stress sont souvent l'accumulation d'interactions sociales générant davantage de comportements d'inhibition (*freeze*) et de retrait (*flight*) que de ruptures. À l'origine, l'immobilisation pouvait se révéler une bonne stratégie lorsque le prédateur était éloigné. Aujourd'hui, procrastiner, faire le mort ou « courber le dos », voilà autant de comportements de soumission que dicte la peur.

*Illustration d'une stratégie d'évitement devant l'anxiété*

*Lors d'une séance de supervision, Victoria émet le souhait que notre relation évolue vers de la thérapie. Tandis qu'elle justifie son choix, je me surprends à imaginer un petit chien sur le dos qui cherche à se faire « pardonner » quelque chose. Je lui partage mon image. Victoria identifie alors que c'est la crainte de mon jugement sur ses compétences qui motive inconsciemment son choix. La relation thérapeutique est pour elle moins anxiogène que la relation de supervision. Elle réalise alors qu'elle a agi d'une façon identique avec son précédent superviseur.*

L'image du chien qui se montre « à découvert » illustre certains comportements chez les animaux qui, pour calmer la colère de l'agresseur, choisissent de se retourner sur le dos et de montrer des parties vulnérables comme le cou ou le ventre. Panksepp suppose que certaines substances neurochimiques (dont l'ocytocine) peuvent pacifier les comportements; ces substances activent les circuits sexuels, nourriciers (maternels) et les liens sociaux. Dans cette vignette, Victoria se représente les séances de supervision comme une impasse, où elle craint de se faire attaquer, précisément là où elle est dans l'envie de se développer. Se présenter dans sa vulnérabilité de cliente plutôt que de supervisée lui permettait de conserver un lien tout en évitant de se sentir en difficulté. Si une part significative des expériences émotionnelles précoces est attribuable à l'activation du système de peur, les personnes « se perçoivent finalement comme différentes des autres, privées de liens d'attachement importants et (comme) ne les méritant pas » (Lansky, cité dans Schore, 2003, p. 178).

Dans l'exemple de Victoria, la source d'anxiété provient d'un stimulus externe, sa relation avec le superviseur. Joseph LeDoux (Cozolino, 2002) a découvert que certaines expériences de peur peuvent s'inscrire directement dans l'amygdale (sans passer par un traitement cognitif). Elles sont réactivées d'une façon extrêmement rapide et en dehors du champ de conscience, sans que l'objet provoquant la peur soit présent. Cette découverte a d'importantes répercussions pour les thérapeutes, car elle expliquerait pourquoi certains clients se sentent anxieux dans une « situation particulière », sans en discerner la cause. Aussi la

nomme-t-on: «La peur invisible» ou «peur non vue» (Solms & Turnbull, 2002). Il existerait: «[...] un lexique de choses dangereuses» incorporées dans nos apprentissages. En faisant appel à la mémoire épisodique — c'est-à-dire autobiographique — du client, on peut reconnaître ce qui se passe ou s'est passé et y réfléchir. Si nous pouvons apprécier toute la valeur adaptative de ce lexique qui invite à la prudence, il peut arriver aussi que ce circuit puisse être périmé. Ce qui était dangereux pour un enfant ne l'est plus nécessairement pour un adulte.

#### **Quatrième système : le système panique/détresse (en anglais *panic*)**

Panksepp a choisi d'appeler ce système émotionnel *panic* plutôt que *distress* (détresse) ou *sorrow* (chagrin), car il présuppose — et les recherches confirment son hypothèse — que la compréhension de ce circuit neuronal apporte des éléments décisifs pour la compréhension du trouble clinique de l'attaque de panique décrite comme: «[...] une attaque aiguë de solitude, où le fond, d'un seul coup, s'effondre» (Francesetti, 2009, p. 108).

Les nourrissons commencent à montrer une véritable détresse de séparation et des liens d'attachement précis à partir du moment où leur système moteur est suffisamment mature pour leur permettre de se déplacer et potentiellement de se perdre. Vers l'âge de six mois, les bébés commencent à montrer des signes de tristesse et parfois des sons de colère pour attirer l'attention lorsqu'ils sont laissés seuls trop longtemps. Cette réponse émotionnelle est caractéristique chez l'enfant, et ce, pendant de nombreuses années. La proximité de l'adulte maternant calme quasi instantanément les cris. Cependant, si le lien n'existe pas, les sons de détresse peuvent être perçus comme très irritants, ce qui risque de conduire à des comportements de mauvais traitements par les adultes s'occupant de jeunes enfants: le plus haut taux de mauvais traitements se produit chez les enfants âgés de 0 à 3 ans, ainsi que 50 % des décès à leur suite (Schore, 2008, p. 160).

La communication d'affects négatifs (détresse, confusion, etc.) activés dans le système panique/détresse constitue une demande intense de régulation interactive. Elle correspond à un état de stress dans lequel le système nerveux autonome est hyperactivé tant dans sa branche sympathique que parasympathique. En effet, l'hyperactivation (dysrégulation du contact) et la dissociation (dysrégulation du retrait) — ce que Bowlby appelle respectivement la réponse de protestation et la réponse de désespoir lors des ruptures d'attachement — représentent l'activation des deux composantes du système nerveux autonome: d'abord la branche sympathique de l'activation de l'énergie et ensuite la branche

parasympathique de la conservation de l'énergie. L'augmentation de l'activité parasympathique permet à l'organisme de maintenir son homéostasie malgré l'état de surexcitation sympathique interne. La dissociation provoque l'engourdissement, l'évitement, la soumission et la restriction affective modulée par de forts taux de cortisol (inhibant le comportement) et d'opioïdes (anesthésiant la douleur) (Schore, 2008).

*Vignette illustrant une situation d'hyperactivation et de dissociation dans une situation de stress professionnel*

*Paul est directeur d'une filiale dans le secteur automobile. Il n'explique comment la découverte des derniers chiffres de vente de l'une des unités de production l'a « mis en panique ». Il ne parvient pas à s'expliquer comment il a pu se laisser prendre par surprise. Les chiffres étaient disponibles depuis quelques jours, il les avait regardés sans réagir, sans les intégrer, sans en comprendre le sens. Alors qu'il se connaît des capacités de redresseur économique, il se sent aujourd'hui immobilisé (freeze). Il contacte la honte, celle d'être pris pour un menteur qui ne tient pas ses engagements, celle de ne pas avoir vu ni su. Sa réaction de panique n'interpelle, son aveuglement aussi, car habituellement Paul réfléchit vite et bien. Je pense aux fonctions de l'amygdale qui, lorsqu'elle est suractivée, peut provoquer un court-circuit dans nos capacités réflexives. Dans mon imaginaire, il a l'air d'être tout seul à se démener autour d'un lit d'hôpital, sans savoir quoi faire (hyperactivation). Je lui partage cette image et les larmes lui viennent aux yeux. Il se voit, me dit-il, comme « un patriarche voulant sauver un enfant moribond ». Paul donne ensuite des précisions sur cette représentation qu'il a de lui et fait des liens avec son histoire personnelle (son père frappait son frère sous ses yeux). Il se souvient alors que huit mois auparavant, il avait discuté avec son directeur commercial du risque pour l'usine d'être mise à mal par la concurrence. Il s'était dit alors : « C'est terrifiant, imaginer le pire est insoutenable ».*

La dissociation permet de se couper d'un état émotionnel insupportable. Mieux valait pour Paul ne rien sentir que de se sentir impuissant ou responsable d'abandon.

**Les frissons : une réponse somatique du système panique/détresse**

Le gestalt-thérapeute est entraîné à porter une attention particulière aux manifestations corporelles de ses clients. Dans un autre registre d'expressions somato-affectives (Bertrand, 2010) activées dans le système panique/détresse, nombre d'entre nous ont observé des clients pris de frissons. Nous l'avons sans doute nous-mêmes expérimenté au cours d'une interaction. Panksepp émet l'hypothèse que le frisson serait la réponse thermique homéostatique de notre système émotionnel, particulièrement lorsqu'il est branché sur la perte/séparation sociale. Quand nous sommes perdus, nous pouvons nous sentir « froid », pas uniquement physiquement, mais également psychiquement, comme une réponse neurosymbo-

lique à la séparation sociale. Or, nous savons que les racines de notre système motivationnel social peuvent être fortement liées aux systèmes thermorégulateurs de notre cerveau. En d'autres termes, l'expérience de séparation établit un sentiment interne d'inconfort dans la thermorégulation, et celui-ci peut être annihilé par la chaleur de la réunion. Les frissons — réaction somatique — pourraient exprimer un sentiment de détresse qui se réactive dans le champ thérapeutique de l'ici et maintenant. En voici un exemple :

*Après avoir exprimé son désespoir avec colère, Claude s'enfonce dans le canapé en silence, son corps est sans tonus. Elle dit ne rien ressentir que «le blanc». Seul son regard reste accroché au mien, et pourtant j'ai l'impression de disparaître. Le contact est minimaliste, je ressens aussi la peur de la perdre, il fait soudain froid. J'imagine qu'une main chaude prenant la mienne me ferait du bien, je lui partage mes sensations, et peu à peu elle se ranime.*

Les interactions entre les processus émotionnels et cognitifs sont fluides et équilibrées dans un contexte paisible. En revanche, lors de tsunamis émotionnels, le poids des circuits émotionnels est plus fort que le contrôle du cortex vers le cerveau limbique. De fait, l'assimilation émotionnelle d'une expérience peut être plus tardive que sa compréhension analytique. Dans son développement neuro-biologique, l'organisme apprend d'abord à se réguler grâce à un modérateur externe (la figure maternante), puis il enrichit peu à peu ses capacités d'autorégulation, gagnant ainsi en autonomie. L'apprentissage de la régulation affective se déroule au cours de multiples interactions, dans une dynamique d'accordages, de désaccordages et de réaccordages qui finissent par façonner des modalités de contact particulières. Lorsque les capacités de s'autoréguler sont insuffisantes, le thérapeute peut jouer le rôle de modérateur externe et favoriser le maintien du contact.

Dans une recherche d'ajustement thérapeutique au plus près des processus de régulation et de dysrégulation provoqués par des situations génératrices de stress interactif, je me suis intéressée à la dynamique particulière de ce que Schore (2008, p. 202) appelle «le stress de la honte». Il s'agit d'une émotion qui survient, nous le verrons, avant l'apparition du langage, donnant lieu à «une expérience inaccessible à une communication par les mots» (2008, p. 196).



## LE STRESS DE LA HONTE ET L'APPRENTISSAGE DE LA RÉGULATION AFFECTIVE

La honte est une expérience paradoxale : elle joue un rôle décisif dans l'atteinte de l'autonomie émotionnelle et l'estime de soi lorsqu'elle est autoréglée affectivement. Le regard de l'autre n'est alors pas introjecté comme une menace de destruction de l'image de soi et d'abandon. Ultimement, cette expérience à la fois normale et douloureuse nous ouvre à la confiance d'être aimés pour qui nous sommes dans la permanence du lien.

Les premières expériences de la honte et de l'embarras de soi apparaissent lorsque l'enfant est âgé de 12 à 18 mois. Dans son développement, il traverse ce que Mahler (Schore, 2008) a appelé la : « [...] sous-phase de mise en pratique du stade de séparation-individuation » (p. 196). À cet âge, alors que son vocabulaire est encore limité (15 mots, à 15 mois), l'enfant est actif plus de six heures par jour dans l'exploration et le jeu. Statistiquement, ses émotions positives augmentent significativement par rapport aux négatives (p. 199). L'enfant se sent tout puissant. Il prend conscience que les autres l'observent et l'évaluent. L'activité sympathique du système nerveux autonome sous-tend les états affectifs narcissiquement investis. Ceux-ci sont encore peu régulés durant la phase *développementale* de mise en pratique (immaturité des systèmes du tronc cérébral et de la formation réticulée, responsable de l'activation).

L'expérience de la honte repose sur un *désaccordage* affectif : l'enfant, tout à son excitation, se retourne vers la figure maternante après une brève séparation et il est surpris de lire sur son visage une absence de sourire, une « expression étrange » alors qu'il s'attendait à y rencontrer la joie, sur la base de traces mnésiques implicites inconscientes. La fonction miroir de la figure maternante disparaît de manière soudaine, donnant lieu à une perte rapide d'énergie affective, à une désactivation du système d'attachement, à une diminution de l'intérêt-excitation. C'est le traitement soudain et rapide de cette information visuelle et affective dissonante qui rend compte de cette qualité « inattendue » vécue dans l'expérience de la honte. « Si on définit le stress comme "un changement ou une menace de changement qui exige une adaptation de la part d'un organisme", on comprend aisément qu'une telle situation induise un état de stress relationnel » (Schore, 2008, p. 205).

Devant une situation génératrice de stress, au lieu d'activer une réponse de l'organisme par la branche sympathique du système nerveux autonome, soit une mobilisation d'énergie (*fight-flight*), c'est la branche parasympathique du système nerveux autonome

qui s'active, sur un mode d'immobilisation (*freeze*), non pas pour se calmer, mais pour se cacher, en mode camouflage. Qui n'a jamais voulu dans un moment pareil, disparaître dans un trou de souris ?

Lors d'une expérience de honte, l'organisme est soudainement en rupture d'énergie et subit un choc déflationniste dont témoignent les réactions physiologiques du parasympathique : sudation, conscience du corps plus aiguë, mauvaise coordination motrice, fonctions cognitives amoindries, évitement du regard de l'autre et rougissement.

La réponse du stress de la honte présente une séquence particulière dans l'activation des branches sympathique et parasympathique du système nerveux autonome (Tableau 1). La possibilité d'induire la honte repose sur un préalable : l'existence *antérieure* d'un état d'hyperactivation. Ce point est clé, il me semble, pour permettre au client d'identifier ce que l'expérience de la honte peut recouvrir comme vécu émotionnel : être joyeux puis détruit.

**TABLEAU 1**

Comparaison de l'activation du système nerveux autonome en réaction à une situation stressante courante et en situation de honte

Réaction courante à une situation de stress	Réaction au stress de la honte
	Hyperactivation branche sympathique
Perception du stressueur	Perception du stressueur (surprise)
↓	↓
Activation branche sympathique	Hypoactivation branche parasympathique
↓	↓
Régulation (arrêt du stressueur)	Régulation (arrêt du stressueur)
↓	↓
Activation branche parasympathique	Activation branche sympathique
Stabilisation	Stabilisation

Le fondement de l'expérience de la honte repose sur la conscience de l'écart (ou du conflit) entre l'auto-admiration et l'absence d'admiration de la part du monde extérieur. L'expérience d'être inefficace serait parmi les premiers déclencheurs de la honte et le sentiment d'incompétence lui est toujours associé (Schore, 2008). Lorsque l'enfant grandit, l'expérience de l'évaluation négative, fondée sur une rupture du lien d'attachement entre soi et la figure du parent maternant est internalisée et la crainte douloureuse que le lien soit brisé est présente lorsqu'il s'évalue négativement.

L'expression « mourir de honte » traduit la déflagration nerveuse qui menace la vie psychique et renvoie à la solitude extrême de l'organisme. Schore parle de « destruction transitoire du Soi » et d'« implosion du Soi ». Il cite également Sartre, qui écrit dans *L'Être et le Néant* à quel point la honte ouvre une « fissure dans son univers propre » (Sartre, 1943, p. 228, cité dans Schore).

Schore distingue le stress induit par la honte de ce qu'il nomme le stress provoqué par l'humiliation. Au stress généré par la honte, l'environnement ajoute un agent stressant *supplémentaire* qui réactive le système nerveux autonome sympathique (des comportements moqueurs, méprisants ou agressants). L'organisme humilié réagit contre cette attaque affective qui peut être soit exprimée (indignation, colère, violence), soit rétrofléchie (transformée en détresse). En d'autres termes, dans une expérience d'humiliation l'organisme vit d'abord une forme d'effondrement intérieur dû à la honte (rupture de contact et blessure narcissique), et au lieu de se stabiliser grâce à la réunion avec un élément régulateur dans l'environnement, l'organisme est rapidement hyperactivé en réaction à une seconde attaque narcissique.

TABLEAU 2

Comparaison de l'activation du système nerveux autonome en réaction à une situation de honte et à une situation d'humiliation

Réaction au stress de la honte	Réaction à l'humiliation
Hyperactivation branche sympathique	Hyperactivation branche sympathique
Perception du stressor (surprise)	Perception du stressor (surprise)
↓	↓
Hyperactivation branche parasympathique	Hypoactivation branche parasympathique
↓	↓
Régulation (arrêt du stressor)	Stressor continu (agression)
↓	↓
Activation branche sympathique	Hyperactivation branche sympathique
↓	↓
Stabilisation	Régulation (arrêt du stressor)
	↓
	Activation branche parasympathique
	↓
	Stabilisation

Cette lecture de la honte et de l'humiliation dans leurs aspects neurophysiologiques peut sembler complexe, mais elle a le mérite de différencier deux expériences souvent confondues. En faisant un lien avec ce que nous avons vu des systèmes motivationnels de base, lien qui peut faciliter la représentation, je propose que les expériences de la honte et de l'humiliation suivent les séquences affectives suivantes :

Honte: recherche de plaisir/jouissance → panique/détresse.

Humiliation: recherche de plaisir/jouissance →  
panique/détresse → colère/rage

#### *Exemple d'une expérience d'humiliation rétrofléchie*

*Michelle est prise d'un accès de panique à la vue d'une dizaine de tables dressées pour un congrès auquel elle participe. Elle doit sortir un instant pour se calmer; sans comprendre ce qui a provoqué cette brusque montée de stress. En thérapie, elle retrouve le souvenir de la table familiale et l'expérience d'un fond émotionnel désagréablement douloureux: lorsqu'elle était enfant et qu'elle s'exprimait ou faisait rire sa famille, sa mère répétait, comme un rituel: « Ah! heureusement qu'elle est là, celle-là! Dire que c'était un accident! » Elle peut mettre des mots d'adulte sur la colère qu'elle ne s'était jamais autorisée à exprimer lorsqu'elle subissait une remarque qu'elle trouvait si blessante.*

### **L'apprentissage de l'autorégulation affective dans l'expérience de la honte**

La régulation physiologique du système nerveux autonome du nourrisson est assurée au départ par la figure parentale, puis l'enfant l'intériorise et la « modélise ». Ces expériences s'inscrivent peu à peu dans la mémoire autobiographique naissante et agissent d'une manière significative comme une matrice *développementale*. Cette matrice participe à l'évolution de la capacité à éprouver, à tolérer et à moduler la honte. Les intériorisations agissent comme des « régulateurs biologiques » qui facilitent l'apprentissage pour aider à affronter les pressions narcissiques à venir. Dans les premières expériences de honte que vit le très jeune enfant, la figure parentale — agent générateur de la honte — est aussi celle qui va aider à la réparation en maintenant le lien énergétique et émotionnel. La mère sensible à son enfant le regarde, se préoccupe de son soudain changement d'humeur, et par son attitude calme et ouverte elle permet une régulation de l'énergie basse — caractérisée par la sous-activation du parasymphatique — vers une énergie plus positive du système sympathique.

Chez un enfant dont l'attachement est *sécuré*, la détresse ne dure pas au-delà des conditions qui la provoquent. Par contre, chez les enfants insécurisés — et plus tard, les adultes — l'expérience émotionnelle négative persiste alors que la source du traumatisme a disparu. Parallèlement à ces premières expériences de honte (panique/détresse), l'enfant traverse aussi des états de rage infantile/narcissique (colère/rage) pour tenter de retrouver un certain contrôle devant l'angoisse de séparation émergente et les limites parentales qui contrent ses envies d'exploration (recherche de plaisir/jouissance). Nous avons vu plus haut, avec Panksepp, qu'en l'absence d'une récompense, une suppression rapide de l'activité du système recherche de plaisir/jouissance provoque inconditionnellement l'excitation du circuit de la colère. Le système nerveux autonome non stabilisé se charge en affects négatifs, tout aussi hyperactivés. La réponse des figures d'attachement en régulateur externe parasympathique est critique pour réguler l'enfant et lui permettre d'intérioriser les apprentissages de ré-union. L'échec de ces matrices de régulation conduirait l'enfant — et plus tard, l'adulte — à l'incapacité d'autoréguler ses émotions et de renouer des liens après une séparation source de frustration ou de honte. Autrement dit, les différends relationnels (sautes d'humeur, réflexions, désaccords, inattentions, oublis) sont considérés comme une attaque personnelle contre la relation (pôle agressif colère/rage) ou encore comme un rejet pour faute grave (pôle agressé panique/détresse). Pour se protéger de tels risques, l'adulte développe une stratégie offensive faite de dédain, de sentiments de grandeur (rancune, droits autodéclarés) ou une stratégie défensive, en mettant à mal son estime de soi. Dans les deux cas, la relation est mise à distance et le risque de connaître une autre expérience de honte est réduit (bénéfice secondaire).

### **Le thérapeute, générateur de stress optimal**

Nous avons vu, dans le développement de l'enfant, comment des situations de stress relationnel non régulées peuvent s'inscrire dans la structure de son système psychoémotionnel, ce qui entraîne des conséquences ultérieures dans la vie d'adulte. Par exemple, la dissociation entre les émotions et les pensées, provoquée par de hauts niveaux de stress, s'avère une défense protectrice pour l'organisme, et ce, à court terme. En revanche, l'inhibition des réseaux neurologiques du cortex par un niveau de cortisol excessif nuit à l'intégration des pensées, de la mémoire, du langage et des émotions.

Dans le développement normal, il est établi que la figure maternelle n'est pas toujours sensible et qu'il y a de fréquents

moments de *désaccordage* affectif dans la dyade, ruptures du lien d'attachement. Le parent suffisamment bon provoque en temps opportun un *réaccordage*, une régulation de l'état affectif du nourrisson.

Le stress — qui au départ constitue une réponse adaptative — est aussi nécessaire au développement et à l'activation des circuits émotionnels. Il est indispensable aux apprentissages. Kohut (1971) concevait la « frustration maternelle optimale » appropriée à l'âge de l'enfant comme un facteur de croissance. Cozolino (2002) considère le stress comme un des éléments-clés du succès d'une psychothérapie, il cite notamment le concept de « *Safe emergency* » de Perls (1951) : à savoir expérimenter une situation difficile ou nouvelle dans un contexte thérapeutique protecteur pour la transformer en une occasion de croissance. Le client augmente ainsi sa capacité d'apprentissage et la possibilité de tolérer des degrés de charges émotionnelles de plus en plus élevées. Le thérapeute joue le rôle d'un parent, il fournit et modélise les fonctions de régulation du cerveau social.

### *Illustration d'un processus de dysrégulation-régulation dans la relation thérapeutique en trois temps*

#### *Acte I Reproduction : identification projective et dysrégulation du thérapeute*

*31 janvier : Claude est silencieuse depuis une minute. Peu à peu, je me vois comme sadique de rester silencieuse et opprimée, comme s'il fallait que je brise le silence. J'entends seulement le tic-tac de mon réveil. C'est étrange, car il en devient presque assourdissant... alors qu'habituellement ce réveil est tout à fait discret. Je partage mon observation avec elle (donc je brise le silence) sur le bruit important du réveil, aujourd'hui, pendant la séance. Elle est d'accord avec moi, c'est gênant ce bruit de fond. « C'est comme chez ma grand-mère, me dit-elle. Il y a avait une horloge qui faisait un bruit d'enfer. [...] C'était un univers d'ennui chez elle. » Et Claude raconte à quel point sa grand-mère représente tout ce qu'elle déteste.*

*14 février : séance difficile, Claude est partie furieuse contre moi, à juste titre, car j'ai manqué d'empathie devant ses plaintes. Ce n'est pas la première fois que le processus thérapeutique se coince ainsi ; en général, cela suit des séances où nous faisons des avancées significatives. Elle est partie en me disant qu'elle reviendrait comme convenu, mais sans aucun plaisir. J'ai mis plusieurs jours avant de calmer la colère que j'avais contre elle... et contre moi... Nous avons reproduit un conflit en séance, et j'y ai contribué.*

*18 février: Claude arrive en retard, ce qui est récurrent. En prenant les rendez-vous suivants, je lui propose de modifier ses horaires afin que ce soit moins stressant pour elle et qu'elle arrive à l'heure prévue (je voulais l'amadouer?) Elle est fâchée d'être accueillie de la sorte, elle s'attendait, compte tenu de sa « fragilité du moment, à être accueillie autrement que par des questions logistiques. »*

*Je décide cette fois de ne pas défléchir ma frustration et ma peur et d'utiliser la tension entre nous dans une coconstruction herméneutique (Delisle, 1998).*

### Acte 2 Reconnaissance

- *Qui je te rappelle dans ces zones-là ?*
- *Ma grand-mère, une femme méchante, critique, blessante.*
- *Que te rappelles-tu de ta grand-mère ?*
- *Ses attaques, me traitant de petite fille gâtée, sa jalousie, son pouvoir d'adulte pour m'obliger à terminer mon assiette...*
- *Et que faisaient tes parents quand la grand-mère t'attaquait ?*
- *Ma mère levait les yeux au ciel... [...] Si elle intervenait pour me protéger, alors c'est elle qui se faisait attaquer. Dans la voiture en rentrant chez nous, ma mère pleurait d'avoir une mère si blessante.*
- *Tu protèges ta mère en te faisant attaquer à sa place par ta grand-mère ? La semaine dernière et aujourd'hui lorsque tu es arrivée, j'ai fait comme ta grand-mère. Qui chercherais-tu à protéger de moi en te faisant attaquer ?*

*Nous avons abordé ses relations avec son frère, il y a un mois. Elle me répond alors qu'elle veut protéger sa famille. Dans ses fantasmes, elle a peur que, s'ils me rencontrent, je les « mette à plat » et qu'ils s'effondrent.*

- *En te faisant attaquer, tu les protèges... réalises-tu combien tu les aimes ?*

*Silence, dissociation... Elle ne parle quasiment jamais positivement de ses relations familiales. Et s'il pouvait y avoir de la place pour une autre polarité que la méfiance ou la peur ?*

### Acte 3 Intégration neuronale vers la mentalisation

*Après un moment de silence, Claude revient sur les amours « toxiques, consanguines » dans la famille, avec un ton de colère et de rejet. En lui demandant une image pour illustrer ce qu'elle a appelé « un amour atterré », il lui apparaît un univers d'enfants monstrueux et difformes, accompagné d'une sensation de dégoût... Alors qu'elle décrit ses fantasmes, j'imagine qu'elle donne la parole à son amygdale. La boîte noire de ses terreurs peut enfin s'ouvrir et lui permettre de faire la distinction entre l'imaginaire et la réalité (sortir de l'équivalence psychique).*



*« Je n'ai pas pu protéger mon frère d'être maté à l'âge de trois ans, lobotomisé. Il a été coupé de lui-même par les parents. » (Claude était bébé lorsque son frère avait trois ans)*

— *Qu'est-ce qui se passe en toi quand tu dis ça ?*

— *Rien...*

— *Donc toi, tu as été coupée de tes sensations ?*

— *Oui, ce n'est que quand je suis au fond que je me contacte à ce que je sens, et c'est un signe de survie...*

### Épilogue Amorce de réparation vers davantage de régulation interne

*Claude a changé depuis cette séance, un apaisement interne émerge. Elle arrive parfois en retard, mais reconnaît qu'elle a une part de responsabilité. Elle peut contacter son désir sans l'oublier et répondre aux sollicitations extérieures immédiates. Une amorce de rééquilibrage se fait. Elle recommence à fréquenter des hommes, et que « ça se fasse si naturellement » la surprend beaucoup. La peur et la vigilance font place à davantage de sécurité interne.*

Dans ces extraits, on retrouve quelques-uns des concepts présentés dans cet article: le thérapeute et le client mettent inconsciemment en scène un espace familial de gestalt inachevée, où la colère (*rage*) exprime d'abord une recherche de contact frustrée (*seeking*). La dyade est dysrégulée, le thérapeute n'est pas accordé dans un premier temps, pris dans une identification projective (contagion émotionnelle) qui le rend aveugle au fait que le client a besoin d'être aidé pour retrouver un mode de contact supportable. Le *réaccordage* est possible lorsque le thérapeute suffisamment autorégulé peut à nouveau contenir la terreur du client, ce qui lui permet de verbaliser la tension interne (intégration neuronale limbique-cortex) et de retrouver un fond plus *sécuré* sur lequel les liens d'attachement avec sa famille peuvent se déployer sans être attaqués (impasse de contact). L'expérience de stress relationnel intense est alors transformée en saine agressivité, et ce, dans un espace réel, hors de la relation thérapeutique, et davantage différenciée qu'auparavant (*mentalisation*). De nouveaux modes de contact plus matures sont alors possibles.

## CONCLUSION

C'est dans l'expérience du risque que se développent l'intimité et l'intégrité au sein de la relation thérapeutique optimale (Delisle, 2001). Or, toute relation thérapeutique comporte le risque de vivre des moments de dysrégulation motivés par l'expérience intense d'affects primaires. Dans le processus thérapeutique, trois critères importants sont soulignés, notamment par Cozolino (2010) : un climat de sécurité comme préalable à la croissance ; l'équilibre entre les expériences vitalisantes et calmantes propre au développement psychique de chaque client ; un niveau de stress modéré à léger, sinon l'effet est contreproductif. Il s'agit de gradations singulières optimales.

En s'ajustant le mieux possible au système nerveux autonome de son client, c'est-à-dire à son expérience somato-affective, le thérapeute est garant de la gestion optimale du stress dans la relation intime que représente l'alliance thérapeutique. « Le stress interactif courant — similaire dans la forme aux échanges précoces désaccordés et dysrégulés — amène une rupture *instantanée* [ajout personnel des italiques] du lien d'attachement entre le patient et le thérapeute » (Schore, 2008, p. 52). C'est dire si le thérapeute « suffisamment bon » est aussi suffisamment imparfait pour, sans préméditation, contribuer à créer des situations génératrices de stress qui provoquent une rupture de contact.

Lorsqu'il est psychobiologiquement accordé, le thérapeute agit comme « un régulateur interactif des affects des états dysrégulés du client » (Schore, 2008, p. 80). S'il est trop activé (bavard, inquiet, posant beaucoup de questions, en colère, en mode solution) ou sous-activé (dans l'ennui, trouvant le temps long, défléchissant, sarcastique, etc.), ce peut être un signe qu'il est happé dans une contagion émotionnelle inconsciente avec son client. Les modes de contact sains sont alors dysrégulés et l'expérience indifférenciée. Si le thérapeute est éloigné de l'expérience du client et qu'il s'efforce de rester sain et rationnel, il est possible qu'il « se trouve dans un état d'aveuglement prolongé et ne cherche plus à détecter les signaux externes implicites de la désorganisation interne du client dont le stress s'amplifie » (Schore, 2008, p. 120). L'identification projective à l'œuvre n'est pas une « tentative intentionnelle visant à contrôler le thérapeute [...], mais le désespoir, l'impuissance et une absence totale de modes organisés de traitement du stress » (Schore, 2008, p. 120).

Panksepp représente graphiquement les quatre affects sous la forme d'un losange. Ils sont interreliés comme nous l'avons vu plus haut (excitation-inhibition). J'aime utiliser ce losange comme une boussole pour me repérer dans un océan émotionnel qui peut être

houleux (hyperactif) ou huileux (hypoactif) : au nord recherche plaisir-jouissance (*seeking*), au sud rage, à l'ouest peur/angoisse (*fear*) et à l'est panique/détresse (*panic*). La connaissance et la compréhension de la dynamique de la contagion émotionnelle permettent de lâcher prise dans l'univers émotionnel du client tout en protégeant l'intégrité psychique du thérapeute.

Il est bien légitime pour le lecteur gestaltiste de s'interroger sur les liens entre les neurosciences affectives et la régulation affective d'une part, et les concepts de la Gestalt d'autre part. Au risque de provoquer de la frustration, cette question est encore en exploration. De plus, sur le plan théorique, elle en soulève d'autres qui ouvrent sur un champ d'études complexe. Par exemple, les affects de base ne sont sans doute pas strictement comparables à la fonction du Ça, ils sont aussi à l'œuvre dans les perturbations de la fonction Moi et l'on peut s'interroger sur les liens entre la fonction personnalité qui assure l'intégration des expériences antérieures (Ginger, p. 217) et les expériences somatoaffectives inscrites dans la mémoire autobiographique de l'organisme.

Puisse ce travail d'intégration contribuer à éveiller, chez les lecteurs gestaltistes, de l'intérêt pour les neurosciences interactives dans le désir d'une pratique thérapeutique du lien « neurobiologiquement informée » (Gabbard, 2000, cité dans Delisle, 2008).

## Références

- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Bertrand, C. *L'apport des neurosciences affectives dans l'ici et maintenant*. Journées d'étude de Champ G, novembre 2010.
- Cozolino, L. (2002). *The Neuroscience of Psychotherapy*. New York: Norton, 2<sup>e</sup> édition (2010).
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reffet.
- Delisle, G. (2007). Une neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique. *Revue québécoise de Gestalt*, 10, 111-138.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité. Perspectives développementales*. Montréal: Les Éditions du Reffet.
- Delisle, G. (2001). *Vers une thérapie du lien*. Montréal: Les Éditions du CIG.
- Francesetti, G. (2009). *Attaques de panique et postmodernité. Perspectives cliniques et sociales de la Gestalt-thérapie*. Bordeaux: L'Exprimerie.
- Ginger, S., & Ginger, A. (1987). *La Gestalt, une thérapie du contact*. Paris: Hommes et Groupes éditeurs (7<sup>e</sup> éd., 2003).
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.

- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951, 2001). *Gestalt-thérapie*. Paris: L'Expressimé.
- Sartre, J.-P. (1943). *L'Être et le néant*. Paris: Gallimard.
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal: Les Éditions du CIG.
- Selye, H. (1956). *Le stress de la vie*. Paris: Gallimard (1962, 1975).
- Solms, M., & Turnbull O. (2002). *The Brain and the Inner World*. New York: Other Press.
- Site Internet: *Le cerveau à tous les niveaux*. Université de McGill, Montréal: <http://lecerveau.mcgill.ca/>.

**Abstract**

Including a neuroscientific perspective in our work as Gestalt therapists enables us to broaden our understanding of how much interruptions in contact impact our clients. This viewpoint also helps us adapt our therapeutic interventions specifically to the client's level of emotional regulation. This contributes to enhance mentalization capacities and the development of creative adjustment. We strive then to understand the reflexive aspect of these occurrences and how they work. Finally, their developmental aspect relating to the experience of shame is studied.

# Vers une redéfinition de la notion de dilemme de contact en PGRO

Retrouver l'importance du déficit

François AUGER

Marc-Simon DROUIN

## Résumé

Notre réflexion trouve sa source dans le travail clinique auprès de personnes ayant un trouble de la personnalité, ainsi que dans l'expérience de transmission et de supervision. S'inscrivant dans le cadre de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) de Delisle (1998, 2004), elle s'intéresse aux difficultés que pose la réalisation d'inférences étiologiques dans le domaine de la psychopathologie. Nous décrivons en quoi l'utilisation du concept de « dilemme de contact », dans sa formulation actuelle, semble mieux rendre compte des dimensions conflictuelles de la pathogenèse et laisse partiellement dans l'ombre l'impact des déficits dans la formulation d'un diagnostic structural. Dans une séquence *développementale* allant des contextes dyadiques mère-enfant aux contextes triadiques mère-père-enfant inspirée des travaux de Karasu (1992), nous nous interrogeons sur la possibilité d'un élargissement du concept de dilemme de contact en PGRO afin de favoriser la rencontre de modèles conflictuels et déficitaires de la pathogenèse. Après avoir situé la position « conflictuelle » de la PGRO dans ses conceptions sur l'étiologie des troubles de la personnalité, nous nous inspirons de théories novatrices qui apportent un autre éclairage sur l'étiologie des troubles de la personnalité et sur l'impact des déficits sur la pathogenèse. Cette démarche, qui se veut un effort de rapprochement entre les modèles conflictuels et déficitaires de la pathogenèse, s'inscrit dans le cadre de travaux de recherche en cours. À cet égard, nous présentons ici la première partie de notre réflexion : un second article suivra et fera état des résultats de notre recherche et de nos conclusions.

**Mots clés :** PGRO, étiologie des troubles de la personnalité, modèle déficitaire de la pathogenèse.

## INTRODUCTION

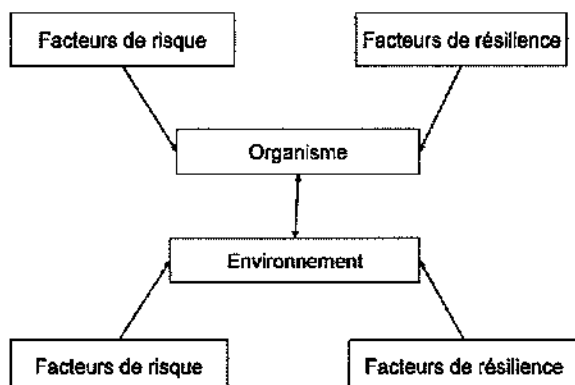
Le traitement des troubles de la personnalité fait partie des défis majeurs de la psychologie clinique contemporaine. L'une des difficultés qui s'y rapportent réside dans la diversité et la complexité des facteurs pouvant mener au développement des troubles de la personnalité, qui obscurcissent la réalisation d'analyses étiologiques dans le domaine de la psychopathologie (Millon, T. et al., 2000). Cette difficulté trouve sa résonance dans le travail clinique propre à la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO). Ce modèle thérapeutique s'est doté d'un cadre théorique qui permet de rendre compte des configurations relationnelles complexes propres aux troubles de la personnalité (Delisle, 1998). En raison de son ouverture multimodale, il permet au thérapeute de puiser à même diverses théories du développement pour saisir la nature singulière des enjeux présents pour chaque client. Sa démarche rend possible la formulation d'inférences quant au contexte propre au développement de la pathologie (le « dilemme de contact ») en proposant aux cliniciens des balises pour identifier les manifestations de la psychopathologie à travers différents champs de l'expérience spatiotemporelle d'un sujet (Delisle, 1998). Il est clair que dans le travail clinique chaque thérapeute doit, avec son client, procéder à une coconstruction de sens au sein d'un dialogue herméneutique, et ce, en vue de préciser la nature et les caractéristiques particulières du dilemme de contact du client. En ce sens, la notion de dilemme de contact (expérience à la fois indispensable et intolérable) se veut suffisamment souple pour permettre au thérapeute de saisir la réalité *développementale* unique à chaque client. Or, notre expérience de la transmission du modèle et de la supervision de thérapeutes s'initiant au modèle nous confronte à certaines difficultés en regard de la formulation de ce dilemme de contact. Comme tout modèle thérapeutique rigoureux, la PGRO propose une modalité d'évaluation des clients que nous rencontrons. Delisle (1998) a développé une grille de diagnostic structural qui se veut le point de départ de la démarche thérapeutique. L'identification du dilemme de contact fait partie intégrante de ce processus d'évaluation. Dans l'enseignement du modèle de la PGRO, nous observons régulièrement un décalage entre sa formulation théorique et la complexité des réalités cliniques qu'elle cherche à éclairer. En effet, dans sa formulation actuelle, une expérience qui aurait été à la fois indispensable et intolérable, la PGRO utilise un langage qui demeure, jusqu'à un certain point, statique et qui rend plus aisément compte d'une étiologie conflictuelle de la pathogenèse. Par conséquent, notre expérience d'enseignement clinique démontre que les inférences étiologiques faites à partir de la notion de dilemme de contact risquent de

mener à des énonciations semblables qui ne permettent pas de distinguer les particularités des contextes développementaux ayant mené à la pathologie de la personnalité de différents clients. Le dilemme de contact ne semble pas rendre aussi bien compte de la notion de déficit, notion pourtant centrale dans l'étiologie des pathologies de la personnalité. Nous souhaitons que le dilemme de contact puisse rendre aussi bien compte des configurations conflictuelles ayant mené à la genèse de pathologie de la personnalité que des situations où «l'enfant connaît une intolérable expérience affective causée par l'absence de réponses à ses besoins indispensables». À «la présence simultanée de l'indispensable et de l'intolérable» s'ajoute ainsi «l'intolérable absence de l'indispensable». L'objectif de cet article est donc de tenter d'élargir la formulation du dilemme de contact afin qu'il puisse rendre plus facilement compte d'une diversité de configurations relationnelles, point de départ d'une démarche d'évaluation structurale en PGRO. De plus, la formulation actuelle du dilemme de contact rend compte de situations dyadiques entre un enfant et son parent. Nous souhaitons élargir cette notion pour y inclure également les aspects triadiques qui peuvent être actifs dans la genèse de pathologies de la personnalité. Il ne s'agit nullement d'enfermer la notion de dilemme de contact dans des catégories rigides et mutuellement exclusives, mais il nous semble pertinent de pouvoir élargir cette notion en faisant preuve à la fois de rigueur théorique et méthodologique et de pertinence clinique. Nous nous attarderons dans un premier temps à l'étiologie des troubles de la personnalité, telle que définie par la PGRO, pour ensuite faire ressortir les limites du concept de dilemme de contact dans sa formulation actuelle. Nous poursuivrons avec certaines suggestions afin d'élargir la formulation de la notion de dilemme de contact.

### **L'étiologie des troubles de la personnalité en PGRO**

Nous allons d'abord tenter de mettre en lumière les difficultés que nous rencontrons dans le processus de génération d'hypothèses se rapportant à l'étiologie des troubles de la personnalité en PGRO. Pour ce faire, rappelons d'abord les principaux concepts du modèle propre à la PGRO. Selon Delisle (2004), le développement psychique passe par la rencontre d'un individu et de son environnement, tous deux constitués de facteurs de risque et de facteurs de résilience, à travers un parcours parsemé «d'enjeux développementaux». Ainsi, l'enfant qui vient au monde serait doté de potentiels (cognitifs, affectifs, sensorimoteurs, etc.) susceptibles de se développer au contact d'un environnement humain propice.

Figure 1 : Le développement multifactoriel selon Delisle (2004).



Pour lui, le Self représente l'appareil psychique qui se constitue à travers ce contact, et ce, à partir de relations humaines intériorisées. Les enjeux propres au développement sont regroupés en trois catégories: les enjeux de sécurité et d'attachement, les enjeux d'identité et d'estime de soi et les enjeux d'amour et de sexualité. Delisle (2004, p. 17) pose ainsi leur impact sur le développement: «La pathologie de la personnalité est la conséquence d'un manque de parachèvement de l'un ou plusieurs enjeux développementaux et c'est dans la phénoménologie d'une pathologie spécifique que se profile la trace des enjeux inachevés.» Selon l'auteur, dans le parcours *développemental* propre à chacun se produisent des événements caractérisés par une configuration du contact dans le champ, où ce qui est indispensable au développement est aussi vécu comme étant intolérable de façon simultanée et sur une longue période: il s'agit d'un dilemme de contact (Delisle, 1998). La résolution d'un tel contexte passerait par un processus «d'introjection primaire» dans lequel, ne pouvant intégrer ou donner un sens à l'expérience qui s'offre à lui, l'enfant réagirait pour sortir du contact d'une façon telle que l'expérience est interrompue et inachevée (Delisle, 1998). Dès lors, il va porter en lui quelque chose dont il doit ignorer la nature, ce qui cause la perte d'unité du Self: des «microcosmes du champ» sont introjectés dans le Self et y vivent sous forme de représentations maintenues hors de la conscience, les «microchamps introjectés» (MI). Ils y demeurent actifs et tendent à se réactiver au cours de situations qui présentent des similarités aux enjeux inachevés desquels ils relèvent (Delisle, 1998). L'auteur précise comment ces «introjects» contaminent les émergences chez l'individu et peuvent être confondus avec le champ (ou s'y substituer, comme



dans les états psychotiques). À la lumière de ces considérations, la théorie propre à la PGRO définit ainsi le trouble de la personnalité :

[...] une constellation de comportements et d'attitudes conservatrices, dont la fonction est de maintenir les microchamps introjectés (MI) en recherchant et en produisant, dans les divers champs expérientiels, des configurations de contact et de relations qui peuvent entretenir des liens dynamiques et thématiques avec les Situations inachevées du passé *développemental*. (Delisle, 2004, p. 32)

Ainsi, la reproduction d'impasses relationnelles propre aux troubles de la personnalité se trouve expliquée par la recherche de l'achèvement des situations inachevées provenant de dilemmes de contact, entravées par la contamination des émergences (excitations organiques, perceptions de l'environnement, sentiments rudimentaires, etc.), par l'infiltration de microchamps introjectés (MI). Ces impasses relationnelles sont maintenues par le recours inconscient à différents modes de régulation du contact, la projection, la confluence, l'introjection, la déflexion et la rétroflexion, dans le cadre de relations interpersonnelles et elles sont confirmées par le renforcement des différentes configurations des représentations positives et négatives de soi et des autres, la « Matrice de représentations du champ (Delisle, 1998)

### **Les limites du concept de dilemme de contact**

La PGRO est le fruit d'un travail épistémologique rigoureux qui a rendu possible la rencontre de deux théories. D'une part, la Gestalt-thérapie avec sa vision holistique, sa reconnaissance de la relation réelle et de la relation transférentielle en thérapie et ses techniques efficaces pour favoriser l'expérience de « l'ici et maintenant ». D'autre part, la théorie des relations d'objet de Fairbairn (1952) et l'éclairage qu'elle offre quant au lien entre les relations précoces avec les figures d'attachement et le développement de la personnalité adulte. Le modèle qui résulte de cette rencontre est certes explicite quant à sa conception de différents éléments fondamentaux d'une théorie de la psychothérapie tels la psychopathologie, le processus d'intériorisation et le contenu des introjects ou les mécanismes par lesquels se reproduisent les impasses qui caractérisent les troubles de la personnalité. Toutefois, en ce qui concerne le concept de dilemme de contact, le modèle théorique de la PGRO offre peu de précisions quant à la nature précise des événements fondateurs de la psychopathologie, ce qui laisse place à divers questionnements quant aux réalités dont il cherche à rendre compte. Notre expérience clinique et d'enseignement quant à l'utilisation de ce concept a souvent démontré comment il est facile d'être en proie à des moments de confusion qui, pour être dissipés,

exigeraient des précisions introuvables dans les ouvrages de référence. À titre d'exemple, le fait que les écrits sur la PGRO soient peu explicites en ce qui a trait aux réalités dont cherche à rendre compte le concept de dilemme de contact favorise le risque d'erreurs conceptuelles chez le thérapeute qui intervient à partir de ce modèle. Aussi doit-on considérer le dilemme de contact comme la conséquence « d'un besoin indispensable chez l'enfant qui trouve une réponse intolérable venant du parent » ou du contact qui contient à la fois les aspects intolérables et indispensables de l'expérience? Et si le contact est à la fois intolérable et indispensable, qu'est-ce qui lui confère ces caractéristiques et à quels types de contextes développementaux cela fait-il référence? Et que penser de l'impact de la période *développementale* où des dilemmes de contact commencent à apparaître: quelle est l'importance respective des enjeux développementaux les plus précoces et de ceux qui surviennent plus tardivement dans le développement? Quel est l'impact respectif d'un contexte où les besoins d'un enfant sont pris en charge de manière inappropriée et d'un autre où ils demeurent sans réponse? Si la PGRO s'est dotée d'un cadre théorique et d'un langage clinique pour rendre compte des facteurs impliqués dans l'étiologie des troubles de la personnalité, notamment en ce qui concerne l'élaboration du concept de dilemme de contact, plusieurs questions semblent demeurer sans réponse quant à l'utilité réelle de ce concept et aux moyens d'en faire usage de manière appropriée, et ce, plus particulièrement dans des situations de supervision avec des thérapeutes peu familiarisés au modèle. Puisque l'utilisation de ce concept de dilemme de contact dans la pratique clinique implique, de la part du thérapeute, la formulation d'inférences plausibles quant aux relations du client avec ses premières figures d'attachement, principalement à travers la reproduction dans la relation thérapeutique, il n'existe aucune précision quant à la façon de mener à terme cette entreprise de façon fiable et opérationnelle. L'exercice relatif à la formulation de dilemmes de contact, bien que cliniquement significatif, connaît dès lors une limite: les balises susceptibles de guider le thérapeute dans ses inférences et énonciations semblent insuffisantes. Par ailleurs, les inférences qui cherchent à décrire les contextes développementaux propres aux dilemmes de contact mènent à des formulations statiques nécessairement incomplètes. Il est clair que dans le travail clinique la coconstruction de sens qui s'installe entre le thérapeute et le client vient pallier cette limite, mais sur le plan de l'élaboration du diagnostic structural, le problème demeure. C'est justement lorsque le thérapeute doit réfléchir à son client en son absence que les difficultés nous semblent plus manifestes. En effet, le fait de s'en remettre à une énonciation imprécise, qui appelle à

une formulation d'hypothèses étiologiques à partir d'un langage théorique impliquant une « configuration du champ tel qu'un élément de l'environnement est vécu comme à la fois indispensable et intolérable pour la survie » (Delisle, 1998) rend difficile l'établissement des distinctions entre le vécu familial pourtant si singulier de chaque individu. Chaque tentative d'énonciation d'inférences étiologiques sur les événements fondateurs de la pathologie semble mener à des formulations plutôt identiques : par son manque de précision, le concept de dilemme de contact ne distingue plus les singularités propres au vécu *développemental* de chacun. Illustrons cette problématique à l'aide de deux exemples : d'abord, un contexte où les interactions précoces entre un nourrisson et sa mère sont teintées de déficits. Ensuite, un contexte plus tardif où les interactions entre un enfant et ses deux parents sont empreintes de violence. Imaginons un bébé dont la mère dépressive s'avère incapable d'un contact suffisamment vitalisé au plan émotionnel et psychique. Capable de répondre aux besoins physiques de l'enfant, cette mère demeure la majorité du temps dans une posture de retrait et de désengagement. Les traits de son visage sont affaissés et le regard qu'elle porte sur l'enfant est chargé de tristesse ou traduit une certaine absence. Ce climat stable et durable qui teinte l'ensemble des interactions entre la mère et l'enfant est fait de manques nombreux sur les plans psychiques, émotionnels, interactionnels, etc. Dans le langage de la PGRO, nous pourrions dire que « le contact entre l'enfant et son parent sera éprouvé comme étant à la fois indispensable et intolérable ». Imaginons maintenant un contexte familial stable et durable, où un père violent agresse de manière verbale et physique une mère, soumise à lui, en présence de l'enfant. Sans être lui-même la cible de la violence du père, l'enfant vit continuellement dans un climat de peur où il craint pour sa mère et redoute que la violence du père se retourne contre lui s'il cherche à protéger cette dernière. Encore une fois, nous pourrions dire, dans le langage de la PGRO, que « le contact entre l'enfant et ses parents sera éprouvé comme étant à la fois indispensable et intolérable. » Or, bien qu'il soit réaliste de postuler que ces contextes fort différents sont tous deux à risque de créer des arrêts développementaux et de fonder des difficultés pouvant mener à l'établissement de troubles de la personnalité, il semble peu probable de croire que les problèmes développementaux en question s'avèrent les mêmes. Autrement dit, il serait étonnant de voir un contexte dyadique déficitaire précoce (tel qu'illustré dans le premier exemple) et un contexte triadique conflictuel plus tardif (tel que présenté dans le second) fonder les mêmes genres d'enjeux développementaux. Bien que la théorie de la PGRO nous renvoie, dans la formulation du dilemme, à des enjeux développementaux

différents, la formulation de base demeure la même. Comment pouvons-nous rendre compte de ces distinctions en nous en tenant au strict concept de dilemme de contact, dont l'énonciation implique nécessairement de reconnaître «une configuration du contact dans le champ où ce qui est indispensable pour la survie de l'enfant s'avère aussi intolérable, de manière simultanée et durable» (Delisle, 1998). Les balises relativement étroites du langage propre à cet aspect de la PGRO semblent ainsi s'établir au détriment de la possibilité de rendre compte de toute une multitude de facteurs, pourtant déterminants dans le développement d'un trouble de la personnalité: le moment, dans la vie de l'enfant, où des facteurs se sont avérés particulièrement déterminants dans l'inachèvement de ses enjeux développementaux; les acteurs en cause dans ces dynamiques familiales problématiques; la nature des expériences affectives éprouvées par l'enfant; la possibilité que des pratiques parentales inappropriées touchent simultanément à plusieurs besoins chez l'enfant; la réponse de l'enfant aux pratiques parentales inappropriées et l'impact de celles-ci sur le comportement ultérieur du parent, etc. C'est donc dire que la notion de dilemme de contact, dans sa formulation actuelle, semble difficilement rendre compte de différents enjeux intersubjectifs pourtant fort déterminants dans le développement des troubles de la personnalité.

Par ailleurs, la formulation même du dilemme de contact, qui suppose qu'un élément du champ est vécu par l'enfant de manière à la fois indispensable et intolérable pour sa survie, s'arrime plus aisément à une posture étiologique conflictuelle: si le «contact dans le champ» concerne la relation de l'enfant à ses figures d'attachement primaires dans des interactions se situant à «une frontière contact» dont il ne peut se soustraire, le dilemme de contact renvoie implicitement à la présence de facteurs propres à cette relation se voulant à la fois indispensable et intolérable pour l'enfant. Or, le fait d'imaginer la façon dont un élément du champ peut être à la fois «indispensable, intolérable et absent» ne trouve pas sa représentation dans les formulations actuelles. Alors, comment est-il possible, dans ce langage théorique, de rendre compte de l'impact des situations où les besoins d'un enfant demeurent sans réponse de la part de sa figure d'attachement? De rendre compte des situations où la relation d'attachement elle-même fait l'objet de carences (ou même d'absence dans certains cas)? Comment peut-on rendre compte de l'ensemble des pratiques parentales qui seraient favorables au développement de l'enfant, mais qui ne lui sont pas offertes, etc.? Bref, si la PGRO fait état de la présence simultanée de «l'indispensable et de l'intolérable», elle semble moins bien rendre compte des contextes empreints d'une

«intolérable absence de l'indispensable». Comme nous le mentionnions précédemment, ce n'est pas que, dans le travail clinique, les thérapeutes formés en PGRO ne tiennent pas compte de ces deux dimensions, mais plutôt que la formulation actuelle de la notion de dilemme de contact semble limitée pour illustrer l'ensemble de ces dimensions.

Il serait légitime de remettre en question la pertinence d'établir des distinctions précises entre les concepts de conflits et de déficits. D'une part, nous pouvons facilement imaginer que les contextes développementaux qui mènent au développement de troubles de la personnalité sont fortement à risque de contenir ces deux dimensions: il serait par exemple réaliste de croire qu'un parent agresseur ou violent soit aussi enclin à la négligence des besoins fondamentaux de son enfant. D'autre part, dans la littérature scientifique portant sur le développement des troubles de la personnalité, il est fréquent de voir ces deux concepts systématiquement associés. Schore (2003a) est l'un des auteurs contemporains à avoir posé cette affirmation de manière explicite. Il affirme notamment que :

[...] l'idée selon laquelle le trauma précoce a un impact négatif indélébile sur le développement de la personnalité a un long historique en psychologie [...] et (qu') il doit être reconnu que le trauma infantile inclut à la fois l'abus et la négligence. (p. 268)

Bien qu'il inclue systématiquement la violence et la négligence dans les facteurs pathogènes liés aux troubles de la personnalité, Schore (2003a) propose tout de même certaines distinctions entre les deux concepts. Par exemple: selon lui, les enfants physiquement maltraités sont aux prises avec de hauts niveaux d'affects négatifs, alors que les enfants négligés démontrent une sous-activation des affects (Gaensbauer & Hiatt, 1984, dans Schore, 2003a). Dans le même ordre d'idées, il affirme que plusieurs données mènent à croire que la négligence peut avoir un impact encore plus dommageable que les sévices (Hildyard & Wolfe, 2002 dans Schore, 2003a) et qu'il y aurait un lien entre la négligence infantile et le trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte (Lang, af Klinteberg, & Alm, 2002; Luntz & Widom, 1994, dans Schore, 2003a). Toutefois, il semble évident que le pire contexte *développemental*, malheureusement souvent rencontré, demeure celui où sont à la fois présentes la négligence et la violence (Post & Weiss, 1997, dans Schore, 2003a). Bref, la preuve n'est plus à faire que les situations conflictuelles et déficitaires sont toutes deux impliquées dans les facteurs étiologiques des troubles de la personnalité, que ces deux types de contextes peuvent avoir des impacts différents sur le développement et qu'ils sont souvent présents dans un même contexte *développemental*. En ce sens, il paraît juste d'affirmer qu'il

ne semble pas exister d'opposition ou de conflits chez les différents auteurs qui traitent de ces considérations dans la littérature, y compris chez Delisle (1998) et dans le modèle de la PGRO. Toutefois, nos observations indiquent que chaque modèle théorique visant à rendre compte des facteurs qui contribuent au développement des troubles de la personnalité semble considérer l'impact respectif des contextes déficitaires et conflictuels de manière inégale; la pertinence que nous accordons à l'établissement de distinctions entre les notions de conflits et de déficits relève de cette observation. Ainsi, nous constatons en quoi plusieurs modèles théoriques, notamment celui propre à la PGRO, mettent l'accent sur l'une de ces dimensions au détriment de l'autre, à tout le moins dans ses formulations étiologiques, bien que le travail clinique puisse rendre compte des deux dimensions. Nous croyons que cette formulation, qui tient compte de façon inégale des enjeux déficitaires et conflictuels sur le développement des troubles de la personnalité, s'avère incompatible avec l'approche intégrative de la PGRO. Le système thérapeutique de ce modèle repose sur une épistémologie intégrative constituée de la synthèse de divers courants, notamment la perspective expérientielle de la Gestalt-thérapie, les perspectives *développementales* proposées par les théories de la relation d'objet et les apports des neurosciences contemporaines (Centre d'Intégration Gestaltiste, 2011). Ce modèle intégratif de la psychothérapie s'appuie sur une ouverture multimodale des différentes hypothèses étiologiques. Pour rendre compte du développement des troubles de la personnalité, nous croyons qu'une telle approche intégrative doit porter un éclairage égal ou une formulation qui permet de tenir compte des facteurs se rapportant aux contextes déficitaires et conflictuels. Comme nous l'avons décrit précédemment, ce n'est toutefois pas ce que nous observons dans nos efforts de transmission du modèle.

### **Les modèles déficitaires**

Grâce à l'essor important que connaissent les neurosciences, nous assistons actuellement à l'émergence de théories novatrices qui mettent en lumière l'impact des déficits développementaux sur la pathogenèse. Les théories issues des travaux de recherche menés par Fonagy et ses collègues (2003, 2004, 2006, 2008 et 2010), ainsi que par Schore (1994, 2000a, 2000b, 2003a, 2003b) et leurs collaborateurs en sont des exemples particulièrement éloquentes. Les modèles qui y sont proposés, respectivement fondés sur la *mentalisation* et la régulation affective, amènent un nouvel éclairage sur l'étiologie des troubles de la personnalité en mettant l'accent sur la convergence des postulats relatifs aux conditions qui sous-tendent la pathogenèse. Dans l'ensemble de ces théories se trouve une

séquence invariante où le développement passe par la relation à une autre personne et à un autre cerveau qui assurent les fonctions de régulation interne au système biopsychologique immature et incomplet de l'enfant. La régulation affective, essentielle à la maturation de l'appareil psychique de l'enfant, est rendue possible par l'établissement d'une relation d'attachement qui favorise la prédominance des affects positifs sur les affects négatifs. De la part du parent maternant, cela suppose une capacité réflexive suffisamment bonne pour assurer une disponibilité, de même qu'une attention et un engagement dans des interactions visant à refléter adéquatement à l'enfant ses propres expériences affectives. Au-delà des contextes de violence pouvant faire obstacle à ce parcours *développemental*, ce sont des déficits qui provoquent les arrêts développementaux responsables de la pathogenèse. Ils peuvent être générés par une incapacité du parent à s'engager dans des moments de régulation affective interactive ou encore en raison de capacités de *mentalisation* insuffisantes pour permettre le processus de reflet en miroir des expériences internes de l'enfant. Ces situations provoquent les arrêts *développementaux* responsables de la pathogenèse.

#### **La négligence: un facteur étiologique sous-estimé de la pathogenèse**

Les histoires de sévices et de traumatismes relationnels ont souvent été documentées dans le vécu familial des personnes aux prises avec des syndromes cliniques (Axe-I) ou présentant un trouble de la personnalité (Axe-II) (Bateman & Fonagy, 2004). L'association entre la violence physique, psychologique ou sexuelle et la psychopathologie est largement documentée et reconnue. Pourtant, bien que la prévalence de la négligence parentale soit plus élevée que celle des violences corporelles ou sexuelles, ce phénomène a été relativement ignoré par les études étiologiques (Johnson et al., 2000, dans Fonagy & Bateman, 2004). Ironiquement, en comparaison avec le phénomène de la violence, celui de la négligence a lui-même été relativement négligé non seulement dans la littérature (Bifulco & Moran, 1998; Wolock & Horowitz, 1984, dans Allen, Fonagy & Bateman, 2008), mais aussi dans les références faites aux services visant la protection des enfants (Ards & Harrell, 1993, dans Allen, Fonagy & Bateman, 2008) et aux services de santé mentale (Garland et al., 1996, dans Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Une telle négligence de la négligence est troublante, surtout lorsqu'on tient compte du fait que son impact traumatique a été démontré comme étant équivalent ou excédant à l'impact des mauvais traitements (Egeland 1997, dans Allen, Fonagy & Bateman, 2008) et que ses effets perdurent dans la vie adulte.

Des études longitudinales viennent toutefois mettre en lumière le lien significatif entre des expériences de négligence au cours de l'enfance et le développement de troubles de la personnalité (Bateman & Fonagy, 2004). À titre d'exemple, à la suite de leur recherche longitudinale menée entre 1975 et 1993, *The New York Children in the Community Study* (Johnson et al., 2000 dans Bateman & Fonagy, 2004) ont démontré en quoi la négligence émotionnelle, physique ou liée à la supervision parentale est associée à un risque accru de développer un trouble de la personnalité. Bien que les phénomènes de la négligence et de la violence s'accompagnent souvent et que leurs effets néfastes sur le développement tendent à se conjuguer, ces recherches démontrent en quoi l'impact de la négligence sur la pathogenèse demeure significatif après que les variables se rapportant aux violences aient été isolées (Johnson et al., 2000, dans Fonagy & Bateman, 2004). Van der Kolk et ses collègues (1991, dans Allen, Fonagy & Bateman, 2008) ont démontré comment la négligence représente un des facteurs permettant de prédire l'incapacité à mettre un terme à des comportements auto-destructeurs, et ce, malgré un traitement thérapeutique intensif. Tout comme les sévices, la négligence peut se manifester de différentes façons. Barnet et ses collègues (1993, dans Allen, Fonagy & Bateman, 2008) ont différencié deux formes de négligence physique: un échec dans la satisfaction des besoins physiques (la nourriture, l'habillement, le logement, les soins de santé et l'hygiène) et un manque de supervision qui expose l'enfant au danger. Quant à la négligence psychologique et émotionnelle, elle est plus complexe à définir (O'Hagan 1995, dans Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Allen, Fonagy & Bateman (2008) en distinguent toutefois trois larges catégories: la négligence émotionnelle, qui correspond à des manques dans la sensibilité et l'accordage du parent aux états émotionnels de l'enfant; la négligence cognitive, qui se rapporte à un échec dans le soutien et la stimulation du développement cognitif et éducationnel; la négligence sociale, qui représente un manque ou une absence de soutien au développement social et interpersonnel. Egeland et Erikson (Egeland, 1997; Erikson & Egeland, 1996, dans Allen, Fonagy & Bateman, 2008) ont mis en évidence le fait qu'un manque ou une absence de disponibilité psychologique envers un enfant représente la pierre d'angle de la négligence émotionnelle. Ils définissent ce phénomène en décrivant le comportement de parents qui ne répondent pas aux manifestations des besoins de réconfort et de chaleur de leur enfant. À titre d'exemple, les mères qui ne sont pas psychologiquement disponibles se montrent relativement détachées et insensibles envers leur enfant, interagissant avec lui de manière mécanique. À la lumière des conclusions d'une étude longitudinale, selon ces



auteurs, bien que cette forme de négligence soit la plus subtile de toutes, son impact sur le développement dépasse celui des autres formes de maltraitance.

Bateman et Fonagy (2004) mettent en garde les professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé mentale contre le risque de surestimer la part du rôle des traumatismes dans le développement de la psychopathologie de leurs clients. Ils décrivent différentes erreurs qui guettent les cliniciens, dont l'analyse est partielle ou erronée en ce qui a trait aux enjeux étiologiques derrière les difficultés de leurs patients. Par exemple: ils portent une attention insuffisante à d'autres hypothèses étiologiques ou expériences psychosociales significatives concernant le vécu de leurs clients; ils leur suggèrent que leur expérience de violence est plus grave ou importante qu'elle l'a été en réalité, créant ainsi des distorsions dans l'expérience de réalité de ces clients et minant la relation aux individus concernés; ils font un usage problématique du pouvoir de posséder «un savoir supérieur, capable de faire diminuer la souffrance du patient» (Bateman & Fonagy, 2004) que leur confèrent leurs clients; ils leur dictent la direction des échanges cliniques, les forçant ainsi à adopter une position passive quant à leur propre expérience, etc.

### **Des relations dyadiques vers les relations triadiques**

Comme nous l'avons exposé précédemment, la formulation du dilemme de contact en PGRO est dépourvue de distinctions quant à l'impact respectif des contextes développementaux qui concernent des relations dyadiques (la relation mère-nourrisson) des relations triadiques (les interactions plus tardives où l'enfant interagit avec ses deux parents et devient témoin de leurs interactions). Pour mieux cerner l'importance de cette séquence *développementale*, nous devons nous rapporter aux travaux d'autres auteurs: ainsi, nos champs d'intérêt de recherche trouvent une résonance dans la théorie psychanalytique que proposent Kernberg et Caligor (2005), notamment en ce qui a trait à leur description des processus relatifs à l'internalisation de relations d'objet dans une séquence allant des relations dyadiques vers les relations triadiques. Selon ces auteurs, dès les premiers jours de la vie les relations d'objet internalisées proviennent de l'intégration de prédispositions affectives innées et d'interactions avec les figures d'attachement. Lorsqu'un affect est éprouvé de façon répétée dans le contexte d'un type particulier d'interaction, des souvenirs affectifs s'organisent et forment des représentations durables et chargées émotionnellement: ce sont des relations d'objet internalisées. Les relations d'objet les plus fondamentales sont dyadiques, c'est-à-dire qu'elles consistent en

deux représentations: une représentation du Self et une représentation d'une autre personne, en interaction. Lorsque les relations d'objet internalisées s'intègrent et s'organisent les unes avec les autres, elles peuvent devenir triadiques. Les relations d'objet triadiques consistent en une représentation du Self en interaction avec deux représentations d'objet.

Ces considérations théoriques sont compatibles avec la taxonomie proposée par Karasu (1992), qui propose une métathéorie *développementale* visant à comprendre les enjeux étiologiques impliqués dans le développement de la dépression et à guider le processus thérapeutique des clients dépressifs. Les travaux de Karasu (1992) sont eux-mêmes inspirés de différents auteurs qui se sont avérés des théoriciens influents: Abraham (1927), l'un des principaux auteurs, a mis les principes psychanalytiques, notamment les stades psychosexuels freudiens, au service de la compréhension clinique des troubles de l'humeur; Rado (1928) a postulé des facteurs intersubjectifs à la dépression en mettant l'accent sur la dépendance de la personne dépressive à des sources externes de soutien de son estime d'elle-même; Fenichel (1945) a décrit l'état régressif propre à certains états dépressifs où le soi est indifférencié de l'objet, dans lequel les attaques dirigées vers l'objet d'amour sont équivalentes à des attaques du Self; Klein (1945), avec ses travaux sur la position dépressive, a émis l'hypothèse de cette période d'ambivalence marquée non seulement par la peur de perdre l'amour objectal, mais aussi par la culpabilité liée au désir du mauvais objet qui, lorsque non résolue, prédisposerait l'enfant à d'ultérieures dépressions; Gero (1936) a élargi la compréhension de l'expérience dépressive en considérant l'ensemble des interactions mère-enfant dans l'étiologie de ce trouble; Bibring (1953) a associé la dépression à l'émotion d'impuissance liée à l'incapacité de l'enfant à atteindre les idéaux du parent; Sandler et Joffe (1965) ont émis l'hypothèse que la dépression représente une perte du sentiment de bien-être d'une personne où la perte de l'objet est secondaire à la perte des fonctions assurées par l'objet; Jacobson (1953, 1971) a mis l'accent sur l'importance du développement d'une image de soi chez l'enfant dans l'acquisition d'un sentiment d'identité et d'un registre d'affects suffisamment élaboré; Kohut (1971, 1977) a fait état du besoin d'objets-soi empathiques pour le développement d'une estime de soi normale, et de l'impact des enjeux d'attachement précoces sur d'ultérieurs problèmes de séparation-individuation; Bowlby (1980) a placé l'origine de la disposition dépressive dans l'expérience précoce de l'enfant en interaction avec ses parents où seraient présents des sentiments d'être inadéquat et de manque d'amour, etc.

Dans son modèle, Karasu (1992) distingue quatre prototypes de troubles dépressifs qui se rapportent aux enjeux développementaux relatifs à la maturation psychosexuelle. Toutes ces formes de dépressions réfèrent à différents types de contextes interactionnels allant des relations dyadiques vers les relations triadiques. De plus, les contextes développementaux empreints de violence sont différenciés de ceux liés à la négligence : ce modèle rend ainsi compte de l'impact distinct des configurations conflictuelles et déficitaires. Il en ressort une taxonomie situant les enjeux étiologiques et les manifestations cliniques des différentes formes que peuvent prendre la dépression : la dépression dyadique-déficitaire, la dépression dyadique-conflictuelle, la dépression triadique-déficitaire et la dépression triadique-conflictuelle. Drouin (2002) reprend cette classification dans ses travaux sur l'expérience dépressive. Cette fois, la séquence *développementale*, allant des relations dyadiques vers les relations triadiques, et les distinctions relatives aux contextes développementaux déficitaires et conflictuels sont utilisées pour éclairer la compréhension de toutes les facettes de l'expérience dépressive, et ce, à partir d'une approche multimodale s'inscrivant dans les principes de la PGRO.

## CONCLUSION

À la lumière de l'ensemble de ces considérations théoriques, nous souhaitons proposer une ouverture de la notion de dilemme de contact en PGRO, pour en dépasser le cadre étiologique actuel qui permet plus aisément la formulation des aspects conflictuels de la pathogenèse. Nous souhaitons que ce concept rende compte non seulement des contextes développementaux qui sous-tendent une configuration du contact dans le champ où « ce qui est indispensable au développement est aussi vécu comme étant intolérable » mais aussi de ceux que caractérise « l'intolérable absence de l'indispensable ». À notre avis, la pertinence de cette réflexion pour la pratique professionnelle concerne d'abord le travail de supervision et de transmission du modèle de la PGRO. Nous croyons qu'une ouverture du concept de dilemme de contact est nécessaire. D'une part, pour permettre à ce concept de rendre davantage compte de la diversité et de la complexité des facteurs influençant le développement de la pathogenèse, et d'autre part, pour fournir aux thérapeutes de cette approche des balises théoriques permettant de meilleures inférences étiologiques (diagnostic structural) quant au développement des troubles de la personnalité des clients qu'ils rencontrent. Nous ne doutons pas que le modèle de la PGRO reconnaît l'importance du déficit — dyadique et triadique — dans le développement de pathologie de la personnalité, mais nous

croyons fermement que la formulation actuelle du dilemme de contact ne rend pas compte de cette richesse de compréhension.

Pour ce faire, nous souhaitons utiliser le modèle de Drouin (Van Damme & Drouin, 2002), inspiré des travaux de Karasu (1992) où l'on retrouve à la fois les distinctions entre les relations primaires « dyadiques » et « triadiques » et la rencontre entre cette séquence et deux types de configurations relationnelles pathogènes. En premier lieu, on y voit des moments où le contact du nourrisson ou du jeune enfant avec sa figure d'attachement, à travers laquelle passe la prise en charge de l'ensemble de ses besoins, est aussi porteur d'une expérience inassimilable (les situations conflictuelles impliquant « la rencontre simultanée de l'indispensable et de l'intolérable », telles que définies par le dilemme de contact en PGRO). En second lieu, on y voit des moments où il y a absence de réponse à ces besoins indispensables (les situations déficitaires). En reprenant la proposition d'ouverture multimodale que propose Drouin (2002), il devient possible de développer une taxonomie appliquée à l'analyse étiologique de la pathogenèse et de définir quatre (4) catégories pour notre analyse : les contextes dyadiques déficitaires, les contextes dyadiques conflictuels, les contextes triadiques déficitaires et les contextes triadiques conflictuels. Dans le cadre de nos travaux de recherche en cours, nous souhaitons utiliser cette taxonomie pour vérifier si le discours de différents thérapeutes pour expliquer l'étiologie de la pathologie de leurs clients permet de retrouver des éléments contribuant à une vision déficitaire de la pathogenèse. Un prochain article fera état de notre méthode, de nos résultats et de nos conclusions.

## Références

- Abraham, K. (1927). Notes on the psycho-analytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. Dans D. Bryan & A. Strachey (Ed.). *Selected papers on psychoanalysis*. London : Hogarth Press.
- Allen, J., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. London : American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based Treatment*. Oxford, UK : Oxford University Press.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of dépression. Dans P. Greenacre (Ed.) *Affective disorders*. New York : International University Press.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: sadness and depression*. New York, Basic Books.
- Centre d'Intégration Gestaltiste (2011). *Le CIG et la formation professionnelle à la psychothérapie : cahier d'information à l'intention des candidats*. Document inédit.

- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle G. (2004). *Les pathologies de la personnalité: perspectives développementales*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Drouin, M.-S. (2002, n.d.). *Application de la PGRO dans le traitement des problématiques dépressives*. Communication présentée au colloque du Groupe de recherche sur l'intégration de la psychothérapie, Montpellier, France.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. New York: Basic Books.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: W.W. Norton.
- Fonagy, P. (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal*, 24, 212-239.
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The Mentalization-Focused Approach to Self Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20 (6), 544-576. New York: The Guilford Press.
- Gero, G. (1936). The construction of depression. *International journal of psycho-analysis*, 17, 423-461.
- Jacobson, E. (1953). Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression. Dans P. Greenacre (Ed.) *Affective disorders*. New York: International University Press.
- Jacobson, E. (1971). *Depression*. New York: International University Press.
- Karasu, B. T. (1992). Developmentalist metatheory of depression and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 37-49.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. Dans Lezenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (Eds), *Major theories of personality disorder; second edition* (pp. 114-156). New York: The Guilford Press.
- Klein, M. (1945). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. Dans *Contributions to psychoanalysis*. New York: McGraw Hill.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2000). *Personality disorders in modern life*. Second edition. John Wiley & Sons: Inc. New-Jersey.
- Rado, S. (1928). The problem of melancholia. *International journal of psycho-analysis*, 9, 420-438.
- Sandler, J., & Joffee, W.G. (1965). Notes on childhood depression. *International journal of psycho-analysis*, 46, 88-96.

- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schore, A. N. (2000a). Attachment, the right brain, and empathic processes within the therapeutic alliance. *Psychologist Psychoanalyst*, 20, 8-11.
- Schore, A. N. (2000b). Plenary address: Parent-infant communications and the neurobiology of emotional development. Dans *Proceeding of head start's fifth national research conference, developmental and contextual transitions of children and families. Implications for research, policy, and practice*, p. 49-73. Department of Health and Human Services, Washington, DC.
- Schore, A. N. (2003a). *Affect dysregulation & disorders of the Self*. New York: WW Norton & Company.
- Schore, A. N. (2003b). *Affect regulation & the repair of the Self*. New York: WW Norton & Company.
- Van Damme, P., & Drouin, M.-S.(2003). Dépression, régression et proposition d'ouverture multimodale de l'expérience dépressive. *Revue québécoise de Gestalt*, 6, 107-131.

#### **Abstract**

The aim of this article is to describe how the concept of contact dilemma as it is actually formulated in the Object Relation Gestalt Therapy (ORGT) seems to be incomplete. It focusses primarily on the conflictual dimension of the etiology of personality disorders. Thus, the actual formulation neglects to emphasize the dimension of the deficit in this etiology. We propose a new formulation of the concept of contact dilemma that takes into account the conflictual and deficitary aspects as well as the dyadic and triadic dimensions.

# La Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet et la dynamique du couple<sup>1</sup>

Un essai théorico-clinique

Michel DANDENEAU

## Résumé

La Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) traite des enjeux développementaux qui se manifestent au cours de la vie adulte, dans des reproductions d'impasses relationnelles et qui sont habituellement à l'origine des troubles de la personnalité. Or, la relation de couple est sans doute le contexte le plus favorable à de telles reproductions. Pourquoi et comment? Voilà les deux questions auxquelles l'auteur tente de répondre. En situant l'émotion et sa régulation au cœur du développement du Self et de son fonctionnement, il avance l'idée qu'à partir d'identifications projectives mutuelles, le couple forme un système semblable à une personnalité. La PGRO, éclairée par les neurosciences affectives, offre un point de vue riche et utile pour mieux comprendre la dynamique du couple. Un cas issu de la pratique de l'auteur illustre comment la PGRO et ses trois enjeux développementaux d'attachement, d'estime de soi et d'éros-éthos peuvent éclairer, informer et guider l'intervention thérapeutique auprès du couple.

## INTRODUCTION

L'objectif de cet essai est d'amorcer une réflexion sur l'éclairage que peut apporter la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet ou la PGRO (Delisle, 1998) à notre compréhension de la dynamique du couple, et ce, en intégrant les concepts de la régulation de l'émotion et de l'identification projective. Je m'intéresse à l'étude et à la pratique de la thérapie de couple depuis plus de 25 ans et depuis une dizaine d'années je me suis orienté vers la PGRO. La notion de la reproduction d'enjeux développementaux est au cœur de cette approche. Ces enjeux se reproduisent sous forme d'impasses dans la relation thérapeutique (champs 1 et 2 pour la PGRO) ainsi que dans les relations significatives de la vie courante

<sup>1</sup> L'auteur désire remercier Gilles Delisle, Line Girard, Daniel Lavoie et Denise Ouellet pour leur rétroaction constructive et leur encouragement.

d'une personne qui consulte (champ 3). Or la relation où l'on risque le plus de retrouver ces reproductions d'impasses est sans doute la relation amoureuse. D'ailleurs, la plupart des problèmes présentés en psychothérapie sont liés à ce thème, peu importe que ce soit en thérapie individuelle, de couple ou de famille (Gurin, Veroff, & Feld, 1960; Horowitz, 1979; Sager, Gundlach, Kremer, Lenz, & Royce, 1968).

Les prémisses suivantes résument le cœur de cet essai :

- La relation *développementale* — déclinée dans ses trois enjeux d'attachement, d'estime de soi et d'éros-éthos — est régulatrice de l'émotion ;
- L'émotion façonne la relation *développementale* dans ses trois enjeux ;
- Le Self se construit dans le creuset relationnel: *relation développementale/régulation de l'émotion* ;
- À l'âge adulte, le Self s'attache à un autre Self pour construire le couple ;
- Le couple favorise la reproduction d'enjeux *développementaux* ;
- La thérapie de couple facilite la métabolisation des enjeux *développementaux*.

Le fil conducteur de toutes ces prémisses est la régulation de l'émotion.

The organization of the Self is dependent upon the manner in which emotion is regulated. [...] How we experience the world, relate to others and find meaning in life are dependent upon how we have come to regulate our emotions. (Siegel, 1999, p. 155-6; p. 245)

Dans cet essai, je définirai d'abord l'émotion et sa régulation, en particulier dans la relation de couple. Je me pencherai ensuite sur l'identification projective comme stratégie de régulation de l'émotion et j'y démontrerai comment elle facilite la création du couple, en tant que système. J'amorcerai enfin une description de la dynamique du couple selon les termes de la PGRO.

## QU'EST-CE QU'UNE ÉMOTION ?

L'émotion est un processus neurophysiologique et dynamique qui intègre divers éléments perceptuels (sensations corporelles, images, expressions faciales, sons, odeurs) teintés par les mémoires implicite et explicite (évaluations) et qui suscite une tendance à l'action fondamentalement adaptative.



L'émotion n'est pas un état statique, mais un processus dynamique déclenché d'abord par une réaction d'orientation initiale, une alerte qui dit: « Quelque chose d'important se passe ici et maintenant. Sois attentif. » En quelques microsecondes, le cerveau évalue le stimulus comme bon ou mauvais et prépare le corps à une action de type approche ou évitement. Simples au début, ces évaluations (approche/évitement, j'aime/je n'aime pas, agréable/désagréable) se différencient progressivement pour aboutir à des émotions distinctes comme la tristesse, la joie, la colère, la peur, la surprise (Siegel, 1999). Il serait peut-être plus précis et juste de se référer à la notion de « dynamiques émotionnelles » ou encore de « schémas émotionnels », car une émotion n'est pas statique et permanente. Tout comme la mémoire, elle est en constante construction et reconstruction. Chaque fois que je me souviens d'une scène, en réalité je ne m'en souviens pas comme si elle était toute faite et comme si elle existait déjà entièrement dans un tiroir de ma mémoire. Je la reconstruis plutôt à partir d'éléments mnésiques et perceptuels en réactivant des circuits neuronaux (Elliott et coll., 2004; [www.lecerveau.mcgill.ca](http://www.lecerveau.mcgill.ca)). L'émotion — tout comme le souvenir d'une scène — m'apparaît stable et permanente parce que je la recrée régulièrement à partir d'éléments perceptuels de base, au fur et à mesure que j'interagis avec mon environnement dans une situation donnée<sup>3</sup>.

L'émotion est adaptative dans sa forme *primaire* (Elliot, et al., 2004; Greenberg, 2002; Greenberg & Paivio, 1997). Greenberg et son groupe établissent une importante distinction entre quatre formes de réponses émotionnelles: *primaire*, la réponse directe et non apprise à une situation: avoir peur quand il y a un danger réel; *mésadaptative*: avoir peur d'un geste bienveillant ou empathique parce qu'on a appris que c'est un prélude aux mauvais traitements; *secondaire*: s'enrager à la place d'avoir peur; *instrumentale*: exprimer de la colère pour faire peur. Ce qu'on cherche à débusquer et à réguler en thérapie, c'est l'émotion primaire, car c'est dans cette forme qu'elle est adaptative, et c'est elle qui permet d'achever le cycle du contact. Identifier les autres formes d'émotion est un exercice utile dans la mesure où cela nous aide à repérer ce qui crée des impasses de contact, mais ce ne sont pas ces émotions qu'on encourage.

<sup>3</sup> « Et contrairement à l'image classique d'une vaste collection de données archivées, la plupart de nos souvenirs sont des reconstructions. En effet, les souvenirs n'étant pas stockés dans le cerveau comme des livres dans une bibliothèque, leur rappel exige à chaque fois une reconstruction à partir d'éléments épars dans différentes aires cérébrales. Plutôt que la simple évocation de traces fixes, la mémoire est donc aujourd'hui considérée comme un processus continu de recatégorisation découlant d'un changement continu des voies neuronales et du traitement en parallèle de l'information dans le cerveau. » [http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i\\_07/i\\_07\\_p/i\\_07\\_p\\_tra/i\\_07\\_p\\_tra.html#3](http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_07/i_07_p/i_07_p_tra/i_07_p_tra.html#3)

Dans sa forme primaire, l'émotion agit comme une boussole ou un GPS afin de nous donner accès à nos besoins et à nos désirs. Elle nous motive à une action dans l'environnement relationnel pour répondre à nos besoins. Les neurosciences affectives nous démontrent la valeur incontestable de l'émotion pour l'adaptation (Damasio, 1999; Darwin, 1872; Davidson et al., 2000; Ekman, 1992; Fosha, 2000; Greenberg & Paivio, 1997; Lazarus, 1991; LeDoux, 1996; Panksepp, 1998; Tomkins 1962, 1963).

En se basant sur les travaux de Damasio, Schore avance que l'émotion et sa régulation sont essentielles à la fonction adaptative du cerveau :

Emotions and their regulation are thus essential to the adaptive function of the brain, which is described by Damasio: the overall function of the brain is to be well informed about what goes on in the rest of the body, the body proper; about what goes on in itself; and about the environment surrounding the organism, so that suitable survivable accommodations can be achieved between the organism and the environment. (Schore, 1994, p. 90) (Schore, 2001, p. 3)

Contacter, ressentir et exprimer nos émotions nous donne accès à une information psychobiologiquement adaptative et nous guide dans la vie en motivant, en nous-mêmes, des actions et en appelant des réponses de l'autre. Pour Darwin (1872) autant que pour Bowlby (1991), la fonction primordiale de l'émotion est la communication. Grâce à elle, nous communiquons ce qui est essentiel à la survie et à l'adaptation.

Dans le contexte relationnel en particulier, l'émotion est notre évaluation viscérale de ce qui est important, et par sa valeur communicative elle nous met en relation significative avec autrui. Elle motive nos actions et appelle une réponse d'autrui. Par exemple :

- La tristesse pourrait appeler le réconfort ;
- La peur pourrait appeler l'autre à nous rassurer ;
- La colère pourrait appeler le respect ;
- La joie pourrait appeler le partage.

Dans le modèle de la PGRO, l'émotion agit à la frontière-contact entre l'organisme et l'environnement relationnel. Elle nous informe sur l'état de l'organisme et sur celui de l'environnement et elle organise les actions d'ajustement entre eux. Les mécanismes de la fonction Je (introjection, projection, réflexion, déflexion et confluence) la régulent.

## QU'EST-CE QUE LA RÉGULATION DE L'ÉMOTION ?

La régulation de l'émotion c'est : « [...] la capacité à ressentir et à se représenter ses états corporels en tant que représentants des affects, et à les maintenir dans un registre d'intensité propice à un ajustement créateur » (Delisle, 2008).

Une émotion régulée facilite l'exploration de notre expérience, aide à en construire le sens et oriente nos actions de manière adaptative. Elle favorise donc l'herméneutique et un ajustement créateur.

Gendlin (1981) décrit le niveau optimal d'éveil émotionnel (*emotional arousal*) qui permet l'exploration du ressenti et la création de sens. La personne aux prises avec une dysrégulation émotionnelle alterne entre un état de submersion et un état de contrôle excessif. Si elle est submergée par son émotion, celle-ci est d'une intensité trop grande et envahissante. Elle peut aller jusqu'à des états de panique. Son effet désorganisant nuit au recours à une action adaptative. Par ailleurs, si la personne exerce un contrôle excessif, elle réprime, refoule ou intellectualise et elle n'a plus accès à l'information adaptative que contient normalement l'émotion. Dans un cas comme dans l'autre, la dysrégulation bloque l'accès à l'expérience émotionnelle et ne permet pas de s'en servir pour la santé.

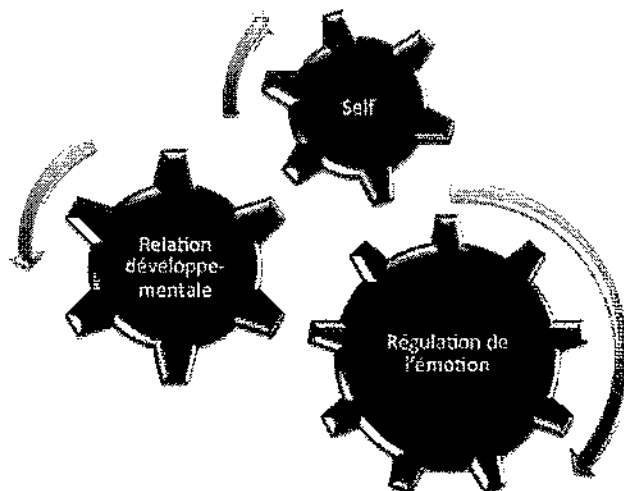
Cependant, la régulation de l'émotion ne consiste pas seulement à réduire l'intensité d'un affect trop puissant ou à intensifier une émotion trop contrôlée. Bien qu'elle vise à créer un état sécurisant, elle a d'autres fonctions. Elle cherche à contacter et à amplifier spécifiquement l'émotion primaire et à développer une curiosité et le goût d'explorer la vie socioémotionnelle et l'environnement (les systèmes d'activation émotionnelle SEEKING et PLAY de Panksepp, 1998). Cette curiosité est une marque de santé mentale adaptative et joue un rôle crucial dans l'organisation plus complexe du Self (Schore, 2001, 2008).

## LA RÉGULATION DE L'ÉMOTION, LA RELATION DÉVELOPPEMENTALE ET LE SELF: UNE GESTALT DYNAMIQUE ET PERMÉABLE

La régulation de l'émotion, la relation *développementale* — avec ses trois enjeux — et le Self forment un ensemble dynamique et perméable (voir *Figure 1*). L'apprentissage de la régulation de nos émotions se fait dans une relation *développementale*. La régulation a une influence importante sur l'organisation de la relation et elle construit le Self, notamment nos modèles de soi et de l'autre (MRC: matrice des représentations du champ). Tout changement

dans une de ces trois sphères — régulation de l'émotion, relation *développementale* ou Self — aura une influence sur les deux autres.

Figure 1 : Le Self, la relation *développementale* et la régulation de l'émotion : une gestalt dynamique et perméable.



Plusieurs auteurs et chercheurs, dont Fonagy et Schore, conçoivent la régulation des émotions comme le fondement du Self (Wallin, 2007). La relation *développementale* forme le contexte primordial dans lequel nous apprenons à contacter, à moduler et à utiliser nos émotions. Le Self se construit dans le creuset relationnel : *relation développementale/régulation de l'émotion*. « Pendant les périodes critiques du début de la vie, le cerveau/esprit/corps humain évolue vers de plus hauts niveaux de complexité, dans le contexte d'une relation de régulation affective avec un autre être humain » (Schore, 2008, p. 20).

Le cerveau/esprit/corps évolue pour générer le Self, ce point de référence interne relativement stable qui fait l'expérience de la vie tout en la façonnant consciemment et inconsciemment et qui donne la couleur unique de notre personnalité (Wallin, 2007).

Les stratégies de la régulation de l'émotion sont encodées dans le Self, notamment dans la fonction personnalité (MRC). Elle porte les résidus représentationnels des cycles de contact (on pourrait dire aussi des cycles de régulation de l'émotion) y inclus les résidus que les microchamps introjectés (MI) ont contaminés en réponse à un dilemme de contact (DC). Les résidus représentationnels des cycles de contact dans la MRC forment les modèles (opérants) de soi et de l'autre, avec leurs valeurs positives et négatives qui nous orientent par rapport à notre expérience relationnelle et déterminent nos attentes.

Les modèles opérants n'enregistrent pas seulement des souvenirs ou des croyances qui peuvent être verbalisés explicitement (par la mémoire épisodique), mais aussi, et surtout, ils enregistrent des règles (par la mémoire procédurale ou implicite). Ces règles déterminent ce vers quoi nous porterons notre attention et ce que nous éviterons, y compris les émergences de la fonction Ça, les pensées, les sentiments, les désirs et les souvenirs. La mémoire implicite contient également les MI qui s'infiltrent dans la formation des figures et contaminent les cycles de contact et de régulation de l'émotion. Ce sont ces règles enregistrées dans la mémoire implicite que la fonction Je — l'interprète de la fonction Ça et de la MRC — appliquera dans la relation entre le Self et l'environnement (c'est-à-dire un autre Self, dans le cas du couple). Ces règles implicites et procédurales détermineront les attentes de chacun lorsque deux personnes se rencontrent et se rapprochent: *puis-je compter sur elle ? Suis-je en sécurité ou en danger ?* Nos expériences relationnelles sont constamment interprétées à la lumière de notre mémoire implicite d'événements interpersonnels développementaux et forment les modèles de soi et de l'autre, modèles servant à prédire la probabilité que telle expérience relationnelle nous apporte tel état émotionnel agréable ou désagréable (Cozolino, 2002). Ces modèles joueront un rôle décisif dans la sélection de partenaires ainsi que dans les crises qui les amèneront en thérapie.

Dans la pathologie, la fonction Je cherche surtout à reproduire le genre de situations qui ont conduit à la SI [situation inachevée] et parfois, mais accessoirement, à la modifier.

[...] Elle élimine donc des possibilités au profit du maintien de l'intégrité du CI [champ introjecté (sic)] et elle fait en sorte que les éléments du champ qui invalideraient un MI restent en fond, alors que ceux qui sont de nature à le confirmer émergent plus facilement en figure. (Delisle, 1998, p. 131)

La relation de couple, et plus précisément sa psychothérapie, permet de mettre au jour des dynamiques relationnelles encodées dans la mémoire implicite procédurale et actives dans les modèles internes de soi-en-relation-avec-autrui qui stockent les stratégies de régulation de l'émotion et guident l'individu dans ses interactions interpersonnelles (Schore, 2008). Ces dynamiques relationnelles sont formées de biais perceptuels inconscients utilisés pour détecter secrètement une menace interpersonnelle. Elles sont exprimées dans les impasses de contact au cours des conflits conjugaux qu'on pourrait concevoir comme des reproductions de situations qui font écho à la SI à l'origine du dilemme de contact (DC).

## LA RÉGULATION DE L'ÉMOTION DANS LE COUPLE: UN ÉCHO DÉVELOPPEMENTAL

Le couple est une relation émotionnelle construite en fonction d'enjeux d'attachement, d'estime de soi et de passion romantique et sexuelle. Il se construit sur un terrain tout à fait particulier, c'est-à-dire celui d'une relation intime et amoureuse, à la fois psychique et physique, et une relation *psychosomatique* qui fait écho à la toute première relation psychosomatique entre la mère et son nourrisson (Scharff & Scharff, 1991). La description que fait Winnicott (1971) du partenariat psychosomatique (*psycho-somatic partnership*) entre la mère et son nourrisson nous place en territoire d'intimité physique. Dans cet échange où l'on retrouve le *holding* et le *handling* de la mère envers son nourrisson, la mère cherche à comprendre le sens des rythmes et des besoins de son enfant, ce qui lui permet d'organiser son monde interne et de construire le sens de son expérience. Inversement, l'interaction physique du nourrisson avec sa mère permet à celle-ci de s'organiser psychologiquement en tant que mère. En d'autres mots, les interactions entre la mère et son nourrisson organisent leurs perceptions et leurs expériences respectives et les confirment dans leur identité et dans leurs rôles.

Notons que dans un couple adulte sain, les échanges entre partenaires organisent et confirment le rôle, l'identité et la valeur de chacun dans son attachement (*j'aime, je suis aimé et je peux compter sur l'amour de l'autre*), dans son estime de soi/individuation/autonomie (*j'ai du prix aux yeux de l'autre, peu importent mes limites et imperfections*) et dans son érotisme (*mon plaisir est juste et bon et je respecte celui de l'autre et son intégrité*).

Le Self de l'enfant se développe à partir des échanges observables entre la mère et son nourrisson (Stern, 1985). Ces échanges sont faits de regards spécifiques et de sons, synchronisés avec des mouvements du corps ou des expressions faciales qui, petit à petit, forment une conversation rudimentaire. La mère sourit quand son enfant sourit, rit quand il rit, devient anxieuse quand il est anxieux. L'enfant sourit quand sa mère sourit, rit avec elle et devient anxieux quand elle est mécontente ou distante. Dès les premiers mois, la mère et l'enfant accordent et raffinent leurs séquences de répliques mutuelles qui deviendront peu à peu leur conversation à long terme. Une conversation d'*accordage/désaccordage/réaccordage* se poursuivra à travers les enjeux développementaux. L'enfant se construira une base affective de sécurité ou d'insécurité dans le lien d'attachement. Pour fonder son estime de soi, il aura à négocier ses premiers mouvements vers l'individuation et l'autonomie, ainsi que la honte et ses précurseurs du Surmoi. Il aura aussi à découvrir son

corps comme lieu de plaisir, tout en composant avec l'interdit, un enjeu d'éros-éthos.

Chez l'adulte en relation amoureuse et sexuelle, on retrouve cette relation ou conversation psychosomatique et cet *accordage* affectif dans les regards langoureux, les petits sons enjoués, les éclats de rire simultanés ou la préoccupation de l'autre, la tristesse ou l'anxiété quand il ne va pas bien. La relation de couple se construit sur les bases de la régulation de l'émotion d'*accordage/désaccordage/réaccordage* psychosomatiques qui font écho à nos toutes premières expériences relationnelles. L'interaction physique des partenaires adultes résonne avec les profondeurs de leur psychologie individuelle largement implicite et inconsciente, en particulier leur monde interne de relations d'objet respectif tel que construit dans les trois chantiers développementaux de l'attachement, de l'estime de soi et d'éros-éthos.

Les neurosciences nous éclairent davantage dans notre compréhension du couple qui devient une unité psychosomatique à travers une conversation neurodynamique entre systèmes limbiques: « [...] emotional communication constitutes a *conversation between limbic systems*... It is a biologically-based communication system that involves individual organisms *directly with one another: the individuals in spontaneous communication constitute literally a biological unit* [...] » [Italiques de Schore] (Buck, cité dans Schore, 2001, p. 20).

La communication émotionnelle passe par des signaux visuels, auditifs et gestuels qui induisent des effets émotionnels immédiats (Schore, 2001). Cette conversation entre systèmes limbiques permet le processus de l'identification projective, une forme de régulation de l'émotion, telle que définie par Schore (2008).

## L'IDENTIFICATION PROJECTIVE: UNE STRATÉGIE DE LA RÉGULATION DE L'ÉMOTION

L'identification projective est un processus de communication au moyen duquel une information essentiellement inconsciente est projetée d'un émetteur à un récepteur. Alors que ce processus s'amorce dans le développement précoce, il se poursuit tout au long de la vie et « [...] se produit continuellement à l'intérieur des familles et des couples » (Schore, 2008).

À l'origine, l'identification projective était vue essentiellement comme la projection dans une autre personne de parties mauvaises et répudiées par le Self, avec l'objectif d'exercer un contrôle malveillant sur l'autre (Klein, 1946).

Aujourd'hui, on conçoit l'identification projective comme une forme de communication vitale dans le développement, aussi bien normal que pathologique. Elle constitue l'un des fondements de l'empathie et de l'amour réciproque (Schore, 2008).

Dans les termes de Schore, l'identification projective ressemble à une communication ou à une conversation entre systèmes limbiques latéralisés à droite, et elle a pour objectif de réguler l'émotion. L'identification projective :

[...] est une stratégie de régulation de l'affect utilisée dans des communications spontanées de cerveau droit à cerveau droit. Il s'agit d'un dialogue préverbal, enraciné dans le corps, entre des systèmes limbiques latéralisés à droite, particulièrement dans des contextes intensément émotionnels. (Schore, 2008, p. 99)

Dans le processus d'identification projective, ce sont des états psychobiologiques qui sont communiqués de manière rapide — donc en dehors de la conscience — et non des cognitions ou des états d'esprit mentaux complexes et élaborés.

Parce que les affects sont des phénomènes psychobiologiques et parce que le Soi s'enracine dans le corps, la stratégie de l'identification projective représente non pas des comportements verbolinguistiques conscients, mais bien des communications corps-esprit, inconscientes et non verbales. (Schore, 2008, p. 99)

Comment fait-on pour reconnaître ces communications psychobiologiques, si elles sont « inconscientes et non verbales » ? Les neurosciences nous fournissent un éclairage sur ce processus et nous permettent d'élaborer une hypothèse d'explication neurodynamique de l'identification projective. « [...] nous reconnaissons l'état émotionnel d'autrui en produisant des représentations somatosensorielles internes qui simulent la manière dont nous nous sentirions si nous montrions une certaine expression faciale » (Schore, 2008, p. 100).

### **Les neurones miroirs : une hypothèse d'explication neurologique de l'identification projective**

On a découvert des neurones miroirs activés quand on observe quelqu'un qui accomplit une action intentionnelle, c'est-à-dire une action spécifique ayant un but particulier, comme éplucher une banane pour la manger. On a baptisé ces neurones « miroirs », car ce sont les mêmes qui s'activent quand l'observateur, à son tour, effectue l'action observée (Cozolino, 2006). L'état de la recherche actuelle nous permet d'affirmer que chez l'humain, de tels neurones miroirs sont répartis dans divers endroits du cerveau, incluant les cortex moteur et somatosensoriel, l'aire de Broca, l'amygdale et le lobe frontal. Différentes parties du cerveau seront



activées selon une action donnée et selon qu'on l'observe, l'imagine ou qu'elle implique des émotions (Cozolino, 2006). Puisqu'on retrouve ces neurones dans l'aire de Broca, on croit qu'ils jouent un rôle déterminant dans la reconnaissance et l'expression de gestes phonétiques. Les expressions faciales, les gestes, les tons de voix ou les postures corporelles activeront des circuits sensorimoteurs semblables chez l'observateur. À leur tour, ces circuits activeront les réseaux émotionnels associés à ce qu'on observe.

Gallese (2001) propose que l'intention d'une action déclenche des neurones miroirs et active un modèle comportemental associé au but recherché par l'action. C'est comme lorsqu'on commence à signaler un numéro de téléphone ou à jouer une pièce de musique: le premier chiffre ou la première note déclenche la séquence entière du numéro ou de la pièce. On peut penser aussi à une danse où le pas de l'un appelle le pas complémentaire de l'autre, et la chorégraphie s'active. On a aussi démontré que l'imitation d'un acte intentionnel active le cortex préfrontal, cette partie du cerveau qui relie le comportement à la mémoire pour obtenir de futurs résultats (Cozolino, 2006). Ainsi, un geste peut devenir le «préfixe» ou «l'indicatif» d'un ensemble de mouvements et d'intentions qui se transforment en symbole de communication et crée une dynamique relationnelle donnée.

Dans un couple, un geste, une expression faciale ou un ton de voix peuvent déclencher une séquence d'émotions et de comportements grâce à la mémoire procédurale, implicite et inconsciente, ce qui active un modèle ou une représentation interne (MRC, MI) et qui donne naissance à une reproduction, une *danse* dans un couple, une danse qui l'emporte, comme dans une collusion, notion que nous verrons plus bas.

Nous syntonisons les états émotionnels et corporels d'une autre personne grâce aux neurones miroirs qui ne sont déclenchés que par des actions intentionnelles. Ce qui veut dire que ces neurones réagissent aux états mentaux (incluant les émotions) qui sous-tendent ses actions, permettant une expérience viscéroémotionnelle de ce que vit l'autre. C'est le substrat neuronal de l'identification projective, de l'*accordage* affectif, de l'empathie, de la *mentalisation* et de l'intersubjectivité (Wallin, 2007). Notre propre état interne généré par les neurones miroirs participerait ainsi à la création d'une théorie intuitive de l'état interne d'autrui (Cozolino, 2002).

Notre représentation ou modèle d'autrui débiterait avec un ressenti viscéroémotionnel capté par les systèmes miroirs. Il inclurait notre compréhension de ce que ressent l'autre et de ce qui le motive. Il s'agit d'un modèle interne qu'on utilise pour faire

des prédictions sur les actions et les intentions de l'autre. Ces modèles peuvent agir de manière rapide et inconsciente. Ils sont apparentés au CI, aux MI et à la MRC en PGRO.

La communication limbique qu'est l'identification projective se fait selon les règles des modèles opérants — de soi et de l'autre — qui agissent dans la matrice des représentations du champ (MRC) et qui impliquent aussi la mémoire implicite, donc non verbale et inconsciente, active dans la fonction Ça, les microchamps introjectés (MI) et le champ introjecté (CI). Tout cela émerge et influence les interactions avec autrui de manière à induire une réponse donnée selon les règles des modèles opérants. L'autre sera perçu comme accueillant ou *rejetant* selon les valences dans la MRC. Cette perception sera également colorée par les émergences du Ça, par exemple un MI composé d'éléments refoulés de soi et d'éléments introjectés d'autrui, avec l'affect qui les relie. C'est ce qui donne naissance aux affinités thématiques qu'on retrouve dans la vie d'une personne, par exemple celle qui répète le même scénario relationnel de devenir amoureuse, mais qui finit par être abandonnée. Peu importe avec qui elle se trouve, il est probable qu'elle revive le thème de l'abandon. Mais elle ne pourra pas agir seule, c'est-à-dire sans un partenaire ayant déjà certaines prédispositions à abandonner.

### **Dans l'identification projective, l'induction est impossible sans accord implicite**

Il est parfois difficile de départager la réalité de l'idée qu'on s'en fait. Quand un conjoint nous décrit sa partenaire, et qu'on la rencontre par la suite, ce n'est pas toujours facile de discerner entre la description que nous en a faite le conjoint et l'observation qu'on en fait. Qu'est-ce qui appartient au réel objectif et qu'est-ce qui appartient au monde subjectif et fantasmatique? Le phénomène de l'identification projective n'en est pas un qui se passe exclusivement dans la psyché d'un individu, comme dans un *vacuum isolé* de la réalité externe. Elle se déploie en fonction et en lien avec des éléments du réel objectif. Il arrive souvent que la projection soit juste, c'est-à-dire qu'elle correspond effectivement à la réalité de la cible, tout en étant d'abord un élément appartenant à celui qui projette. « Avec l'identification projective, le sujet qui projette, *en ayant recours aux interactions réelles avec le récepteur*, induit inconsciemment chez celui-ci des états émotionnels congruents avec les émotions expulsées » [Italiques de Dandeneau] (Ogden, cité dans Schore, 2008, p. 86).

L'induction dans l'identification projective ne se réalise pas sans la participation implicite du partenaire. En d'autres termes: la personne qui induit et celle qui accepte l'induction en retirent des

bénéfices mutuels: ça fait l'affaire des deux! N'induit pas qui veut, comme le dit Lemaire.

Il n'est pas possible d'induire un rôle, un comportement, un trait de caractère ou un symptôme chez un sujet qui n'y est pas du tout prêt, et chez qui n'existent pas les tendances latentes correspondantes. [...] La victime, par exemple, est souvent [...] capable d'induire en partie un rôle de bourreau ou de tyran chez son partenaire si celui-ci présente quelques dispositions latentes en ce sens [...]. Si X cherche Y et réussit à exercer une pression sur Y, c'est qu'Y (plus ou moins consciemment) recherche X et les pressions qu'X exercera sur lui. (Lemaire, 1994, p. 133-134)

### LE COUPLE VU COMME UN SYSTÈME – UNE « PERSONNALITÉ »

Dicks (1967) a introduit le concept d'identification projective de Klein (1946) dans sa théorie sur le couple pour expliquer les motivations inconscientes qui jouent dans le choix du conjoint et dans la dynamique qui s'ensuit. Selon Dicks, le choix des conjoints n'est pas basé uniquement sur des facteurs conscients. Il est aussi déterminé par une congruence entre relations d'objet inconscientes, une « complémentarité inconsciente ». Le conjoint est perçu comme faisant partie de soi, puis il est traité selon la valeur accordée à cette partie: chéri avec soin ou dénigré ou persécuté. Au cours de l'évolution de la relation, cette complémentarité inconsciente persiste, elle brouille les frontières entre soi et l'autre et développe la « personnalité jointe » du couple (Scharff & Scharff, 1991). Cette personnalité jointe contient les aspects projetés des relations d'objet primaires, des aspects clivés ou refoulés qui sont redécouverts et revécus dans la relation de couple, grâce à l'identification projective. En termes de PGRO, ce qui est redécouvert appartient à des MI.

Segal (1964) dit que l'identification projective est le résultat d'une projection de parties du Self dans un objet. Ou l'objet est perçu comme ayant acquis les caractéristiques de la partie du Self, ou le Self s'identifie avec l'objet de sa projection. Ici, Segal donne un double sens à l'identification projective. L'objet serait perçu erronément comme s'il était le Self et le Self deviendrait l'objet mal perçu. C'est la perspective intrapsychique (*one body view*) de l'identification projective. Dans un sens comme dans l'autre, ça n'implique qu'un seul corps, celui qui fait la projection, alors que l'autre n'en est pas affecté. On peut noter un phénomène semblable dans l'expérience de l'infatuation. Par exemple, quand on devient amoureux il y a idéalisation de l'autre, grâce à une projection d'un idéal du Moi ou d'une identification à l'objet perçu

(correctement ou non). Jusqu'ici, ça n'implique qu'un seul corps. L'autre (le partenaire potentiel) n'en est pas affecté.

Segal ajoute la perspective interpersonnelle (*two body view*) en décrivant l'effet de la projection sur l'autre personne qui s'identifie aux parties projetées sur elle : « the external object [...] becomes possessed by, controlled and identified with the projected parts » (Segal, 1964, p. 14). Le concept de l'identification introjective nous permet d'établir un lien entre ces deux perspectives. Dans l'identification introjective, l'objet est introjecté dans l'ego qui s'identifie par la suite à une ou plusieurs de ses caractéristiques.

C'est à partir du moment où il y a identification introjective (c'est-à-dire où l'autre est affecté par la projection du premier) qu'on peut commencer à parler d'un système qui va s'organiser graduellement à partir de microajustements pour aboutir à une personnalité de couple, un Nous, une identité propre au couple, différente de la somme des personnalités de chaque partenaire. Ce Nous est plus grand que chacun des partenaires et les englobe. Dans une relation saine, il joue un rôle protecteur un peu comme un Surmoi. Chacun a un sens de responsabilité envers son partenaire et envers son couple et répond à une structure de valeurs communes. De plus, le Nous définit une frontière vis-à-vis du reste du monde (Kernberg, 1995).

### **Les fonctions de l'identification projective**

Ogden (1982) décrit quatre fonctions intrapsychiques et interpersonnelles de l'identification projective :

- 1) défense – sert à se distancier d'une partie rejetée de soi ou à la maintenir en vie à l'intérieur d'une autre personne ;
- 2) communication – se faire comprendre en pressant le receveur de ressentir des sentiments comme si c'étaient les siens ;
- 3) relation d'objet – interagir avec un receveur qu'on perçoit comme suffisamment différent de soi pour recevoir la projection tout en étant suffisamment indifférencié pour permettre l'illusion de littéralement partager exactement le même sentiment ;
- 4) changement psychologique – être transformé en réintrojectant la projection après sa modification par le receveur, tel qu'on peut le voir dans la relation mère-enfant, le couple ou la relation thérapeute-client.

Au fond, pour chacune de ces fonctions il y a une recherche plus ou moins grande d'achever, de compléter ou de résoudre une situation inachevée (SI) à l'origine du dilemme de contact (DC)

qui crée les impasses dans le couple qui consulte. On pourrait envisager ces quatre fonctions sur un continuum allant de la pathologie à la santé. Dans la mesure où un conjoint utiliserait davantage l'identification projective comme moyen de transformation psychologique plutôt que comme mesure défensive, il se rapprocherait du pôle sain du continuum (Scharff & Scharff, 1991).

## LE COUPLE DANS LES TERMES DE LA PGRO

Dans le cas d'un couple relativement sain, par exemple deux partenaires ayant une organisation névrotique selon les termes de Kernberg (1984), les SI de chaque partenaire et la quête inconsciente d'achèvement de celles-ci détermineront la « compatibilité » du couple et joueront un rôle important dans l'expérience du devenir amoureux. L'intimité émotionnelle-physique du couple créera un contexte dans lequel chacun exercera une pression inconsciente pour reproduire (et métaboliser) ses enjeux développementaux. Plus le couple s'approchera d'une organisation névrotique, plus il y aura de chances de parvenir à une métabolisation ou à une réparation. Cependant, plus les partenaires s'approcheront de l'organisation limite, plus on verra dans ce couple une pression pour reproduire les enjeux sans pour autant les reconnaître et encore moins les réparer. Ces partenaires risquent de s'enliser dans des dynamiques rigides et répétitives avec un potentiel destructeur.

Les DC, SI et MI sont des blessures émotionnelles infligées depuis la petite enfance dans notre relation avec nos figures parentales. Tout au long de la vie, nous reconstruisons et organisons des traces mnésiques de ces blessures qui incluent des éléments de notre expérience (à prédominance somatosensorielle) de l'autre (figure parentale) et de soi, ainsi que de l'affect prédominant liant les deux à la frontière-contact. Il s'agit de microchamps introjectés difficilement accessibles à la conscience, mais qui influencent nos interactions avec les autres dans le monde externe. Le résidu de ces interactions sera plus facilement *conscientisable* et formera la configuration de la MRC avec ses représentations positives et négatives de soi et de l'autre.

En formant un couple, nous sommes à la recherche d'une expérience semblable qui se rapprocherait le plus possible du climat affectif ou du modèle interactionnel vécu lors de notre développement pour enfin obtenir ce qui nous a manqué ou guérir là où nous avons été blessés. On choisit un partenaire qui porte les caractéristiques positives et négatives de nos figures parentales et qui a été blessé aux mêmes endroits que nous, mais qui s'est adapté d'une manière complémentaire à la nôtre. Par exemple, tous deux blessés dans le même enjeu d'attachement,

l'un s'adapte en s'accrochant et en se préoccupant du lien, en quête constante de rassurance, et l'autre en évitant de ressentir son attachement et d'être blessé par un rejet éventuel. On verra alors des cycles interactionnels où plus l'un poussera pour obtenir une rassurance, plus l'autre risquera de se sentir menacé et se retirera. Son retrait aura pour effet d'insécuriser davantage le premier qui exercera encore plus de pression. Il arrive parfois, dans l'histoire d'un même couple, que ces rôles soient inversés, si bien que lorsque le partenaire habituellement en retrait cesse de se retirer pour aller vers le premier, il se trouve que le premier recule à son tour. Ces rôles complémentaires peuvent donc s'inverser et être fluctuants.

Dans le couple, les conflits résultent de cette complémentarité et tournent le plus souvent autour d'un thème de promesses déçues. En début de relation, on perçoit chez l'autre quelque chose qui nous donne l'espoir d'obtenir enfin ce qu'on cherche depuis si longtemps sans en être conscients, ce qui fait d'ailleurs la magie de « tomber en amour ». *Avec lui ou elle, je serai complet, je serai en sécurité, j'aurai de la valeur, je serai désiré.* Puis le temps passe, et cet espoir n'est pas gratifié. C'est la déception, la peine et la colère. On tentera de changer son partenaire, mais il résistera et nous privera, donnant ainsi naissance à nos nombreuses disputes. Toute cette expérience fait écho à la relation primaire avec la mère, telle que décrite par Fairbairn (1952). En entrant en relation l'un avec l'autre les partenaires font de l'identification projective mutuelle et chacun devient graduellement tantôt l'objet idéal, tantôt l'objet rejetant, tantôt l'objet excitant (et privant) (Fairbairn, 1952).

Nos premières expériences de relations affectives influencent nos perceptions, nos attitudes et nos réactions. En tant qu'adultes, nous réagissons non seulement à la personne devant nous, mais à une représentation interne d'autrui qu'on peut projeter sur l'autre. Le Self de chacun est aussi l'objet de l'autre, externe, mais qui résonne de manière concordante ou complémentaire avec ses objets internes. S'engage par la suite une communication implicite entre des parties de nous, inconscientes. Ainsi en est-il des MI, comme nous l'avons vu plus haut dans le processus de l'identification projective comme stratégie de régulation de l'émotion. Dans une relation intime, une bonne part de ce qui est communiqué émerge de l'inconscient, de la fonction Ça avec le CI et ses MI et demeure réactif, donc une reproduction souvent sans l'apport de la reconnaissance.

Dans la relation de couple, la complémentarité se construit graduellement; elle n'est pas issue d'une complémentarité toute faite, où deux personnalités se compléteraient parfaitement, comme une

clef qui entre dans une serrure. Chacun est à la recherche plus ou moins consciente d'un partenaire ayant le potentiel de répondre à ce qu'il y a d'inachevé en soi, par exemple le MI. Ensuite, le couple naît à partir d'un ajustement mutuel, un mélange des traits latents et manifestes des deux personnalités (Willi, 1982). C'est comme un clavier avec sa gamme infinie de possibilités de mélodies. Quand on commence à en jouer une qui nous est très familière, avec un partenaire donné, il suffit de jouer la première note pour que les autres suivent presque automatiquement, et s'ensuivra une mélodie sur le thème de l'attachement, par exemple. Avec un autre partenaire, cependant, il se peut que ce soit une autre mélodie qui prime et qui se jouera davantage sur le thème de l'estime de soi ou d'éros-éthos; mais encore là, il suffira de jouer la première note pour que le reste de la mélodie interactionnelle se joue.

Avec le temps, il ne suffira que d'une expression faciale, d'un geste ou d'une vocalise pour amorcer la même dispute qui dure depuis des années. On aura l'impression que le thème conflictuel l'emporte sur les personnes qui le jouent; elles seront prises, enlées et elles auront besoin d'aide pour se déprendre. Ces mélodies ou danses interactionnelles auraient comme origine les MI, difficilement accessibles à la conscience, mais qui néanmoins s'infiltrent dans les émergences du Ça, colorent notre perception de soi et de l'autre et influencent nos interactions avec les autres dans l'externe, en l'occurrence, nos partenaires amoureux.

Les thèmes conflictuels qui emportent le couple se construisent à partir des identifications projectives mutuelles qui donnent naissance à un jeu ou une collusion<sup>4</sup> très complexe. Celle-ci donne la couleur, l'identité, la personnalité du couple: une personnalité qui émerge dans la vie quotidienne, dans la sexualité, dans l'éducation des enfants et dans la relation avec le thérapeute conjugal. Comme la collusion se tisse à partir des enjeux développementaux de l'attachement, de l'estime de soi et d'éros-éthos, nous pourrions évaluer une relation de couple sur trois dimensions ou thèmes relationnels avec ses variations respectives, et se déclinant sur un continuum allant de la pathologie à la santé (voir Tableau 1). Par exemple, nous pourrions imaginer un couple composé d'une partenaire surtout préoccupée de son attachement avec un partenaire particulièrement évitant. Suivra un cycle interactionnel autorenforçant: plus

<sup>4</sup> Collusion: de *cum*: avec/ensemble et *ludere*: jouer. Bien que le terme collusion ait une connotation pathologique, je propose de le garder avec le sens qu'en donne J. Willi (1982): « Nous appelons collusion un jeu commun inconscient, guidé mutuellement secret, entre deux ou plusieurs partenaires, sur la base d'un conflit profond de même nature qui n'a pas été résolu » (Willi, 1982, p. 69). Dans la mesure où toute relation intime est composée d'une part d'inconscient et de défenses contre l'anxiété, on peut avancer que la collusion se retrouve dans la grande majorité des couples, y compris ceux qui se disent heureux et normaux. Lorsque la collusion devient rigide et dysfonctionnelle et qu'elle empêche l'évolution saine d'un couple, on la qualifiera de pathologique.

elle exprimera son anxiété et cherchera à être rassurée, plus il s'éloignera. Plus il sera distant émotionnellement, plus elle sera inquiète.

**Tableau 1 : La structuration du couple autour de thèmes développementaux**

Thèmes développementaux et exemples de variations (collusions)	Continuum: Terrain . . . . . Terrain sain pathologique
<p><b>Attachement</b></p> <p>Évitant/préoccupé</p> <p>Collusion orale: soignant/soigné</p> <p>Autres variations possibles...</p>	<p><i>Insécure . . . . . Sécure</i></p> <p><i>Rôles rigides . . . . . Rôles flexibles et interchangeables et polarisés</i></p> <p><i>Rôles rigides . . . . . Rôles flexibles et interchangeables et polarisés</i></p>
<p><b>Estime de soi</b></p> <p>Idéalisation/dévaluation</p> <p>Collusion narcissique: grandiose/closet</p> <p>Autres variations possibles...</p>	<p><i>Déséquilibrée . . . . . Équilibrée</i></p> <p><i>Rôles rigides . . . . . Rôles flexibles et interchangeables et polarisés</i></p> <p><i>Rôles rigides . . . . . Rôles flexibles et interchangeables et polarisés</i></p>
<p><b>Éros-éthos</b></p> <p>Amour/agressivité</p> <p>Confirmation masculine/féminine</p> <p>Autres variations possibles...</p>	<p><i>Immature . . . . . Mature</i></p> <p><i>Rôles rigides . . . . . Rôles flexibles et interchangeables et polarisés</i></p> <p><i>Rôles rigides . . . . . Rôles flexibles et interchangeables et polarisés</i></p>



Tableau 1 : Le couple se structure autour d'un thème *développemental* qui se décline en différentes variations (collusions) possibles. Chaque thème et chaque variation se jouent sur un continuum entre un terrain précurseur à la pathologie et un terrain favorisant la santé. Au cours de sa vie, un couple donné peut voyager à travers ce continuum, s'enlisant tantôt dans une rigidité — par exemple en réaction à un stresser comme la naissance d'un enfant — puis devenant plus perméable et flexible à un autre moment, soit parce qu'il vit moins de stress ou bien qu'il a fait un cheminement tel qu'une thérapie.

Les différentes variations ou collusions sont souvent plurielles dans la vie d'un même couple. Il est rare de rencontrer un couple « pur » qui ne vit qu'une variation ou même un seul thème, comme on peut le voir dans les livres. Le couple « dans la vraie vie » présente habituellement une plus grande complexité que la description livresque. Il montre souvent des aspects de plusieurs thèmes et variations. Il est donc inutile de se forcer à le catégoriser de manière absolue. Je pense ici à un couple que j'ai vu pendant plus d'un an.

### LE CAS DE LAURENCE ET JOËL<sup>5</sup>

Laurence, femme au foyer, et Joël, un intellectuel, sont tous deux dans la cinquantaine avancée. Mariés depuis plus de 30 ans, ils ont des enfants adultes, partis de la maison. Ils arrivent à mon bureau en crise et au bord de la séparation. Ils se présentent comme un volcan de rage, de mépris, de frustrations et de ressentiments accumulés au cours de toute leur vie de couple. Ils me communiquent un sentiment d'urgence et me demandent de leur « fabriquer un couple harmonieux ».

Elle souffre de dépression depuis plus de 10 ans. Elle ne se sent pas « à la hauteur », pas « correcte », pas assez intelligente pour faire partie de son monde à lui. Elle se sent humiliée, par lui, par ses amis et collègues. Elle en est blessée. Il tape dans sa main avec son poing pour dire à quel point il veut « écraser » ce qui ne va pas chez elle : « Cette maladie chimique qui cause la dépression. »

Par ailleurs, il sent qu'il « faut changer quelque chose » en lui, qu'il souffre « d'ergomanie » (*workaholism*), qu'il y a un déséquilibre entre ses valeurs, son amour pour elle et son travail — cette structure qui le définit et fonde son estime de soi.

Le père de Joël était la plupart du temps parti en voyages d'affaires et « a bu une bonne partie de son revenu », laissant la famille

<sup>5</sup> Le cas présenté est basé sur un couple réel dont les noms ont été changés et certains faits omis afin de sauvegarder la confidentialité. Le couple a été vu régulièrement chaque semaine pendant un an avec deux suivis postthérapie : trois mois et six mois après la fin de la thérapie.

avec peu de ressources financières. Joël était l'aîné de quatre enfants et a dû prendre soin de sa mère atteinte d'une maladie grave pendant des années. Il a reçu peu d'affection et de chaleur. Elle est décédée alors qu'il avait 13 ans. Les enfants ont été dispersés, et Joël s'est trouvé pensionnaire dans un collège de type militaire, ce qui lui a donné toute cette structure à la fois «salutaire» et source de perte de contact avec sa vie affective. Il a appris les valeurs du devoir et de la responsabilité. Il me prévient qu'il a «une forte carapace de métal».

D'entrée de jeu, on pourrait poser l'hypothèse d'une identification projective: il projette son propre mal-être et sa fragilité en elle, mal-être et fragilité qu'elle incarne sous forme de dépression et qu'il cherche à «écraser». Elle semble induite par ce qu'il projette en elle de méprisable et de faible chez lui. Elle a songé au suicide et a failli passer à l'acte récemment.

Laurence admirait sa mère, mais quand elle en parle, on découvre une personne perfectionniste et exigeante, particulièrement sur le plan académique. Laurence sentait qu'elle n'était jamais assez bonne et elle en avait honte. Son père travaillait fort, il était souvent absent, et quand il était à la maison, il accordait son attention à la sœur aînée de Laurence. Cette sœur réussissait tout, malgré une maladie chronique. En dépit de ses efforts, Laurence n'a jamais senti qu'elle avait de la valeur aux yeux de ses parents; elle n'était jamais «à la hauteur» de leurs attentes. Et maintenant, avec Joël, elle ne se sent pas suffisamment bonne et digne pour être sa femme. Voilà qui démontre que dans le processus de l'identification projective, on n'induit pas un rôle ou un ensemble de sentiments chez une personne qui n'y est pas déjà prédisposée jusqu'à un certain point, comme nous l'affirme Lemaire.

Laurence se trouve dans une relation où elle reproduit, avec la complicité inconsciente (collusion) de Joël, une dynamique relationnelle où elle se sent inadéquate, méprisée et sans valeur personnelle (un enjeu d'estime de soi). Elle a une peur paralysante de la séparation, peur de se retrouver seule et sans moyens pour survivre. Cette peur de l'abandon, signe d'un attachement insécure et anxieux, est suffisamment grande pour la garder dans une relation destructrice.

Joël, pour sa part, se trouve dans une reproduction où il se coupe de sa vie affective en se réfugiant dans le travail et dans la discipline intellectuelle, là où il arrive à sentir une certaine valeur personnelle à grands coups d'efforts. Il fait des rêves d'angoisse où il se sent honteux/humilié parce qu'il ne répond pas aux attentes ou aux exigences. Ses rêves reflètent un sentiment qu'il vit depuis toujours, celui de ne pas être à la hauteur, de ne pas être aussi

intelligent que ses collègues. Il se méprise « cruellement » et finit par mépriser « tout ce qui m'entoure surtout les personnes qui me sont proches ». Il cherche chez Laurence un regard d'admiration et un réconfort pour le soulager. Pour lui, c'est son dû, puisqu'elle est son épouse. Il ne formule pas cette demande comme un reflet de son besoin affectif et de son attachement insécurité et évitant (qu'il ne reconnaît pas), mais plutôt comme une exigence qui vient de l'extérieur : « C'est la norme pour un couple marié. »

Chacun se débat avec un enjeu d'estime de soi et des éléments autour du thème de l'attachement. Chacun souhaite secrètement que l'autre le guérisse et qu'il réponde à ce besoin. C'est la promesse implicite que chacun capte chez l'autre, et qui finira par être déçue et par devenir source de conflits et de dysrégulation de l'émotion.

Joël tente de composer avec sa détresse émotionnelle en intellectualisant, ce qui le dysrégule, puis il cherche à compenser le vide affectif qui en résulte avec une sexualité axée surtout sur l'aspect génital. Il s'attend à ce que Laurence soit sexuellement active et à ce qu'elle fasse des expériences érotiques comme il en voit dans les films pornographiques. Elle refuse, ne se sentant pas à l'aise, et il l'accuse d'être « niaiseuse sur le plan sexuel ». Elle se sent incompétente, puis se met en colère contre lui, l'accusant tantôt de la mépriser, tantôt de ne pas avoir « le tour avec les femmes ». Ils s'enlisent dans un cercle vicieux autour du thème d'éros-éthos, un sujet explosif qui déclenche beaucoup de réactivité et de dysrégulation émotionnelle de part et d'autre. Le mépris et les attaques réciproques circulent librement entre les deux et empoisonnent leur relation.

Laurence n'a pas ou peu de libido depuis des années. Il dit qu'il ne lui manque que le sexe pour être heureux. Elle se sent mise au banc des accusés. À la maison, elle lui dit qu'elle ne veut plus venir en thérapie avec lui, ce qui déclenche une réaction de panique chez lui, car la thérapie est devenue sa « dernière planche de salut ». S'ensuit un échange en escalade où elle le gifle et lui dit d'aller « se faire crosser » par un ami avec qui il se trouve actuellement en brouille. Il se sent blessé et humilié. Il la prend au cou, la pousse ; elle tombe et se fracture le bras. Nous sommes environ à mi-chemin de leur thérapie qui a duré un peu plus d'un an.

À la séance suivante, je les préviens que je ne pourrai pas continuer la thérapie de couple avec eux s'il y a violence physique active. Aussi, je leur recommande de poursuivre la thérapie et de ne parler des sujets épineux, comme la sexualité, qu'à l'intérieur des séances ; ce qu'ils comprennent et acceptent. Une telle intervention consiste à créer un contenant sécuritaire — une sorte de *holding* à la

Winnicott — qui permet au couple d'aborder et d'explorer des sujets de tension qui, à l'extérieur de ce contenant, pourraient détruire le lien. Devenue un contenant sécuritaire, la thérapie permet à chacun de contacter son ressenti émotionnel sans tomber dans la dysrégulation. Avec l'aide du thérapeute, chacun réussit graduellement à maintenir un contact avec ses émotions et à les garder dans un registre qui va faciliter l'herméneutique et contribuer à un déblocage dans le processus thérapeutique.

Dans les séances qui suivent, ils réussissent à parler de leurs sentiments de trahison et de rage, chacun se sentant trompé et déçu par rapport à une promesse implicite de guérir les blessures tournant autour des thèmes d'estime de soi, d'éros-éthos, et jusqu'à un certain point, celui d'attachement. Elle reconnaît la rage qu'elle vit parce qu'il s'investit surtout dans son image et dans sa carrière. Peu important ses efforts, elle n'arrive pas à obtenir de lui un regard valorisant; sa blessure d'estime de soi n'est toujours pas guérie comme elle le souhaitait secrètement. On peut poser ici l'hypothèse d'un MI à l'œuvre et issu de sa relation avec ses parents. Elle reconnaît son ressentiment dû au fait de s'occuper de tout dans la maison. À un certain point, elle décroche, « c'en est assez. » Elle se retire.

De son côté, il se sent trahi par elle, comme si elle avait cessé de satisfaire ses attentes de bonne épouse, réconfortante et sexuellement capable de le combler. Il répète: « J'ai tout fait; j'ai tout fait pour être un bon mari ». J'entends: « j'étouffais ». Ici aussi, nous pouvons poser l'hypothèse d'un MI où il a appris à survivre en niant ses besoins émotionnels et en surdéveloppant un sens du devoir. Elle ajoute qu'il étouffe le plaisir avec elle et qu'elle apprend par l'entremise de ses collègues qu'il aime avoir du plaisir avec eux. Il rétorque qu'il est « mal marié et que tous les collègues le savent ». Laurence sent que c'est à cause d'elle qu'il n'a pas terminé ses études postdoctorales, en raison de son état émotif — à elle — ce qu'il me confirme par ailleurs lors d'une séance individuelle; mais il ne veut pas le lui dire. Cependant, il semblerait qu'il le lui ait communiqué par identification projective.

Chacun vit une déception par rapport à l'autre. À ses yeux, elle ne respecte plus sa promesse implicite de combler ses désirs et fantasmes. Il se met à la mépriser et elle se sent dévalorisée. Comme elle se sent dévalorisée, elle n'est pas portée à lui exprimer de l'affection physique et sexuelle. Comme il est en manque sur ce plan, il exprime son manque sous forme de rage et de mépris, ce qui alimente un cycle interactionnel d'attaques réciproques.

Peu à peu, nous collaborons dans un dialogue herméneutique pour reconnaître les cycles de reproduction dans lesquels ils s'enlisent. Joël comprend qu'il porte au fond de lui un sentiment d'infériorité, de honte et d'humiliation. Il se méprise lui-même et déverse ce mépris sur ses proches, en particulier Laurence. Et elle reconnaît qu'elle l'a blâmé, peut-être trop sévèrement, et qu'elle lui a fait porter la responsabilité de son insatisfaction générale dans la vie. Par conséquent, elle adoucit ses propos attaquants et exprime davantage ce qu'elle ressent comme blessures et besoins émotionnels. Nous sommes au neuvième mois de la thérapie et on peut sentir un nouveau tournant, un déblocage d'impasse.

Joël arrive graduellement à saisir son besoin affectif — l'émotion primaire — au cœur de la frustration qu'il exprime sous forme de mépris et de dureté. Il saisit l'effet de son mépris en acceptant de regarder Laurence pendant la séance lorsqu'elle exprime sa douleur. Je lui demande de retenir sa réaction d'autojustification et de la regarder, de se laisser absorber par son visage à elle, surtout ses yeux et sa bouche. Cette intervention est inspirée par l'idée de la conversation limbique décrite par Schore, ainsi que par l'idée des neurones miroirs qui nous permettent de ressentir ce que l'autre ressent. Il commence à ressentir l'impact qu'il crée en elle avec son mépris, ce qui éveille son empathie, produisant ainsi un effet adoucissant pour Laurence. Elle se sent enfin reçue, entendue et comprise. Elle n'a plus à utiliser son énergie pour se défendre et elle peut, à son tour, s'ouvrir à lui.

Elle comprend mieux le besoin affectif qu'il exprime indirectement et qu'il cherche à compenser dans des actes sexuels qui lui déplaisent. Elle comprend que pour lui, se passer de communication sexuelle serait l'équivalent pour elle de se passer de communication verbale, comme s'il refusait de lui parler. Elle sait à quel point cela serait souffrant, alors elle en saisit la signification pour Joël, ce qui lui fait un grand bien et contribue à diminuer la tension. Sa position relationnelle devient moins rigide et polarisée. Il pleure. C'est très difficile, et il a besoin de soutien pour se réguler émotionnellement, pour rester en contact et ne pas couper et se justifier en intellectualisant. Avec le temps, il commence à se sentir de plus en plus complet en ressentant son désir sexuel devenir perméable à ses sentiments d'empathie et d'amour pour Laurence.

Elle lui exprime plus clairement son besoin d'être vue, validée et appréciée en tant que femme et non seulement pour ce qu'elle peut lui apporter sexuellement. Elle lui reconnaît ce besoin légitime d'alimenter son désir, ses fantasmes et sa vie érotique. Il reconnaît qu'elle a besoin de se sentir en vie, d'aller à l'opéra, de faire et de voir des choses pour ouvrir la vie en elle, y inclus la sensualité, le plaisir et éventuellement la sexualité.

En maintenant une attention particulière sur l'aspect « contenant sécuritaire » de la thérapie, chacun réussit à garder un niveau optimal d'éveil émotionnel — pas trop fort pour ne pas tomber dans l'intellectualisation ou la panique, mais juste assez pour favoriser le dialogue herméneutique. Ensemble, nous élaborons le sens de leurs positions polarisées : il est porté sur l'aspect pulsionnel de la sexualité, alors qu'elle met l'accent presque exclusivement sur l'aspect relationnel. Comment vont-ils résoudre cette polarisation entre la pulsion au service de la relation et la relation au service de la pulsion ? Comment vont-ils intégrer l'amour et l'agressivité au sein de leur relation sexuelle et intime ? Comment vont-ils se rencontrer comme homme et femme ? Comment vont-ils intégrer en chacun d'eux les dimensions masculines et féminines ? Ils pourront le faire avec des ajustements créateurs dans la mesure où ils garderont ouverte la communication émotionnelle qu'ils ont entamée en thérapie. Ils consolideront leurs changements en continuant de syntoniser d'autres canaux de communication pour explorer leurs dynamiques émotionnelles avec une curiosité empathique, c'est-à-dire dans l'esprit d'une découverte progressive de soi et de l'autre avec compassion et intérêt (voir les systèmes d'activation de SEEKING et CARE de Panksepp, 1998). D'ailleurs, on a démontré que les effets positifs d'une thérapie de couple centrée sur les émotions continuent à changer la dynamique relationnelle après la fin de la thérapie (Dandeneau & Johnson, 1994).

Cette intégration à base de communication ouverte et approfondie sera facilitée par une structure qui ressemble au Surmoi dans la personnalité jointe que Laurence et Joël ont créée. Ce Surmoi du couple joue un rôle crucial de protection du lien, une sorte d'instance composée de valeurs communes auxquelles souscrivent les deux partenaires et ayant autorité sur chacun d'eux au nom du couple, au nom du Nous. C'est à cette instance que Laurence fait appel quand elle met ses limites à la suite de l'incident violent qui lui a fracturé le bras. Elle affirme clairement que jamais plus elle n'acceptera qu'il la maltraite verbalement ou physiquement. C'est aussi au nom de cette instance de valeurs communes qu'ils partagent que Joël reconnaît sa culpabilité et regrette son geste. Il accepte les limites qu'elle pose. C'est un bel exemple du Surmoi joint dont parle Kernberg.

[...] the importance of this joint superego structure resides in its implicit function as a "court of appeal" a kind of last resort when one partner has inflicted a grave lesion in their jointly established value system. A transgression [...] constitutes an important alarm system protecting the couple from possible dissolution. (Kernberg, 1995, p. 98-99)

Dans le cas de ce couple, il semblerait que ce Surmoi joint les aide à consolider leurs acquis herméneutiques, plus particulièrement la reconnaissance et la réappropriation de la responsabilité personnelle de chacun, tel qu'en témoignent ces extraits de notes et de verbatim d'une séance de suivi, six mois après la fin de la thérapie.

Le couple rapporte que chacun sent la liberté de s'ouvrir et de s'exprimer dans ses besoins émotionnels et sexuels, sans craindre une réaction négative, du rejet ou des blâmes chez l'autre.

### Extrait de verbatim

Thérapeute: *Si vous aviez à résumer entre vous deux ce qui est l'essentiel du changement que vous avez fait, qu'est-ce que vous vous diriez ?*

Joël: *Moi, je dirais que mon problème c'est les émotions. J'avoue que c'est encore difficile pour moi d'en parler. Tout passait par le sexe. Ça m'a créé une pression tellement grande. J'étais persuadé que ça me prendrait une nymphomane avec qui j'aurais pu vivre une orgie sexuelle pour enfin libérer cette tension et en arriver à aimer ma femme.*

Laurence: *C'est comme si tu me voyais pas. Je suis devenue de plus en plus frustrée. Je t'en ai voulu pour tout. Pis je me sentais pas correcte. Pis j'ai déprimé. Je t'haïssais et je me haïssais moi aussi.*

Joël: *Les rares fois que tu répondais à mes attentes sexuelles, je sentais que c'était avec amertume. Je me sentais rejeté. Alors j'ai riposté avec mépris et hostilité et je le regrette sincèrement aujourd'hui. Je t'ai repoussée...*

Laurence: *[...] et j'ai riposté à mon tour avec hostilité. J'suis vraiment pas fière de ce que je t'ai dit. J'en ai honte.*

Joël: *C'est pas mélangé, j'suis devenu fou.*

Laurence: *Oui, mais il faut que j'avoue que je t'ai provoqué aussi.*

Joël: *Je comprends ta provocation. J'étais allé trop loin dans mon mépris. Mon cœur était fermé, puis je te blâmais en disant que c'était de ta faute à toi, à ta maudite dépression. Je pense aujourd'hui que je t'en ai voulu injustement. On dirait que je t'ai fait porter le mépris de moi-même.*

Laurence: *Oui... mais j'étais pas toute innocente là-dedans. Ça faisait mon affaire de te blâmer parce que j'ai pas eu ma propre carrière. Au fond, j'avais peur. J'avais pas confiance en moi.*

Joël: *On est vraiment descendus en enfer !*

Laurence: *On est chanceux de s'en être sortis.*

Thérapeute: *Vous avez fait preuve de courage en venant ici et en tenant bon jusqu'au bout.*

## CONCLUSION

La PGRO nous aide à élaborer le sens de la dynamique du couple. La dimension *développementale* qui se décline en trois thèmes, avec leurs variations ou collusions, nous offre une grille théorique intéressante et utile pour mieux comprendre le vécu d'un couple. L'enjeu de l'attachement suscite beaucoup d'intérêt depuis les trois dernières décennies dans l'ensemble de la communauté psychologique et plus particulièrement dans le domaine du couple. Cependant, la PGRO ne met pas l'accent primordialement sur cet enjeu. Sans en diminuer l'importance comme fondement de la relation de couple, il serait incomplet d'expliquer les relations amoureuses uniquement à partir de cet angle. Il existe d'autres thèmes importants — tels que l'estime de soi et la sexualité — qui jouent un rôle capital dans l'élaboration d'une conception *développementale* de la relation de couple. Le cas de Laurence et Joël me semble tout à fait éloquent à ce chapitre. Voilà donc une contribution utile de la PGRO à la thérapie de couple.

Recevoir un couple en thérapie, c'est s'exposer à un climat émotionnel particulièrement intense et complexe. La PGRO, par ses racines gestaltistes et l'apport des neurosciences affectives, met l'accent sur l'expérience émotionnelle dans l'ici et maintenant. Des interventions centrées sur le ressenti corporel et éclairées par les neurosciences affectives facilitent grandement l'accès à ce qui motive la dynamique interactionnelle d'un couple. Bien qu'il soit nécessaire de permettre l'expression des émotions, ce n'est pas suffisant pour venir en aide à un couple en détresse. D'abord, il faut savoir comment accéder aux émotions primaires et en favoriser l'expression et la réception empathique. Ensuite, il faut faciliter la régulation de l'émotion pour qu'elle nous guide dans l'exploration et la découverte des besoins et des blessures à l'origine de la détresse du couple, et pour qu'elle puisse servir à comprendre les enjeux développementaux à l'œuvre dans une telle dynamique.

Le cadre sécurisant de la thérapie favorisera la régulation de l'émotion. Il y a fort à parier que, dans le cas de Laurence et Joël, ce couple se serait détruit s'il n'avait pas eu recours à un contexte encadrant tel que l'entente de garder la discussion de certains sujets explosifs uniquement pour les séances de thérapie, le temps de réussir une régulation de l'émotion qui a permis la création de sens. Il s'agit de créer un espace sécuritaire où accueillir les motivations et les sentiments secrets et inconscients, et de faciliter la mise au jour de dilemmes de contact (DC) et de microchamps introjectés (MI) à la source des impasses et des cycles interactionnels dans lesquels s'est enlisé le couple, dans le but d'en élaborer le sens et de réaliser des ajustements créateurs.



La PGRO prend en considération l'histoire *développementale* que porte chaque partenaire. Le Self n'est pas uniquement un processus dans le moment présent, mais il est issu d'une histoire émotionnelle qui laisse des traces actives dans les interactions de ce même moment. Il s'agit là de l'apport plus spécifique de la théorie des relations d'objet. Par conséquent, au début d'une thérapie de couple il faudra réserver du temps individuel avec les partenaires, environ deux séances chacun, afin d'explorer leurs histoires *développementales* respectives (champ 4).

Dans ces thérapies, les champs expérientiels 1 et 2 sont particulièrement complexes et riches. En plus de la relation entre chacun des partenaires et le thérapeute, les champs 1 et 2 englobent aussi la relation entre les partenaires — telle que vécue dans le cadre de la thérapie — ainsi que la relation entre le Nous du couple et le thérapeute. Ceci impliquera, par exemple, des interventions où le thérapeute invitera les partenaires à interagir dans l'ici et maintenant pour cerner et exprimer leurs émotions primaires et faciliter les réponses empathiques de part et d'autre. À titre d'exemple, le thérapeute pourra se tourner vers un partenaire et lui demander comment il imagine que sa partenaire reçoit ce qu'il vient de dire, dans le but d'identifier des projections et de faciliter la *mentalisation* ainsi que l'empathie. Il se servira de son contretransfert, tant par rapport à chacun des membres du couple que par rapport au Nous, pour alimenter et éclairer son intervention en lien avec les différents champs expérientiels du client.

Le couple se structure et se conjugue grâce au jeu des identifications projectives complémentaires autour des enjeux développementaux de chacun. Une personnalité relativement souple qui entre en relation avec un partenaire verra émerger tel ou tel enjeu *développemental*, de sorte qu'une même personne pourrait vivre des embûches ou des situations inachevées dans différents enjeux développementaux, selon le couple dans lequel elle se trouve. Puisque nous ne sommes pas des êtres parfaitement achevés, il y a une multitude de possibilités de couples qui s'offrent à nous! Dans la santé, ce qui attire les partenaires c'est la perception/confiance que «je peux compter sur l'autre pour m'aider à réguler mes émotions dans chacun des thèmes ou enjeux: attachement, estime de soi et éros-éthos.» Par exemple, un partenaire blessé dans son estime de soi au travail pourra compter sur sa compagne ou son compagnon pour le reconforter et réparer cette blessure (un minicycle de reproduction-reconnaissance-réparation).

Son ouverture multimodale aux auteurs de la théorie des relations d'objet et à l'apport des neurosciences affectives demeure une source vitale qui nourrit la PGRO. Ce qui manque à la PGRO

pour l'adapter à la thérapie de couple, c'est la dimension systémique ou interactionnelle. En respectant l'esprit de l'ouverture multimodale, et pour combler ce vide, je proposerais qu'elle s'enrichisse de l'apport d'auteurs comme Lemaire (1994) pour son intégration psychodynamique et systémique, Jürg Willi (1982), en particulier pour son concept de collusions, ainsi que David et Jill Scharff (1991) pour leur intégration de Fairbairn et de Dicks.

## Références

- Bowlby, J. (1991). Post-script. Dans C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 293-297). London: Routledge.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: building and rebuilding the human brain*. New York: Norton.
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. New York: Norton.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error*. New York: Grosset/Putnam.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt Brace.
- Dandeneau, M. L., & Johnson, S. M. (1994). Facilitating intimacy: Interventions and effects. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20 (1), 17-33.
- Darwin, C. (1872/1965). *The expression of emotion in man and animals*. Chicago: University of Chicago Press.
- Davidson, R. J., Jackson, D. C., & Kalin, N. H. (2000). Emotion, plasticity, context and regulation: perspective from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 126, 890-909.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité: perspectives développementales*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2008). *Attachement et relations d'objet: aspects neurodéveloppementaux et implications pour la psychothérapie*. Conférence présentée à Montréal.
- Dicks, H. V. (1967). *Marital tensions*. London: Karnac Books, Basic Books.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
- Elliot, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., Greenberg, L. S., (2004). *Learning emotion-focused therapy: the process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model of accelerated change*. New York: Basic Books.

- Gallese, V. (2001). The "shared manifold" hypothesis: From mirror neurons to empathy. *Journal of Conscientiousness Studies*, 8, 33-50.
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Bantam Books.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960). *Americans view their mental health: A nationwide interview survey*. Joint Commission on Mental Illness and Health Monograph Series 4. New York: Basic Books.
- Horowitz, L. M. (1979). Cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 5-15.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1995). *Love relations: Normality and pathology*. New Haven: Yale University Press.
- Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99-110.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lemaire, Jean-G. (1994). *Le couple: sa vie, sa mort. La structuration du couple humain*. Payot.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Ogden, Thomas. (1982). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. New York: Jason Aronson.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Sager, C. G., Gundlach, R., Kremer, M., Lenz, R., & Royce, J. R. (1968). The married in treatment. *Archives of General Psychiatry*, 19, 205-217.
- Scharff, D. E. & Scharff, J. S. (1991). *Object relations couple therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Schore, A. N. (2001). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal: Les Éditions du CIG.
- Segal, H. (1964). *Introduction to the work of Melanie Klein*. London: Hogarth Press.
- Sharpe, S. A. (2000). *The ways we love: A developmental approach to treating couples*. New York: Guilford Press.

- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford Press.
- Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect, imagery, and consciousness: Vol. 1. The positive affects*. New York: Springer.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, and consciousness: Vol. 2. The negative affects*. New York: Springer.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Willi, J. (1982). *La relation de couple: le concept de collusion*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock.

### **Abstract**

Object Relations Gestalt Therapy (ORGT) integrates experiential-humanistic and psychodynamic approaches to treat developmental issues that manifest themselves in repeated relational impasses in adult life and which are often the source of Personality Disorders. The couple relationship is perhaps the one context most conducive to such repeated impasses or reproductions. Why and how is this so? That is the key question addressed in this article. Setting emotion and its regulation at the very heart of how the Self develops and functions, the author proposes that through a process of mutual projective identification the couple forms a system similar to that of a personality ORGT, informed by affective neurosciences, provides a rich and useful elucidation of couple relationship dynamics. In closing, the author describes an actual case from his clinical practice to illustrate how ORGT and its three developmental themes of Attachment, Self-Esteem, and Eros-Ethos can enlighten, inform, and guide our therapeutic intervention with couples.

# Psychologie Gestaltiste des Relations d'Objet et traitement de l'État de Stress Post-Traumatique (ÉSPT): Réflexion autour du champ traumatique

François LAFOND

## Résumé

Cet article ébauche les principes d'un traitement de l'État de Stress Post-Traumatique (ÉSPT) selon les principes de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO). Ce traitement repose principalement sur une herméneutique des mécanismes instinctuels chroniquement déployés et sur des modalités d'actions réparatrices. L'auteur identifie et décortique quelques questions préalables que soulève cette application de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet: d'abord, celle de l'étiologie du trauma et de l'inclinaison du modèle de la PGRO pour la reconnaissance d'une causalité *développementale* du stress post-traumatique; ensuite, celle de l'absence de considération pour le caractère exceptionnel du trauma dans les quatre champs définis par la PGRO, justifiant l'introduction d'un champ traumatique. L'auteur présente enfin les pistes de traitement, inspirées des neurosciences qui guident sa pratique de psychothérapeute de la PGRO auprès de victimes de traumas militaires.

La croyance à la mort ne trouve aucun point d'appui dans nos instincts, et c'est peut-être là qu'il faut chercher l'explication de ce qui constitue le mystère de l'héroïsme. L'explication rationnelle de l'héroïsme prétend qu'il y a des biens abstraits et universels plus précieux que la vie. Mais, à mon avis, l'héroïsme, qui est le plus souvent instinctif et impulsif, ignore cette motivation et affronte le danger sans penser à ce qui peut en résulter (Freud, 1968b, p. 25).

La communauté des cliniciens qui se spécialisent dans le traitement de l'État de Stress Post-Traumatique (ÉSPT) se regroupe habituellement autour de deux approches principales: la thérapie cognitivo-comportementale (sous ses différentes formes) et l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) (Shapiro, 1995). Ces deux approches proposent des techniques bien définies qui ciblent la réduction de symptômes précis. Elles se prêtent bien

à la recherche et elles sont d'ailleurs désignées comme traitements de choix de l'ÉSPT par l'*International Society for Traumatic Stress Studies* (ISTSS; Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2008).

Ce qui tient les approches comme la PGRO à l'écart des développements cliniques de cette problématique ciblée provient peut-être d'une négation par avance du trauma tel qu'on l'entend dans l'ÉSPT ou, en tout cas, d'un désintérêt pour le phénomène. Ainsi, la PGRO repose sur des postulats théoriques l'inclinant à voir l'État de Stress Post-Traumatique comme une manifestation tardive d'un déficit *développemental* et non comme une blessure psychique causée par un stresser majeur.

La PGRO s'intéresse donc principalement aux impasses relationnelles qui se répètent et qui trouvent leur origine dans des dilemmes de contact du passé *développemental*. Son champ de prédilection, c'est la personnalité (l'axe 2 du *DSM*). Cela pourrait expliquer que jusqu'ici, les traumas contemporains et leur impact — même durable — qui se décrivent à l'axe 1 du *DSM* n'aient pas suscité un intérêt particulier.

Par ailleurs, le traitement de l'ÉSPT s'est développé principalement autour d'approches qui ont perfectionné des techniques ayant pour objectif la diminution des symptômes de reviviscence, d'évitement et d'activation neurovégétative. Ces approches ont largement amplement démontré leur capacité à réduire les symptômes liés au trauma. Toutefois, même si ces techniques accumulent les données probantes quant à leur efficacité, elles ne rendent pas compte de la complexité de ce qui se produit entre un thérapeute et son client souffrant d'ÉSPT. Ces puissants facteurs non spécifiques, qui concernent les caractéristiques de la relation thérapeutique, sont au centre d'un questionnement clinique et empirique autant fertile que nécessaire.

Ainsi, Norcross (2011) — résumant l'essentiel des recherches portant sur les facteurs qui prédisent les succès de la psychothérapie — rappelle que : 1) il faut d'abord mettre à profit les ressources du client et ses capacités de résilience ; 2) il faut porter attention à la relation thérapeutique (les facteurs non spécifiques) ; 3) il faut recourir à des méthodes de traitement que la recherche a démontrées efficaces ; 4) il faut être un thérapeute qui possède de bonnes habiletés interpersonnelles et un bon niveau de motivation ; 5) il faut adapter les quatre points précédents aux caractéristiques du client.

Attardons-nous donc au déroulement de la relation thérapeutique. Il s'agit bien là du terrain de prédilection de la PGRO. Dans la tradition de la PGRO, la relation thérapeutique est le lieu privilégié, sinon exclusif, du processus devant permettre la «réparation». Dans une série de réflexions éclairantes sur ses propres interventions thérapeutiques, lors de thérapies de longue durée, Delisle (1993) insiste sur la possibilité de recourir à certaines techniques gestaltistes, mais dans la mesure où il peut les «intégrer au travail sans nuire à la continuité relationnelle.» Par ailleurs, en EMDR tout comme en TCC (Thérapies cognitivo-comportementales) la technique concentre les regards sur la situation traumatique (passée) et ses acteurs (absents); si elle agit, la relation thérapeutique ne sera pas au cœur d'une herméneutique. Ainsi, ce ne sera pas ce qui se rejoue, se comprend et se dénoue entre deux humains qui intéressera le thérapeute EMDR, mais le processus qui se passe chez l'un, et ce, à travers un protocole que maîtrise l'autre. De ce point de vue et quoique fort bénéfique à notre avis, l'introduction d'un protocole EMDR à l'intérieur d'une démarche en PGRO ressemblerait à un bricolage inélégant du processus thérapeutique. On comprendra que la pratique de la PGRO auprès d'une clientèle aux prises avec un stress post-traumatique nécessite réflexion et ajustements, si elle ne veut pas renoncer au recours à des techniques. Ces ajustements prennent la forme de trois propositions.

### **PGRO et traitement des traumatismes: propositions**

Notre première proposition reconnaît une contribution relative et conjointe, dans l'ÉSPT, du parcours *développemental* et de l'incident traumatique. La contribution de ces deux facteurs pourra varier selon les cas. Cela implique, en corollaire, qu'à un bout du spectre la personnalité prémorbide peut occuper une place marginale dans l'apparition et le maintien de la réaction post-traumatique. Cependant, à l'autre extrémité, l'événement traumatique n'est qu'une réédition des situations désastreuses qui se répètent dans sa vie. Bien que cela puisse sembler évident pour certains, il s'agit de la reconnaissance implicite que l'incident critique est déterminant dans l'étiologie du trauma, et ce, bien au-delà de la personnalité. Pour appuyer cette proposition, nous ferons un rappel historique de l'évolution de la notion de stress post-traumatique afin de mettre en relief les différentes perspectives étiologiques et leur impact sur les stratégies de traitement. Nous débattons donc de la question centrale, soit la cause présumée.

Dans une deuxième proposition, nous militons pour l'ajout d'un appendice aux quatre champs utilisés en PGRO, appendice que nous nommerons provisoirement *le champ traumatique*. Pour ce faire, nous mettons en dialogue la notion de stress post-traumatique et les principaux postulats de la PGRO. En particulier, nous nous attardons à la notion de microchamp introjecté et nous mettons en évidence le parallèle entre cette notion centrale et le phénomène du trauma contemporain.

Une dernière section s'attarde plus en détail au contenu de ce champ traumatique et étaye la troisième proposition, selon laquelle le travail thérapeutique que permet ce nouveau champ repose sur une compréhension des manifestations du système nerveux autonome en situation de menaces, manifestations qui peuvent se reproduire dans l'espace thérapeutique. Aussi, la connaissance des hypothèses qui peuvent expliquer la dynamique des anomalies émotionnelles, relationnelles et sensorimotrices post-traumatiques nourrit la réflexion multimodale du thérapeute.

## LE DIFFICILE CONSENSUS QUANT À L'ÉTIOLOGIE DU TRAUMA

Difficile de réfléchir au traitement de l'ÉSPT sans ouvrir un débat sur l'étiologie du trauma : se questionner sur la cause du problème nous enseignera forcément quelque chose sur sa véritable nature.

Le critère A du *DSM-IV* cerne la particularité essentielle de cette pathologie : relier directement, dans un lien causal, la réaction du sujet à une expérience de son passé contemporain. Ainsi, on peut lire (critère A1 du *DSM-IV*) :

Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. (*DSM-IV, TR, 309.81*)

En 1980, le diagnostic d'état de stress post-traumatique est introduit dans le *DSM-III*, dans le but de reconnaître ce syndrome comme étant une réaction normale à un événement anormal. Le *DSM-IV* nuancera cette position en introduisant une variable individuelle qui ouvre le débat sur le caractère « normal » de la réaction : « La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur » (*DSM-IV, TR, F43.1, critère A-2, APA, 2003*).

Pendant que le *DSM* fait des allers-retours quant au poids relatif de l'incident critique et des caractéristiques de la personne, son équivalent de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le *CIM-10*, semble avoir fait son lit en reconnaissant l'impact possible de l'incident traumatique sur la personnalité :



Des facteurs qui prédisposent, comme certains traits de personnalité (p. ex. compulsive ou asthénique) ou des antécédents de type névrotique peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution; **ces facteurs ne sont toutefois ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue de ce syndrome.** [les caractères gras sont de l'auteur] (1995, 309.81)

Plus loin, le *CIM-10* ajoute ceci: « Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et conduire à une **modification durable de la personnalité** » [les caractères gras sont de l'auteur].

Cette perspective va, en quelque sorte, à l'inverse de celle d'un courant de pensée plus *développemental* qui tend à relier les pathologies du fonctionnement à des carences de l'attachement. Allan Schore, un de ses principaux représentants, s'intéresse à l'origine lointaine des facteurs favorisant une protection quant au stress de la vie adulte:

La synchronie des affects (mère-enfant) — processus régulateur des états d'excitation (*arousal*) positive et de réparation interactive qui module les états d'excitation négative — constitue la fondation (*building blocks*) de l'attachement et des émotions qui y sont associées; la résilience par rapport au stress est l'indicateur ultime d'un attachement *sécuré*. [traduction libre] (Schore, 2010, p. 8).

Voilà donc, dans une perspective *développementale*, l'essentiel de l'explication de la résilience aux assauts du trauma: un attachement *sécuré* rendu possible par une relation mère-enfant optimale.

Mais qu'arrive-t-il à ceux qui ne résistent pas au choc traumatique? Ici encore, les travaux de Schore proposent une synthèse fouillée et lumineuse sur les liens entre le développement du cerveau, les pathologies de l'attachement et les difficultés de la régulation affective. Schore (2008), souscrivant aux propos de Grotstein (1986) conclut ainsi:

Plusieurs disciplines en arrivent au même constat: il est aussi évident qu'irréfutable que toutes les psychopathologies se développant tôt constituent des troubles de l'attachement et qu'elles se manifestent comme des échecs des processus d'autorégulation et des processus de régulation interactionnels. [traduction libre] (Grotstein, cité dans Schore, 2008, p. 46).

Et s'il y en a qui remettent en doute que, dans l'ÉSPT, l'important ce n'est pas l'événement en soi, mais la personne qui le vit, Schore sort sa calculatrice. Ainsi, citant les études récentes sur L'ÉSPT, il convient que 60 % des hommes et 50 % des femmes auront à affronter, au cours de leur vie, un événement traumatique (Kessler, 1995, cité dans Schore, 2010, p. 2). En même temps, les études sur la prévalence à vie de l'ÉSPT indiquent qu'elle est de 5 % pour les

hommes et de 10 % pour les femmes (Zlotnick et al., 1998, cité dans Schore, 2010). Les mêmes incidents ne provoquent pas les mêmes effets chez tous : des différences individuelles sont évidentes et l'attachement, nous dit Schore, en est la clé.

Convenons avec Schore que les pathologies de l'attachement pénalisent les capacités de régulation, mais cela permet-il de conclure que tous les cas d'ÉSPT s'expliquent par des déficits de l'attachement ? Probablement pas. Les conclusions de Schore laissent en fait peu de place à la possibilité de dommages causés par un incident traumatique sur une personne disposant, jusque-là, de bonnes capacités de régulation prémorbides. Pas de place non plus pour l'hypothèse selon laquelle les circonstances particulières d'un incident extrême puissent déclencher, par exemple, des réponses instinctuelles dont le déploiement perturberait dramatiquement la régulation affective et le rapport à l'autre.

L'importance des fonctions d'attachement sur l'apparition, la gravité et le maintien d'un ÉSPT est certainement majeure, mais le lien de causalité pourrait aller dans les deux sens. À titre d'exemple, une étude longitudinale de Solomon et al. (2008) conclut que les symptômes de stress post-traumatique prédisent davantage l'orientation de l'attachement (anxiété et évitement) que l'orientation de l'attachement ne prédit une augmentation des symptômes d'ÉSPT chez des prisonniers de guerre. Cela fait écho aux observations cliniques auprès de victimes d'ÉSPT dont l'affectivité et le rapport aux êtres aimés se dégradent dramatiquement.

Enfin, comprendre l'ÉSPT comme étant exclusivement la survenue prévisible d'un effondrement de l'organisation psychique à cause de fondements fragiles s'accommode mal d'une expérience clinique bien documentée. Celle-ci démontre que dans plusieurs cas, une intervention à court terme — qui s'attarde aux symptômes spécifiques — peut ramener à un niveau de fonctionnement satisfaisant. Ce dernier perdurera, mais sans engager une démarche à plus long terme, démarche qui serait pourtant nécessaire pour corriger les enjeux d'attachement (Foa et al., 2008).

Deux perspectives étiologiques se distinguent donc sur la base distale ou proximale de la « cause » de l'ÉSPT : l'une comprend l'ÉSPT comme étant l'expression d'un processus pathologique dont l'origine est lointaine (le verre casse parce qu'il est fêlé) ; l'autre comme étant en lien direct et proportionnel avec un événement plus contemporain (le verre casse parce qu'il est frappé). La tradition psychanalytique — incluant la neuropsychanalyse d'Allan Schore — loge dans le premier groupe ; les praticiens de la TCC et de l'EMDR, retiennent davantage le caractère accidentel et contemporain de l'ÉSPT.

Notre hypothèse de travail intègre des facteurs de vulnérabilité et de résilience liés à la personnalité, d'une part, et des caractéristiques propres à la situation traumatique, d'autre part: l'importance de leur contribution dans l'analyse varie selon les cas. Ils demeureront deux champs d'exploration nécessaires dans le traitement de cette pathologie.

## LE TRAUMA À TRAVERS LES CHAMPS DE LA PGRO

Dans un article décrivant une application de la PGRO pour les personnes présentant des troubles de la personnalité, Delisle et Mercier (2010) présentent les quatre champs de la théorie et résument l'essentiel de la compréhension de l'origine des anomalies du fonctionnement relationnel selon la PGRO:

Le thérapeute se place donc dans un axe de conscience expérientielle depuis lequel il s'emploie à repérer les impasses présentant des affinités thématiques dans les champs 3, 2 et 1. Ces impasses portent la marque de dilemmes hérités du champ 4 et s'enracinent soit dans le chantier essentiellement préverbal de l'attachement, soit dans celui, plus verbal, de l'estime de soi, soit dans celui plus sexuellement différencié de l'Éros-Éthos. Ces dilemmes appelés «micro-champs introjectés» ont des corrélats neuronaux. Le cerveau, littéralement façonné par ces grands chantiers développementaux, comme le suggèrent les auteurs de la neuropsychanalyse (Schore, 2003-2008) tend ensuite à reproduire le monde tel qu'il se le représente. (p. 27).

Dans l'ÉSPT, nous reconnaissons aussi la tendance du cerveau à *reproduire le monde tel qu'il se le représente*, reproduction qui ne renvoie pas ici d'emblée à une expérience du passé *développemental*, mais plutôt à une menace survenue dans un *champ* du passé contemporain. C'est d'ailleurs une distinction fondamentale entre l'ÉSPT et les traumas développementaux à l'origine des troubles de la personnalité.

L'événement traumatique semble agir en fait comme un micro-champ introjecté (MI), entre autres par son aspect inassimilable, liant en quelque sorte l'indispensable (et pas seulement l'inévitable, nous y reviendrons) et l'intolérable (partiellement) inaccessibles à la conscience, mais s'exprimant ici et là par des anomalies du contact et se perpétuant de la même manière par des ajustements conservateurs.

### Le trauma et l'indispensable

L'intolérable et l'inévitable collent assez bien à notre compréhension du trauma adulte. Cependant, la notion de l'indispensable demande certainement un élargissement de ce concept de la PGRO. On pourrait toutefois objecter que cet élargissement en arrive à le dénaturer.

Ainsi, dans le cas du traumatisme, si la personne pouvait se soustraire à la situation, elle le ferait absolument et sans ambivalence.

On pourra également objecter qu'il y a une différence majeure entre des tensions intérieures, chez l'enfant, pour maintenir un lien avec l'environnement perçu comme bon, et dans le trauma adulte, des pressions extérieures qui maintiennent de force un lien avec cet environnement perçu comme mauvais.

Mais on pourrait reconnaître à l'inverse que le trauma pénétrera la psyché, et même une fois le pire évité, il agira comme un objet interne tyrannique. La pression qui maintient cet objet à l'intérieur vient maintenant de l'intérieur. Et quant à investir le parallèle, on pourrait méditer sur l'idée que ce qui est préservé et perçu comme bon appartient au passé, avant d'être télescopé par l'intolérable.

En termes gestaltistes, la réalité du trauma c'est la mort qui quitte le fond de l'image pour en devenir la figure. Nous comprenons cela comme étant le résultat d'une rencontre brutale avec une mort perçue imminente et certaine: l'indispensable implique alors (voire oblige) *de vivre sa mort*. Cette perspective permet, nous semble-t-il, de mieux comprendre pourquoi le survivant — au lieu de célébrer sa victoire sur la mort — continue d'agir comme s'il la portait encore en lui et qu'elle le dominait. Dès qu'a lieu le trauma, la mort dans la vie devient le noyau et la chair de la pêche, avalés d'un coup.

Cette perspective du trauma trouve écho dans les premiers écrits psychanalytiques. Pour Freud, le trauma est compris comme un corps étranger interne (Freud, 1895), hétérogène au contenu de l'appareil psychique et dont la présence se manifeste de manière durable (Lebigot, 2011, p. 11). Dans sa représentation métaphorique de l'appareil psychique proposée dans *Au-delà du principe de plaisir*, Freud (1920) représente un système psychique encapsulé dans une membrane protectrice «pare-excitation». Cette membrane, défiée par la pression des stressseurs divers, produirait l'angoisse, une forme d'énergie déployée qui garde la menace à l'extérieur. Dans le trauma, une menace vitale et soudaine «surprend» le système pare-excitation dans son état de repos; elle pénètre donc le système psychique et s'y incruste. Dans la métaphore freudienne, le système psychique reprend peu à peu sa forme originale, une fois la source de stress disparue, et ce, lorsque la perturbation est non traumatique.

Il apparaît juste de voir dans cette description du trauma freudien un phénomène apparenté aux microchamps introjectés. Cette précision appuie notre compréhension du trauma comme étant

corps étranger, intrus, lequel continue d'opérer à l'intérieur (et de l'intérieur) du système psychique.

### **Des microchamps introjectés venus d'ailleurs**

La neurodynamique de l'état traumatique illustre comment les contenus qui y sont liés peuvent se constituer et agir en dehors de l'activité consciente. Au départ, on comprendra que dans le chaos qu'ont causé la peur et l'horreur, de nouveaux contenus se fixent dans la mémoire procédurale, sans passer par les filtres corticaux (van der Kolk, Mac Farlane, & Wieseath, 1996). L'activité limbique débridée inhibe les fonctions intégratives de l'axe hippocampe-cortex. Il en résulte la création de contenus procéduraux (émotionnels et sensorimoteurs) ainsi que des segments autobiographiques soustraits à la mémoire déclarative et qui équivalent à des contenus inconscients. À ce titre, Scaer (2001) conceptualise un modèle psychobiologique où les processus dissociatifs sont au centre de la compréhension du trauma; ses manifestations sont comprises comme des émanations de la mémoire procédurale (implicite et inconsciente) où se sont enregistrés, depuis la survenue du trauma, des états du système nerveux autonome rejoués dans le présent, perpétuant le cycle du trauma et de la dissociation. Scaer (2001) donne l'exemple des malaises cervicaux à la suite d'accidents de la route (*whiplash syndrome*). Même s'ils n'ont pas d'étiologie physique connue, ils pourraient décrire la réactivation de séquences sensorimotrices enregistrées par la mémoire procédurale au moment de l'impact.

### **La mécanique de la reproduction dans l'ÉSPT**

Dans le stress post-traumatique, la personne fait l'expérience perpétuelle de la menace. Quelque chose s'est déclenché en elle, et depuis, ça ne s'arrête jamais. En fait, l'accumulation d'incidents hostiles et critiques chez les victimes d'ÉSPT agit, pour parler de façon imagée, comme si cela donnait raison aux alertes amygdaliennes et discréditait les voix orbitofrontales de la régulation. Ainsi, la présence de personnes dans l'entourage, les bruits soudains, les changements de luminosité, les odeurs et autres stimulations liées à la situation traumatique activent les circuits sympathiques du système nerveux, émoussant la capacité relationnelle. Sous l'angle neurodynamique, l'ÉSPT peut se comprendre comme une difficulté chronique de régulation du système nerveux autonome, difficulté liée à un événement traumatique. Ceci aura pour conséquence d'altérer des processus affectifs, émotionnels, somatiques, cognitifs et relationnels.

Par ailleurs, les hormones sécrétées en situations extrêmes de survie fixeraient les reproductions de comportements traumatiques. Ainsi, les endorphines contribueraient, dans le trauma, à l'établissement conditionné d'une réponse procédurale. Depuis plusieurs décennies, on sait qu'en situation de guerre les soldats blessés sont sujets à une analgésie endogène que provoque le stress (Beecher, 1946). Le relâchement d'endorphines au moment d'un stress aigu est un phénomène bien documenté, et ce, dans plusieurs formes de stress post-traumatiques (van der Kolk, Greenberg, Orr & Pitmann, 1989). L'avantage de ce phénomène (*freeze*) pour la survie chez l'animal est aussi reconnu et s'explique par le fait que l'analgésie permet une immobilité qui a une chance de calmer et de désintéresser le prédateur de sa proie. Ce qui explique le phénomène de reproduction, c'est le fait que la sécrétion d'endorphines persiste tout au long du cycle d'immobilisation. Si le cycle est interrompu avant terme, c'est-à-dire avant qu'il ne sorte par lui-même de sa torpeur dissociative et se soit apaisé, la réponse dissociée est celle qui est exposée à un renforcement endorphinergique. Il s'agit là d'un appui majeur au modèle thérapeutique de Peter Levine (1997) qui voit dans l'interruption des cycles de récupération post-traumatique la source de l'ÉSPT. Ces phénomènes de renforcements dopaminergiques d'états dissociés potentialisent la réactivation post-traumatique (*kindled traumatic reflex*) ainsi que la compulsion post-traumatique (*traumatic re-enactement*) (van der Kolk, 1989). On parle donc ici d'une mémoire procédurale auto-renforcée chimiquement, où la répétition involontaire et parfois inconsciente de comportements dysfonctionnels et de tonalités émotionnelles dissociées s'expliquerait par une « recherche » d'opiacés endogènes.

van der Kolk (1994) a démontré au surplus que les contenus de la mémoire procédurale sont extrêmement résistants, surtout s'ils sont associés à des émotions fortes ou à haute valeur pour la survie (comme c'est le cas dans l'ÉSPT).

### **Le trauma : presque un champ en lui-même...**

Les quatre champs de la PGRO se déploient sur deux axes : le premier est un axe temporel, soit : *quand ?* et l'autre un axe relationnel, c'est-à-dire *avec qui ?* Rappelons que le champ 1 se limite à *l'ici et maintenant* dans la relation thérapeutique ; le champ 2 au passé de cette relation ; le champ 3 au présent et au passé contemporain du client dans sa vie hors thérapie ; le champ 4 renvoie au passé *développemental*. Notre travail clinique tient compte d'un troisième axe — un axe fantôme — qui traverse le champ 3, mais qui projette l'univers du client sur trois dimensions. Sur cet axe s'inscrivent des traumas issus du passé contemporain (et non *développemental*). Ces

traumas sont d'une intensité telle qu'il est nécessaire d'en reconnaître le caractère exceptionnel dans le modèle de la PGRO. Ils présentent cette particularité de pouvoir déjouer la conscience, de modifier les schèmes d'attachement, les réponses comportementales, le rapport à soi et à l'autre, et de détériorer les mécanismes de la régulation affective. Les lignes qui suivent proposent une réflexion sur l'introduction de cet axe, dont il reste à savoir s'il peut constituer ou non un autre champ expérientiel dans le modèle de la PGRO.

### **La nécessité de regarder au bon endroit**

Delisle (2008) — en parlant des manifestations contemporaines de la mémoire implicite (inconsciente) des relations d'attachement précoce — rend compte avec justesse la situation thérapeutique suivante :

En psychothérapie, des cliniciens observent souvent des épisodes de contact où la conduite d'un client semble inadaptée au champ actuel, mais l'aurait été dans le champ du passé *développemental*... Dans la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO), on parlera de l'infiltration d'un microchamp introjecté dans les émergences de la fonction Ça. Du point de vue de la neurodynamique de la mémoire, on parlerait de l'intrusion de la mémoire implicite/procédurale précoce dans la conscience adulte. (p. 27).

Bien que parfaitement en accord avec cet énoncé, nous n'en contestons pas moins le préjugé qui pourrait conduire le thérapeute formé en PGRO à explorer avec son client le territoire du trauma en se guidant uniquement sur la carte géographique du champ 4, là où devraient nécessairement s'être verrouillés les microchamps introjectés et leurs codes sources. Et si des microchamps introjectés — ou leur équivalent fonctionnel — pouvaient trouver leur origine hors du champ *développemental*, saurions-nous accompagner le client avec autant de pertinence dans son exploration ?

### **POUR UNE PSYCHOTHÉRAPIE DE L'ÉSPT SELON LE MODÈLE DE LA PGRO**

Les sections précédentes ont d'abord insisté sur la distinction entre une étiologie cherchant du côté de l'événement traumatique ou du côté du passé *développemental* la source des symptômes post-traumatiques. Nous avons ensuite milité pour la reconnaissance d'un champ traumatique à l'intérieur du modèle de la PGRO, pour ensuite nous attarder au contenu de ce champ. Nous exposerons maintenant les principes devant guider le traitement ainsi que certaines pistes utiles à considérer.

Cozolino exprime la pertinence de la psychothérapie gestaltiste en insistant sur l'intégration des aspects jusque-là morcelés de l'expérience du client :

La thérapie gestaltiste est une forme unique de thérapie psychodynamique particulièrement pertinente aux questions d'intégration neuronale. Le thérapeute gestaltiste croit qu'en maximisant la conscience de tous les aspects du Self — incluant les cognitions, les émotions, les comportements et les sensations — il en résulte une accentuation de la maturation et de la santé psychologique. Ce processus global (gestalt) dépend de l'intégration des circuits neuronaux responsables de chacune de ces fonctions. (Cozolino, 2002, cité dans Delisle, 2008, p. 4).

La PGRO, nous l'avons vu, est une approche relationnelle qui s'adresse aux anomalies du contact, et dont la particularité est de traquer l'inachevé dans les chantiers de l'attachement, de l'estime de soi, de l'équilibre érotisme/éthique. Ces chantiers constituent la colonne vertébrale à laquelle se grefferont toutes les expériences relationnelles. La PGRO pourrait également considérer, comme nous le souhaitons, les fractures — plus tardives — de la structure psychique qui en invalident le fonctionnement, de même qu'elle pourrait reconnaître un champ traumatique à l'intérieur du champ 3.

Cette adaptation de la PGRO introduirait des modalités de travail plus ciblées sur l'événement traumatique, tout en ajoutant certaines particularités de travail à la relation thérapeutique. Voyons donc de quoi il s'agit.

### **Aperçu d'un traitement du trauma dans le modèle de la PGRO**

Nous aborderons le traitement PGRiste du trauma sous deux aspects. Nous considérerons d'abord (l'angle du) le travail sur l'événement traumatique lui-même. Pour ce faire, nous indiquerons les points de repère que fournissent deux auteurs majeurs dans cette exploration, puis nous fournirons quelques exemples d'un travail clinique ainsi guidé. Ensuite, nous nous attarderons aux mouvements transférentiels particuliers au traitement des traumas et qui alimentent le travail dans la relation thérapeutique elle-même.

#### *Le travail sur l'événement*

Le travail sur l'événement traumatique vise à remonter aux sources du dérèglement actuel. Il s'attarde aux fragments du récit de l'événement, aux séquences sensorimotrices et aux fluctuations d'affects qui l'accompagnent. Le travail d'exploration et de « mise en figure » de ces réactions psychocomportementales permet de dégager des hypothèses sur les enjeux de survie qui se sont déroulés lors du trauma, sur les mécanismes instinctuels qui se sont activés pour



y répondre et sur le scénario de leur échec à ramener le client dans son intégrité.

Ouvrons une parenthèse ici sur l'apport inestimable de trois auteurs dans la compréhension des réactions du système nerveux en situation de menaces extrêmes: d'abord Stephen Porges, ensuite Jaak Panksepp puis Peter Levine.

### Le modèle polyvagal du fonctionnement du système nerveux autonome de Porges

Nous devons beaucoup à Stephen Porges (2011) d'avoir fourni une explication éclairante du fonctionnement du système nerveux en lien avec les menaces à la survie. Considérant l'évolution du système nerveux des vertébrés, il explique le fonctionnement en cascade des trois étages du système nerveux autonome: au plus bas niveau, le système vagal non myélinisé (reptilien), responsable de la conservation de l'énergie; le système sympathique, responsable de l'activation métabolique impliquée dans les réactions de fuite ou de combat; le système vagal myélinisé (qu'il nomme le *smart vagus*) qui domine le fonctionnement du système nerveux en état de veille, freine les comportements de fuite et de combat et permet les comportements prosociaux. Lors des situations traumatiques, le système vagal myélinisé est fortement mis à l'épreuve. Il parvient difficilement à contenir la poussée du système sympathique et lorsqu'il cède, il conduit à des états dissociés où dominent la fuite, le combat ou la reddition. L'attention portée aux manifestations sensorimotrices spécifiques à chacune de ces tonalités du système nerveux autonome nous piste sur la nature exacte de la réponse instinctuelle déployée lors de l'incident critique, et qui reste toujours *enclenchée*. Schématiquement, une dominante sympathique se remarque par une tension musculaire des membres, et une tonalité sympathique non myélinisée par une atonie et un manque de réactivité émotionnelle. Il se peut aussi qu'on observe, comme c'est souvent le cas, un maintien chronique et intense des circuits liés à la régulation sociale du système vagal myélinisé. On remarque alors une activation des circuits sensoriels et moteurs — que décrit Porges — en lien avec cette branche plus évoluée du système vagal: pression thoracique, désynchronisation de la respiration et du rythme cardiaque, sensation du «cœur qui cogne», contraction du larynx et du pharynx expliquant une voix chevrotante, coloration de la peau et larmolements. Toutes ces manifestations ont une visée évolutionniste: celle de permettre une communication de la détresse, une mise en contact efficace pour coordonner une action concertée entre les individus en situation de menace. La pertinence de cet apport est d'autant plus considérable que les individus ne

conscientisent souvent pas l'affect congruent à ces états sensorimoteurs ni leurs liens avec le trauma originel. Une herméneutique éclairée de ces états produits propulse souvent un travail thérapeutique qui, autrement, pourrait stagner.

### Les systèmes d'activation émotionnelle de base de Panksepp

La contribution des systèmes émotionnels de base de Panksepp (1998) est par ailleurs inestimable dans l'exploration plus fine des réactions de survie. Panksepp identifie sept réponses psychocomportementales instinctuelles dont les substrats sont des circuits neuronaux sous-corticaux. Ces schèmes de réponse sont : la peur, la panique (angoisse de séparation), la rage, les comportements d'exploration/stimulation (*seek*), de maternance (*care*), de jeu rude (*rough play*) et prosexuels (*lust*). Les quatre premiers systèmes sont particulièrement impliqués dans les réactions de menace à la vie. Ces réponses sont à peu près universelles chez les mammifères et elles émergent du potentiel intrinsèque du système nerveux. Les systèmes sont déclenchés par des stimuli environnementaux et peuvent opérer en dehors de toute influence des processus supérieurs (corticaux). Dans le stress post-traumatique, l'un ou plusieurs d'entre eux restent souvent enclenchés de manière chronique, et ce, depuis l'événement traumatique.

Les systèmes émotionnels de base de Panksepp sont distincts, mais ils partagent certains circuits neuronaux qui expliquent le glissement d'une réponse psychocomportementale vers une autre. Ainsi, la peur quant à la menace peut glisser vers le circuit de la rage, vers celui de la recherche de ressources (*seek*) et ainsi de suite. La peur et la panique sont aussi des systèmes distincts, le premier étant lié aux comportements de fuite, le second à ce qui s'apparente à l'angoisse de séparation et qui conduit à la production de vocalisations de détresse, entre autres. On établira un lien entre ces phénomènes et les manifestations du système d'engagement social (*smart vagus*) de Porges.

### Peter Levine et le cycle de libération d'énergie interrompu

Nous trouvons utile de considérer les postulats de Peter Levine (1997), selon lesquels les humains se comporteraient — en situation de menaces extrêmes — comme la plupart des autres mammifères. Toutefois, dès que l'humain le peut, il inhibe ses mouvements de fuite, ses gestes de rage, sa joie de survivre et l'expression de sa détresse d'abandon. Le trauma serait le fruit de cette tendance à ne pas s'abandonner jusqu'au bout à la logique des instincts, de telle sorte que ces processus instinctuels conservent une énergie résiduelle qui continue de mobiliser l'expérience interne du client.

Il s'agit là d'une perspective qui permet de percevoir ce qui cause et maintient le trauma.

### Quelques exemples d'intervention sur l'événement traumatique

Un exemple pourrait mettre en scène le système que Panksepp (2008) nomme *panic* et que Porges (2011) identifie aux circuits de l'engagement social. On observerait donc une tension thoracique importante, souvent décrite par le client comme étant une « boule dans la gorge ». Les réactions sympathiques seraient atténuées par la tonalité vagale myélinisée forte, et le client ne rapporterait pas de tensions particulières aux membres. Une observation attentive des réactions du corps (*scan*) nous piste bien avant que le client puisse identifier l'émotion.

Ces manifestations s'observent parfois chez des combattants, nombreux, qui ont dû pratiquer des soins d'urgence aux blessés. Il s'agit d'une situation à très forte intensité émotionnelle, où la régulation vient de la synchronie des regards et de l'impact synchrone de moments d'hétérorégulation. Mais dans la réalité, ces soins sont souvent prodigués à répétition et les blessés sont évacués sans avoir pu montrer un quelconque signe d'apaisement. Il arrive également que des soldats plongent leur regard dans celui, figé, d'un cadavre *insensible* aux tentatives de régulation d'hémisphère droit à hémisphère. Reste donc chroniquement amorcée une tonalité qui décrit un mouvement vers la recherche d'un contact apaisant qui viendrait à l'encontre d'une détresse, nourrie par l'image qui tourne en boucle dans leur tête, celle de ce regard insoutenable. En fait, tout se passe comme si les soldats vivants attendaient de leur collègue décédé qu'ils montrent de l'apaisement. Le thérapeute ne se surprendra pas de constater que ces clients sont imperméables aux manifestations de compassion, aux tentatives d'hétérorégulation. Ils nous font vivre ce qu'ils ressentent. Pour eux, ce n'est pas ici et maintenant que ça doit se jouer, c'est là-bas.

Il faudra donc aller avec eux « là-bas », dans la réalité de leur souvenir. Le thérapeute et son client devront construire une image claire, non seulement de ce qui fait mal, mais de ce qui manque. Ils auront à reconstruire le souvenir en le faisant se terminer mieux.

La rage meurtrière permet une autre illustration de ce qui précède. Elle est une manifestation de l'option de survie par laquelle les deux branches du système parasympathique (engagement social et atonie dissociée) du modèle polyvagal de Porges (2011), cèdent leur place à une tonalité sympathique forte orientée vers le combat (*fight*). Transposé dans le modèle des systèmes d'activation émotionnelle de base de Panksepp (1998), on parlera bien sûr ici du système de la *rage*. Ainsi, les clients sont souvent habités de cette

rage *egodystone* qu'ils tentent d'étouffer en vain, et qui conduit leurs médecins à vouloir les soulager à l'aide de médicaments puissantes. Cette rage se reconnaît donc par une activation sympathique forte et une tension musculaire importante, habituellement au niveau des membres supérieurs. Elle s'accompagne aussi de bouffées de chaleur, d'une sensation de feu dans l'abdomen ainsi que d'une propension à la vision en tunnel. Cette rage se distingue de l'irritabilité, en ce sens qu'au lieu de décrire un désir de s'extraire brutalement d'une situation qui dérange en s'en éloignant, elle se caractérise par un désir obsédant de se rapprocher de l'objet détesté pour en découdre et l'éliminer.

La rage impressionne le thérapeute qui pourrait être tenté de l'apaiser plutôt que de dialoguer avec elle. Pourtant, elle s'impose et dirige puissamment l'attention vers une cible à détruire, sublimant de cette manière la peur qui en est à l'origine. Le fait que la rage persiste suggère que sur un plan neurodynamique, le client n'a pas enregistré que la menace n'est plus. Son corps vit encore dans l'urgence de ressentir la puissante décharge d'énergie du combat, le relâchement qui s'ensuit, l'euphorie d'une victoire décisive sur la menace: il vit toutes les manifestations sensorimotrices du combat imminent qu'il se prépare non seulement à mener, mais à gagner. Le thérapeute pourrait alors se demander quel pourrait être le scénario d'une victoire par la rage « purificatrice »? Les films d'Hollywood se terminent souvent ainsi, à grand renfort d'effets spéciaux pyrotechniques. La relation thérapeutique devrait pouvoir aménager un espace imaginaire partagé où se joue une fin victorieuse, violente et définitive, où la source peut devenir méprisable. Si la colère est *egodystone*, si elle ne se présente pas chez une personnalité antisociale, le client pourra, par la suite, retrouver son apaisement et même développer un regard de compassion non coupable pour la cible de sa rage.

On comprendra donc qu'il s'agit ici d'un processus régulé par l'hémisphère droit, sensible non pas à des contenus cognitifs, mais plutôt à des émotions et à des sensations. Cette distinction est importante, compte tenu du fait que le client vit souvent une contradiction entre ce qu'il sait et ce qu'il sent. En effet, le client « sait » des choses que son système nerveux semble ignorer: le sentiment d'insécurité chronique échappe à la reconnaissance qu'il a, sur le plan cognitif, de ne plus être exposé à l'objet de sa crainte; de même, sa rage explose sans qu'il puisse la justifier par une menace quelconque actuelle, ou encore il en semble dissocié — dans un détachement émotionnel évoquant l'anesthésie précédant une mort imminente et inéluctable — comme s'il n'avait jamais réalisé avoir finalement survécu.

### La neuroception et les signaux de la guérison

L'idée de *neuroception* (Porges, 2003) est ici centrale. Ce concept réfère à un processus neuronal — distinct de la perception — qui informe des états viscéraux et environnementaux liés à une situation de menace à la vie ou de sécurité. Dans le stress post-traumatique, nous l'avons vu, les individus ressentent une menace même s'ils savent qu'il n'y en a pas. Cette discordance renforcera les mécanismes liés à la fuite ou au combat, mais pas ceux qui favorisent la régulation sociale. Un aspect important de la psychothérapie tient dans la reproduction de la sensation ou de l'émotion que le système nerveux semble rechercher en vain. L'hypothèse de travail considère que ces perceptions ou sensations auraient dû résulter d'une action réussie du système émotionnel activé, afin de le désactiver et de permettre un retour à l'homéostasie. Par exemple, la rage dont nous avons parlé est une expérience sensorimotrice complexe caractérisée par une forte tonalité sympathique, un sentiment d'invulnérabilité, le fort désir d'affronter la menace, une action puissante sur la menace et sa destruction définitive; une décharge physique intense est sollicitée et il en résulte une certaine fatigue musculaire, suivie d'une satisfaction qui permet un relâchement et rend finalement possible la reprise du contact avec autrui. Un autre exemple vient de la détresse liée à l'angoisse de séparation, s'exprimant même entre deux protagonistes qui ne se connaissent pas. La reconnaissance de ce qui manque — soit le regard de cet autre qui répond enfin, quelques mois échangés, une image de régulation affective — peut favoriser l'apaisement qui désamorcera la détresse. Ainsi, dans une fantaisie partagée entre le thérapeute et le client, la reproduction du scénario réparateur — alors que thérapeute et client restent centrés sur les manifestations sensorimotrices associées aux différentes étapes de ce scénario, et ce, jusqu'à son achèvement (permettant la *neuroception* du succès de la résolution de cet enjeu de survie) — nous sont apparues des modalités fructueuses.

### *Quelques mots sur les mouvements transférentiels particuliers au traitement du trauma*

L'ouverture aux instances instinctuelles qui opèrent chez le client traumatisé est une contribution majeure au processus empathique. Ouvrons ici une parenthèse pour reprendre avec Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg (2011) les trois caractéristiques essentielles de l'empathie: d'abord un processus de simulation émotionnelle qui fait écho à l'expérience corporelle de l'autre; ensuite une mise en perspective (plus cognitive) de cette information; enfin un processus d'autorégulation émotionnelle, rendue nécessaire par

l'expérience en soi de la détresse de l'autre et qui mobilise la compassion et les comportements aidants en conséquence.

Lorsqu'il est question de la rage meurtrière, de la détresse existentielle devant la mort, de la terreur qui mène à la dissociation, l'écho de tout ça touche le monde interne du thérapeute. Il risque alors de ressentir la même détresse. Ici, la mise en perspective de cette information venue de l'autre est un antidote nécessaire; elle correspond à la fonction réflexive de l'empathie. Mais la disponibilité préalable au processus d'identification projective par lequel le client fait porter au thérapeute sa terreur quant à la mort, sa rage meurtrière ou son vide désespérant et opaque, oblige à ressentir pleinement le malaise et à le contenir. Cela signifie aussi qu'il faut résister à la tentation de défléchir ce qui vient du client, de le minimiser, de l'intellectualiser, voire de dissocier, au point où nous en sommes, bref, de le transformer ou de le convertir en quelque chose de plus supportable. En termes de la PGRO, nous pourrions dire que les émergences fulgurantes du Ça ne doivent pas réduire au silence le travail herméneutique sur les fonctions Je du client ET du thérapeute.

Il est bon de rappeler que ces mouvements intérieurs qui agitent le client et le thérapeute échappent à l'éthique, opèrent indépendamment de la personnalité et ne sont pas au service d'enjeux de l'attachement: ce sont des émanations des circuits instinctuels liés à la survie. Insistons aussi sur l'importance de la reconnaissance de ces mécanismes instinctuels par le thérapeute et sur sa capacité à les reconnaître en lui-même. Voilà donc l'univers dans lequel opère ce transfert de ressenti, dans lequel le thérapeute et le client pourront s'affairer à une réelle coconstruction de sens. Ce travail pourrait passer par l'ouverture d'un espace imaginaire commun, structuré autour d'un événement traumatique du passé, ouvert aux règles des processus instinctuels, dans une volonté de remédier à ce qui est resté inachevé.

Dans la perspective d'un travail des états post-traumatiques selon le modèle de la PGRO, être avec le client c'est aussi lui permettre de nous faire porter provisoirement le blâme: être l'objet de la peur, l'absence de secours, l'autre envers qui on ne ressent plus rien, le témoin, sinon l'objet de la colère effroyable. Et c'est dans l'intensité de l'affect, dans la vérité du malaise relationnel que client et thérapeute chercheront finalement à favoriser le contact par des ajustements créateurs qui rendront possible l'expérience de la corégulation.

## CONCLUSION

Si l'on accepte l'idée que les traumatismes adultes peuvent altérer les capacités de régulation affective et transformer de manière importante le rapport à soi et à l'autre par l'introduction de contenus traumatiques dans la mémoire implicite, il serait utile que la PGRO ouvre un nouveau champ pour la cultiver. Ce nouveau champ traumatique, composante du champ 3 (champ 3t), pourrait ainsi se définir comme étant le foyer de situations de survie inachevées et qui émergent dans le Ça, à la manière de microchamps introjectés.

Dans le modèle de la PGRO, le champ traumatique introduit donc une nouvelle perspective où la source des anomalies des fonctions de contact n'est pas nécessairement d'origine *développementale*, mais procède plutôt d'un dysfonctionnement de mécanismes qui répondent à une logique instinctuelle, et ce, malgré la présence d'une dimension relationnelle. La reconnaissance de cela nécessite un ajustement des paradigmes de la PGRO en intégrant une causalité traumatique d'origine non *développementale* à certaines perturbations sévères du fonctionnement de la personnalité.

On l'a vu, le corps et l'esprit du client semblent répondre depuis le trauma à une nouvelle logique, adaptée à une menace du passé. Le projet thérapeutique autour du champ traumatique s'emploiera, comme pour le travail du champ 4, à reconnaître et à alimenter une herméneutique de ce qui se reproduit, puis tentera de compléter l'inachevé qui en est à l'origine.

Les cliniciens intéressés par ce volet de la pratique de la PGRO pourront réfléchir davantage sur la pertinence de recourir à certaines techniques et à leur congruence avec cette approche. Pour notre part, il est fréquent d'introduire un protocole EMDR, lequel s'inscrit dans un espace thérapeutique façonné par la PGRO et bénéficie aussi des précisions qu'apportent les neurosciences affectives. Cela permettrait un travail fructueux, et par ailleurs, respecterait les limites d'un travail dans la relation thérapeutique; cela correspondrait aussi à l'esprit des observations de Norcross (2011) sur les facteurs contribuant à l'efficacité des psychothérapies, en particulier l'attention portée à la relation thérapeutique, le recours à des méthodes de traitement démontrées efficaces par la recherche et plus adaptée aux besoins du client.

## Références

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)*, (3<sup>e</sup> ed.). American Psychiatric Association, Washington, D. C.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé*. American Psychiatric Association. Paris: Elsevier Masson.
- Cozolino, L. (2006). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain*. New York: Norton.
- Delisle, G. & Mercier, A. (2010). La PGRO au service du développement des soins offerts aux personnes présentant un trouble de la personnalité. *Psychologie Québec /Dossier*, 27 (5), 26-28.
- Delisle, G. (1993). La Gestalt et la psychothérapie de longue durée. Texte d'une conférence recueillie dans G. Delisle, *Vers une psychothérapie du lien*. (pp. 97-104). Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2008). Une neurodynamique du Self en situation thérapeutique. *Revue québécoise de Gestalt*, 10, 111-137.
- Elliott, E., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg L. S. (2011). Empathy, dans J. C. Norcross, *Psychotherapy Relationships that Works, Evidence Based Responsiveness*. (pp.132-151). New York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2008). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. (2<sup>e</sup> ed.), New York: The Guilford Press.
- Freud, S. (1920,1968a). *Au-delà du principe de plaisir*, Traduit de l'allemand par Jean Laplanche et J.-B. Pontalis, Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1968b). Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort. *Essais de psychanalyse*, Paris: Payot.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant R., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 28, 750-769.
- Lebigot, F. (2011). *Traiter les traumatismes psychiques*. Paris: Dunod.
- Levine, P. A. (1997). *Waking the Tiger*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Nijenhuis, E., van der Hart, O., Steele, K., De Soir, E., & Matthes, H. (2006). Dissociation structurelle de la personnalité et Trauma. *Stress et Trauma*, 6, (3). Épreuve 1 du 14/06/06; 1-14.
- Organisation mondiale de la Santé. (1995). *CIM-10: Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (10<sup>e</sup> éd.)*, vol. 2. Manuel d'utilisation. Genève, OMS.
- Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: the neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self-regulation*. New York: Norton.
- Porges, S. W. (2003). Social engagement and attachment: a phylogenetic perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 31-47.
- Press, J. (1999). *La perle et le grain de sable: traumatisme et fonctionnement mental. Essai Psychanalytique*. Paris: Delachaux et Niestlé.



- Scaer, Robert C. (2001). The neurophysiology of dissociation and chronic disease. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26 (1), 73-91.
- Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the Right Brain: A Fundamental Mechanism of Traumatic Attachment and the Psychopathogenesis of Posttraumatic Stress Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30.
- Schore, A. N. (2010). *Traumatic attachment and the early origin of PTSD*. Courses For Mental Health Professionals, ContinuingEdCourses.Net récupéré de <http://www.continuingedcourses.net/active/courses/course061.php>.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Solomon, Z., Dekel, R., & Mikulincer, M. (2008). Complex Trauma of War Captivity: a Prospective Study of Attachment and Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychological Medicine* 38, 1427-1434.
- van der Kolk, B. A. (1989). The Compulsion to Repeat the Trauma Re-enactment, Revictimization, and Masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12 (2), 389-411.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399.
- van der Kolk, B. A., Wieseath, L. & van der Hart, O. (1996). History of trauma in psychiatry. Dans B. A. van der Kolk, A. C. MacFarlane, & L. Wieseath (Éd.) *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 47-74). New York : Guilford Press.

### Abstract

This paper attempts to draw the principles of a treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) using the Object Relations Gestalt Therapy (ORGT) therapeutic system. This treatment introduces a therapeutic dialogue on the instinctual processes left chronically deployed since the traumatic event. The author discusses some prior issues: first, the etiology of trauma and the bias toward a developmental causality by the PGRO theoretical paradigms; second, the relevance of introducing a traumatic field through the four experiential fields of the PGRO framework. The author suggests some features of a PGRO treatment based on neurosciences to address military traumas.



# Analyse de l'expérience contretransférentielle et production d'une grille d'analyse du contretransfert

Denise OUELLET  
Marc-Simon DROUIN

## Résumé

Les auteurs retracent l'évolution du concept de contretransfert dans la littérature clinique et abordent ensuite la neurodynamique du champ intersubjectif et la place du contretransfert en PGRO. Ils présentent ensuite l'intégration de ces concepts et proposent une grille d'analyse de l'expérience contretransférentielle. Cette grille est issue d'une recherche basée sur l'observation de thérapeutes expérimentés et elle pourra être utile à des thérapeutes de divers niveaux d'expérience et les aider à poser un regard réflexif continu sur leur expérience contretransférentielle.

La psychothérapie repose sur les principaux acteurs qui interviennent dans un processus. Elle repose également sur leurs interactions (Castonguay et Beutler, 2006). Certaines recherches portant sur la psychothérapie focalisent sur la relation, d'autres sur le client ou encore sur le thérapeute. Il y a une volonté d'éclairer le processus pour appuyer le clinicien dans sa démarche.

Le thérapeute est une variable indiscutablement commune à toutes les psychothérapies, et la personne même du thérapeute a une importance déterminante dans la démarche du client. En fait, une large part du processus thérapeutique repose sur le thérapeute et ses qualités personnelles (Wampold, 2006; 2001; Westen, Novotny et Thompson-Brenner, 2004; Orlinsky et Ronnestad, 2005; Ackerman et Hilsenroth, 2003). Même si la recherche n'est pas abondante en ce sens, les cliniciens savent que certains thérapeutes ont de meilleurs résultats que d'autres (Crits-Christoph et al., 1991; Drouin, 2002 et 2005; Norcross, 2002). En se penchant sur la variable du thérapeute et ses composantes, la recherche met à jour des caractéristiques efficaces (Wampold 2001; Baldwin, Wampold & Imel, 2007), mais elles sont en général considérées

de façon statique et isolée. Nous croyons que des variables processuelles méritent notre attention, en dépit des défis méthodologiques que leur étude représente.

Une des composantes de la variable du thérapeute est son expérience subjective au contact de chaque client et sa façon de réguler cette expérience (Gilliéron, 2004; Norcross, 2002; Wampold, 2001). L'expérience subjective du thérapeute est habituellement appelée *contretransfert*. Ce concept a suscité beaucoup d'intérêt, et en thérapie, il est souvent considéré comme un processus central (Bouchard, Normandin, & Frôté, 1994; Gabbard & Wilkinson, 2000; Gelso & Hayes, 2007; Racker, 1957; Searles, 1979; Tansey & Burke, 1989; Yeomans, Clarking & Kernberg, 2002).

Le présent article vise à décrire et à comprendre des éléments de la démarche sensorielle, affective et réflexive du thérapeute dans son expérience de contretransfert et à proposer une grille de réflexion sur l'utilisation de ce dernier dans le travail clinique.

Dans un premier temps, nous retracerons l'évolution du concept de contretransfert dans la littérature clinique. Nous nous attarderons par la suite à la recherche empirique et clinique sur le contretransfert. La neurodynamique du champ intersubjectif et la place du contretransfert en PGRO seront également abordées. Nous présenterons sommairement l'intégration de ces différents concepts à l'intérieur d'un projet de recherche visant à analyser, à partir du discours, l'expérience contretransférentielle de thérapeutes qui pratiquent selon le modèle de la PGRO. Les thèmes présents dans le discours seront organisés dans des catégories distinctes. Enfin, nous vous proposerons une grille d'analyse de l'expérience pouvant être utile à des thérapeutes d'expériences diverses.

## LE CONTRETRANSFERT

Omniprésent dans la littérature théorique et clinique, le concept de contretransfert remonte aux écrits de Freud (1910) et fait référence aux réactions inconscientes de l'analyste à la personne analysée. C'est la définition dite « classique ». En ce sens, il est perçu comme une limite à l'analyse, provenant de l'analyse incomplète du thérapeute et de ses conflits non résolus. Mais déjà, en 1915, devant la complexité du phénomène, Freud semble ambivalent et il commence à encourager le thérapeute à laisser se déployer le contretransfert, plutôt que de le garder en dehors du travail clinique, et ce, afin de mieux le saisir (Birost & Kamer, 2006). Poursuivant cette ligne de pensée, d'autres précurseurs tels

Ferenczi, Balint et Balint utilisent le concept de contretransfert pour démontrer que la neutralité absolue est illusoire (Bouchard, Frote & Normandin, 1994).

Dans les années 1950 et 1960, Heiman, insatisfaite d'observer le dénigrement des cliniciens devant leurs réactions contretransférentielles, postule que le contretransfert est incontournable et qu'il constitue l'ensemble *indivis* des réactions du thérapeute à son client. En fait, elle amène l'idée qu'il est une création du client. Racker (1957), reconnu comme un des théoriciens pionniers du contretransfert, inclut les réactions émotionnelles et les conflits non résolus du thérapeute dans la définition du concept. Il introduit la notion de contribution du contretransfert au processus thérapeutique, mais à la condition que l'analyste développe une attitude particulière quant à sa subjectivité et qu'il soit lui-même objet de sa propre analyse et de son observation continue.

Gelso et Carter (1994) proposent un éclairage de la notion de contretransfert qu'ils définissent comme «modéré», en se sens qu'ils croient utile de distinguer les réactions contretransférentielles réalistes — issues de la réalité de l'environnement thérapeutique — des réactions contretransférentielles irréalistes — issues du passé ou du présent conflictuel du thérapeute. Ces dernières seulement relèveraient réellement du contretransfert. Les réactions qui n'appartiennent pas aux conflits ou aux vulnérabilités du thérapeute, précoces ou actuelles et qui sont des réponses naturelles, sinon inévitables, aux communications du client, n'appartiendraient pas au contretransfert. Cette vision modérée, plus large que la position classique, considère que le contretransfert est une réaction au transfert du client, en plus des autres réactions du thérapeute issues de ses conflits personnels. Malgré tout, les adeptes de cette définition (Fauth, 2006; Myers & Hayes, 2006) ne perçoivent pas le contretransfert comme une entrave à la thérapie. Ils le voient plutôt comme ayant un potentiel clinique utile, à condition qu'il soit géré plutôt qu'agi. Gelso et Hayes (2007) discutent longuement de ce qui appartient ou n'appartient pas au contretransfert et s'interrogent à savoir s'il prend son origine dans le transfert du client, dans ses défenses, ses besoins ou dans les conflits non résolus du thérapeute. Ces questions sont intéressantes. Les auteurs tentent par la suite de savoir comment gérer le contretransfert, le prévenir ou en réparer les effets. Leurs réponses résident dans cinq facteurs généraux relatifs au thérapeute : la connaissance de soi, les habiletés de conceptualisation, l'empathie, l'intégration du soi et les habiletés de gestion de l'anxiété. Ils reconnaissent que le processus d'acquisition de ces facteurs est extrêmement difficile.

Le contretransfert peut aussi être vu comme issu du champ relationnel, et de ce fait n'appartenir en propre ni au thérapeute ni au client, mais à la relation émergente entre les deux (Holmqvist & Armelius, 1996). Ainsi défini, il appartient à celui qui réagit au transfert de l'autre. Dans une grille qui tente de venir en aide au thérapeute dans l'analyse de la relation thérapeutique, Marshall et Marshall (1988) proposent d'ailleurs une analyse du contretransfert en tenant compte de sa source, de son degré de spécificité et du degré de conscience qu'en a le thérapeute. La notion de contretransfert, passionnément débattue, se trouve définie et redéfinie, nuancée et enrichie d'une kyrielle de contributions, mais elle ne fait pas l'objet d'unanimité et reste toujours ambiguë à opérationnaliser.

Le concept a par ailleurs évolué vers une conception « totaliste », décrite comme étant tout ce qui, de l'analyste, intervient dans la thérapie (Kernberg, 1965 ; Laplanche & Pontalis, 2004). Cependant, cette conception est surtout caractérisée par la position centrale du contretransfert comme outil thérapeutique indispensable. Afin de considérer la subjectivité de chaque participant à la relation thérapeutique et la contribution de chacun d'eux dans cette relation, on le conçoit comme une cocréation dynamique d'influence réciproque qu'il devient nécessaire de réguler interactivement pour avancer dans le processus thérapeutique. Certains auteurs vont même jusqu'à parler de cotransfert plutôt que de contretransfert (Buirski, 2005, Orange 1995). Contrairement à la version plus modérée de Gelso et Hayes (2007), selon cette définition les réactions du thérapeute dans la relation réelle sont considérées comme appartenant au contretransfert, même si elles ne sont pas uniquement tributaires du passé conflictuel de ce dernier. On conçoit également que le contretransfert puisse être agi. Il est mis en scène plutôt que conscientisé, et ce, pendant un certain temps avant que le thérapeute y observe sa réaction et y reconnaisse sa contribution, ce qui lui permet d'utiliser le contretransfert comme levier thérapeutique puissant. Ce levier l'éclairera sur la dynamique relationnelle du client (Wallin, 2007).

Nous retenons la notion du contretransfert totaliste comme élément central du travail d'élaboration du thérapeute, malgré les reproches qui lui sont faits d'être trop englobante, ce qui la rend plus complexe et plus difficile à utiliser. Le contretransfert est universel, il répond entre autres à la prédisposition de chacun à répéter un vécu primitif reproduit dans le temps présent. Il peut être ignoré, agi, exploré ou réfléchi et il peut aider à saisir la dynamique du client (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006). Pourtant Bouchard — dans un entretien avec Juston (1990) — s'interroge

sur la façon d'amener le thérapeute à s'absorber dans l'élaboration intrapsychique de son contretransfert. Il considère cette élaboration nécessaire à l'utilisation efficace du contretransfert, étant donné l'exigence de la démarche. De plus en plus, on reconnaît à l'incontournable contretransfert un potentiel clinique utile éclairant le processus thérapeutique et les dynamiques relationnelles en jeu. Il permet une plus grande compréhension du client (Heiman, 1950; 1960; Racker, 1957; Tansey & Burke, 1989; Wallin, 2007).

Les auteurs d'orientation psychanalytique et psychodynamique sont ceux qui étudient ce concept. Évidemment, puisqu'il s'avère incontournable en psychothérapie, il s'est retrouvé dans le travail des psychothérapeutes humanistes, soit avec son appellation première, comme c'est le cas en PGRO, soit sous une autre forme. Par contre, en Gestalt le terme a été abandonné au profit de l'*awareness* et du travail à la frontière contact dans l'ici et maintenant (Goodman, Hefferline & Perls 1994, Wheeler, 1991). En abandon corporel, il a été remplacé par la notion de présence à soi et de subjectivité. On va même jusqu'à dire de cette approche qu'elle est centrée sur le thérapeute plutôt que sur le client, telle-ment l'expérience contretransférentielle l'imprègne (Hamann, 1996), mais on n'a pas conservé le terme de contretransfert, sujet choisi pour cet article.

Toutes les discussions théoriques sur la nature du contretransfert et sur le fait qu'il soit ou non une entrave à la thérapie permettent de saisir la complexité du phénomène, mais elles n'éclairent en rien l'usage que peut en faire le thérapeute dans la relation thérapeutique. Les efforts de catégorisation contribuent à enrichir le concept, mais restent stériles pour guider le clinicien dans son processus d'élaboration. Quand le thérapeute le conscientise et l'utilise pour comprendre le client et les pressions relationnelles qu'il peut exercer sur lui, un consensus émerge, concernant le potentiel et l'utilité du concept en thérapie. Toutefois, le thérapeute en formation est relégué à sa thérapie personnelle ou à sa supervision professionnelle pour encadrer sa démarche (Jacobs, 2002; Gelso & Hayes, 2007), et ce, même si le contretransfert est considéré comme l'instrument-clé du thérapeute dans le processus thérapeutique (Gilliéron, 2004; Orange, 1995). Ceci met en évidence le manque d'outils qui pourraient aider le clinicien à entreprendre une analyse réflexive minutieuse de son expérience contretransférentielle (Bordeleau & Drouin, 2006). Le fait de mieux comprendre la démarche du thérapeute — qui, en thérapie, utilise sa réaction contretransférentielle — permet d'espérer que le concept soit plus accessible et facilite la compréhension de ce qui s'élabore dans la relation thérapeutique. Le thérapeute, conscient

des subtilités et des changements qui opèrent dans la relation quand il les perçoit dans son expérience contretransférentielle, peut dès lors fournir au client une occasion de reconnaître sa façon limitative d'être en relation. Cette limitation lui vient d'une expérience lointaine et elle peut être explorée et dénouée en thérapie à partir de la conscientisation du contretransfert (Khan, 2002).

## LE CONTRETRANSFERT ET LA RECHERCHE EMPIRIQUE

Rosenberger et Hayes (2002) ont publié une revue de la littérature empirique sur le contretransfert. Ils concluent que les recherches sont peu nombreuses. Fauth (2006) a recensé des instruments actuels de mesure du contretransfert. Il déplore la difficulté à explorer le phénomène d'une manière empirique, compte tenu de sa complexité. Il considère que les instruments de mesure sont encore très peu développés, bien que le contretransfert soit éclairant pour la compréhension du processus thérapeutique. Friedman et Gelso (2000) ont développé un instrument qui évalue la qualité positive ou négative des comportements contretransférentiels se manifestant par un surinvestissement ou un retrait de la relation thérapeutique, questionnaire intéressant et utile, mais insuffisant. Robbins et Jolkovski (1987) ont relié la gestion du contretransfert à sa conscientisation, alors que VanWagoner, Gelso et Hayes (1995) et Diemer (1991) en ont fait un inventaire en cinq qualités (Self *insight*, Self intégration, conceptualisation, empathie et gestion de l'anxiété). Quant à lui, Hayes (1995) l'a décomposé en cinq éléments (l'origine, le déclencheur, la manifestation, la gestion et l'effet). Tobin (2006) s'est intéressé à la contribution de l'expérience contretransférentielle aux interventions thérapeutiques et il a utilisé pour le qualifier, l'instrument constitué d'une liste d'émotions qu'ont développées Holmqvist et Armelius (1996). Marshall et Marshall (1988) ont proposé une matrice complexe du transfert-contretransfert et élaboré une typologie pour l'analyse des rapports entre les deux phénomènes, ce qui permet au thérapeute d'orientation psychanalytique d'avoir accès à un moment de thérapie et de mieux comprendre ce moment. Ils ont conçu leur modèle comme une boussole qui permet au thérapeute de naviguer dans les eaux brumeuses, lors de moments incertains de la thérapie, et ce, à partir de l'analyse des quatre variables suivantes: comportements du client et ses antécédents; événements actuels de la relation; réactions du thérapeute; effet de la réaction du thérapeute sur le client.

Pour leur part, Normandin et Bouchard (1993) ont cherché à comprendre le processus interactionnel et ils ont produit une grille d'analyse du contretransfert. Ils ont opérationnalisé le concept en



un ensemble de comportements, eux-mêmes regroupés en trois grandes catégories de contretransfert: objectif-rationnel, réactif et réflexif, divisés en sous-catégories. Le contretransfert rationnel-objectif est défini comme une activité mentale qui vise la compréhension du client à l'aide d'un cadre objectif, d'une observation, d'une hypothèse ou d'une théorie sur le sens de l'expérience du client. Le contretransfert réactif réfère à une activité mentale subjective et inconsciente du thérapeute, liée à son monde interne ou à celui du client, et qui présente des enjeux plus ou moins primitifs. Le contretransfert réflexif représente une activité mentale subjective et consciente du thérapeute qui considère son expérience affective pour comprendre le client et potentiellement élaborer une intervention psychothérapeutique (Parent, 2005).

Cet outil vise à identifier le profil contretransférentiel du thérapeute, mais il n'est pas conçu pour une analyse des processus en cours de thérapie. La grille a fait l'objet de quelques études, elle a été utilisée dans des études empiriques qui ont développé les connaissances sur le contretransfert. À l'aide de cette grille, Normandin et Bouchard (1998) mettent à jour différents types de contretransfert (rationnel-objectif, réactif, réflexif) selon les orientations théoriques des thérapeutes ou selon leur expérience professionnelle. Lecours, Bouchard et Normandin (1995) trouvent des différences entre les sexes quant à l'utilisation des différents types de contretransferts. Parent, Normandin et Dubé (2004) signalent un lien entre la psychothérapie personnelle du thérapeute et son activité mentale. Toujours à l'aide de cette grille, Baribeau (1999) met en évidence un lien d'influence de la supervision professionnelle sur l'activité mentale des étudiants en psychologie. Parent (2005) mesure les bénéfices de la formation à la pratique clinique sur l'activité mentale des thérapeutes. Elle trouve un lien entre la formation didactique et l'activité relationnelle objective et un autre lien entre la formation expérientielle et l'activité mentale réflexive. Cependant, il n'y a pas beaucoup de pistes pour équiper le thérapeute aux prises avec ses réactions contretransférentielles en séance de thérapie. En cela, les résultats ne sont pas prometteurs. Comme les autres outils présentés, celui-ci, bien qu'il soit particulièrement intéressant, n'arrive pas plus que les autres à éclairer le processus clinique. Gelso et Hayes (2007) ont déploré le fait que, même si l'on connaît les vertus potentielles du contretransfert, qu'on a produit des listes, des grilles et des modèles de gestion, la recherche n'offre encore rien de concret pour aider le thérapeute dans sa tâche complexe et constante tout au long de l'exercice de sa profession, soit identifier et traiter son expérience contretransférentielle.

## LE CONTRETRANSFERT ET LA PRATIQUE CLINIQUE

Tansey et Burke (1989) proposent une séquence du processus d'élaboration de l'expérience contretransférentielle en trois phases principales: réception, processus et communication qui se divisent en sous-catégories. Ce travail élaboré est complexe et permet de comprendre l'utilité clinique du concept. Ils offrent aux cliniciens des pistes de réflexion dans l'exercice de leurs fonctions. Dans la phase réception, le thérapeute se prédispose à l'écoute, il se libère de ses préoccupations et se rend disponible à l'interaction. Il accepte en quelque sorte d'être influencé par le client tout en restant attentif à sa propre expérience et à sa réaction émotionnelle. Pendant le processus, le thérapeute tolère et contient sa réaction, ses pensées et ses émotions tout en les observant et en y réfléchissant. Pendant la phase de communication, le thérapeute choisit les contributions relationnelles, verbales et non verbales qui lui semblent les plus pertinentes pour favoriser les prises de conscience du client. Ces phases de Tansey et Burke ne sont pas linéaires, mais participent à un processus qui se valide et se raffine à mesure qu'il se met en place.

Selon Jones (2000), le contretransfert est observable en séance de psychothérapie. Le client et le thérapeute interagissent de façon répétitive, et cette structure interactive peut se transformer lorsque la séquence caractéristique est reconnue, systématiquement explorée et comprise par le thérapeute et le client dans l'immédiateté de la relation. Ce qui se rapproche des concepts de reproduction et de reconnaissance de Delisle (1998).

Par ailleurs, une étude orientée sur l'utilisation clinique du contretransfert cherche à démontrer l'impact d'une démarche d'autoanalyse du thérapeute sur l'utilisation de sa réaction contretransférentielle (Schlesinger & Wolitzky, 2002). Les auteurs mentionnent l'unanimité des théoriciens quant à la nécessité d'être attentif aux nuances de son expérience contretransférentielle, d'évaluer ses réponses à la lumière de sa connaissance de soi et de les distinguer des contributions du client. Ils tiennent compte, comme Racker (1957), Tansey et Burke (1989), de l'expérience contretransférentielle qui s'avère la contribution la plus importante du thérapeute au processus thérapeutique.

Delisle (1998) sensibilise le thérapeute en formation à l'importance de comprendre et d'explorer sa réaction contretransférentielle, surtout si elle est répétitive, afin qu'elle devienne utile au processus thérapeutique. Il engage le thérapeute dans un processus affectif, réflexif et interactif à propos du phénomène contretransférentiel afin de l'amener à comprendre ce qui se passe dans l'ici et maintenant avec le client. C'est à partir de cet ici et maintenant que

la reconnaissance et la réparation de blessures d'antan peuvent s'effectuer dans la relation. La supervision, l'expérience et la thérapie personnelles sont les trois principales sources de ces processus, longs, lents et continus que sont le développement professionnel et l'apprentissage de l'utilisation du contretransfert (Orlinsky, Norcross, Ronnestad & Wiseman, 2005; Ronnestad & Skovholt, 2003).

Il n'y a pas de raccourcis, pas de moyens d'appréhender simplement le contretransfert sans y aller d'une simplification réductrice. Le thérapeute doit apprendre à vivre sans certitude. Il doit tolérer l'ambiguïté ainsi produite et rester présent à l'impact de ses interventions sur le client, c'est cela qui le guidera dans ses choix cliniques (Buirski & Haglund, 2001). Cette prise de conscience progressive fait que les thérapeutes expérimentés sont reconnus pour avoir une compréhension intuitive des ingrédients actifs du processus thérapeutique et du « comment et quand » il est utile de les appliquer (Ablon, 1998). Il n'en reste pas moins que cela demeure intuitif, ce qui est tout à fait pertinent et valable, mais difficile à saisir pour en faire l'apprentissage. Il serait intéressant de décrire la démarche du thérapeute qui prend conscience de sa réaction contretransférentielle et qui cherche à la comprendre pour rendre compte du caractère intuitif de la représentation qu'il se fait de la dynamique du client et de l'expérience en thérapie, en espérant que cela soit utile à d'autres cliniciens. Comme le travail du contretransfert demande du temps, une démarche exploratoire gagnerait à se faire avec des thérapeutes expérimentés, de façon à observer le processus là où il apparaît le plus manifestement. Nous pouvons supposer que le thérapeute d'expérience a intériorisé les processus de traitement de son expérience contretransférentielle et qu'il nous est possible de dégager, au moins en partie, des éléments de son processus interne en l'observant et en l'interrogeant.

Il serait intéressant de retrouver des indices de ce processus interne dans le discours des thérapeutes pendant une séance de thérapie. On voudrait, entre autres, repérer en les observant, des traces de ce que Bruisky et Haglund (2001) appellent « tolérer l'ambiguïté ».

## **LA NEURODYNAMIQUE DU CHAMP INTERSUBJECTIF**

Tous ces écrits et toutes ces recherches sur le contretransfert renseignent globalement le clinicien sur le phénomène, mais la dynamique et le processus par lequel passe le thérapeute pour appréhender et utiliser son expérience restent incomplètement décrits et élaborés. Il faut donc puiser ailleurs pour approfondir des éléments théoriques utiles à la compréhension du processus

contretransférentiel mis en place en thérapie. Certaines observations du système parent-enfant ayant fait l'objet d'études peuvent, en certaines circonstances, être transférables à la relation thérapeute-client et participer à l'amélioration de la compréhension de la dynamique de l'expérience contretransférentielle.

Les similitudes entre les deux systèmes nous permettent d'aborder les phénomènes comme la résonance, les microajustements mutuels et continus entre le parent et l'enfant et de les transposer à la situation thérapeutique comme étant la réponse et les gestes attendus d'une figure accueillante fiable (Buirsky & Haglund, 2001). En s'inspirant du premier, il devient possible de poser les balises pour appréhender le second, la deuxième chance *développementale*.

Le nourrisson utilise un système de communication qui procède en grande partie du non-verbal. Il n'a pas de mots, et pourtant, il se fait comprendre. Peut-être que la communication qu'il utilise fait vivre à la mère les émotions qu'il ne peut lui communiquer autrement? Ces émotions éveillent chez la mère les traces d'états affectifs de base, issus de son passé et de son présent expérientiel. Siegel (1999) parle de cette communication comme d'un transfert d'énergie et d'information par des réponses verbales et non verbales qui passent directement d'un esprit à l'autre en activant les circuits neuronaux qui modulent la réponse de celui qui reçoit. Ce processus de transmission primitif continue d'exister la vie durant. Quand il est activé, la qualité de l'attention aux signaux d'états affectifs est accrue et facilite l'*accordage* des états psychobiologiques (corps-esprit) des partenaires (Schore, 2003b). Ce processus existe aussi entre le thérapeute et le client. Il procède principalement de l'hémisphère droit du cerveau, — structure neurobiologique connectée aux perceptions sensorielles, aux émotions et aux images, aux rêveries, aux analogies et aux impressions — qui nous renseigne sur notre monde interne et sur le monde externe dans un processus contextuel. En effet, l'hémisphère droit médialise la communication non verbale et traite l'information et en particulier l'expression et la réception des émotions, dont la perception implicite des expressions faciales, prosodiques et corporelles (Schore, 2003 a et b).

Le thérapeute à l'écoute intentionnelle de l'hémisphère droit laisse le client produire sur lui une impression globale. Quand il est à l'écoute de l'hémisphère gauche, il dirige son attention sur les mots et conceptualise la dynamique du client. Pendant la séance, il oscille entre ces deux positions.

En plus des systèmes de communication traditionnels, le client a donc cette possibilité de transmettre directement des états affectifs à

partir de son expérience interne. Cette communication se fait par la reproduction — dans l'expérience actuelle d'un état affectif, lui-même porteur de traces mnésiques des relations précoces. La communication des affects a lieu à partir de la détection et du traitement complexe des plus petits changements dans le visage qu'observe l'interlocuteur. Cette détection se fait en moins de 100 millisecondes et elle provoque une réponse, également faite d'expressions faciales, immédiates et inconscientes (Schoore, 2003 a et b). Toute cette communication bidirectionnelle se situe en dehors du champ de conscience. Elle est non symbolisée, non verbalisée, mais transmise par des expériences affectives. Ce mode de communication se confond avec les concepts de transfert et de contretransfert (Schoore, 1994).

Selon Khan (2002), Gill — un précurseur de l'intersubjectivité — propose de décoder ce qui se passe dans la relation thérapeutique pour mettre à jour les difficultés acquises dans l'expérience précoce du client, ce qui l'amène à se souvenir et à revivre (dans la relation thérapeutique actuelle) cette même difficulté. Il peut alors la réparer de façon expérientielle, dans la relation thérapeutique, lieu optimal pour ce faire, selon lui.

Pour saisir l'enjeu de la communication, le thérapeute est attentif aux signaux non verbaux du client, mais également à tout ce qui émerge en lui. En effet, la relation thérapeutique n'est pas qu'un échange verbal, mais un processus transférentiel-contretransférentiel incorporé (Shaw, 2004). Ainsi, le thérapeute a-t-il accès aux états affectifs inconscients du client. Il peut aider le client à nommer ces états, ce qui l'apaise et favorise la régulation. Le thérapeute reçoit puis contient cet état, le régule et permet au client de développer ses propres structures de régulations (Schoore, 2003 a et b).

L'interface de l'expérience interactive dans laquelle on observe une série d'*accordages*, de *désaccordages* et de *réaccordages* permet de moduler l'état interne et aussi d'intégrer la capacité à s'organiser. L'autorégulation d'un des partenaires agit sur le processus interactif et permet la réorganisation de l'expérience. Elle est critique pour le développement de la capacité d'autorégulation de l'autre partenaire (Beebe & Lachmann, 1998). Le client n'a pas conscience de ses dysrégulations ni du fait qu'il les reproduit dans la relation thérapeutique. Le thérapeute perçoit dans sa propre expérience contretransférentielle les biais perceptuels du client et l'intrusion de sa mémoire implicite dans la relation actuelle. Comme l'expérience se coconstruit (Delisle, 1998), le thérapeute doit être au fait de ses propres états affectifs et mentaux et de sa contribution à ce processus thérapeutique. La capacité à tolérer et

à réguler ses affects est décisive dans la modulation de l'affect de l'autre (Schore, 2003a et b).

Damasio (1994) précise que le changement dans l'état du corps est perçu et représenté par ce qu'il appelle un « marqueur somatique » qui s'exprime par la modification du tonus des muscles du visage et des membres ou par une modification d'un état dans les organes principaux (estomac, cœur, poumons, intestins). La réception de la communication implicite du client est donc transférée et perçue par le thérapeute dans une modification de son expérience contretransférentielle à travers un marqueur somatique. Pour le thérapeute, il s'agit alors de focaliser alternativement son attention sur le contenu explicite, sur le contenu non verbal de la communication du client et sur ses propres émergences proprioceptives et intéroceptives (Knoblauch, 2005 ; Schore, 2005), et ce, afin de faciliter sa compréhension de ce qui se passe dans la relation thérapeutique.

Selon Delisle (2007), le premier temps de la thérapie serait d'accepter de porter l'intolérable et l'indicible que communique implicitement et inconsciemment le client, et de le faire avec le plus de conscience possible. Il s'agirait donc d'interpréter explicitement les marqueurs somatiques de la communication et d'utiliser son corps pour médiatiser le contretransfert. Ce processus demande de la disponibilité, de la réceptivité intentionnelle qui s'apparente à un état de rêverie, d'attention flottante, état qui permet au thérapeute de recevoir la communication et de la contenir. L'information perçue des stimuli visuels, auditifs, tactiles et olfactifs, de la prosodie et des expressions faciales et corporelles provenant du client est métabolisée en même temps que ses marqueurs somatiques. Le thérapeute associe les différents types d'information et en fait l'objet de sa réflexion. Il symbolise la synthèse et l'utilise dans sa réponse clinique (Delisle, 2007 ; Knoblauch, 2005 ; Schore, 2003b).

Ces réflexions fertiles éclairent le processus de traitement du contretransfert. À travers des mots, les neurosciences actuelles en objectivent l'expérience subjective. Toutefois, dans la réalité clinique, nous nous demandons si — en analysant le discours des thérapeutes — nous pouvons retrouver des signes de cette attention au non-verbal, de l'*accordage* mutuel du thérapeute et du client. Pourrait-on observer des signes des communications entre hémisphères droits pendant des séances de thérapie ? Peut-on voir un thérapeute attentif à ce qui émerge de lui, à ses réactions proprioceptives et intéroceptives, à l'émergence d'images et de représentations concernant son client ?

De tous ces concepts abordés dans la problématique, on peut retenir l'attitude particulière que le thérapeute est invité à adopter quant à sa subjectivité: il doit en effet être lui-même objet de sa propre analyse (Racker, 1968) pour éclairer le processus et les dynamiques relationnelles en jeu (Delisle, 1998; Tansey & Burke, 1989). On retient également la prédisposition à l'écoute de Tansey et Burke (1989) et l'intention d'accueillir avec l'hémisphère droit de Schore (2003 a et b). Nous pouvons également considérer ces notions: accepter l'influence du client, sentir et comprendre l'influence de l'autre (Delisle, 2007; Jones, 2000), être attentif aux nuances de son expérience (Schlesinger & Wolitzky, 2002) et à ses marqueurs somatiques (Damasio, 1994).

Nous voulons aussi retenir la tolérance à sa propre expérience et la nécessité de s'autoréguler (Schore, 2003 a et b), d'être attentif à son expérience affective, à ses rêveries et impressions émergentes, à la phénoménologie, à la prosodie et aux expressions faciales (Delisle, 1998; Schore, 2003 a et b) afin de réfléchir et d'interagir avec le client et de lui offrir une deuxième chance *développementale* (Delisle, 2007; Tansey & Burke, 1989).

## LA RELATION THÉRAPEUTIQUE ET LE CONTRETRANSFERT EN PGRO

La Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) est une approche intégrative qui trouve ses racines dans deux modèles d'intervention: la Gestalt-thérapie humaniste et l'école britannique des relations d'objet. Elle diffère des approches humanistes pures en ce qu'elle exige du thérapeute une attention soutenue à son expérience contretransférentielle et qu'elle fait du traitement de cette expérience l'un des ingrédients centraux de la relation et du travail thérapeutique. Elle diffère également des approches psychodynamiques, surtout de celles qui font peu de place à la relation réelle, colorée affectivement (Gelso & Carter, 1985). À ces deux niveaux de relation, elle ajoute la relation herméneutique. Celle-ci est vouée à la cocréation de sens dans laquelle on communique aux clients les stratégies conscientes de réflexivité et de *mentalisation*.

Delisle (1998, 2001) voit la relation thérapeutique immédiate comme un lieu privilégié d'espace de transformation thérapeutique. Le lien thérapeute-client, tissé dans l'expérience du transfert et du contretransfert, détermine l'issue de l'itinéraire thérapeutique. Apparente dans la relation transférentielle, la reproduction mésadaptée est soumise à un travail herméneutique de reconnaissance qui permet d'en prendre conscience. Comprendre ce qui est en cause dans la reproduction demeure une condition essentielle à la réparation. En effet, on peut dès lors restaurer la capacité de

contact, avoir une meilleure prise sur le réel et sur l'expérience émergente et développer une nouvelle façon d'être en relation. Une attention conjointe et interactive à la relation thérapeutique met à contribution les efforts des deux partenaires dans le but de réparer la souffrance d'aujourd'hui, liée à celle de jadis. La démarche du thérapeute prend donc racine dans l'expérience contretransférentielle. Delisle décrit l'approche comme une parole et une écoute à deux. La contribution du thérapeute, à partir de son expérience contretransférentielle, ne s'achève pas d'une façon autonome puisqu'elle est soumise au dialogue herméneutique. Il ne s'agit donc pas d'offrir une interprétation en fin de processus de traitement de l'expérience contretransférentielle, comme c'est souvent le cas en analyse (Séguin & Bouchard, 1996). Au contraire, il faut mettre le client à contribution dans le dialogue herméneutique en lui offrant une hypothèse de sens ouverte, inachevée, empreinte d'indétermination. On peut se demander si cette caractéristique est percevable dans le discours des thérapeutes en séance. Chaque thérapeute doit être continuellement en contact avec la possibilité de se tromper, il doit départager ce qui vient de leur monde interne et ce qui vient de la relation avec le client.

### **PROPOSITION D'UNE GRILLE DE RÉFLEXION SUR LE CONTRETRANSFERT**

L'ensemble de ces considérations sur le contretransfert a incité la première auteure de cet article (Ouellet, 2010) — en collaboration avec le deuxième auteur — à mener une étude consistant à décrire le processus d'analyse réflexive du contretransfert et l'utilisation que prévoit en faire le thérapeute dans ses interventions. D'une part, l'étude visait à mieux comprendre cette dimension (associée au thérapeute) déterminante dans le processus thérapeutique. D'autre part, elle cherchait à dégager la dynamique sous-tendant le traitement de l'expérience contretransférentielle, les manifestations observables dans le discours ainsi que les préoccupations à venir chez des thérapeutes pratiquant à l'intérieur du modèle de la PGRO. Dans le discours des thérapeutes, nous souhaitions repérer des éléments qui concernent le traitement de leur expérience contretransférentielle.

Pour réaliser cette recherche, nous avons dégagé les concepts-clés qu'ont élaborés certains auteurs :

- a) L'attitude spécifique que le thérapeute doit avoir quant à sa subjectivité, c'est-à-dire être l'objet de sa propre analyse (Racker, 1968) pour éclairer le processus et les dynamiques relationnelles en jeu (Delisle, 1998; Tansy & Burke, 1989) ;



- b) La prédisposition à l'écoute de Tansey et Burke (1989) et l'intention d'accueillir avec l'hémisphère droit de Schore (2003 a et b) ;
- c) L'acceptation de la pression qu'exerce le client sur le thérapeute et sur la relation, la capacité de sentir et de comprendre l'influence de l'autre (Delisle, 2007; Jones, 2000) ;
- d) La nécessité d'être attentif aux nuances de son expérience (Schlesinger et Wolitzky, 2002) et à ses marqueurs somatiques (Damasio, 1994).
- e) La tolérance à sa propre expérience et la nécessité de s'auto-réguler (Schore, 2003 a et b), d'être attentif à son expérience affective, à ses rêveries et impressions émergentes, à la phénoménologie, à la prosodie et aux expressions faciales (Delisle, 1998; Schore, 2003 a et b) afin de réfléchir, d'interagir avec le client et de lui offrir une deuxième chance *développementale* (Delisle, 2007; Tansey & Burke, 1989).

À partir de ces éléments significatifs de l'expérience contretransférentielle, des thèmes centraux ont été retenus et proposés en tant que catégories pouvant classer les réactions et dispositions contretransférentielles des thérapeutes. Ces catégories ultérieurement mises en lien avec l'observation de l'expérience contretransférentielle de thérapeutes expérimentés pourraient aider d'autres thérapeutes à réfléchir à l'apport particulier de leur contretransfert pour ajouter à la compréhension dynamique de leurs clients.

Tableau 1 : Catégories de dispositions contretransférentielles

Catégories	Descriptif
1	Intention d'accueillir le client avec l'hémisphère droit, consentement à l'expérience intuitive, disponibilité à la mémoire implicite, attention flottante, intentionnalité.
2	Accueil attentif aux communications non verbales de l'autre, aux stimuli visuels et auditifs, à la prosodie, aux gestes, aux expressions faciales et aux rythmes de la parole.
3	Accueil attentif à son propre continuum d' <i>awareness</i> , particulièrement à ses états psychobiologiques viscéraux-affectifs, kinesthésiques, identification des marqueurs somatiques, expérience corporelle, informations sur son système nerveux autonome (sympathique et parasympathique).
4	Rêveries, imageries, analogies, impressions.
5	Tolérance de l'expérience et autorégulation affective.
6	Processus cognitivo-réflexif, reconnaissance potentielle, prise de sens hypothétique, liens avec des expériences antérieures, connaissances théoriques, questionnements, synthèse bihémisphérique.
7	Contribution éventuelle au dialogue herméneutique, formes sémantiques et signes d'ajustements éventuels en fonction de la réponse du client.
8	Retour à une position d'accueil intentionnelle.

La méthodologie de cette recherche, les résultats ainsi que leur analyse exhaustive feront l'objet de publications subséquentes<sup>2</sup>, mais il est important de spécifier que l'ensemble du discours des thérapeutes observés a pu faire l'objet de cotation à l'intérieur d'une de ces catégories. Il semble donc que l'expérience contretransférentielle de thérapeutes pratiquant dans le modèle de la PGRO correspond effectivement aux éléments que nous avons retenus de diverses théories relatives au contretransfert en psychothérapie.

<sup>2</sup> Drouin & Ouellet, à paraître.

Voici quelques exemples d'interventions qu'on pourrait retrouver dans les différentes catégories :

- 1- « Comment ça va en ce moment? », « -Hum, hum. »
- 2- « Je vois vraiment quelque chose de différent dans tes yeux. », « -Tu souris quand tu dis ça. »
- 3- « Je suis vraiment ému! », « Je me sens touché(e). », « Je me sens proche de toi. »
- 4- « Il me vient des images. », « Je vois comme un petit gars qui n'a pas eu beaucoup de réponses. », « Ça me rappelle un livre que je viens de lire. »
- 5- « Je dirais, vous en faites déjà beaucoup. », « Ah oui, oui, oui. », « Je m'entends dire : oups! Pas trop vite. »
- 6- « Ça fait quelques fois que tu reviens sur cette émotion. », « J'ai le goût de valider ça. », « Je suis étonné(e) de voir comment tu te montres peu, en même temps que tu parles de quelque chose de très touchant. »
- 7- « C'est comment pour toi de me dire cela? », « Qu'est-ce qui arrive pour toi quand tu as trop d'émotions? », « Qu'est-ce qu'il y a dans notre relation qui te permet de risquer ça? », « On dirait que c'est difficile d'ouvrir? », « Pour une fois que tu pouvais vivre ça avec quelqu'un. »

De plus, nous souhaitons souligner que les sujets de notre recherche ont tous exprimé l'intérêt qu'ils ont eu à se prêter à cette expérience, et comment il leur est apparu utile et intéressant de réfléchir tout haut à leur expérience contretransférentielle. La méthodologie de la recherche pourrait s'adapter favorablement à un contexte de formation et permettre aux thérapeutes de conscientiser leurs processus internes, de comprendre l'importance de ne pas se soustraire à leurs expériences, parce que cet « ordinaire » peut devenir révélateur au point de vue clinique. Une recherche ultérieure pourrait mesurer l'impact d'un tel exercice.

Au cours de la recherche, nous avons trouvé une autre façon de rendre les catégories utilisables par les cliniciens: il suffisait de construire une grille de réflexion sur sa propre expérience contretransférentielle à partir des catégories utilisées dans la présente étude et de la rendre disponible. La grille proposée a été créée à partir des catégories d'expériences contretransférentielles observées chez les thérapeutes expérimentés. Cela pourrait être d'autant plus utile sachant que, selon Tansey et Burke (1989), le contretransfert s'analyse plus facilement entre les séances, quand la pression interactionnelle est levée. Voici cette grille qui pourrait être l'objet d'une recherche ultérieure pour en valider l'utilité :

### Grille de réflexion sur le contretransfert

1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quelle est ma qualité de présence ? Comment est-ce que je me mets à l'écoute ?</li><li>• Quelle est ma prédisposition ?</li></ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Qu'est-ce que je vois ? Qu'est-ce que j'entends ?</li><li>• Quelle est mon impression de son expérience corporelle ?</li><li>• À qui ressemble-t-il ?</li></ul>	Est-ce utile de lui dire ?
3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comment est-ce que je me sens ? Qu'est-ce que je ressens ?</li><li>• A qui est-ce que je ressemble avec lui ?</li></ul>	Comment cela pourrait être reçu ?
4	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quelle image me vient ? Quel rêve ce client suscite-t-il ?</li><li>• Quelle représentation ai-je de lui ?</li></ul>	
5	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comment est-ce que j'assure la régulation de mon processus, avec lui ? Optimalement ?</li><li>• Ai-je tendance à défléchir, à me défendre, à me retirer ?</li></ul>	Est-ce que ça préserve le lien ?
6	<ul style="list-style-type: none"><li>• Je pense à quoi ? Qu'est-ce que je sais de cela ?</li><li>• Quel concept ? Auteur ? Diagnostic ?</li></ul>	
7	<ul style="list-style-type: none"><li>• Y a-t-il des affinités thématiques interchamps ?</li><li>• Y a-t-il des reproductions ? Comment le client me voit-il ?</li><li>• Que passe-t-il entre nous ? Qui devient-on ?</li></ul>	Quelle est sa réaction ?

Cette grille d'analyse nous semble un outil efficace qui rejoint les préoccupations de plusieurs auteurs quant à la gestion et la régulation de l'expérience contretransférentielle.

Le contretransfert est non seulement un outil de compréhension du client, mais un outil de développement du thérapeute. Il semble juste que le thérapeute est son instrument premier instrument. (Delisle, 2005) et cela se module par le contretransfert. En

fait, nous avons saisi que c'est non seulement un lieu très vivant de la réflexion sur la pratique, mais qu'il s'agit aussi d'un lieu d'intégration de toutes les connaissances acquises au cours des formations de psychothérapeutes.

Buirski et Haglund (2001) nous disent qu'il n'y a pas de raccourcis ni de façons d'appréhender le contretransfert sans se prêter, pendant de longues années, à une pratique attentive. Nous avons vu que chez des thérapeutes expérimentés cette manière d'être et de fonctionner est une habitude. Elle semble cultivée et entretenue. Aussi pourrions-nous penser qu'il y a moyen de l'appréhender.

Siegel (2007) parle plus particulièrement d'une approche qui s'apprend et qui permet de cultiver une écoute attentive à ce qui émerge de soi dans le moment présent: la pleine conscience (*mindfulness*). Cette approche semble prometteuse pour qui veut approfondir la conscience de son expérience contretransférentielle.

Tansey et Burke (1989) parlent de l'exigence requise pour le thérapeute de se séparer de sa propre expérience immédiate pour observer et s'interroger sur les sources qui sous-tendent sa réaction contretransférentielle. Tous deux articulent l'idée d'établir une distance psychologique suffisante et de suspendre son jugement temporairement pour tolérer l'expérience que le client induit probablement. Cela fait également référence au concept de pleine conscience et à l'acceptation de soi qu'évoque Delisle (2001) quand il exprime son souhait que le thérapeute n'ait jamais à avoir honte de quoi que ce soit qu'il éprouve ou qu'il pense en situation thérapeutique.

Après quelques échanges à propos de la grille et quelques expériences, nous avons remarqué que la catégorie 1 — que nous pouvons appeler prédisposition — est vraiment première, alors que les catégories 2, 3 et 4 réfèrent à l'hémisphère droit du cerveau. La catégorie 6 appartient davantage à l'hémisphère gauche, alors que la 7 s'apparente à l'interactif. Bien que les flèches de la grille n'indiquent pas une activité linéaire — une manière de faire de haut en bas — elles permettent tout de même d'indiquer un processus allant de l'hémisphère droit à l'hémisphère gauche pour s'achever dans l'interactif. Lorsque le thérapeute utilise la grille de façon régulière, il lui devient possible d'inférer son style de contretransfert, c'est-à-dire qu'il peut se rendre compte des catégories de contretransfert qui décrivent habituellement son expérience. Il peut aussi se rendre compte des catégories qui y sont peu représentées. D'où la possibilité d'enrichir et d'élargir son expérience contretransférentielle en y réfléchissant à l'aide de la grille.

Nous souhaitons ardemment qu'elle aide des thérapeutes de tous niveaux d'expérience à poser un regard réflexif continu sur leur expérience contretransférentielle.

### Références

- Ablon, J. S. (1998). Empirical validation of treatment models: an examination of psychotherapy process and outcome. *University of California, Berkeley, Doctoral Dissertation.*
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.
- Anadon, M. (2006). La recherche dite *qualitative*: de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives, 26*(1), 5-31.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the Alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 75*(6), 842-852.
- Bordeleau, V., & Drouin, M.-S. (2006). De l'expérience contretransférentielle à la construction du sens, le travail psychothérapeutique avec les pathologies de l'estime de soi. *Revue québécoise de Gestalt, 9*, 91-119.
- Bouchard, M.-A., Normandin, L., & Frôté, P. (1994). De l'écoute à l'interprétation: une approche des phénomènes de contretransfert. *Revue québécoise de psychologie, 15*, 155-192.
- Buirsky, P., & Haghund, P. (2001). *Making sense Together*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Buirski, P. (2005). *Practicing intersubjectively*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that works*. New York: Oxford University Press.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcisl, J., Beck, A., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A., Woody, G., Thompson, L., Gallagher, D., & Sitrin, C. (1991). Meta-Analysis of therapist Effects in Psychotherapy Outcome Studies. *Psychotherapy Research, 1*(2), 81-91.
- Crits-Christoph, P., Cooper, A., & Luborsky, L. (1988). The Accuracy of therapists' Interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56* (4), 490-495.
- Damasio, A. (1994). *L'erreur de Descartes*. Paris: Odile Jacob.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2001). Le dialogue herméneutique en psychothérapie, conférence. *Actes des Journées d'études 2001, Champ G*, Institut de Gestalt du nord, France.
- Delisle, G. (2005). Préface de: *Le concept d'amour en psychothérapie* de Dunn, S.

- Delisle, G. (2007). Une neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique. *Revue québécoise de Gestalt, 10*, 111-137.
- Drouin, M.-S. (2005). Les compétences et les écueils du thérapeute. *Revue québécoise de Gestalt, 8*, 55-68.
- Drouin, M.-S. (2002). *Étude du jugement clinique du thérapeute*. Thèse de Doctorat, Université de Montréal, Québec, Canada.
- Duchesne, C., Savoie-Zajc, L., & St-Germain, M. (2005). La raison d'être de l'engagement professionnel chez des enseignantes du primaire: une perspective existentielle. *Revue des sciences de l'éducation, 31*(3), 497-518.
- Dunn, S. (2005). *Le concept d'amour en psychothérapie*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Fauth, J. (2006). Toward more and better countertransference research. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training, 43*, 16-31.
- Fleischer J. A. & Wissler, A. (1985). The therapist as patient: special problems and considerations. *Psychotherapy, 22* (3), 587-594.
- Freud, S. (1910). The future Prospects of Psychoanalytic Therapy. Dans *Essential Papers on Countertransference, Benjamin Wolstein Ed.* New York: University Press 1988.
- Friedman, S. M., & Gelso, C. J. (2000). The development of the inventory of countertransference behaviour. *Journal of Clinical Psychology, 56*(9), 1221-1235.
- Frote, P., & Bouchard, M.-A. (1993). Le contretransfert: d'obstacle à instrument. *Psychotherapies, 13*(3), 145-160.
- Gardner, M. R. (1985). *Enquête sur soi*. Paris: Aubier.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (2000). *Management of countertransference with borderline patient*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Geller, J. D., Norcross, J. C., & Orlinsky, D. E. (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy, components, consequences and theoretical antecedents. *Counseling psychologist, vol 13*(2), 155-243.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counselling Psychology, 41*, 296-306.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford.
- Gill, M. M., & Hoffman, I. Z. (1982). *Analysis of transference, vol. 2*. New York: International Universities Press.
- Gilliéron, E. (2004) *Le premier entretien en psychothérapie*. Paris: Dunod.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Piscataway, NJ: Aldine Transaction.

- Goodman, P., Hefferline, R. F., & Perls, F. S. (1994). *Gestalt therapy*. Gouldsboro, ME: Gestalt Journal Press.
- Hamann, A. (1996). *Au-delà des psychothérapies*. Montréal: Stanké.
- Hayes, J. A. (1995). Countertransference in group psychotherapy: Walking a sleeping dog. *International journal of group psychotherapy*, 45, 521-535.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- Heimann, P. (1960). Counter-transference, Part II. *British Journal of Medical Psychology*, 33, 9-15.
- Holmqvist, R., & Armelius, B. A. (1996). Sources of therapists' counter-transference feelings. *Psychotherapy Research*, 6, 70-78.
- Jacobs, T. J. (2002). Secondary Revision: on rethinking the analytic process and analytic technique. *Psychoanalytic Inquiry*, 22 (1), 3-28.
- Jones, E. (2000). *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness based intervention in context: past present and future. *Clinical psychology. Science and Practice*, vol. 10(2), 144-156.
- Kahn, M. (2002). *Between therapist and client: the new relationship*. New York: Holt.
- Kernberg, O. F. (1984). *Les troubles graves de la personnalité*. Paris: PUF
- Kernberg, O. T. (1965). Notes on Countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56.
- Knoblauch, S. H. (2005). Body rhythms and the unconscious toward an expanding of clinical attention. *Psychoanalytic Dialogues*, 15(6), 807-827.
- Lecours, S., Bouchard, M.-A., & Normandin, L. (1995). Countertransference as the therapist's mental activity: Experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology*, 12, 259-279.
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method*. New York: Basic Books.
- Marshall, R. J., & Marshall, S. V. (1988). *The transference countertransference Matrix: The Emotional Cognitive Dialogue in Psychotherapy, Psychoanalysis and supervision*. New York: Columbia University Press.
- Norcross J. C. (2002). *Psychotherapy Relationship That Works*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy: educating and developing psychologists. *American Psychologist*, 60, 840-850.
- Norcross, J. C., Geller, J. D., & Kurzawa, E. K. (2000). Conducting psychotherapy with psychotherapists: Prevalence, patients, and problems. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(3), 199-205.
- Normandin, L. & Bouchard, M.-A. (1993). The effect of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflective counter-transference. *Psychotherapy Research*, 3, 77-94.



- Orange, D. M. (1995). *Emotional Understanding*. New York: Guilford.
- Orlinsky, D. E., Norcross, J. C., Ronnestad, M. H., & Wiseman, H. (2005). Outcomes and impacts of the psychotherapists own psychotherapy: a research review. Dans J. D., Geller, J. C., Norcross, & D. E., Orlinsky (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E., & Ronnestad, M. H. (2005). *How psychotherapist develop*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Parent, K. (2005). *Bénéfices respectifs de deux modèles de formation à la pratique clinique et influence de variables de personnalité et de variables liées à l'ajustement émotionnel sur l'activité mentale de futurs psychothérapeutes*, Thèse de Doctorat, Université Laval.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.
- Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference*. London: Maresfield Library.
- Robbins, S., & Jolkovski, M. P. (1987). Managing countertransference feelings: an interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counselling Psychology*, 34, 276-282.
- Ronnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44.
- Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Therapist as subject: a review of the empirical countertransference literature. *Journal of Counselling and Development*, 80, 264-270.
- Schlesinger, G., & Wolitzky, D. L. (2002). The effects of a self-analytic exercise on clinical judgment. *Psychoanalytic psychology*, 19, 651-685.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A. N. (2003a). *Affect dysregulation and disorders of the Self*. New York: Norton.
- Schore, A. N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the Self*. New York: Norton.
- Schore, A. N. (2005). A neuropsychoanalytic viewpoint: commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues*, 15, 829-855.
- Searles, H. (1979). *Le contretransfert*. Paris: Folio.
- Séguin, M.-H., & Bouchard, M.-A. (1996). Adaptive regression and countertransference mental activity. *Psychoanalytic psychology*, 13, 457-474.
- Shaw, R. (2004). The embodied psychotherapist: an exploration of the therapist' somatic phenomena within the therapeutic encounter. *Psychotherapy Research*, 14, 271-288.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind*. New York: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain*. New York: Norton.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation*. New York: Basic Books.

- Tansey, M. J., & Burke W. F. (1989). *Understanding counter-transference: from projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Tobin, M. J. (2006). Countertransference and therapeutic interaction: an exploratory study *Thèse de Doctorat, Adelphi University, The Institute of Advanced Psychological Studies*.
- VanWagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 28(3), 411-421.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, method and finding*. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2006). The psychotherapist. Dans J. C. Norcross, E. Beutler, & R. F. Levant, *Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions*, (pp. 200-208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- Wheeler, G. (1991). *Gestalt Reconsidered*, New York: Gardner Press.
- Yeomans, F. E., Clarking, J. F. & Kernberg, O. F. (2002). *A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

### Abstract

After reviewing the evolution of the concept of countertransference, the authors present the neurodynamic of the intersubjective field and the centrality of countertransference in ORGT. They propose a rating system of the countertransferential experience based on the clinical work of expert therapists. This rating system should be helpful for therapists of several level of experience.

# Le miroir brisé<sup>1</sup>

Anne KEARNS

Traduction<sup>2</sup> de l'anglais par Gilles DELISLE et Line GIRARD

*Out flew the web and floated wide  
The mirror crack'd from side to side  
A curse has come upon me,  
Cried the Lady of Shallot.*  
Tennyson

## Résumé

Ce texte a été publié en allemand dans la revue *GESTALT-THERAPIE Forum für Gestaltperspektiven*, en 2009. Il est le résultat d'une thèse doctorale portant sur l'analyse gestaltiste et psychodynamique de plaintes faites par des clients envers leur thérapeute. L'auteure attire notre attention sur la création de sens de ces phénomènes et sur le vécu respectif des clients et des thérapeutes vivant ces situations difficiles. D'une analyse phénoménologique à une analyse transférentielle et contretransférentielle, jusqu'à des suggestions d'interventions, Madame Kearn ouvre sur cette situation douloureuse qu'elle a explorée davantage par la suite, dans son livre *The Mirror Crack'd: When Good Enough Therapy Goes Wrong and Other Cautionary Tales for the Humanistic Practitioner*, publié en 2011 chez Karnac, Londres.

Je suis venue à la Gestalt-thérapie à la suite de mes premières formations en psychanalyse et en analyse transactionnelle. Mes racines théoriques sont d'abord en lien avec les relations d'objet et ensuite nourries par la théorie du champ (Lewin, 1952). Je crois que la relation thérapeutique fait partie d'un réseau complexe et interconnecté de relations issues du passé et du présent. Il n'y a pas de causes et pas d'effets. Moi et mon environnement, ainsi que « l'action » et la « réaction » sommes vus comme faisant partie d'un système unique ou global. D'une certaine façon, je crois que chacun de nous crée et reflète l'autre. Je crois aussi que notre expérience passée et l'impact de notre histoire relationnelle peuvent bloquer ce qui n'est pas dans notre conscience présente, donnant ainsi une forme à nos relations actuelles.

<sup>1</sup> Publié en traduction allemande dans *Gestalt Therapie Forum für Gestaltperspektiven*.

<sup>2</sup> Traduit et publié avec la permission de l'auteure et du *Gestalt Therapie*.

En 2007, j'ai publié une partie de ma recherche doctorale. Elle avait pour but d'aider le gestaltiste et les autres praticiens de l'orientation existentielle-humaniste à travailler de manière plus sécuritaire avec le type de clients susceptibles de quitter la thérapie dans un état d'insatisfaction, en s'y sentant attaqués de l'extérieur. J'ai intitulé ce livre *The Mirror Crack'd* pour plusieurs raisons, dont le fait qu'Agatha Christie a utilisé ce titre — emprunté à *The Lady of Shalott* de Tennyson — pour l'un de ses romans dans lequel une personne invitée à prendre le thé s'effondre et meurt soudainement. On apprend par la suite qu'elle a été empoisonnée par erreur. En effet, c'est une étoile de cinéma — aussi présente au thé — qui devait être la victime. J'y ai mis en parallèle la relation thérapeutique avec un client incapable d'utiliser la thérapie comme miroir de ses processus interpersonnels, et qui l'utilise inconsciemment pour prendre sa revanche sur une figure de son passé. Le miroir « craque » quand le client attaque le thérapeute, d'abord dans son monde interne, puis au sein de la relation thérapeutique.

Des collègues interviewés — et qui avaient été l'objet de plaintes professionnelles concernant des incidents normaux et ordinaires en psychothérapie — m'ont dit qu'ils s'étaient sentis comme si leur vie pouvait être empoisonnée ou détruite. Ils reconnaissaient qu'ils n'étaient pas la « victime visée », mais plutôt qu'ils devaient tenir le rôle d'une personne importante du passé lointain du client, souvent la mère, abusive ou qui n'avait pu empêcher quelqu'un de les abuser.

Je suis en accord avec Lee (2004) qui croit qu'une personne a besoin d'être vue et comprise dans le contexte de sa perspective et de ses aspirations relationnelles. Il croit aussi que le champ global doit soutenir toute relation — qu'elle soit clinique ou personnelle (Lewin, 1952) — afin de se développer. Il définit la « santé » comme la capacité de vivre de nouvelles expériences et l'habileté à les utiliser pour tester et modifier le fond — ce que j'appelle le champ relationnel historique.

On peut comprendre les dysfonctions comme étant des pertes ou des carences dans la capacité à interagir avec les autres et l'environnement, et ce, à l'intérieur d'un certain champ. Je m'intéresse au travail clinique avec les clients qui ont vécu l'expérience d'une impossible connexion, maintenant figée. L'expérience m'a appris que ceux dont la trahison, l'intrusion, le *mésaccordage* perpétuel ou la punition marquent les champs relationnels historiques, cherchent à les revivre avec le thérapeute. Aussi doit-il les intérioriser et les métaboliser afin qu'elles puissent être remises en scène dans la

relation thérapeutique. Pour y arriver, le thérapeute doit tolérer un haut degré d'incertitude et des affects intenses. De plus, il aura besoin de supervision et du soutien de son champ professionnel.

Un client dont le champ relationnel historique ne contient pas de soutien est susceptible de revivre, au présent, un champ relationnel semblable à celui de son passé. Il peut aussi utiliser l'environnement de façon non *soutenante* et avoir des comportements activement ou passivement autodestructeurs. Certains d'entre eux ne peuvent contrôler leurs incertitudes et leur anxiété, même si leur thérapeute travaille de manière à produire aussi peu d'affects intolérables que possible. À travers un processus impliquant à la fois la projection et la dissociation, le thérapeute est vécu de la même façon que l'opresseur du passé et il induit une rage à travers laquelle le client ne peut voir que de la trahison et du rejet.

Nous pouvons comprendre que le système relationnel inconscient du client est empreint d'un sentiment de rage et de vengeance exprimé dans un transfert malin et dans une dynamique destructive qu'il met en place de façon inconsciente. La fonction de cette opération est de saboter le traitement, et ce, dès le départ. Ainsi, le client semble à l'affût de tous les prétextes qui rendraient la thérapie et le thérapeute mauvais, ce qui le motiverait à partir. Le thérapeute devient alors aussi bien la cible des attaques que l'excuse pour l'échec. Souvent, les choses vont mal dès le début, mais cette dynamique peut apparaître à n'importe quel moment de la thérapie (Mills, 2005, p. 150).

Certains collègues gestaltistes ont de grandes difficultés à accepter l'idée qu'un client vienne en thérapie avec un désir inconscient que « ça ne marche pas » ou pire, avec un sentiment d'agir sa vengeance sur le thérapeute. Nous connaissons tous des personnes qui semblent réussir à saccager leurs relations intimes ou qui passent d'un travail à l'autre en se plaignant inlassablement de difficultés diverses avec des patrons ou des collègues. Ces dynamiques ne sont pas différentes de ce qui arrive quand celles qui présentent certaines histoires *développementales* entreprennent une thérapie.

### Un processus du Self fragile

Si le Self est un processus ou un verbe, plutôt qu'un nom, ce processus doit être essentiellement fragile. Si nous ne considérons pas le Self comme un espace privé, observable et délimité — bien que certains de ses aspects soient stables et prévisibles — il devient un processus de relation aux autres et à l'environnement. À ce titre, il peut être imprévisible et dépendre largement de la capacité de la

personne à composer avec l'inattendu. Celle qui a une histoire raisonnablement positive et constante dans son rapport à l'Autre — même quand cet Autre ne se comporte pas de la même façon avec elle — sera mieux préparée à composer avec l'inattendu que celle qui a été traumatisée au fil d'une histoire faite d'inconstance des relations internes et externes. Il s'ensuit que plus l'histoire relationnelle est inconstante — ou, comme le dit Delisle (2004), plus la somme des facteurs de risques l'emporte sur la somme des facteurs de résilience — plus le Self est fragile.

Ce que j'entends par *fragilité du processus du Self*, c'est que dans des relations importantes ou dans des conditions stressantes, nous pouvons tous avoir une certaine tendance à revenir à des façons d'être plus infantiles et à utiliser des défenses primitives comme le clivage, l'idéalisation, la dévaluation et l'identification projective, et ce, dans des efforts désespérés pour être entendus. Toutefois, ces défenses empêchent bien plus qu'elles ne soutiennent un fonctionnement fluide. Il nous arrive alors d'agir impulsivement plutôt que d'observer notre expérience en la différenciant de celle du passé et d'agir dans notre meilleur intérêt. C'est aussi vrai pour le thérapeute sous stress ou placé dans des conditions traumatisantes que ce l'est pour le client.

La raison pour laquelle nous parlons de transfert et de mécanismes primaires de projection, d'introjection et de confluence (Frew, 1990) est que le degré de fragilité du client est relié à la capacité à voir le thérapeute comme un être raisonnable qui a l'expérience d'aider les gens et qui désire le faire. Les clients dont le Self est plus fragile tendent à avoir des difficultés à être en relation avec le thérapeute en tant que personne distincte.

D'une manière ou d'une autre, ces clients parlent des autres ou focalisent leur attention sur toute autre chose qu'eux-mêmes. Ils peuvent aussi faire rapidement du thérapeute — qu'ils ne connaissent que depuis quelques minutes — le centre de leur monde externe et de leur drame intérieur. Quand j'étais débutante, je me souviens d'un nouveau client qui est entré dans la salle de thérapie. Il s'est assis, m'a regardée droit dans les yeux et m'a dit: «Je sais que vous pourriez faire bien d'autres choses par cette belle journée que d'être assise ici, avec moi, mais je vous paie. Alors, vous ne pouvez que m'écouter et vous taire. J'ai eu envie de tourner la tête et de regarder derrière mon épaule afin de voir à qui il parlait vraiment, quand je me suis souvenue que nous étions seuls. J'ignorais ce que je sais maintenant et qui aurait pu me soutenir assez longtemps pour que je laisse mon corps et mes émotions m'aider à savoir comment répondre.

Sans modèles diagnostiques, le thérapeute peut avoir l'impression de se noyer dans ce que Freud appelle le *Siedehitze* ou l'eau bouillante du transfert (Racker, 1968, p. 30). La théorie — ou l'expérience collective de ceux qui m'ont précédée — m'aide à me maintenir à flot et à accueillir mes réactions contretransférentielles, y inclus celles qui sont potentiellement *désorganisantes*.

J'ai publié précédemment une typologie des processus fragiles du Self, en lien avec un continuum de styles de personnalités (Kearns, 2005). J'ai compris que ces clients — qui se situent entre le narcissisme et les états limites — ont vécu autant des expériences de parentage inconstant, abusif et chaotique, que des expériences douloureuses de trahison abrupte et de rejet, plus tard dans la vie (la perte du père au profit de la mère dans la crise d'Œdipe, la perte de leur statut devant un nouveau-né, l'intimidation par la fratrie et généralement l'agression sexuelle par un membre de la famille, un ami ou un professionnel en qui ils avaient confiance). Ces clients sont singulièrement difficiles à traiter parce que, en raison de cette histoire personnelle de maltraitance et de trahison, ils sont susceptibles de voir, à travers le prisme déformant du transfert, le thérapeute comme abusif et traître. Assez souvent, cela se produit après la création d'un attachement positif et idéalisé au thérapeute. Les thérapeutes qui travaillent avec ce type de personnes sont portés à avoir des réactions contretransférentielles allant des doutes torturants à l'envie et à la rage.

Je tiens à souligner que ces clients ont véritablement des histoires de vie troublantes et remplies de mauvais traitements, et qu'ils ne viennent pas en thérapie porteurs de l'intention consciente d'attaquer le thérapeute. Cependant, les conditions relationnelles de la thérapie sont, en elles-mêmes, propres à réactiver des états relationnels précoces qui les amènent à remettre en place le trauma d'origine en se plaignant du thérapeute.

### Une revue de littérature

Kohut (1977) a bien décrit la «rage narcissique» inconsciente qui semble jouer un rôle de survie central dans le Self blessé. Firman et Gila (1997) ont écrit: «À petite échelle, on peut reconnaître la rage du conducteur automobile qui devient furieux, irrationnel et dangereux, en réaction aux erreurs mineures d'un autre conducteur (rage au volant) ou la rage impuissante de ne pas arriver à retrouver un objet perdu» (p. 174). Ils présentent ensuite le *Complexe de Ahab* que j'associe au client qui, devant un *mésaccordage* ou un manquement du thérapeute, sera précipité dans un transfert malin et tentera, généralement de manière inconsciente et dans un sentiment de supériorité morale, de «détruire» ledit thérapeute.

Bollas (1987) a évoqué l'idée d'un « amour-haine » pour décrire comment la rage peut être utilisée pour maintenir une connexion intime, tout en semblant vouloir la détruire.

Aux États-Unis, dans les années 1990, Harris (1995) a identifié une tendance selon laquelle de plus en plus de plaintes proviennent de clients qui se sont déjà plaints, car ils étaient insatisfaits des résultats de traitements antérieurs. Ces clients croyaient, à nouveau, que leur thérapeute s'acquittait mal de ses obligations envers eux (Harris, 1995, p. 249). De plus, Harris note que plusieurs de ces plaignants avaient été formellement diagnostiqués à l'axe II du *DSM* et avaient été victimes de traumatismes sévères — violence physique et sexuelle — avant d'entreprendre une thérapie.

Ces personnes — particulièrement les femmes sérieusement maltraitées dans l'enfance — sont souvent diagnostiquées comme ayant un trouble limite de la personnalité. Kröll (1993) les appelle des « personnalités limites ESPT ». Selon Herman (1992), le terme de trouble post-traumatique complexe (TPTC) décrit bien ces clients, exposés à des traumatismes répétés, par opposition à ceux qui n'ont vécu qu'un seul événement traumatique. Ces personnes ont vécu en captivité ou ont été torturées en temps de guerre ou sous des régimes oppressifs. Elles peuvent également avoir vécu des situations où elles étaient sous le contrôle total d'un autre, par exemple la prostitution, la violence conjugale ou des agressions physiques et sexuelles alors qu'elles étaient enfants.

Rothschild (2000) considère ce type de cas comme un Type IIB. Ces clients diffèrent de ceux qu'on appelle le Type IIA — des personnes traumatisées de manière répétitive, mais qui avaient des antécédents stables et des ressources personnelles qui les soutenaient et leur permettaient d'observer leurs expériences dans l'ici et maintenant. Les clients du Type IIB ont aussi vécu des traumatismes à répétition, mais ils sont incapables de distinguer *expérieniellement* un événement actuel d'un autre du passé. Ils sont envahis et envahissants et ont, comme Rothschild le nomme, « un Self éprouvant » et très peu de « Self observant ». Ils développent très rapidement des réactions intenses envers le thérapeute, allant de l'idéalisation à la rage.

Peu importe l'étiquette diagnostique utilisée dans la formulation du plan de traitement, la difficulté — pour celui qui veut aider ces personnes — réside dans le fait qu'elles sont particulièrement résistantes au changement, qu'elles tendent à attribuer au thérapeute plusieurs des mêmes mobiles que leurs agresseurs et qu'elles le soupçonnent d'avoir l'intention de les exploiter (Herman, 1992, p. 138). Souvent, c'est seulement dans un contrat clair que ces clients sont capables de rester en thérapie assez longtemps pour travailler



ce que Herman décrit comme des réactions transférentielles complexes. Kroll (1993) nous rappelle qu'ils sont habiles à trouver fréquemment quelques « fautes » qu'aurait commises le thérapeute. Herman (1992, p. 137) écrit que lorsque le thérapeute ne se montre pas à la hauteur des attentes idéalisées du client, et c'est inévitable, celui-ci est souvent submergé de fureur. En effet, il se sent comme si sa vie dépendait de son sauveur (le thérapeute), il ne peut donc se permettre d'être tolérant; il n'y a pas de place ici pour l'erreur humaine... Il doit y avoir des conséquences. Le message est fort et clair. Pour travailler avec une personne qui a survécu à une enfance marquée par la maltraitance, dont la capacité à faire confiance a été endommagée et qui a peu d'habileté à l'autoobservation, il faut admettre que des erreurs surviennent en thérapie. Ou, du moins, croire que ces clients verront des fautes là où il s'agira d'erreurs humaines ordinaires, là où la vie réelle suivra son cours, réel et imparfait.

Herman explique que ces clients ressentent de la rage lorsque les thérapeutes essaient de les aider. Ils sont alors mus par un besoin de vengeance. Inconsciemment, ils ont besoin d'induire chez le thérapeute qui les déçoit « le même état de terreur insoutenable, d'impuissance et de honte dont ils ont déjà souffert » (Ibid. 1992, p. 138).

### **Transfert et Gestalt-thérapie**

L'une des idées maîtresses qui éclairent mon travail comme thérapeute et superviseure est de reconnaître que la capacité de « lire » et de traiter le processus transférentiel — ou la communication essentiellement non verbale des expériences archaïques du client — est essentielle au succès thérapeutique. Je suis déconcertée quand je rencontre des thérapeutes gestaltistes qui me disent ne pas travailler avec le transfert. C'est là un non-sens! Ils devraient tous travailler avec le transfert. C'est un phénomène qui imprègne le champ de n'importe quelle relation, particulièrement celles où existent des différences de pouvoir. Le thérapeute gestaltiste travaille le transfert d'une manière différente de celle qu'utilisent les thérapeutes d'orientation psychanalytique, en ce sens qu'il le nomme, l'observe et encourage le dialogue plutôt que de l'interpréter.

Frew (1990) voit le transfert comme une perturbation à la frontière-contact qui nuit à la capacité du client de percevoir correctement la situation thérapeutique actuelle. Delisle (2004) souligne l'importance de la réactivation des enjeux d'attachement qui se répercutent dans l'intensité de la relation transférentielle ou dans la reproduction des impasses de contact. Cette réactivation est souvent chargée d'identification projective, ce que je considère

comme un processus relationnel impliquant un tissu complexe de projections confluentes et d'introjections confluentes ou d'identifications. Je crois que Philippon (2002) ne saisit pas l'importance de la confluence ou de l'identification dans la résolution des gestalts relationnelles. Ces dernières s'enracinent dans des phases préverbales du champ relationnel historique. Il écrit: «Il est vrai que les clients s'empressent souvent d'accepter les présomptions des thérapeutes, mais il n'est pas évident pour moi, en tant que parent, que c'est là un aspect essentiel de ce que les enfants font avec leurs parents» (Philippon, 2002, p. 17). Pour ma part, je soutiens plutôt que c'est exactement ce que font les bébés et les jeunes enfants. Schore (1994, 2001) a montré que le cerveau du nourrisson se développe dans une relation non verbale avec un autre cerveau. Il ajoute que les clients marqués par des blessures relationnelles préverbales ne peuvent être aidés qu'en face à face, de cerveau droit à cerveau droit. En d'autres mots, la composante verbale de la thérapie avec certains clients *endommagés* est bien moins importante que ce qui est communiqué et reçu non verbalement, tant par le client que par le thérapeute. Cela nécessite que le thérapeute soit assez fort pour arriver à gérer et à utiliser un contretransfert intense, au service de la thérapie. Il doit recevoir et métaboliser l'aspect émotionnel des projections du client pour pouvoir les lui redonner dans une forme plus digestible. Notons cependant que c'est plus facile à dire qu'à faire.

Yontef a écrit que, *idéalement* [ajout personnel de l'auteur en italique], un client qui apprend à être conscient, responsable et en contact améliore le fonctionnement de sa fonction Je. Les expériences des années formatrices de l'enfance peuvent alors être explorées en thérapie sans la régression et la dépendance que nécessiterait un traitement régressif et sans la perte temporaire de compétences que nécessiterait la *névrose de transfert* [italique de l'auteur] (Yonteff, 1993, p. 160).

C'est dans l'espace de la relation thérapeutique située en dehors de l'idéal du client et au-delà de la névrose de transfert que se creuse le lit du transfert malin. Freud croyait qu'il provenait des façons caractéristiques, acquises dans l'enfance, de vivre notre amour (Racker, 1968, p. 71). Certaines personnes arrivent à relever les défis et à composer avec les traumatismes de l'enfance et en ressortent avec une structure de personnalité qui leur confère une certaine dose de résilience relationnelle et un bon répertoire de solutions de remplacement. Elles n'ont pas trop de mal à envisager que l'ici et maintenant puisse être rattaché à l'ailleurs et jadis. Delisle présente le trouble de la personnalité comme «[...] un système d'organisation inflexible et mésadapté des trois éléments

de l'expérience duquel résulte soit une détresse subjective, soit une carence significative (sic) du fonctionnement social et professionnel, soit les deux» (Delisle, 1999, p. 19). Ce type de personnes est incapable de développer un transfert névrotique et a de grandes difficultés — sur un plan affectif non verbal — à voir la différence entre le présent et le passé. Le transfert qu'elles développent est de nature plus primitive et paranoïde. Il peut être fort perturbant pour le thérapeute et inclure de l'idéalisation, de la dévaluation, de l'envie et une déflexion massive.

Le client peut trouver que la réalité du peu de disponibilité du thérapeute, de même que les frontières réelles et nécessaires de la relation thérapeutique sont insoutenables. Il y verra alors la preuve du manque de sensibilité, voire de la cruauté du thérapeute. De plus, la connaissance ou le ressenti selon lequel il existe d'autres personnes dans le monde du thérapeute sont eux-mêmes insoutenables, ce qui fait que des rencontres fortuites avec d'autres clients ou des membres de la famille du thérapeute peuvent déclencher l'émergence d'un transfert malin.

### **Profil du plaignant potentiel ou de l'échec thérapeutique**

Dans une partie de ma recherche doctorale, j'ai interviewé des intervenants qui semblaient avoir été l'objet de plaintes malicieuses. J'ai examiné chacune des plaintes, incluant la réponse du thérapeute aux organisations professionnelles, et dans deux des cas, la réponse aux avocats de la poursuite. J'ai été en mesure d'établir des recoupements dans les personnalités des plaignants et dans la présentation des plaintes.

Dans chaque cas, le client était une femme et présentait une histoire de trahison ou de maltraitance par son père et sa mère. Très tôt dans le processus d'évaluation, la cliente faisait état d'une histoire d'échec lors d'essais précédents en psychothérapie ou en counseling. J'ai aussi découvert que chaque cliente avait une histoire de plaintes — souvent formelles — contre d'autres professionnels ou des proches qui les auraient «abusées» ou «maltraitées» ou qui leur auraient fait défaut d'une façon ou d'une autre. Au fil du processus, des idéations suicidaires s'étaient révélées, bien qu'elles n'aient pas fait partie du problème initial. En fait, les menaces suicidaires avaient la saveur d'un passage à l'acte visant à amener le thérapeute à accorder des séances supplémentaires ou à obtenir des contacts téléphoniques entre les séances. C'étaient là des facteurs communs aux six des cas étudiés.

Initialement, les problèmes que les clientes présentaient étaient constamment non spécifiques, centrés sur des difficultés relationnelles, des blocages de créativité ou sur le sentiment général que quelque chose ne tournait pas rond chez eux. Ce sentiment selon lequel « quelque chose ne va pas » se manifestait souvent par des symptômes physiques imprécis, symptômes que leur médecin ne pouvait expliquer médicalement. Ces clientes avaient le sentiment que la profession médicale ne les prenait pas au sérieux et elles recherchaient habituellement l'aide de praticiens des médecines parallèles, tels des acupuncteurs, des chiropraticiens ou des ostéopathes. Finalement, bien que toutes aient présenté une histoire de trahison et de maltraitance, des allégations et des fantasmes précis concernant des violences sexuelles venant de membres de la famille, du clergé ou de praticiens médicaux émergeaient au cours du traitement.

Aucune des informations précitées n'était particulièrement étonnante. Ce qui l'était toutefois était de découvrir que 80 % des plaignantes entretenaient une fascination pour ce qu'on pourrait appeler « la magie ». J'entends par là que chacune avait cherché le réconfort pour sa détresse émotionnelle et un soutien pour sa position retranchée en relation avec les autres, à travers la consultation régulière du tarot, des cartes d'anges, du *I Ching*, des symboles druidiques ou des cristaux.

Je comprends que la pensée magique est une caractéristique des processus primaires du très jeune enfant, soutenant ainsi les croyances que les choses devraient être parce qu'il désire qu'elles soient. Cette croyance trouve son origine dans une autre, plus primitive: tous les événements inexplicables ou déplaisants — et cela inclut les sentiments — sont la conséquence de l'action et de l'interaction humaines (Fraiberg, 1959). Selon Frazer (1915), la pensée magique dépend de deux lois: la loi des ressemblances (un effet ressemble à sa cause) et la loi de la contagion (les choses qui ont déjà été en contact physique maintiennent une connexion, même après que le contact physique a cessé). Ces deux lois régissent le fonctionnement de ce que Frazer a appelé la « magie sympathique » ou l'idée selon laquelle la manipulation des symboles ou des effigies peut entraîner des changements dans la chose que le symbole représente. Dans le transfert malin, le thérapeute devient un objet qui ressemble à l'agresseur de jadis, objet que le client tente désespérément de manipuler afin qu'il se conduise comme l'original.

En fin de compte, le thérapeute se conduit effectivement d'une manière que le client perçoit comme abusive et la spirale infernale s'enclenche.

## ÉTUDE DE CAS : VANESSA ET GOSIA

*Vanessa est une psychothérapeute intégrative d'orientation gestaltiste qui pratique depuis 1984. Elle est aussi superviseure et formatrice et a publié plusieurs articles dans son champ d'expertise. En 1998, elle a reçu l'appel d'une femme prénommée Gosia. Celle-ci cherchait un thérapeute et elle a dit à la psychothérapeute qu'un chiropraticien la lui avait conseillée.*

*Gosia est polonaise. Elle a été élevée dans une famille rurale, très imprégnée d'une culture catholique primitive accordant beaucoup d'importance à la lutte entre Satan et Dieu et à l'intercession bienveillante de la Vierge Marie. Elle a connu une enfance difficile. Aînée de huit enfants, on exigeait d'elle qu'elle s'occupe des plus jeunes. Ses deux parents la battaient régulièrement, lui disant qu'elle était le mal incarné et qu'elle devait prier pour son salut. Elle a appris l'anglais par un voisin et le parle couramment. Cela dit, son discours est souvent truffé d'hyperboles. Au moment d'entreprendre la thérapie, elle n'était plus une catholique pratiquante et détestait « toutes les religions », bien qu'elle utilisât régulièrement le I Ching pour s'aider à prendre des décisions.*

*Gosia a quitté la maison familiale quand elle avait 16 ans pour émigrer au Royaume-Uni où elle a étudié la joaillerie, domaine d'activité dans lequel elle était promise à une brillante carrière. Elle a épousé celui qui lui servait de tuteur au collège. Peu après le mariage, elle est tombée d'une échelle, alors qu'elle décorait une pièce de sa maison et elle s'est foulé un pouce. Peu de temps après sa guérison, il s'en est fallu de peu qu'elle soit frappée par un bus. Dans sa chute, elle s'est blessé le pouce à nouveau. Ainsi s'est amorcée une lutte incessante pour retrouver l'usage de ses deux mains afin de pouvoir fabriquer des bijoux, de même que la quête, obsessionnelle de quelqu'un qui lui permettrait de redevenir celle qu'elle était. Les médecins n'ont rien trouvé qui puisse empêcher son pouce de fonctionner. Elle a rapporté que son premier mariage avait pris fin parce que son mari ne la soutenait pas et ne la comprenait pas, et qu'elle était maintenant mariée à son « âme soeur ». Elle a entrepris une psychothérapie en déclarant qu'elle était prête à reprendre la joaillerie et qu'elle voulait comprendre comment elle freinait sa créativité. Gosia a rapporté qu'elle avait connu deux courts processus de consultation, mais que ça n'avait rien donné et que ça n'était pas allé assez profondément, parce que les deux conseillers étaient trop inexpérimentés.*

*Un an après le début de la thérapie, Gosia a révélé que son premier mariage s'était brisé parce que son mari la croyait folle et qu'elle avait besoin de soins psychiatriques : elle entraînait dans des rages explosives et était souvent paranoïaque. Peu de temps après, à la suite d'un voyage d'été en Pologne, elle a dit à Vanessa qu'elle venait de réaliser que le prêtre de sa paroisse l'avait agressée sexuellement, chaque dimanche avant*

*la messe, et ce, pendant plusieurs années, à partir de l'âge de 11 ans. Vanessa a demandé des supervisions additionnelles et elle a convenu, avec Gosia, de passer de deux à trois séances de psychothérapie par semaine. Cela était possible, parce que Gosia avait déposé une poursuite civile contre l'Église catholique et que le diocèse acceptait de défrayer sa thérapie.*

*Aux yeux de Vanessa, les allégations d'agressions sexuelles semblaient sorties de nulle part et prendre très rapidement de l'ampleur. Gosia ne présentait pas le profil usuel qui consiste en un dévoilement progressif des mauvais traitements et en l'apparition graduelle d'une volonté de le confronter. Au contraire, elle en avait eu la révélation soudaine et avait rapidement décidé de poursuivre l'employeur du présumé agresseur.*

*Avant les allégations d'agression sexuelle, Gosia avait surtout utilisé les séances de thérapie pour se plaindre de quelqu'un: sa belle-fille (parce que son mari lui accordait trop d'attention), les collègues de son mari (qui désapprouvaient son mariage), un voisin (qui n'était pas d'accord pour partager les coûts d'installation d'une nouvelle clôture), une dame âgée, à l'église (qui, croyait Gosia, lui avait volé son sac à main quand elle s'était levée pour aller communier), son ex-mari (parce qu'il n'avait pas été juste avec elle dans la séparation des biens) et la société de transport (qui l'avait lésée dans la compensation pour sa blessure au poignet). Lors des séances, Vanessa constatait que souvent, elle n'arrivait pas à placer un mot. Quand Gosia ne se plaignait pas, elle se concentrait sur sa conviction selon laquelle si seulement elle se rétablissait de sa blessure au pouce, elle deviendrait une bijoutière de classe mondiale. Des traits narcissiques et d'autres traits du groupe B étaient évidents depuis le début.*

*Dès le premier contact téléphonique, Vanessa s'était sentie envahie et elle avait eu un peu peur de Gosia. Dans sa supervision, elle parlait du fait que son coeur battait plus vite quand elle attendait le coup de sonnette qui annonçait l'arrivée de cette cliente. Elle a ajouté qu'elle avait constamment le sentiment que, d'une façon ou d'une autre, elle faillirait avec Gosia. Son superviseur l'a alors encouragée à être validante avec la cliente et à pratiquer l'inclusion. Vanessa a raconté, plus tard, que son contretransfert s'était transformé en quelque chose de proche de la terreur lorsque Gosia lui avait révélé ses allégations d'agression sexuelle. Ce sentiment a augmenté quand la cliente lui a dit qu'elle engageait une poursuite contre l'église et qu'elle exigerait une compensation pour les violences sexuelles alléguées. La cause a pris de plus en plus d'ampleur et Gosia a commencé à déposer d'autres plaintes contre des professionnels dont elle disait qu'ils lui avaient fait défaut de quelque manière. Vanessa et elle ont donc pris une entente verbale à savoir que: quelque colère que Gosia puisse éprouver envers Vanessa, en particulier*

pendant ses vacances et ses congés, elle resterait en thérapie et travaillerait sur cette expérience. C'est autour de cette période que la cliente a révélé qu'elle s'était sentie suicidaire durant la majeure partie de sa vie adulte et qu'elle avait été hospitalisée une fois durant son premier mariage. Vanessa a commencé à demander des supervisions hebdomadaires afin d'être soutenue quant à la complexité de ce travail.

Environ trois ans après le début de la thérapie, Vanessa a été retenue dans un bouchon de circulation. Elle n'avait pas son téléphone portable et n'a pu prévenir Gosia de son retard. Une autre fois, les enfants du voisin avaient sauté par-dessus la clôture pour venir chercher leur ballon et Vanessa était sortie de la séance pour leur dire de ne plus recommencer. Elle croyait alors démontrer à sa cliente que sa « sécurité » était d'importance primordiale. Gosia a vu l'un des enfants en larmes et elle s'est convaincue que Vanessa était, en fait, une femme cruelle qui ne faisait que « prétendre » se soucier d'elle.

Peu après ces deux incidents, et sans le dire à Vanessa, Gosia a décidé de consulter un spécialiste qui travaillait avec des survivants d'agressions sexuelles. Quand elle l'a révélé à Vanessa, celle-ci lui a dit qu'il n'était pas approprié de voir deux thérapeutes en même temps, et que cela méritait réflexion. Elle lui a suggéré, dans un premier temps, de contacter l'autre thérapeute.

Cela a entraîné un bris qui s'est révélé irréparable. Gosia a décidé que Vanessa s'opposait à l'implication d'un autre thérapeute parce qu'elle voulait l'argent de la thérapie pour elle seule. Elle a commencé à imaginer que Vanessa surfacturerait le diocèse polonais qui, à ce moment-là, finançait la thérapie. Juste avant les vacances d'été, elle a annoncé qu'elle allait mettre un terme à la thérapie. Vanessa lui a rappelé le contrat qu'elles avaient passé à ce sujet-là, mais Gosia a déclaré qu'elle ne pouvait plus lui faire confiance et qu'elle arrêterait sa thérapie. La thérapeute a dit comprendre que c'était ainsi que Gosia se sentait, mais qu'elle prévoirait néanmoins ses rencontres à son agenda pour la semaine du retour des vacances. Elle espérait que sa cliente se sentirait capable de revenir et de poursuivre. Gosia a explosé de rage, déclarant que seul l'argent intéressait Vanessa. Elle est partie avant la fin de la séance et n'est jamais revenue.

Pire encore, elle s'est mise à téléphoner à sa thérapeute à toute heure du jour et de la nuit, lui laissant des messages où elle insistait pour que Vanessa « avoue » son « péché » et admette l'avoir exploitée. Un jour, le conjoint de Vanessa est rentré du travail et il a aperçu une femme accroupie devant la maison. Elle se balançait d'avant en arrière, comme si elle se berçait. Il lui a demandé si elle allait bien et elle a continué à se balancer en gémissant. Il est entré dans la maison et a dit à Vanessa qu'il y avait, devant la porte, quelqu'un qui se trouvait en

*grande détresse. Vanessa a vu qu'il s'agissait de Gosia. Elle est sortie et lui a offert d'entrer pour une séance ou, au moins, pour prendre une tasse de thé. Gosia a refusé et s'est enfuie.*

*Six mois plus tard, Vanessa a reçu une lettre de son organisme gestaltiste d'accréditation. On l'y informait d'une plainte d'une ancienne cliente. L'envoi contenait 14 pages dactylographiées qui l'accusaient de 17 transgressions au code de déontologie, incluant le non-respect de la confidentialité (en référence au fait que le conjoint de Vanessa lui avait demandé comment elle allait), de l'autonomie (en référence au fait que Vanessa avait prévu deux séances la semaine du retour de vacances), l'exploitation financière, le fait d'offrir une relation d'amitié après la fin de la thérapie (en référence à l'invitation de Vanessa à entrer prendre une tasse de thé) et divers autres « bris de cadre » et distorsions. Pour résumer, disons que l'organisme accréditeur a décidé de tenir audience afin de déterminer si le principe gestaltiste de l'autonomie avait été violé quand Vanessa avait offert de garder deux séances à l'agenda, et si le droit de Gosia à la confidentialité avait été violé quand elle avait rencontré le conjoint de Vanessa et quand elle avait peut-être été aperçue à travers la fenêtre par les enfants qui avaient enjambé la clôture pour venir récupérer leur ballon.*

### **Que faire ?**

La gestalt soutient le thérapeute quand il établit dès le départ que le client et lui-même ont une responsabilité égale dans leur relation et dans le traitement. Si nous sommes en mesure de repérer les clients les plus susceptibles de saboter la démarche et d'agir leur rage et leur désir de vengeance, nous pouvons alors développer une approche clinique qui soit apte à prévenir l'attaque ultime, sous forme de plainte ou de poursuite devant les tribunaux.

Avec des clients tels que Gosia, il importe de se rappeler la mise en garde de Kernberg (2004) selon laquelle « les descriptions verbales que le client fait de son expérience subjective ne sont pas de bons indicateurs de ce qui est affectivement dominant et mérite d'être exploré; ces indicateurs doivent plutôt être recherchés du côté des conduites du client et du contretransfert du thérapeute (Kernberg, 2004: 140). Autrement dit, il est peu probable qu'un travail *dialogal* arrive à mettre à jour l'agression dissimulée du client. »

Dans le comportement de Gosia, on trouve dès le début plusieurs signes avant-coureurs d'une évolution vers un transfert malin: deux relations thérapeutiques précédentes ayant abouti à un échec, une présentation typique du groupe B, un historique de maltraitance, une obsession pour les médecines parallèles et le fait qu'elle avait toujours quelqu'un de qui se plaindre.



Les réactions émotionnelles de Gosia envers Vanessa étaient, comme la suite l'a démontré, des indices de ce qui était à venir. Si elle avait su, à ce moment-là, ce qu'elle sait maintenant, elle aurait peut-être repéré que les phénomènes énoncés au paragraphe précédent — combinés à sa tachycardie et à sa peur de ne pas être à la hauteur — exigeaient plus que les conditions *dialogales* suggérées par son superviseur. Dans le climat actuel, il est essentiel que les praticiens apprennent à reconnaître les clients tels que Gosia, et s'ils décident de les prendre en traitement, ils devraient mettre en place un cadre contractuel facilitateur, et ce, très tôt dans le processus. Si Vanessa l'avait fait, elle aurait pu expliquer à Gosia que son historique de blâme envers les aidants permettait de prévoir qu'un jour ou l'autre, elle ferait de même avec elle. Elles auraient pu, dès le début, se donner un cadre contractuel sur lequel elles auraient pris appui lorsque le transfert malin a commencé à s'établir, plutôt que de tenter de le faire une fois qu'il était déjà en place.

Un contrat initial aurait pu inclure les ententes habituelles au sujet de l'heure, du lieu, de la fréquence, des annulations, de la confidentialité et de l'argent, mais il aurait aussi pu être utilisé pour aider Gosia à mieux anticiper les éléments du cadre qui ne sont pas toujours sous le plein contrôle du thérapeute. Ainsi en est-il des rencontres fortuites, du bruit ou d'autres intrusions de la réalité externe dans le cadre protégé de la psychothérapie. Même les thérapeutes peuvent être pris dans la circulation et ils peuvent aussi vivre dans le voisinage d'enfants bruyants.

Dans l'établissement d'un contrat avec une personne comme Gosia, les choses qui précèdent doivent être précisées par écrit, et ce, dès le début du traitement, afin de prévenir les ruptures de lien et d'alliance. Par exemple: «*Si on sonne à la porte au milieu d'une séance, vous et moi déciderons ensemble de la marche à suivre.*» Ou: «*Il se peut que je doive annuler une séance à la dernière minute en raison de maladie ou d'une urgence.*» Ou: «*S'il ne m'est pas possible de vous joindre, je ne vous facturerais pas la séance suivante.*» Je suis tout à fait consciente que toutes ces précautions peuvent sembler exagérées. Cependant, le type de plaintes et de poursuites civiles qu'on voit actuellement chez nous concerne justement ce genre de choses.

Le contrat doit souligner le fait que toute relation peut rencontrer des problèmes et que la relation thérapeutique ne fait pas exception à cette règle. Le client et le thérapeute doivent convenir qu'ils discuteront de ces problèmes ouvertement et qu'ils ne les laisseront pas s'envenimer. Le thérapeute doit aussi préciser que les conflits qui apparaissent dans la relation thérapeutique sont souvent issus de conflits non résolus dans le passé du client et que son travail consiste à l'aider à en prendre conscience, *tout en reconnaissant*

*sa propre contribution dans les difficultés actuelles.* Quand est apparue la question de sa poursuite pour agression sexuelle, si Vanessa avait eu un tel contrat dès le début, il aurait été légitime qu'elle dise à Gosia: «*Je me questionne à propos de cette poursuite contre l'église. Si elle échoue, vous pourriez être tentée de m'attaquer de la même manière. Si cela arrive, qu'allons-nous faire, vous et moi ?*» Elle aurait pu alors ajouter toute entente à ce propos au contrat initial.

Finalement, le contrat de départ doit être rédigé en ayant en tête la fin de la thérapie. Il importe d'installer un cadre pour la terminaison. Le thérapeute doit, entre autres, mentionner, et ce, très clairement, qu'il se réserve le droit de référer le client à tout moment s'il estime qu'il y va du meilleur intérêt de ce dernier. Pour paraphraser Kalshed (2003) : les thérapeutes ont le droit d'exiger que leurs clients ne les rendent pas fous ! J'entends par là que ce ne sont pas tous les transferts malins qui s'accompagnent de menaces voilées de poursuite. Néanmoins, même les thérapeutes les plus expérimentés peuvent être submergés lorsqu'ils sont la cible d'attaques verbales répétées. Parfois, il peut suffire que le thérapeute et le client acceptent d'être en désaccord au sujet de certains « défauts répugnants » du thérapeute pour permettre à la thérapie de reprendre son cours. C'est ce que Kernberg (2004) appelle la « technique des réalités inconciliables ». Le thérapeute informe le client qu'il est prêt à croire que son opinion est inébranlable, et ce faisant, il lui indique qu'il accepte sa réalité, bien que la sienne soit différente. Lorsque cela ne suffit pas à ramener le client dans une sorte de réalité partagée, on doit envisager de le référer à un autre thérapeute. Dans ce cas, on apporte une dernière modification au contrat écrit, qui reconnaît que le thérapeute peut estimer nécessaire de référer le client et que cela ne signifie en rien que le thérapeute manque de compétence.

## CONCLUSION

En tant que gestaltiste, je crois au pouvoir de guérison inhérent aux « erreurs créatrices » qui peuvent approfondir et solidifier la relation thérapeutique. Je crois aussi que toute relation thérapeutique est faite de deux personnes vulnérables qui ont besoin de compassion et de soutien lorsque la relation se fracture.

J'aimerais voir notre champ d'activité professionnelle embrasser les principes de cocréation et de soutien, tout en reconnaissant que certains clients n'arriveront pas à rester en dialogue et à franchir le cap de leurs difficultés actuelles, quel que soit le niveau de compétence et d'engagement de leur thérapeute. Je crois que les erreurs relationnelles doivent être traitées en relation et non dans un contexte quasi judiciaire. J'espère sincèrement que la communauté

gestaltiste insistera toujours pour que la médiation soit la première étape du traitement de toute plainte que dépose un client. Cela peut se faire lors d'un face-à-face ou à distance. La solution qui consiste à demander à un panel de pairs de réviser la pratique d'un thérapeute après le fait constitue une invitation à s'enliser dans une entreprise de recherche de coupables.

En raison des puissants éléments non verbaux du champ relationnel, nos collègues peuvent entrer en confluence avec certains des aspects persécuteurs du plaignant. Dans le cas de Vanessa, les éléments que la commission d'éthique a choisi d'examiner auraient facilement pu être abordés en médiation, et Gosia aurait pu être contenue. Il se trouve qu'elle a plutôt choisi de retirer sa plainte et de poursuivre Vanessa en justice. Transfert malin, en effet!

## Références

- Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object*. London: Free Association Books.
- Delisle, G. (1999). *Personality Disorders: A Gestalt Therapy perspective*. Cleveland, OH: Gestalt Institute of Cleveland Press.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité: Perspectives développementales*. Ottawa, Les Éditions du Reflet.
- Firman, & Gila, (1997). *The Primal Wound: a transpersonal view of trauma, addiction and growth*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Fraiberg, S. H. (1959). *The Magic Years: Understanding and handling the problems of early childhood*. New York: Scribners.
- Frazer, J. G. (1922; 1996). *The Golden Bough: a study in magic and religion*. Abridged Edition. London: Penguin Books.
- Frew, J. E. (1990). « Analysis of transference in Gestalt group psychotherapy ». Dans *International Journal of Group Psychotherapy*, April, 40(2), 189-202.
- Harris, E. A. (1995). « The importance of risk management in a managed care environment ». Dans *A Perilous Calling: The Hazards of Psychotherapy Practice*, ed. M. B. Sussman. New York: John Wiley and Sons.
- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Kalsched, D. (2003). Daimonic elements in early trauma. *Journal of Analytical Psychology*, 48, 145-159.
- Kearns, A. (2005). *The Seven Deadly Sins? – Issues in clinical practice and supervision for Humanistic and Integrative practitioners*. London: Karnac.
- Kearns, A. (2007). *The Mirror Crack'd: When good enough therapy goes wrong and other cautionary tales for Humanistic practitioners*. London: Karnac.
- Kernberg, O. F. (2004). *Aggressivity, Narcissism and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship: New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders*. New Haven, CT: Yale University Press.

- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kroll, J. (1993). *PTSD/Borderlines in Therapy: finding the balance*. New York: Norton.
- Lee, R. G. (Ed.), (2004). *The Values of Connection: a relational approach to ethics*. Cambridge, MA: Gestalt Press.
- Lewin, K. (1952). *Field Theory in Social Science*. London: Tavistock.
- Mills, J. (2005). *Treating Attachment Disorders*. New York: Jacob Aronson.
- Philippson, P. (2002). A Gestalt Therapy Approach to Transference. *British Gestalt Journal*, 11(1), 16-20.
- Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference*. London: Maresfield Library, Karnac Books.
- Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers: the psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton.
- Schore, A. N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: the Neurobiology of Emotional Development*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health*, 22 (1-2), 201-269.
- Yontef, G. (1993). *Awareness, Dialogue and Process*. Highland, NY: The Gestalt Journal Press.

### Abstract

This article was first published in German in Forum for gestalt-therapy, gestalt-perspektiven in 2009. It is part of a doctoral thesis on the gestalt and psychodynamic analysis of clients' complaints against their therapist. The author underlines the importance of making sense of these phenomena and the experience of clients and therapists going through such difficult situations. Spanning from a phenomenological analysis to an understanding of transference and counter-transference and critical intervention, Ms. Kearns lays down the essentials of this type of painful encounters, that she further developed in her book *The Mirror Crack'd: When Good Enough Therapy Goes Wrong and Other Cautionary Tales for the Humanistic Practitioner*, published in 2011, by Karnac, London.

# La transition de la retraite : une exploration<sup>1</sup>

Danielle POUPARD

## Résumé

Parmi les transitions qui émaillent le parcours d'un être humain de l'enfance à la vieillesse, le passage de la vie du travail organisé à la *retraite* constitue une *transition majeure*. Après en avoir situé le contexte en ces années 2000, cet article explore les trois principales étapes de cette fin d'un long cycle de vie ainsi que les difficultés d'adaptation que l'on peut rencontrer après le départ à la retraite. Il se termine par quelques pistes de réflexion au sujet de la forme ou des formes que pourrait prendre notre propre retraite, intervenants et psychothérapeute.

## INTRODUCTION

L'intérêt pour le phénomène de la retraite n'a pas cessé d'augmenter ces dernières années, particulièrement avec l'arrivée en grand nombre des baby-boomers (1946-1965) à l'âge de la fin de la période du travail rémunéré. Dans le contexte du travail structuré et salarié, on offre aux employés des programmes de préparation à la retraite dont l'essentiel est constitué de considérations ayant trait aux aspects financiers, fiscaux et médicaux de leur vie future. La documentation à ces chapitres est très abondante; par ailleurs, il est moins souvent question des dimensions sociales, affectives et psychologiques de cette importante transition que représentent l'arrêt du travail et l'entrée dans une des dernières étapes de développement de la vie adulte. Il s'y produit pourtant des modifications majeures sur le plan de l'identité, du statut et de la reconnaissance sociale que chaque personne rencontre au seuil de la retraite, ce qui donne lieu à un profond processus de transformation. Le présent texte se penche donc sur cette *transition de taille* que constitue l'entrée subite ou graduelle, choisie, imposée ou occultée dans la période de vie de plus en plus longue qu'est celle de la *retraite*.

<sup>1</sup> Certaines parties de cet article, dans une version cependant abrégée, ont été publiées dans la revue française le *Journal des Psychologues*, 282, novembre 2010.

L'auteure s'attarde en premier lieu à apprivoiser cette notion et ce phénomène que constituent la transition, les phases qu'elle comporte habituellement et les attitudes qui en facilitent la traversée pour arriver « de l'autre côté de la rive ».

Son attention se portera ensuite sur l'expérience spécifique de la retraite, ses composantes et ses multiples formes, en particulier pendant ses premières années.

Certaines conditions qui influencent la *réussite, la fluidité ou la difficulté* du passage à la retraite — choix ou impositions, sécurité financière assurée ou précaire, préparation préalable ou départ précipité — seront examinées de plus près.

Selon Bridges (1980) — un auteur américain qui a consacré l'essentiel de sa vie professionnelle à s'intéresser aux transitions personnelles et organisationnelles — le processus de la retraite se déroule en trois temps d'une durée variable selon les personnes, leur état de santé, leur style de vie et leurs capacités d'adaptation. Il est précédé d'une phase préparatoire plus ou moins longue qui débute lorsque l'idée d'une retraite commence à poindre. Les trois moments de la **transition** se déclinent ainsi: tout d'abord, la fin du travail structuré ou l'achèvement, puis une période d'entre-deux et enfin un recommencement, un nouveau départ. Ils correspondent à la fin d'un long cycle d'expériences, tel que nous le connaissons en Gestalt. Chacun de ces moments sera exploré, décrit et accompagné d'exemples.

Je m'attarderai également aux écueils que ces temps de transition recèlent, à la lumière, entre autres, des travaux d'Erik Erikson sur les étapes de la vie adulte et leurs défis. Je conclurai en esquissant quelques réflexions sur les particularités de la retraite chez les thérapeutes et les intervenants auprès d'individus et de groupes.

## **LA RETRAITE: UNE TRANSITION MAJEURE DE LA VIE ADULTE**

L'entrée en retraite se produit fréquemment quelques années après la crise du mitan de la vie que l'on pourrait situer maintenant vers le milieu de la cinquantaine. Selon la sociologue Lucie Mercier (2000), ce rapprochement augmente la complexité de ce passage de vie.

Il n'y a pas si longtemps, cette crise du milieu de l'existence survenait autour de la quarantaine, du moins quand la personne était encore sur le marché du travail. Maintenant, ce moment critique coïncide de plus en plus avec l'entrée à la retraite, tournant qui s'effectue dans la cinquantaine ou au début de la soixantaine, ce qui le rend peut-être plus problématique. (p. 47)

Il s'agit incontestablement d'une *double transition*, aussi importante que l'accession à la vie adulte. Elle est précédée d'une période de 20, 30, parfois 40 ans de travail au sein de professions ou de métiers rémunérés, qu'il s'agisse d'un emploi salarié assorti d'avantages sociaux (assurances, régimes de retraite, programmes de formation) dans une entreprise de grande taille ou d'un poste dans une petite ou moyenne entreprise, ou enfin à titre de travailleur autonome. Depuis une trentaine d'années, les changements d'emploi et les réorientations de carrière jalonnent ce parcours autrefois plutôt continu ; au moment de songer à la retraite, la personne a donc davantage l'expérience du changement. Le temps vient pourtant où elle doit entrevoir le début d'une nouvelle période de vie décentrée du travail et s'y préparer graduellement.

Qu'on l'ait souhaitée et planifiée ou qu'elle arrive sans prévenir, qu'on l'ait prévue et choisie ou qu'elle nous soit imposée par la maladie ou un licenciement, la retraite constitue une transition majeure. Elle peut être vécue comme une crise, une lourde épreuve jalonnée de pertes et de renoncements, comme un soulagement ou encore perçue comme une occasion de re-création de soi, une invitation à se redéployer aux abords de ce qu'on nomme souvent le troisième âge. Elle respecte les principales étapes d'un passage ou d'un *vivre-âge* de vie.

Toute transition est un processus, une traversée qui se vit dans la durée et ne se négocie pas dans l'instant. Pour Michèle Roberge (1998), c'est le processus intérieur qui se vit pendant que le changement extérieur se manifeste. Il s'agit en général de terminer une étape de vie, de se laisser vivre un entre-deux — une zone d'incertitude — avant d'aborder un autre chapitre. Bien qu'il m'ait suffi d'une seule phrase pour résumer les phases d'une transition, il en va tout autrement pour les traverser complètement.

Si l'on veut faire vite et brûler des étapes, en particulier cette incertaine zone neutre, la véritable transition ne pourra s'accomplir. Si cet entre-deux peut faire craindre d'affronter le vide ou l'informe, il offre par ailleurs l'occasion de s'ouvrir à l'inconnu et de faire essais et découvertes. Nous verrons plus loin l'importance de donner à cette zone floue l'espace qui lui revient au moment de la retraite et de l'après-travail pour reprendre sa vie en main. Posons maintenant quelques repères démographiques et sociaux.

### **Le champ social de la retraite au Québec**

Depuis l'avènement de la Révolution tranquille (1960), le Québec a connu des changements très profonds sur les plans démographique, religieux et social. Allons-y de quelques chiffres pour être plus précis. L'espérance de vie des hommes comme des femmes

s'est progressivement allongée. En 1950, elle était en moyenne de 62 ans pour les hommes et de 67 ans pour les femmes. On prévoit qu'en 2050, soit un siècle plus tard, elle aura grimpé à 85 ans pour les hommes et à 90 ans pour les femmes! Déjà, on ne compte plus les centenaires au moment où, en moyenne, hommes et femmes atteignent et dépassent aisément les 75 ans de longévité (hommes: 79 ans, femmes: 82 ans). Ceux et celles qui quittent maintenant le marché du travail entre 55 et 60 ans entrent dans un nouveau chapitre de vie parfois presque aussi étendu que celui du travail rémunéré.

Contrairement à d'autres pays où l'on impose un âge de retraite, et c'est le cas en France, la loi qui, au Québec, obligeait un travailleur à se retirer à 65 ans n'existe plus depuis 1982. Selon sa situation personnelle, chaque individu peut choisir le moment de son départ. Cependant, le choix ne tient plus lorsque des mises à pied surviennent dans une entreprise à la suite d'une restructuration ou d'une fusion.

La retraite de nos grands-pères ne comportait que quelques années. Ainsi mon grand-père, mort à 76 ans, a vécu une retraite de moins de 10 ans, alors que mon oncle, retraité du gouvernement fédéral à 63 ans, a connu 27 ans de vie hors travail. Par ailleurs, mon père — qui a exercé le notariat en pratique privée à la suite de son père et de son grand-père — n'a pour ainsi dire pas vécu de retraite, sinon une diminution de volume de travail. C'est la leucémie qui a mis fin à ses activités professionnelles, à l'aube de ses 80 ans. Il s'agit là d'une exception, d'un cas d'absence de retraite, mais cela correspond à l'expérience de personnes qui exercent une profession libérale, à celle d'artistes et d'écrivains. Ils peuvent continuer à la pratiquer si leur santé le leur permet et s'ils en éprouvent le désir et en retirent une satisfaction. Nous verrons qu'il existe une variété de cas de figure autant dans l'âge de l'entrée à la retraite que dans la façon de la vivre et de l'occuper.

Pour revenir aux statistiques, au Québec, en 1981, l'âge moyen de la retraite était de 65 ans, alors qu'il est de 60.1 ans en 2010. Une décision gouvernementale de taille est partiellement responsable de cette forte diminution. En 1997, dans un effort de diminuer son déficit et d'ouvrir des postes à l'intention des plus jeunes, le gouvernement québécois de l'époque a offert à ses travailleurs des programmes d'incitation à la retraite très alléchants. Ces programmes ne s'adressaient pas qu'aux fonctionnaires de l'État, ils visaient également les employés du secteur parapublic (hôpitaux, réseau social, éducation du primaire à l'université). Une génération de cinquantenaires s'est prévaluée de ces programmes, créant une nouvelle et nombreuse cohorte de jeunes retraités sensibles au slogan *Liberté 55* (cette vague a touché 40,000 travailleurs, hommes et femmes).



Certains jeunes retraités de 1997 ont traversé cette transition avec aisance, et d'autres avec difficulté, selon la préparation (parfois seulement quelques semaines) à laquelle ils avaient eu droit ou selon l'aide qu'on leur avait offerte pour y naviguer de façon éclairée.

La récession économique des trois ou quatre dernières années a modifié les conditions de vie et rétréci la capacité financière de bon nombre de personnes qui arrivent maintenant à l'âge de 70 ans. Certaines d'entre elles retournent sur le marché du travail à temps partiel, parfois à temps plein, pour *joindre les deux bouts* ou combler la faille de leur budget. Ce n'est pas le genre de qualité de vie dont elles avaient rêvé; dans ces circonstances, la réalité des problèmes économiques est porteuse de moments d'inquiétude et elle restreint l'éventail des possibilités.

Les hommes ont davantage tendance à se maintenir en emploi ou à reprendre une activité plutôt que de l'interrompre. Parmi les individus interrompant leur travail, les hommes ont aussi tendance à compter principalement sur des prestations privées, probablement en vertu d'emplois et d'histoires de carrière plus avantageuses que ce qu'ont connu les femmes de la même cohorte. (Leseman et Crespo, 2005, p. 3)

Depuis les années 2000, on parle de plus en plus d'une tranche de la population surnommée le *pouvoir gris*; elle est constituée en majorité par la génération *lyrique* qu'a décrite François Ricard (1992), celle des premiers baby-boomers (nés entre 1946 pour les premiers et 1965 pour les derniers). On leur consacre de nombreuses études tout en leur attribuant une grande partie des problèmes que connaît notre société actuelle. Ils ont à coup sûr bénéficié des changements et des progrès qu'a connus le Québec pendant les années 1960 et 1970 : libéralisation des valeurs morales et religieuses, démocratisation de l'accès aux études secondaires, collégiales et universitaires, accessibilité des services médicaux et sociaux à tous.

Or, les voici qui arrivent en grand nombre au seuil de la retraite tout en conservant les acquis de leur jeunesse et leur tendance à sortir des sentiers battus. Il y a fort à parier qu'ils ne vivront pas cette transition à la manière de leurs parents et qu'ils rompent avec les modèles précédents pour chercher à s'épanouir à leur façon, en toute liberté. Les spécialistes du marketing, pour leur part, y voient une clientèle intéressante, en mesure de faire des achats, de voyager et de fréquenter restaurants et théâtres.

Au Québec, en 2007 — et il importe de le souligner — on a formé un ministère des Aînés, organisme sociopolitique qui se préoccupe de mettre en œuvre des programmes économiques et sociaux à l'intention des personnes vieillissantes. Quittons le

champ social pour approfondir les aspects psychologiques de la transition travail-retraite, certes, mais avant tout, sa préparation.

### La préparation à la retraite

Cette transition de vie ne s'improvise pas, elle mûrit lentement. Plusieurs années s'écouleront parfois entre l'instant où l'idée de cesser le travail nous a traversé l'esprit et le véritable *jour du départ*. Il en est ainsi quand les dernières années de travail s'écoulent sans embûches. Le retrait du travail peut cependant être plus soudain que prévu, si une mise à pied survient à la suite d'une réorganisation qui entraîne des suppressions de postes, ou encore à la suite d'un congé de maladie pour épuisement professionnel.

Quelle que soit sa durée, la période préparatoire est traversée d'émotions contradictoires et parsemée d'inquiétudes. Les personnes qui songent à leur retraite oscillent entre la hâte et la peur : la hâte d'être libérées des contraintes, des horaires, des délais à respecter et des tâches lourdes ou peu valorisantes, et la peur de l'inconnu et de l'incertitude où les plonge la perspective d'une vie hors des repères rassurants du monde du travail.

«Je vais enfin avoir du temps pour me reposer, pour ne rien faire d'obligé ni de programmé. Quelle libération ! À quoi vais-je consacrer mes journées ? Comment me rendrai-je utile ? Tout ce temps disponible, ça va être long, et je vais peut-être m'ennuyer.» Ces questions, ces réflexions et bien d'autres se bousculent dans la tête de l'individu incertain de son avenir ouvert à tout venant.

Pour les circonscrire ou les contourner, certaines personnes prévoient leur future vie dans le détail et accumulent projets et activités. Si l'on essaie de la réaliser entièrement, une programmation trop serrée peut devenir un autre carcan et ne pas permettre de suivre l'élan du moment.

Autant l'avènement de la retraite peut être attendu avec impatience, autant il peut être source de malaise s'il semble trop hâtif. Voici deux exemples qui illustrent cette polarité. Une amie a souhaité de tout cœur, et pendant des mois, arriver à la fin d'une carrière dans l'administration universitaire. Le poste qu'elle occupait l'a comblée pendant de nombreuses années, suffisamment pour ne pas en changer ; la routine, la fatigue, les changements de patrons ont cependant eu raison de son ardeur. Par la suite, c'est la retraite qui l'a comblée. Elle s'y est sentie pleinement heureuse. Elle avait vécu les étapes de la transition pendant les mois d'attente et d'anxiété qui l'ont précédée, me semble-t-il. A contrario, une autre amie a prolongé d'un an une retraite progressive, car elle s'est rendu compte qu'elle n'était pas encore prête à quitter un

travail toujours pleinement épanouissant et valorisant, sans vivre des moments de désarroi. Un an après son véritable départ, elle fait avec intérêt et curiosité ses premières armes de retraitée de son emploi salarié, tout en maintenant une activité de consultation à temps partiel.

Pendant ce préalable, on est davantage à l'écoute de ce qui se passe dans notre environnement social où, déjà, d'autres ont fait le saut vers la retraite. Leurs expériences et leurs aménagements attirent notre attention, même si nous n'envisageons pas de mettre fin à notre vie de travail à court terme.

Il s'agit d'un moratoire pour songer à ses propres besoins, à ses préférences et à ses talents restés en friche faute de temps, et qu'on souhaiterait utiliser, exploiter davantage. C'est le moment opportun pour ouvrir ses horizons si le travail avait jusqu'alors captivé notre attention et mobilisé nos énergies. Cette période est propice au développement de nouveaux champs d'intérêt, tels la photo, l'apprentissage d'un instrument de musique ou encore d'autres avenues qui nous sortent de l'étau dans lequel le travail nous maintenait insidieusement. Au moment de la retraite, nous serons moins démunis pour nous réorienter et faire des choix.

Dans cette phase préparatoire, les entreprises et organismes offrent souvent aux salariés un élément de plus en plus incontournable : les cours de préparation à la retraite que peuvent suivre les intéressés, sur les lieux du travail. Quoique de plus en plus nombreux et diversifiés, ils sont consacrés en priorité aux aspects financiers de la retraite. On y parle également d'assurances, de bilans et de plans d'épargne. A ce volet économique s'ajoutent maintenant de plus en plus fréquemment des heures consacrées aux aspects socio psychologiques de la transition vers la retraite. Les contractuels ou travailleurs autonomes peuvent s'inscrire à certains de ces cours dispensés au niveau collégial. Daniel Alaphilippe (2001) considère cependant qu'on accorde encore peu de place à l'aspect psychologique de la retraite et à son vécu. Il écrit :

Quel que soit l'âge du passage, la retraite manifeste une rupture avec un passé qui comportait certes des contraintes hiérarchiques et d'horaires, des enjeux économiques, mais aussi un contexte de socialisation, d'appartenance identitaire, de réalisation et de valorisation de soi. [...] La rupture avec ce passé implique un deuil, au même titre que l'entrée dans l'âge adulte impliquait la perte de l'enfance. (p. 3)

Alaphilippe souligne avec justesse l'aspect de renoncement que comporte le changement de statut, d'organisation temporelle, voire d'identité sociale et personnelle qui résulte de la cessation du travail. Ce vécu de la retraite mérite autant d'être pris en considération que le volet économique.

Dans certains milieux, telles les universités et certaines agences gouvernementales, on offre des programmes de passage progressif à la retraite.

La retraite progressive autorise la réduction du temps de travail quand la personne est à moins de 10 ans de l'âge normal de la retraite, et la rend admissible à une prestation prise à même son régime de pension. Pendant cette période, elle peut continuer à cotiser. [...] Pour se prévaloir de ces dispositions, l'employeur et l'employé doivent parvenir à une entente. (Mercier, 2000, p. 73-74)

Ce ne sont donc pas les outils qui font défaut aux futurs retraités : cours préparatoires, livres sur le sujet, ateliers. Ils peuvent choisir d'utiliser ceux qui leur conviennent davantage et vivre une période de préparation spécifique à leurs questions et aussi à leurs craintes. Ils deviennent les créateurs d'un processus transitionnel individuel, autant dans sa préparation que dans son implantation, et qui, en quelque sorte, porte leur signature. Leur retraite sera alors une *jubilacion*, comme le disent les hispanophones.

### La retraite prématurée

Il importe cependant d'aborder un autre phénomène, celui de la retraite prématurée, souvent déclenchée par des événements extérieurs : les réorganisations, les licenciements, les programmes incitatifs, l'apparition d'une maladie ou d'un sérieux épuisement professionnel chez le travailleur. Dans ces cas, on est d'abord aux prises avec l'épreuve, et par conséquent, avec la désorganisation et la survie, avant d'entreprendre graduellement la transition de la retraite. Il est prioritaire de traverser la crise.

Ces expériences de retraite précoce ou subite rétrécissent considérablement le temps pour s'y préparer, et le travailleur passe abruptement d'une situation à l'autre sans avoir pu développer des modes d'adaptation adéquats. Ceci peut avoir l'effet d'un traumatisme dont la durée s'étendra parfois à plusieurs mois. Un mélange de ressentis habite la personne qui peut vivre du rejet ou de l'abandon de la part de son employeur ou éprouver de la colère envers lui. Le cycle de la vie de travail s'interrompt sur une mauvaise note qui laisse un goût amer. En fait, ce long cycle ne peut se compléter adéquatement. Il reste donc en suspens et encombré de situations inachevées. Le parcours de la transition sera compliqué et ralenti aussi longtemps que rien n'est entrepris pour compléter le cycle interrompu ; l'adaptation à une vie nouvelle pourra devenir plus conservatrice que créatrice. Il s'agit assurément d'un motif de consultation psychologique.

## LES TROIS VOILETS DE LA TRANSITION À LA RETRAITE

Cette partie traite de chacune des étapes de la retraite en se basant sur celles qu'a identifiées et décrites William Bridges (1980). Malgré le passage des années, son travail à propos des transitions demeure toujours aussi valable et éclairant. De plus, les trois volets qu'il explicite — la fin ou l'achèvement, la zone neutre et un nouveau commencement — correspondent assez bien à la fin d'un cycle d'expériences jusqu'au début d'un nouveau cycle, tel que le décrit la Gestalt.

### 1. La fin de l'emploi, le départ à la retraite

C'est le temps qui correspond à la cessation du travail structuré, du gagne-pain. La date du départ est arrêtée. Avec plus ou moins d'anxiété et de nostalgie, on a vidé son bureau, ses tiroirs, conservé quelques documents et certains objets personnels ; cette période de vie se conclut. Cependant, l'achèvement n'est pas instantané et il se prolonge souvent pendant des semaines, voire des mois. Bridges en décrit plusieurs sous - étapes.

La première est le désengagement d'un contexte familial et de la fonction qu'on y exerçait. Le nouveau retraité peut se sentir un peu perdu et désorienté. Plus besoin de réveil pour se tirer du lit le matin, plus d'horaire établi pour organiser son temps. Par ailleurs, la perte d'une structure vécue depuis des années et devenue une seconde nature, ainsi que celle des collègues autour de soi fait ressentir un manque, un sentiment d'isolement. Le nouveau retraité vit une *déstructuration* autant dans les circonstances de sa vie concrète qu'à l'intérieur de lui, sur le plan de son identité, et cela d'autant plus qu'il se valorisait dans et par son travail. D'autres changements peuvent survenir dans la même période, cette fois dans la vie familiale, alors que les enfants ont quitté la maison et que le couple parental se retrouve seul pour la première fois depuis des années, ou encore que l'état de santé d'un parent âgé exige plus d'attention et de soins.

Accepter de *laisser aller*, malgré la nostalgie, est un aspect important du vécu de la fin. Il faut cependant du temps et du travail sur soi pour en arriver à pareille acceptation. À ce sujet, Lucie Mercier (2000) écrit :

Il arrive à certains retraités de ressentir un manque et un vide semblables à ce qu'éprouvent parfois des gens ayant perdu leur emploi. Ce sentiment peut se manifester dès les premiers mois de la prise de retraite et s'estomper après un temps plus ou moins long, selon les personnes. Pour d'autres, c'est plus tard qu'apparaît cette impression de vide. (p. 76)

Le désengagement s'accompagne souvent du phénomène de désidentification. Habitée de se définir par ses rôles et ses fonctions, la personne retraitée ne sait plus au juste qui elle est et elle a le sentiment d'être presque sans identité. Il faudra dorénavant parler de son travail au passé. «Je travaillais pour la firme X ou l'université Y, j'occupais le poste de directeur, de consultant, de technicien depuis tant d'années.» Ne sachant trop quoi répondre si on l'interroge sur le poste qu'il occupe ou sur ce qu'il fait, l'individu bredouillera qu'il est récemment retraité. Si l'essentiel de son identité est relié à son métier et aux rôles qu'il a joués dans son travail, la perte sera plus douloureuse et elle pourra se solder par une phase dépressive.

Par contre, c'est précisément la perte de cette identité reliée au travail, cette *déstructuration* qui, malgré ses effets déconcertants, permet la transition vers des façons de se percevoir et de se définir, plus vastes que celle du statut professionnel. C'est un passage d'un monde où *faire* et *accomplir* étaient le barème, vers celui de *l'être*. Prendre le temps de le fréquenter, se pencher à nouveau sur la redécouverte de l'essentiel pour soi, de même que pour *soi et le monde environnant*, tout cela permet de voir que le domaine de l'être est plus vaste et plus inspirant qu'on ne l'aurait cru. Comme gestaltistes, nous le savons bien, ce domaine de l'être nous invite à être présents à l'instant. Cette capacité de présence et d'entière attention à un moment ou à un contact nous permet de goûter plus intensément la nature et le spectacle renouvelé qu'elle offre, selon les saisons, et aussi de devenir conscients des sensations que nos sens nous apportent. Grâce à cette capacité, les contacts que nous vivons au quotidien s'enrichissent, et ce, autant dans l'imprévu que dans les activités qui nous rattachent à notre environnement.

Dans un magnifique et inspirant livre sur la vieillesse, Joan Chittister (2009) écrit :

Pouvoir et responsabilité ne peuvent plus me définir. Il me faut maintenant trouver en moi-même ce qui, quoi que ce puisse être, me confère une place bien particulière dans le monde qui m'entoure: on s'amuse en ma compagnie; je m'intéresse aux gens; j'ai commencé à vivre comme jamais pour des réalités plus importantes, plus graves, plus essentielles. Je suis maintenant un gardien, une sentinelle citoyenne, un défenseur du peuple, un camarade. Je commence à me percevoir et à voir le monde différemment. (p. 62)

Pour faciliter la conclusion et l'achèvement, il importe de dresser un bilan, de récolter les fruits et les acquis de ses expériences de travail, tout en reconnaissant ses difficultés et ses échecs. Cela peut s'accomplir pendant les cours de préparation à la retraite, durant les derniers mois de travail ou encore une fois que nous l'avons laissé. Il est parfois nécessaire d'être accompagnés et aidés pour

traverser cette étape et pour accepter de ressentir la peine et les deuils sans risquer l'impasse.

Les rituels de départ du genre repas collectif ou soirée soulignant l'entrée à la retraite ont également une importante valeur de reconnaissance pour la personne qui va partir. On ne saurait trop souligner l'impact de ce rituel de passage. Plusieurs personnes m'ont confié que ce moment d'appréciation et de fête avait été très important pendant cette phase de la transition. Lorsqu'ils sont empreints d'authenticité et de chaleur humaine, les rituels constituent une marque d'appréciation et de considération pour le ou la future retraité(e). Comme une borne routière, ils contribuent à marquer la fin d'une étape et donc à la boucler. Les travailleurs autonomes ne profitent pas de tels rituels lorsqu'ils décident de mettre fin à leur vie professionnelle. Un mode quelconque de célébration de ce passage me paraît un projet intéressant, par exemple : une petite réception entre amis, un projet de voyage dans un pays qu'on désire connaître, etc.

L'achèvement comporte aussi un temps de pause, de repos. « Ça y est, j'ai terminé, c'est le temps de prendre un répit... avant de repartir. » Il arrive fréquemment que lassitude et fatigue se manifestent en début de retraite et persistent pendant des mois, tellement on n'avait pas pris le temps de sentir et d'entendre les signaux que le corps essayait vainement de communiquer. Respecter son besoin de repos constitue alors le premier cadeau de retraite à se faire. Dans un précédent article (1993) à propos du processus de finir, j'écrivais :

Plus le cycle qui vient de se terminer a requis de l'attention, des émotions et a été fertile en rebondissements et en difficultés, plus une période de retrait, d'entre-deux s'impose. Il est probable pendant ce temps qu'on ne ressentira pas un besoin pressant de stimulation, mais qu'on aura plutôt envie de tranquillité. C'est le moment de récupérer, de profiter du calme des eaux du port pour refaire ses énergies. (Poupard, 1993, p. 12)

Retrait, entre-deux, errance : ces mots évoquent l'étape mitoyenne de la transition, celle que Bridges qualifie de zone neutre et que Roberge associe à la dormance de l'hiver après les récoltes. Pour moi, gestaltiste, elle me ramène à l'indifférence créatrice, un concept développé par le philosophe Friedländer et repris par Fritz Perls (1978). À mes yeux, ce concept se traduit en une phrase : « Rien n'a encore pris forme, mais tout est possible » (prédifférenciation).

## 2. La zone neutre, l'entre-deux, l'essentielle errance

Ces trois expressions décrivent divers aspects de cette période de confusion, de vide (que Perls qualifiait de vide fertile) et de désorientation qui suit le départ. Sans statut ni horaire ni tâches prévues, le retraité se retrouve dans l'informel et l'éparpillement; la forme précédente de sa vie n'est plus là. Figure et fond ne se démarquent pas clairement pour l'instant. C'est un temps où l'indifférence créatrice est à l'œuvre, si l'on accepte de lui faire de la place.

Il importe de résister à la tentation d'occulter cette période ou de l'éviter en remplissant, par exemple, son horaire d'activités pour soi ou pour répondre aux demandes de sa famille. Ce serait là se priver d'un inestimable outil, court-circuiter la gestation et la création du prochain chapitre de sa vie pour en faire une œuvre de plénitude et de beauté. Cependant, notre société nous a malheureusement appris à craindre le chaos et le vide, sans lesquels, pourtant, un nouvel espace créateur ne peut apparaître.

Si le premier mouvement du retraité a été de combattre le sentiment de vide par un trop-plein, l'entre-deux réclamera sa part d'une façon ou de l'autre. Par conséquent, il vaut mieux accepter d'emblée d'en découvrir la source de pure énergie, comme le mentionne Bridges (1980) : «Le chaos n'est pas un désordre, mais plutôt c'est l'état initial de l'énergie pure auquel la personne retourne pour chaque véritable commencement.» (p. 119)

Je suggère donc aux futurs retraités de profiter de cette zone privilégiée, celle des virtualités: les possibilités sont nombreuses, mais rien n'est encore déterminé. C'est bien l'essence de *l'indifférence créatrice*. Ils peuvent donc se laisser flotter dans cet espace flou, au gré de ce qui émerge de l'intérieur ou de ce qui attire leur attention dans ce qui se présente à l'extérieur.

Certains résistent à cette vacuité en organisant leur horaire presque de la même façon qu'auparavant, alors qu'ils étaient encadrés par les impératifs du travail. Pas question d'entre-deux ou de vacances, à moins qu'elles soient bien définies. La peur de l'inconnu et de l'incertain les prive de se redécouvrir.

Un exemple personnel peut être éloquent ici, en ce qui concerne l'entre-deux. Après des mois d'inaction et de survie, à la suite d'une période de maladie très exigeante au plan de l'énergie vitale, j'ai pu me mettre manifestement à la retraite. J'avais remis mon bail et vidé mon bureau de consultation; je pouvais entamer l'étape suivante qui s'ouvrait à mesure que je récupérais mes forces. Rien de planifié, aucun projet en vue, à l'exception de me remettre à vivre, petit à petit. Le plaisir des petites choses et des essais me



revenait graduellement. Je me suis abonnée à un quotidien pour la première fois de ma vie, à l'essai, évidemment. J'ai ensuite reçu par la poste le dépliant d'une école de musique privée annonçant les cours du semestre d'hiver. Amatrice de musique, j'avais caressé le rêve de faire, à ma retraite, l'apprentissage d'un instrument, la clarinette. Mon rêve, mis en pièces par la maladie, est subrepticement revenu à la surface lorsque j'ai lu que cette école offrait des cours de clarinette. Peut-être pouvais-je y songer à nouveau? Le professeur avait une période libre, et je pouvais m'en prévaloir. Dix jours plus tard, je commençais les leçons avec une clarinette de location. Il valait mieux essayer et voir si j'allais en aimer le son avant de m'engager plus loin. Après un semestre, avec l'aide mon professeur, j'ai acheté une clarinette usagée et je continue depuis lors mon parcours de musicienne-amatrice.

L'attitude qui convient au vécu de la zone neutre du retraité en est une d'ouverture et de disponibilité. C'est en quelque sorte un laboratoire où le retraité explore diverses avenues pour s'engager dans quelques-unes tout d'abord, quitte à essayer autre chose par la suite, au gré de sa propre boussole. Espace nécessaire, car personne avant lui n'a décidé de sa retraite. À lui (ou à elle) de la créer afin de s'y épanouir. Je ne saurais trop insister sur la nécessité de fréquenter cet entre-deux sans se presser et sur les bienfaits que cela génère pour se restructurer de façon créatrice et entrer dans une nouvelle ère de sa vie. Pour une personne habituée à tout planifier, cette démarche sera probablement assez déroutante; laisser émerger plutôt qu'organiser risque cependant d'être fertile en surprenantes découvertes.

Bridges, pour sa part, suggère des façons de trouver la signification de cette essentielle période de flottement. Par exemple: l'aménagement de temps de solitude, l'écriture d'un carnet où noter les expériences de l'entre-deux, la rédaction de son histoire de vie, l'identification de ce qu'on veut vraiment (et non pas de ce *qu'il faut*), son propre voyage initiatique. Cette dernière suggestion me rappelle que de nombreux retraités désireux de refaire connaissance avec eux-mêmes choisissent les chemins de Saint-Jacques-de-Compostelle. D'autres lieux et d'autres chemins en soi ou à l'extérieur sont aussi disponibles. Place à la création!

### 3. La retraite, un recommencement

*Hiver comme été*

*Tout me recommence*

*Au fond d'un silence*

*Je trouve à chanter*

*Entre musique et poésie*, Gilles Vigneault, chansonnier et poète québécois. C'est un octogénaire qui a écrit ces vers dans une récente chanson qu'on retrouve sur son avant-dernier CD lancé en 2010.

N'est-il pas paradoxal d'évoquer un nouveau départ, un recommencement, alors que nombre de retraités atteignent le troisième âge et le début de la vieillesse qui marque l'étape finale du voyage terrestre? Et pourtant non! L'augmentation de la longévité et l'amélioration de l'état de santé de ces cohortes leur permettent d'entrevoir l'entrée dans une nouvelle période de vie qui s'étendra sur plusieurs décennies.

Si j'emploie le mot *recommencement* pour qualifier le troisième volet de la retraite, c'est à bon escient, car cette nouvelle tranche de vie nous invite à nous renouveler.

Si nous décidons que la vie est finie une fois disparu le fourniment de l'âge mûr — la carrière, la fonction, les enfants, l'ascension dans l'échelle sociale — et que rien d'autre ne mérite d'être tenté [...] nous avons nous-mêmes signé notre fin. [...] Pour grandir à un âge avancé, il faut la curiosité de l'enfant de cinq ans et l'assurance de l'adolescent. Il n'y a rien que nous ne puissions faire si nous voulons le faire. (Chittister, 2009, p. 67)

Ces phrases sont non seulement inspirantes et sources d'espoir, mais elles décrivent exactement mon expérience de cette phase de ma vie. Nombre de «jeunes-vieux» et même de «vieux-vieux» ont fait le choix de recréer leur mode de vie, ce qui leur permet de la poursuivre en s'épanouissant. Ils créent leur retraite et leur vieillesse à mesure qu'ils la vivent dans ses méandres. Le travail se fait maintenant à l'intérieur d'eux-mêmes et non seulement à l'extérieur.

Bien sûr, les limites physiques interviennent parfois. Elles ralentissent certains élans et méritent qu'on s'y attarde. Si l'on a l'assurance de l'adolescent et aussi celle de l'expérience, le rythme est différent. Il est avisé de le reconnaître.

Chittister poursuit en donnant de nombreux exemples de projets possibles. Chacune de ses phrases commence justement par: «Nous pouvons». Aurait-elle été influencée par le: «Yes we can» de Barak Obama? Un peu plus loin, elle écrit: «Une seule

chose est maintenant nécessaire : nous devons choisir d'embrasser un nouveau genre de vie, reliée au passé comme de raison, mais affranchie des restrictions qui nous y enchaînent.» (p. 69)

Pour plusieurs retraités, le recommencement se traduit par la poursuite d'activités parfois connexes à celles qu'ils accomplissaient dans leur travail rémunéré ou tout à fait différentes, que ce soit par le biais d'engagement dans des projets communautaires, de comités de toutes sortes ou de contrats de courte ou moyenne durée. Dans certaines petites entreprises ou certains organismes, on offre aux retraités des contrats de quelques semaines ou quelques mois qui répondent à des objectifs intéressants de part et d'autre.

Nombre de retraités ont entrepris, vers la fin de leur période de travail structuré, des études dans un nouveau champ de connaissances ou de pratique. Certains le font pour élargir leur culture ou encore pour s'adonner à une activité nouvelle qui peut se transformer en deuxième métier, comme la menuiserie, la traduction. D'autres s'adonnent à développer leurs aptitudes artistiques, soit du côté de la peinture, de l'écriture, de la sculpture, de la reliure... L'énumération pourrait s'allonger encore.

Au moment de leur retraite, certaines personnes développent ou achètent une petite entreprise dans un domaine qu'ils connaissent déjà ou qu'ils découvrent. Léon Courville — professeur d'économie avant de devenir président de la Banque Nationale du Canada en 1993 — est maintenant, depuis qu'il est retraité, l'heureux propriétaire d'un vignoble. On peut dire qu'il a changé de domaine.

Si le passage vers la retraite ne s'ouvre pas à de la nouveauté ou qu'il ne le fait que partiellement, la stagnation et l'ennui s'installent. À la longue — parce que la vie a perdu son sens — les journées remplies de gestes routiniers et sans imprévu génèrent déception et amertume.

## LES ÉCUEILS DU PASSAGE À LA RETRAITE

Le parcours de toute transition est, comme tout voyage, parsemé d'obstacles et de pièges qu'on n'avait pas prévus au départ. La capacité qu'une personne a développée au cours de sa vie d'arriver contre vents et marées à des *ajustements créateurs* s'avérera un atout nécessaire pour relever le défi que représente une nouvelle tranche de vie, différente de celle du travail structuré au moment de la retraite.

La *qualité du vécu* et des expériences accumulées au cours des passages et des traversées antérieures — l'enfance, l'adolescence, l'entrée dans la vie adulte, la famille et le monde du travail, le mitan de la vie — vont assurément façonner la forme que prendra une des dernières transitions de la vie adulte, celle qui se situe à la fin du travail structuré et rémunéré, à l'orée de la retraite et au début de la vieillesse.

Au cours de sa longue carrière de chercheur et de clinicien, Erik Erikson a mis au point une théorie du développement psychosocial graduée en huit étapes ou *crises existentielles*. Il a beaucoup étudié le déroulement des 10-12 premières années de la vie et y a situé les quatre premières étapes. Précédées par la crise de l'adolescence, les trois dernières étapes caractérisent le parcours de la vie adulte. Chaque crise *développementale* correspond à un enjeu ou à un défi avec lequel le sujet doit composer au mieux, compte tenu de ses acquis et des circonstances où il se trouve. Erikson les définit comme des attitudes opposées ou des polarités entre lesquelles chacun essaie de trouver, à chaque phase, un certain *équilibre*. Dans son livre qui traite du développement psychosocial de l'adulte, Renée Houde consacre un long chapitre aux travaux d'Erikson et y insère quelques tableaux précisant la polarité de chaque phase (Houde, 1999, p. 54). Bien que leur traversée exerce une influence sur la suite du développement d'une personne, autant dans ses avancées que dans ses arrêts, je me limiterai ici à décrire les deux dernières crises de la vie adulte, selon Erikson.

La septième correspond au mitan de la vie (de 40 à 65 ans), et selon l'auteur, elle met en jeu les polarités de générativité et de stagnation. Les personnes qui prennent leur retraite dès l'âge de 55 ans s'y trouvent encore.

Dans un sens large, la générativité désigne la préoccupation pour les générations montantes et pour l'univers dans lequel elles vivront. [...] tout adulte qui se soucie du bien-être des jeunes et de rendre l'univers plus viable par sa production, sa créativité, son travail réalise sa générativité. [...] Les personnes qui ne développent pas le sens de la générativité peuvent se retrouver absorbées par elles-mêmes, concernées avant tout par leur propre confort, ce qui leur laisse un sentiment de vide. (Houde, 1999, p. 71)

La huitième crise du développement se situe à la période appelée âge mûr ou encore le troisième âge. Pour plusieurs, la retraite est déjà entamée, alors que pour d'autres, elle se profile à peine à l'horizon. La polarité que décrit Erickson se décline entre intégrité et désespoir. Puisqu'il a vécu jusqu'à l'âge vénérable de 92 ans, il a été en mesure de faire amplement l'expérience de cette dernière phase. Déjà, en 1959, il la décrivait ainsi :

C'est un sentiment croissant du moi qui va vers l'ordre et la signification. C'est l'acceptation de son seul et unique cycle de vie comme quelque chose qui devait être et qui ne permettrait pas de changement. [...] Tout en étant conscient de la relativité de tous les divers styles de vie qui ont donné une signification aux efforts humains, celui qui possède l'intégrité est prêt à défendre la dignité de son propre style de vie contre toutes les menaces physiques et économiques. (Erikson, 1959, p. 179)

La personne qui réalise son intégrité accepte sa vie, en reconnaît le sens et la valeur tout en n'excluant pas d'éprouver regrets et déceptions. La force de base qui caractérise cette période est la sagesse. Par ailleurs, la personne grandement insatisfaite de sa vie garde au premier plan le souvenir d'occasions manquées et souhaiterait avoir une seconde chance; elle est plus près du pôle du dégoût et du désespoir. Il va de soi que s'employer à se rapprocher du pôle intégrité et faire la paix avec soi-même facilite la construction d'une retraite créatrice et stimulante.

D'une façon existentielle, on pourrait considérer la retraite comme l'aboutissement de toute une vie. Cet aboutissement sera serein ou empreint d'anxiété quant à l'inconnu et à l'incertitude que recèle le futur, selon la lourdeur du bagage de situations inachevées sans les mener à terme, de conflits laissés en plan sans effort de les régler. Ce poids souvent occulté se fera sentir au moment du changement de rythme et de vie provoqué par la cessation du travail et l'entrée dans la retraite.

Accaparés par le travail et la famille, on a mis de côté, sans en tenir compte, des désirs personnels, des malentendus et des deuils à moitié vécus. On a développé des façons plus absolues et rigides de penser et d'agir, des ajustements conservateurs.

Si l'on ne s'occupe pas de terminer ce qui est irrésolu, c'est parfois le corps qui prend le relais et manifeste le mal-être à travers toutes sortes de maux, petits ou grands. On peut penser à différentes formes de maladies ou de syndromes physiques qui altèrent la liberté et la vitalité: problèmes cardiaques, diabète, problèmes circulatoires, digestifs, intestinaux ou cognitifs. Le choix est vaste.

Par ailleurs, un des progrès de notre société contemporaine a été l'ouverture à percevoir comme un fait *normal* la consultation en psychologie, et ce, dans le but de résoudre des problèmes ou des impasses qui empêchent de fonctionner et de s'épanouir.

Nombreux sont ceux et celles qui ont consulté à plus d'une reprise pour donner ou trouver du sens à leur vie et qui se prévaudront à nouveau de cette possibilité une fois parvenus à la transition de la retraite.

La génération des baby-boomers arrive au seuil de la retraite ; certains membres de cette cohorte vont plus aisément demander du soutien pour la préparer ou pour entreprendre avec moins d'angoisse la transition elle-même. Ils ne craindront pas de chercher de l'aide thérapeutique s'ils sentent en eux des indices de mal-être ou de dépression. Préparons-nous à les accompagner dans la quête d'une sérénité créatrice.

## LA RETRAITE ET LES INTERVENANTS

Les professionnels comme nous, psychothérapeutes, superviseurs, formateurs, consultants, surtout s'ils sont en pratique privée ou à leur propre compte, décident fréquemment de maintenir une activité de travail au-delà de l'âge habituellement reconnu pour être celui de la retraite (aux environs de 60-65 ans).

Ceux qui travaillent dans une clinique, dans un hôpital, dans une université ou pour un organisme paragouvernemental seront invités ou incités à terminer leur emploi au cours de leur soixantaine. Ils profiteront par la suite d'une pension à laquelle eux et leur employeur auront contribué. Certains voudront poursuivre, comme travailleurs autonomes, une activité professionnelle dans diverses sphères de la psychologie — expertise psycholégale, thérapie de couple, de groupe ou individuelle, *coaching*, charges d'enseignement, supervision et j'en passe.

Bien qu'elles aient leurs exigences intellectuelles et psychiques, nos activités de travail ne requièrent pas beaucoup de force physique. Ce sont des habiletés de concentration, de compréhension, des capacités de présence, d'écoute réflexive et de communication. L'expérience acquise pendant de nombreuses années de pratique s'avère un atout précieux, même au-delà du troisième âge ! En général, la maturité personnelle et professionnelle augmente à mesure que les années s'accumulent (Skovolt et Ronnestad, 1992).

Si tel est son souhait, et dans la mesure où son état de santé le lui permet, il est possible au professionnel certifié d'exercer comme psychothérapeute de longues années après l'âge de la pension de vieillesse. Étant maître de son temps et de son agenda, il a le loisir de consacrer le temps qu'il désire, soit 10-15 heures ou plus par semaine, à répondre à des demandes de consultation, de supervision ou de formation, sans exclure pour autant des projets personnels.

Si l'on se penche du côté de nos formateurs et superviseurs en Gestalt, tout comme chez les grands peintres, musiciens ainsi que nombre de politiciens, il est habituel d'y trouver des personnes qui ont atteint l'âge de la maturité et accumulé une longue expérience.

Autant au Gestalt Institute de Cleveland, où j'ai suivi ma formation en Gestalt, qu'à l'institut que dirigeaient les Polster à San Diego, la majorité des gestaltistes qui assurent la formation ont atteint l'âge de la maturité, la sinon la soixantaine bien entamée. Laura et Frédérick Perls ont travaillé jusqu'à 70 ans (Laura Perls venait donner des ateliers à Cleveland et à Montréal alors qu'elle avait plus de 75 ans). D'autres formateurs réputés dans notre domaine sont invités dans divers pays pour offrir séminaires et ateliers.

À moins de circonstances qui obligent à quitter le travail, telles la maladie, l'épuisement ou le désintéret, il n'est pas nécessaire d'affronter une coupure brutale entre vie professionnelle à plein temps et retraite. Une diminution graduelle de la pratique permet d'appriivoiser une vie plus libre et décentrée du travail qui n'est plus au cœur de tout. Il y a certainement autre chose à vivre pour les intervenants que les quatre murs de leur bureau, comme plusieurs en font l'expérience avec bonheur.

Le désir d'aider les autres à se développer, de soulager la souffrance humaine disparaît-il complètement chez quelqu'un qui en a fait le centre de sa vie active? Probablement pas complètement si on ne l'a pas dilapidé ou si, en cours de route, on a respecté ses limites et ses autres besoins. Par ailleurs, d'autres projets ont pu se développer et vouloir la place centrale dans la vie du professionnel après des années d'expérience; un autre domaine sera l'objet d'exploration et d'accomplissement, écriture, peinture, déménagement, vie à l'étranger, voyage humanitaire, et plus encore.

Même si le passage à la retraite peut être plus fluide que dans le cas de métiers plus exigeants au plan physique, sa préparation et les étapes de transition s'appliquent dans notre situation autant que pour les autres personnes.

Par ailleurs, dans le cas où le travail a occupé toute la place dans la vie d'un intervenant, la retraite pourra être vécue à la manière d'une crise existentielle assortie d'une perte de sens et d'identité. Son adaptation à un autre style de vie sera plus laborieuse.

## CONCLUSION

Le thème abordé dans ce texte est très vaste et j'ai laissé de côté de nombreuses facettes de la prise de la retraite, telles les modifications de la vie d'un couple — personnes habituées à vivre dans des univers distincts pendant les années de travail d'un ou des deux conjoints — et qui se retrouvent pour de plus longues périodes lors de la retraite.

Cet article est centré sur le passage à la retraite, une *transition majeure de la vie adulte*. Ses trois étapes: 1- l'achèvement, 2- la zone neutre et finalement, 3- le recommencement en constituent l'objet central. Tout comme un voyage, le *virage-âge* de la retraite recèle des imprévus porteurs de découvertes ou de défis et des dangers auxquels il faut faire face. La présence d'écueils sur la route souligne l'importance de terminer ce qui est en suspens (dossiers non clos et situations inachevées) pour se donner librement accès au renouveau, dans cette période inédite de sa vie.

Qu'en est-il des caractéristiques de la retraite des professionnels qui, comme nos lecteurs, sont intervenants, formateurs et psychothérapeutes? Sans avoir fait une étude rigoureuse de la question, ce qui serait sûrement fort utile par ailleurs, j'esquisse à ce sujet quelques pistes de réflexion. Ces dernières feront peut-être l'objet d'études ultérieures.

Avec l'allongement de la durée de vie, on verra le déroulement de plusieurs transitions entre une partie de retraite active ou semi-retraite, une retraite construite autour de loisirs — à mesure qu'on délaisse le champ du travail (pour nous, celui de la psychologie et de la psychothérapie) — une portion plus dépendante ou sédentaire, selon la diminution éventuelle des forces physiques. Ces articles (celui de 2010 comme celui-ci) m'ont conduit à lire et à réfléchir à propos des dernières étapes de notre vie d'adulte (la mienne, la vôtre et celle de nos clients qui vivent ces premières décennies du troisième millénaire). Certains textes sur la vieillesse ont également éclairé mes réflexions. Le thème du vécu, des défis autant que des richesses de la vieillesse mérite également d'être approfondi.

Nous assistons maintenant à l'arrivée à la transition vers la retraite de la *génération lyrique* et des baby-boomers. Il est encore prématuré de tirer des conclusions précises à leur sujet sans pouvoir déceler dans une boule de cristal les précédents qu'ils ne manqueront pas d'apporter au déroulement de cette étape de vie.

## Références

- Alaphilippe, D. (2001). Le passage à la retraite: craintes et espoirs. *Connexions*, 2, numéro 76.
- Bridges, W. (1980). *Transitions: making sense of life's changes*. Cambridge, Mass.: Perseus Books.
- Chittister, J. (2009). *Viellir et se réaliser pleinement*. Montréal: Éditions Fides.
- Delisle, I. (1998). *Réussir sa retraite: découvrir un sens nouveau à sa vie*. Montréal: Éditions Médiaspaul.
- Dessaint, M.-P. (2005). *Une retraite heureuse? Ça dépend de vous!* Flammarion: Québec.



- Erikson, E. H. (1959). *Enfance et société*. Neuchâtel, Suisse: Delachaux et Niestlé.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed: a review*. New York: Norton.
- Houde, R. (1999). *Les temps de la vie: le développement psychosocial de l'adulte*. Montréal: Gaétan Morin éditeur.
- Leseman, F., & Crespo, S. (2005). La transition entre le travail et la retraite: des parcours de plus en plus diversifiés. *Fonds de recherche sur la société et la culture*: Québec.
- Mercier, L. (2000). *À la retraite, re-traiter sa vie*. Éditions de l'Homme, Québec: Club Québec-Loisirs.
- Perls, F. S. (1998). *Le Moi, la Faim et l'Agressivité*. Paris: Tchou.
- Poupard, D. (1993). Finir: réflexions à propos du processus de clôture. *Revue québécoise de Gestalt*, 2, 7-19.
- Ricard, F. (1992). *La génération lyrique: essai sur la vie et l'œuvre des premiers-nés du baby-boom*. Les éditions du Boréal: Montréal. Distribution: Éditions du Seuil.
- Roberge, M. (1998). *Tant d'hiver au cœur du changement*. Québec: Septembre éditeur, coll. Libre cours.
- Skovolt, T. M., et Ronnestad, M. H. (1992). *The evolving professional self: stages and themes in therapist and counselor development*. Oxford, England: Wiley.

### Abstract

Among the transitions that span the course of one's life from childhood to old age, the passage from structured work to retirement constitutes a major transition. After having been positioned in their actual social field, the three main stages of this long life cycle — the termination, the neutral zone and the new beginning — are explored, as well as the difficulties one can encounter on the way. Before concluding, some thoughts are offered about the different forms or figures that our own retirement from psychotherapy or intervention might take.

# Commentaire de lecture

## *Attachement in psychotherapy*<sup>1</sup>

Par David J. Wallin

Martin OUELLET

### INTRODUCTION

Après ma formation en Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) au Centre d'intervention gestaltiste (CIG), j'ai eu envie de m'intéresser à des approches différentes, mais néanmoins compatibles avec celle-ci dans le cadre d'une approche multimodale. Plusieurs personnes m'ont conseillé *Attachement in psychotherapy* de David Wallin. J'ai découvert chez Wallin une approche qui, si elle est centrée sur l'attachement, est largement intégrative et s'alimente aussi aux neurosciences et à l'intersubjectivité. Elle pourra servir d'inspiration à nombre de thérapeutes, et à mon tour je veux vous en conseiller la lecture.

David Wallin est psychologue clinicien. Il a enseigné la psychothérapie à la *Northern California Society for Psychoanalytic Psychology*, à la *California School of Professional Psychology* et à l'Université de Californie. Il est formateur et enseignant, ce qui le place dans une position idéale pour faire le pont entre la théorie et la pratique clinique.

Son ouvrage comprend cinq sections. La première section relate des différentes étapes de recherche et d'élaboration de la théorie de l'attachement; dans la deuxième section l'auteur explique comment les différentes relations d'attachement contribuent au développement du Self. Les trois sections qui suivent s'adressent au clinicien qui est intéressé à intégrer ces notions dans une approche clinique cohérente. Ainsi la troisième section contribue avant tout à établir un pont entre la théorie de l'attachement et la pratique clinique. La section suivante présente l'expérience intra et inter psychique des clients en fonction de leur type d'attachement et les modalités du travail psychothérapeutique en fonction de ces caractéristiques. La dernière section et pas la moindre en importance présente la place centrale occupée en psychothérapie

<sup>1</sup> Wallin, D. J., (2007). *Attachement in psychotherapy*. Guilford Press.

par l'attention portée à la dimension non verbale et l'influence transformative de la *mentalisation* et du *mindfulness*. Dans mon commentaire de lecture, je vous présente deux volets de la pensée de Wallin, les fondements théoriques et les outils cliniques, qui m'ont permis d'effectuer un travail d'intégration de son ouvrage.

## THÉORIE

### Histoire de la théorie

Le cheminement de Wallin a commencé par une question toute simple: «Comment la psychothérapie permet-elle le changement?» Dans son livre *Attachement in psychotherapy*, il nous partage le fruit de 30 ans de travail qui ont suivi sa quête d'une réponse à cette question.

Il passe d'abord en revue les recherches sur la théorie de l'attachement — en tant que théorie *développementale* — pour trouver comment nous devenons ce que nous sommes. Il s'agit là de recherches fort importantes, car il s'y appuiera pour établir la base de sa pratique clinique.

Wallin porte tout d'abord son attention aux propos de Bowlby. Ses recherches démontrent la nécessité biologique de l'attachement de l'enfant à la figure parentale. De plus, pour Bowlby, la relation réelle au parent est un facteur-clé du développement de l'enfant, et pas seulement les fantasmes de l'enfant au sujet de cette relation.

Bien sûr, Wallin évoque Mary Ainsworth. Il nous fait part des interactions qu'elle observe entre l'enfant et le parent dans la situation étrangère — procédure qui évalue la relation d'attachement par différents épisodes de séparation et de réunion entre mère et enfant — et qu'elle catégorise en style d'attachement: *sécure*, évitant ou ambivalent<sup>2</sup>. Ces styles se développent et s'expriment dans une communication non verbale entre l'enfant et le parent.

Mary Main poursuit les recherches sur l'attachement en déplaçant son attention du monde des interactions personnelles dans l'externe vers le monde interne avec les représentations mentales. Avec l'*Entretien d'attachement adulte* (Main et al., 1985), *EAA (Adult Attachment Interview)*, elle démontre que les modèles de fonctionnement interne de Bowlby s'enregistrent sous forme de représentations mentales qui influencent plus tard la façon dont l'adulte peut penser, sentir et agir. Elle démontre aussi une corrélation entre les représentations mentales du parent vis-à-vis de l'attachement et les comportements de l'enfant lors de situations étrangères. Elle ouvre ainsi la porte à une transmission intergénérationnelle des modèles d'attachement.

<sup>2</sup> 20 ans plus tard, Mary Main ajoutera à cette classification le style d'attachement désorganisé/désorienté.

Alors que Mary Main s'est centrée sur l'observation des représentations d'attachement adulte, Fonagy s'est, quant à lui, intéressé à la lecture de l'esprit (*mind reading*) par le biais de la théorie de l'esprit. «Ce terme réfère aux moyens par lesquels chacun de nous, à des degrés variables, donne sens à ses comportements et à ceux des autres sur la base des états mentaux sous-jacents, incluant les croyances, les émotions et les désirs» [Traduction libre] (Wallin, 2007, p. 43). Il développe alors le concept de *mentalisation* «[...] processus par lequel nous réalisons qu'avoir un esprit conditionne notre expérience du monde [...]», c'est-à-dire que c'est notre esprit qui nous fait agir et réagir. [Traduction libre] (Fonagy, Gergerly, Jurist & Target, 2002, p. 3, cité dans Wallin, 2007, p. 44). La *mentalisation* comporte une composante personnelle et une composante interpersonnelle. Fonagy parle de fonction réflexive quand il est question de réfléchir explicitement au sujet des états mentaux, les nôtres et ceux des autres. C'est cette capacité réflexive qui «[...] permet aux individus de comprendre, d'interpréter et de prédire le comportement des autres, autant que notre propre comportement» (Allen & Fonagy, 2002, cité dans Wallin, 2007, p. 46). Nous y reviendrons ultérieurement.

Wallin cite une étude de Fonagy et Steeles de 1987 (Wallin, 2007). Fonagy y fait des trouvailles intéressantes. D'abord, l'évaluation du style d'attachement du parent avant la naissance de l'enfant permet souvent de prédire le style d'attachement, *sécuré* ou non, de l'enfant évalué à l'âge de 12 mois. Cela soutient la thèse d'une transmission intergénérationnelle des styles d'attachement. Mais cette étude souligne aussi que les parents qui présentent une bonne capacité réflexive ont trois à quatre fois plus de chances d'avoir un enfant avec un style d'attachement *sécuré* que ceux qui ont une faible capacité à *mentaliser*. Le cycle de transmission des styles d'attachement n'est donc pas inéluctable et l'aptitude des parents à *mentaliser* semble jouer un rôle protecteur pour l'enfant.

Pour Fonagy, la capacité à *mentaliser* est donc étroitement liée à l'attachement. Selon lui, la *mentalisation* facilite la régulation affective et donc l'attachement et inversement, dans une relation d'attachement il est plus facile de réguler les affects et de *mentaliser*. «Pour Fonagy la *mentalisation* et l'attachement s'entrelacent pour jouer un rôle critique dans le développement, la psychopathologie et la psychothérapie.» [Traduction libre] (Wallin, 2007, p. 46). À son tour, Wallin fait de la *mentalisation* une des bases importantes de son travail clinique. D'après lui, la psychothérapie peut être comprise comme un effort pour restaurer ou stimuler la capacité de *mentaliser* du client.

## Principes-clés pour la psychothérapie

Du survol de ces recherches, Wallin retient trois principes-clés qui ont les implications les plus profondes et fertiles pour la psychothérapie :

- 1- Les relations d'attachement cocrées constituent le contexte clé du développement du Self;
- 2- L'expérience préverbale constitue le cœur du développement du Self;
- 3- La position du Self devant l'expérience est un meilleur *prédicteur* de la sécurité de l'attachement que l'histoire personnelle elle-même.

C'est à partir de ces principes qu'il posera les bases de son approche clinique. Comme la relation d'attachement originale a permis à l'enfant de se développer, c'est ultimement la nouvelle relation avec le thérapeute qui favorise le changement chez le patient en lui permettant de déconstruire les modèles anciens et en lui offrant l'occasion d'en construire des nouveaux. Parce que la croissance est un processus relationnel, la thérapie doit être pensée en termes relationnels. C'est ce qu'il résume avec l'expression « transformation du Self par la relation ».

Toutefois, comme la relation d'attachement originale a été vécue sur un mode préverbal, les internalisations qui en découlent, sous forme de représentations, de règles et de modèles internes, ne peuvent être exprimées en mots. Des mises en acte, des évocations chez l'autre, par le mécanisme d'identification projective, et l'incarnation dans le corps permettent au client d'exprimer ses internalisations. En effet, bien que connus implicitement, ils ne peuvent les mettre en pensée (*unthought known*), Wallin, 2007, p. 115).

La théorie de l'attachement ne donne pas à Wallin les outils cliniques nécessaires pour avoir accès à ces modèles internes et pouvoir les modifier. Pour cela, il faut qu'ils soient activés par l'expérience, dans la relation thérapeutique. Pour avoir accès à ce que le client ne peut mettre en mots, le thérapeute doit utiliser son expérience subjective. À la théorie de l'attachement, qui décrit comment le Self se découvre et se construit, Wallin ajoute la théorie de l'intersubjectivité, où le Self découvre l'autre, non plus comme objet, mais comme sujet. La thérapie devient alors la rencontre de deux subjectivités, celle du patient et celle du thérapeute.

Pour Wallin, cela signifie l'abandon de l'image du thérapeute objectif, ce qui ouvre la porte à une thérapie où il y a une relation cocrée. Évidemment, cette relation doit être vécue et non seulement analysée et interprétée. Comme la relation client-thérapeute est cocrée, le thérapeute en fait partie, et comme le patient, il y apporte son histoire d'attachement qui a été internalisée de façon

préverbale, sous forme de représentations, de règles, de modèles de fonctionnement interne qui ne peuvent être mis en mots. C'est dans cette nouvelle relation d'attachement cocréée que le client apprend à donner du sens à ses comportements et à développer de nouveaux modèles d'attachement.

Wallin termine son préambule théorique avec cette intégration de la théorie de l'attachement à celle de l'intersubjectivité. Par la suite, il prend un virage résolument clinique. C'est là que se trouve toute sa richesse, alors qu'il fait le pont entre théorie et clinique.

### **Style d'attachement et psychothérapie**

La théorie de l'attachement nous dit que lorsque les premières relations déraillent, l'enfant développe des stratégies d'attachement secondaires qui s'expriment sous la forme d'un style d'attachement. Qu'arrive-t-il quand on regarde cela à la lumière de l'intersubjectivité? Quelle influence cela a-t-il dans notre bureau, lors de la rencontre avec le client? Wallin nous montre comment se présente un client qui a un style d'attachement particulier, évitant, préoccupé ou non résolu. Les questions que chaque clinicien devrait se poser sont de cet ordre: comment le reconnaître? Qu'est-ce que cela me fait d'être en lien avec ce client? Qu'est-ce que cela me fait vivre? Comment vais-je y réagir, en tenant compte de mon propre style d'attachement? Wallin nous fait ses recommandations cliniques et nous renseigne sur les pièges à éviter pour arriver à redémarrer — dans la nouvelle relation d'attachement cocréée - le développement qui avait été arrêté.

### **OUTILS CLINIQUES**

Après avoir établi les prémisses conceptuelles dans la première partie de son livre, Wallin consacre la dernière partie aux outils cliniques utilisés dans sa pratique. Nous retrouverons donc ici les aspects cliniques sur lesquels Wallin désire attirer notre attention, le travail avec ce qui est mis en acte, le travail avec le corps, la double hélice de libération psychologique, la *mentalisation* et le *mindfulness*.

#### **Le travail avec ce qui est mis en acte**

Comment donc travailler avec ce qui est non verbal dans une thérapie par le langage? Les modèles internes sont enregistrés sous forme de connaissances implicites ou procédurales qui s'expriment non pas en mots, mais dans nos comportements, dans ce que nous ressentons et dans ce que nous attendons des autres, donc sous forme d'action ou de mise en acte. L'auteur consacre un chapitre à expliquer comment le thérapeute se sert de son expérience subjective et de sa conscience des mises en acte comme passerelle pour

accéder au monde non verbal du client. En rendant explicite ce processus implicite, il aide le client à donner du sens à son expérience, et ce faisant, il favorise le changement.

L'auteur accorde aussi beaucoup d'importance au fait que cette mise en acte est toujours cocrée. La rencontre du thérapeute et du client se fait toujours lors d'une mise en acte de leurs modèles internes respectifs. Le thérapeute et le patient y apportent des aspects de leur monde représentationnel, legs de leur propre histoire d'attachement. Cela amène Wallin à se questionner, comme thérapeute, sur ses motivations inconscientes à la mise en acte. La compréhension de sa propre contribution à la mise en acte cocrée éclaire la compréhension de celle du client.

Le thérapeute peut alors agir comme un observateur. Il contient son expérience et tente de la comprendre, pour ensuite transmettre cette compréhension au client. Il peut aussi agir comme participant et répondre par un dévoilement, en exprimant son expérience avec émotivité et authenticité.

### **Le travail avec le corps**

Les thérapies par la parole ont souvent mal intégré le travail avec le corps. C'est un substrat des émotions, et les relations d'attachement sont le contexte dans lequel on apprend à réguler nos émotions. Wallin se singularise dans ce domaine quand il fait le lien entre la théorie de l'attachement et le travail du corps en pratique clinique. Par exemple, les personnes ayant un style d'attachement non résolu ou désorganisé subissent un impact physique et pas seulement psychologique. Elles font souvent l'expérience de leurs émotions sous forme de sensations physiques ou de symptômes plutôt que sous forme de sentiments. Elles ont une réactivité physique augmentée, sans prise de conscience. Leur corps réagit comme si chaque instant de la vie quotidienne les mettait en danger de mort. Leur vie est une urgence continue, le corps étant frappé de maux réels ou imaginés qu'ils ne peuvent traduire en sentiments qui pourraient être partagés ou modulés. Dans un processus de *désomatization*, le thérapeute doit d'abord aider ces clients à tolérer et à contenir leurs sensations physiques et non pas à les dissocier. Ensuite, il les aide à les reconnaître et à les interpréter comme des sentiments et à y donner du sens. La *désomatization* est la réintroduction des émotions et des sentiments dans l'expérience corporelle de ces clients, ce qui leur montre une autre porte de sortie que la somatisation.

Au contraire, le client qui a un style d'attachement évitant est souvent déconnecté de ses sensations physiques, dans une tentative

de fuir tout signal interne qui pourrait évoquer son besoin des autres. Le thérapeute se retrouve devant une « tête parlante », sans affect. Les émotions désavouées du client, ou ses défenses contre ces émotions se retrouvent chez le thérapeute qui doit être attentif à son propre corps. Son travail en est alors un de *resomatization*. Il remet le client en contact avec un corps qui ressent, et ce, de manière à ce qu'il soit plus en contact avec ses sentiments, avec lui-même et avec les autres.

Wallin travaille ainsi à favoriser la traduction des sensations somatiques en sentiments qui peuvent être ensuite reconnus, nommés et contenus. Ce travail de traduction ouvre la porte à un processus de *mentalisation* et de régulation interactive avec le thérapeute et favorise un lien *d'attachement sécurisé* avec celui-ci. Dans le travail avec le corps, comme ailleurs, l'attachement est au cœur des préoccupations de Wallin.

### ***Mentalisation* et *mindfulness*: la double hélice de libération psychologique<sup>3</sup>**

Wallin utilise la définition de Siegel du *mindfulness*: une attention délibérée et absente de tout jugement à l'expérience du moment présent (Germer, Siegel & Fulton, 2005, cité dans Wallin, 2007, p. 5). Il ajoute que la clé du *mindfulness* consiste à choisir où et comment nous dirigeons notre attention (Wallin, 2007, p. 309). C'est pourquoi j'ai choisi de ne pas utiliser le terme de *pleine conscience*, la traduction française la plus souvent rencontrée, car il nous renvoie à un état, alors que le concept de *mindfulness* reflète l'action de diriger la conscience.

En effet, ce dernier nous donne accès à notre expérience subjective, de la manière la plus large et la plus complète possible. « On devient conscients de la suite de pensées, d'émotions et de sensations physiques qui forment et transforment notre expérience de moment en moment » (Wallin, 2007, p. 310), et cela nous permet de réaliser la nature perpétuellement changeante de notre expérience (l'impermanence de la tradition bouddhiste). Nous pouvons aussi être présents à notre expérience, sans rester prisonniers d'un de ses aspects particuliers. Ce travail amène la *désautomatisation* des modèles habituels de penser et de ressentir.

Cette prise de conscience entraîne une liberté et un calme intérieurs qui nous permettent de *mentaliser*, de donner du sens à notre comportement et à celui des autres, au lieu d'être prisonniers de nos croyances et de nos émotions. La personne n'est plus dans un état d'équivalence entre son état mental et la réalité extérieure

<sup>3</sup> Note de l'auteur : l'image de la double hélice a aussi été employée dans un article de Catherine Hamel « Enjeu de l'attachement » dans le volume 11 (2008) de la *Revue québécoise de Gestalt*. Toutefois, le sens qu'elle lui donne diffère de celui de Wallin.



(équivalence psychique) ni dans un état d'esprit dissocié de la réalité. Elle est capable de ressentir, tout en gardant sa liberté de penser et d'agir. C'est ce que Wallin appelle la libération psychologique, et c'est un puissant outil de changement.

Wallin intègre les deux concepts de *mindfulness* et de *mentalisation* par une métaphore: la double hélice. « [...] une paire de spirales se chevauchant partiellement et qui convergent et divergent, encore et encore. La *mentalisation* et le *mindfulness* sont des moyens distincts, mais complémentaires, de connaître et de répondre à l'expérience, et chacun d'eux potentialise l'autre (Wallin, 2007, p. 312). »

Comment cette double hélice pourrait-elle nous aider dans une mise en acte? La mise en acte est la façon de rejouer un ancien scénario, c'est la transformation de l'expérience interne en action. De façon inconsciente les deux participants, le thérapeute et le client répondent non seulement à la relation actuelle, mais aussi à une pression interne. Si la mise en acte coconstruite n'attire pas notre attention, c'est qu'on est *sur le pilote automatique*, comme un somnambule plutôt qu'en position d'aider le client.

Chez le thérapeute, un état de *mindfulness* donne accès à cette expérience, à ce qui se passe dans l'ici et maintenant. Il peut prendre conscience de sa propre contribution à cette mise en acte, ce qui l'éclaire sur la contribution du client. Dès lors, le thérapeute peut *mentaliser*, donner sens à l'expérience, s'en désincruster et s'en libérer. Il retrouve ainsi sa liberté de penser et d'agir dans la relation. Implicitement ou explicitement, il peut alors aider le client à faire le même travail de *mindfulness* et de *mentalisation* pour lui permettre d'intégrer l'expérience précédemment dissociée. Les deux partenaires viennent de gravir un barreau de l'échelle de libération psychologique pour se retrouver à un niveau supérieur. Selon Wallin, ils se trouvent alors dans une nouvelle mise en acte, puisque la relation cocrée résulte toujours de l'interaction des modèles internes des deux participants. Et le procédé recommence, d'échelon en échelon, dans un processus de changement.

Wallin explique longuement comment — en pratique clinique — il utilise le *mindfulness* et la *mentalisation*. Il nous montre comment développer ces habiletés chez le thérapeute et comment elles peuvent être contagieuses et se transmettre au client. Ce dernier peut, par la suite, continuer le travail seul. Pour lui, ultimement, l'utilité du thérapeute dépend de l'efficacité avec laquelle il développe ses propres capacités pour la *mentalisation* et le *mindfulness*.

## CONCLUSION

J'ai eu beaucoup de plaisir à lire Wallin. J'ai choisi d'en faire un commentaire de lecture pour une revue gestaltiste, même s'il n'y fait nullement référence. Bien sûr, dans son livre on ne retrouve pas les techniques de la chaise vide ou du jeu de rôle. Par contre, Wallin montre une sensibilité bien gestaltiste à l'ici et maintenant de l'expérience, dans toutes ses facettes, tant verbales que non verbales et phénoménologiques. Il est primordial pour lui d'avoir accès à cette expérience dans l'ici et maintenant avant d'utiliser ses outils cliniques comme la *mentalisation* et le *mindfulness*.

La pensée de Wallin m'a permis de me sentir à l'aise et en terrain familier avec la PGRO. J'y ai retrouvé la même volonté de faire de la relation entre le thérapeute et son client le centre de la thérapie, le même désir de donner sens à l'expérience. J'y ai également retrouvé une conception de la thérapie comme deuxième chance *développementale* au sein d'une relation d'attachement.

Au-delà des similitudes, le livre de Wallin me laisse un peu sur ma faim, et ce, pour deux raisons. D'abord, la deuxième chance *développementale* de Wallin est basée sur une théorie du manque : il suffit de donner au client, dans une nouvelle relation d'attachement avec le thérapeute, ce qui a manqué dans la relation originelle d'attachement pour redémarrer le développement. Pour la PGRO c'est une condition nécessaire, mais non suffisante pour ramener le client à un meilleur équilibre psychologique. Il ne s'agit pas seulement d'un manque. Il y a quelque chose de toxique pour l'enfant dans la relation originelle d'attachement au parent, mais l'enfant doit s'y attacher, puisque c'est indispensable à sa survie. Cependant, la relation à ce parent est intolérable, parce que toxique. L'enfant est pris dans un conflit, insoluble pour lui, entre l'intolérable et l'indispensable. Il introjecte alors ce conflit insoluble et l'exclut de sa conscience pour préserver son attachement au parent.

Le conflit persiste jusqu'à la vie adulte, et le client cherche inconsciemment à recréer des situations où l'impasse se rejouera. Il est à la recherche d'une solution nouvelle qui le libérera. Pour la PGRO, ce conflit entre l'intolérable et l'indispensable doit être mis à jour et exploré pour aider le client à trouver aujourd'hui des solutions auxquelles l'enfant n'avait pas accès.<sup>4</sup> Lorsque je constate que l'intérêt de Wallin pour l'attachement est à la fois une richesse et une limitation, je reste sur ma faim. Il en est de même lorsqu'il aborde le travail clinique, particulièrement bien adapté aux enjeux préverbaux de l'attachement. À la lecture de son livre, on pourrait facilement perdre de vue qu'il n'y a pas que ces enjeux dans le

<sup>4</sup> Pour une compréhension plus en profondeur de ce conflit voir *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*, Delisle, 1998 et *Les enjeux développementaux dans le traitement des personnalités pathologiques*, Delisle, *Revue québécoise de Gestalt*, volume 5, 2002.

parcours *développemental*. Il y en a d'autres, d'apparition plus tardive, comme les enjeux d'estime de soi et d'éros-éthos (le conflit entre le désir et l'interdit). Comme ils sont apparus avec le langage ou après, ils sont plus directement accessibles dans une thérapie par la parole.

Toutefois, les neurosciences nous apprennent qu'une grande partie de la communication entre le thérapeute et son client passe par l'implicite et le non-verbal. Je crois donc que même si Wallin en parle peu, voire pas du tout, son travail clinique peut être tout aussi utile dans la résolution de ces autres enjeux.

La lecture de Wallin m'a-t-elle aidé dans le développement de mes compétences comme thérapeute? J'ai certainement amélioré mes compétences réflexives. J'ai l'impression d'avoir mieux intégré la théorie de l'attachement ainsi que les liens entre l'attachement, la *mentalisation* et le *mindfulness*.

Qu'en est-il de mes compétences interactives, de ma capacité à entrer en interaction avec mon client avec fluidité et justesse? La lecture n'est pas une expérience interactive, mais l'œuvre de Wallin est centrée sur la pratique clinique. Le travail sur le non-verbal, les mises en acte, le travail du corps et la *mentalisation* sont autant d'aspects qui peuvent me servir d'inspiration dans ma pratique clinique.

La lecture est peu propice au développement des compétences affectives. Toutefois, Wallin m'a convaincu que le *mindfulness* est une piste à suivre. Il s'agit aussi d'une façon de diriger l'attention de manière à faciliter la prise de conscience des affects, mais également d'augmenter ma capacité à les tolérer et à les gérer assez efficacement pour arriver à *mentaliser* et à donner du sens à deux expériences: la mienne et celle du client.

Je repense souvent à la métaphore de la double hélice qui touche ces trois compétences fondamentales du thérapeute.

J'ai donc retiré beaucoup de la lecture de ce livre. Je voudrais remercier ceux qui me l'ont conseillé. Je crois qu'il pourrait également éclairer avec profit votre pratique clinique.

# Commentaire de lecture

*The Mindful therapist*

Par Daniel Siegel<sup>1</sup>

Marie GÉRIN-LAJOIE

Ce livre récent de Daniel Siegel a occupé avec grand bonheur plusieurs heures de mes lectures cliniques<sup>2</sup>. J'y retrouve une certaine convergence avec ce que j'ai appris dans mon parcours de gestaltiste (Perls, 1951) et de Psychothérapeute Gestaltiste de la Relation d'Objet (PGRO, Delisle, 1998) depuis vingt-cinq ans. Je veux vous parler de ce que je retrouve et de ce qui me semble différent de mon héritage. J'ai lu ce livre comme on visite un pays cousin, réalisant dans la différence ce qui fait partie de mes origines premières, mais découvrant aussi avec plaisir des coutumes apparentées.

Laissez-moi d'abord vous présenter sommairement Daniel Siegel. Il a fait ses études de médecine à l'université d'Harvard et a fait des études de troisième cycle en pédiatrie et en psychiatrie à l'école de médecine UCLA. Il est actuellement professeur clinique au département de psychiatrie de cette même école et il y exerce des fonctions de codirecteur du *Mindful Awareness Research Center*. Il est reconnu internationalement pour son travail de chercheur et de clinicien. Il définit son champ de travail comme celui de la neurobiologie interpersonnelle, c'est-à-dire « une approche interdisciplinaire qui cherche à intégrer (...) le biologique au psychologique et au social, en reliant ces informations les unes aux autres dans un tout cohérent » [Traduction libre] (Siegel, 2010, introduction, p. XXVI). Il a écrit de nombreux ouvrages autour de ce champ d'études, seul ou en collaboration. *The Mindful Therapist* est son avant-dernier livre.

<sup>1</sup> Siegel, D. J. (2010). *The Mindful Therapist*. New-York : W.W. Norton.

<sup>2</sup> Je dois la recommandation de cette lecture à mon groupe de : Claire Allard, François Chanel, Marc Filiatrault, Lorraine Nadeau, Agnès Trempe et Jorge Vasco. Je les remercie pour la richesse des échanges autour de cette lecture. Je m'en suis inspirée pour écrire ce commentaire. Bien que j'assume la responsabilité des propos présentés ici, ils reconnaîtront plusieurs idées qui ont circulé lors de nos échanges.

Le propos général de Siegel est de nous présenter les caractéristiques d'un thérapeute qui favorise un changement vers un mieux-être chez le client, et ce, sous l'angle de la neurobiologie interpersonnelle. Pour ce faire, il parcourt quinze caractéristiques du thérapeute *mindful* sous l'acronyme PART, et ensuite onze autres «T», chacune de ces lettres constituant le titre d'un chapitre et la première lettre d'une des caractéristiques du thérapeute auxquelles Siegel réfèrera. Il les approche en mettant l'accent sur les qualités d'être du thérapeute plutôt que sur des techniques ou des actions spécifiques. Ces caractéristiques, Siegel les regroupera sous le vocable du thérapeute *mindful*. Ce mot a été traduit en français par « pleine conscience », mais je choisis d'utiliser le terme anglais qui traduit mieux la richesse du concept. Pour Siegel, les mots qui décrivent *mindful* renvoient à une attitude, celle d'un thérapeute alerte, soucieux de l'autre, attentif, vigilant, éveillé et sage. En somme, il s'agit d'un thérapeute qui — dans son lien au client et à lui-même — est ouvert aux diverses possibilités de l'expérience et évite de conclure trop rapidement [Traduction libre] (Siegel, 2010, introduction p. XIV). Plutôt que de vous présenter chacun des chapitres qui décrivent les quinze caractéristiques du thérapeute, j'ai choisi de cerner trois dimensions qui me semblent sous-jacentes à la pensée de l'auteur et qu'on retrouve dans l'ensemble de son livre. Elles m'apparaissent comme les fondements du thérapeute *mindful* de Siegel. Ce sera avec elles que je commenterai son livre et que j'établirai parfois un rapprochement avec notre modèle. Ces trois dimensions s'avèrent des axes qui permettent de saisir la pensée de cet auteur : une conception bouddhiste de l'expérience, une conception intersubjective de l'être humain et de son développement ainsi qu'une intégration des connaissances des neurosciences à la compréhension de l'humain et à la pratique de la psychothérapie.

Commençons par la première : la conception bouddhiste de l'expérience, celle que nous retrouvons dans l'ensemble des quinze caractéristiques élaborées pour décrire ce thérapeute *mindful*.

## UNE CONCEPTION BOUDDHISTE DE L'EXPÉRIENCE

Pour l'auteur, c'est une façon d'envisager l'expérience en mettant la lumière sur le processus, sur le « comment », plutôt que sur le contenu de cette expérience. Déjà, les premiers gestaltistes, et ce, dès le début des années 1950 et sous l'influence de Paul Weiz, bouddhiste, ont intégré cette perspective d'un Self processuel que reprend aujourd'hui Daniel Siegel, également bouddhiste. C'est cette racine commune qui crée, selon moi, une parenté dans la façon d'approcher l'expérience humaine.

Pour Siegel, l'appui de base d'un thérapeute qui veut aider son client à mieux s'intégrer est l'intégration de sa propre expérience, comme le mouvement d'une rivière coulant à travers le temps de façon harmonieuse et adaptée. Cette métaphore illustre ce qui se passe à l'intérieur de tout système complexe, où les différentes composantes, si elles s'intègrent suffisamment, pourront offrir ce mouvement harmonieux et adapté. Si l'intégration n'est pas suffisamment complétée pour n'importe quel système, ce dernier se déploiera d'une façon chaotique, rigide ou dans une combinaison des deux modes. Siegel s'attarde aux caractéristiques du thérapeute et soutient qu'il lui faut travailler à sa propre intégration. La conception bouddhiste de l'expérience se manifeste dans cette présence du thérapeute à son processus d'attention et elle traverse toutes les caractéristiques dudit thérapeute que décrit Siegel. Il invite le thérapeute au *mindfulness*, c'est-à-dire à agrandir cette intégration et cette harmonie dans sa propre vie et à aider les autres à le faire dans la leur.

L'attention à la partie somatique de l'expérience se révèle un élément important de son approche. C'est ce que la tradition bouddhiste enseigne depuis longtemps par une pratique de la méditation qui, sous une forme ou sous l'autre, nous invite à porter attention à la respiration telle qu'elle est, à noter au passage les différentes pensées, émotions, sensations qui nous traversent, à les accueillir, à les laisser passer sans s'y attacher, et à revenir encore et encore à la respiration.

Dans son livre, Siegel présente plusieurs expérimentations guidées où il invite le lecteur à faire l'expérience de cette attention soutenue à son propre processus. Il nous guide dans un apprentissage de la centration de notre attention sur une plus grande présence à notre conscience (*awareness of awareness*) et sur une attention à notre intention (*attention to intention*). Il propose (p. 94) une métaphore visuelle de la roue de l'*awareness* où, à partir d'un espace intérieur d'ouverture, nous pouvons porter attention à un vaste éventail d'éléments de notre monde intérieur et extérieur. Il nous invite à développer une meilleure connaissance de notre processus d'attention et de son degré d'ouverture ou de fermeture aux diverses possibilités ou, au contraire, de rétrécissement à un canal étroit d'attention.

Les diverses expérimentations que Siegel propose en lien avec une conception bouddhiste de l'expérience ont toutes une dimension somatique importante que je reconnais avoir parcourue dans mon chemin gestaltiste. Souvenons-nous que dès l'origine de la Gestalt, Laura Perls (1993) a travaillé en portant une attention

particulière à la partie somatique de l'expérience — celle du thérapeute et celle du client — comme base du soutien interne. Cette tradition, Janine Corbeil l'a transmise au Québec depuis de nombreuses années par ses enseignements sur la Gestalt et le corps (1995-1997, 1998).

Déjà, cette première dimension de l'attention au processus d'*awareness* — avec en arrière-fond une conception bouddhiste dans la façon de concevoir l'expérience — nous conduit dans un univers familier aux gestaltistes. Voici maintenant une deuxième dimension sous-jacente à la conception de Siegel et faisant également partie des fondements de notre approche.

### UNE CONCEPTION INTERSUBJECTIVE DE L'ÊTRE HUMAIN ET DE SON DÉVELOPPEMENT

Siegel intègre à son modèle une conception intersubjective du développement humain. Dans ce modèle, l'être humain se construit dans ses liens à d'autres humains significatifs. La pathologie est pensée comme un arrêt du développement. On pourrait dire qu'il présente un modèle des pathologies comme indice d'un manque, c'est-à-dire quelque chose qui aurait été nécessaire à une ou plusieurs étapes de la formation d'un humain, mais qui n'a pas été suffisamment présent. Ce « quelque chose de manquant » produit un manque d'intégration autant de l'expérience subjective de la personne que de ses constituants neurophysiologiques. Le travail thérapeutique sera alors perçu comme un redémarrage de cette intégration.

Ainsi, pour Siegel, le travail clinique doit arriver à remettre en route le développement du client. La qualité du lien qu'il établira avec son thérapeute sera l'élément-clé qui permettra ce redémarrage. Diverses caractéristiques du thérapeute favoriseront justement ce travail et assureront une meilleure qualité du lien thérapeutique. Elles s'insèrent dans cette conception intersubjective de l'humain et de son développement.

Dans ce commentaire, je ne résumerai pas les quinze caractéristiques auxquelles s'attarde Siegel. Permettez-moi cependant de vous en présenter quelques-unes, pour vous en offrir l'essence. La première caractéristique donne le ton : « P » pour *Presence*. La présence est la capacité à être ouverts à la multitude des possibilités de l'expérience. Pour Siegel, la présence demande une tolérance à l'incertitude et à la vulnérabilité. Elle permet d'être flexible dans les diverses probabilités du sens que nous donnons à notre expérience plutôt que d'être coincés dans les schèmes répétitifs des trois « F » : *Fight-flight-freeze* ou : se battre, fuir ou se figer. Avec la présence,

nous acceptons de suspendre la réaction instinctive et de continuer à rester ouverts à ce qui se passe pour nous et pour l'autre. Dans la même lignée, Michèle Rinfret (2005) développe le sens profond du mot *awareness*, concept-clé de notre approche. Elle le relie à l'attitude d'une présence organismique, c'est-à-dire d'une attention engagée, curieuse et bienveillante à l'expérience, la sienne et celle de l'autre.

La deuxième caractéristique est celle du «A» pour *Attunement*, c'est-à-dire la capacité d'être en lien avec l'expérience de l'autre. Avec cette caractéristique, le thérapeute est curieux de cette expérience et il la traite avec compassion. Il peut en saisir l'essence et la sentir en lui. C'est par l'attention aux signaux non verbaux que cette caractéristique pourra se déployer: le contact des yeux, l'expression faciale, le ton de la voix, la posture, la gestuelle, la manière et l'intensité de la réponse de l'autre. À partir de ces signaux, le thérapeute en lien et curieux de l'autre peut sentir — de l'intérieur et dans son corps — une connexion avec l'expérience de l'autre et la traiter avec bonté. Cette caractéristique permet de s'éloigner des idées préconçues sur ce que nous pensons qui «devrait être présent chez l'autre» pour accueillir plutôt «ce qui est là».

La troisième caractéristique est celle du «R» pour *Resonance*, c'est-à-dire la capacité à développer un attachement suffisamment sécuritaire à l'autre, celle d'avoir, en soi, une expérience du «nous». Ce concept rejoint le sens de la confluence créatrice en Gestalt. La capacité à développer un attachement suffisamment sécuritaire avec le client se modulera à l'histoire de celui du client, mais aussi à l'histoire du thérapeute. Siegel nous rappelle qu'un tiers d'entre nous présentent une histoire d'attachement insécurisée. Pour le thérapeute, il importera de connaître cette histoire et d'avoir traité suffisamment les différents enjeux qui y sont rattachés pour rétablir un attachement sécurisé. Dans ce travail, nous avons donc à comprendre notre propre histoire d'attachement. Le thérapeute qui vit cette caractéristique de la résonance s'ouvre non seulement à ce qui est présent maintenant dans son expérience et dans celle de l'autre, comme dans les deux précédentes caractéristiques, mais il est également ouvert à son histoire passée. Cette connaissance lui permet de ne pas s'emprisonner dans des éléments de son expérience liés à sa relation à l'autre. Siegel suggère même d'utiliser l'évaluation de Mary Main: «Adult Attachment interview» (A.A.I.) comme grille auto-exploratoire.

Continuons avec une autre caractéristique intersubjective du thérapeute de Siegel, celle qu'il nomme *Trust*. Il parle ici de la confiance fondamentale que le thérapeute a en sa propre connexion avec sa vie intérieure et en la présence d'un certain



nombre de personnes autour de lui comme source de protection et de confort. Cette confiance, au-delà de la méfiance — qui peut aussi être là, mais ne pas le dominer — permet d'offrir un état de réceptivité à ses clients, un amour où la vulnérabilité et le besoin de l'autre peuvent exister. Lorsqu'un bris ou une rupture dans la confiance se vit, cette caractéristique permet au thérapeute de regarder ce qui s'est passé et de dire: «Je regrette ce qui vient d'arriver». Elle lui permet de reconnaître sa contribution à ce bris et d'aider le client à identifier sa sensibilité — en lien avec son histoire — et sa contribution à cette rupture de contact. On voit manifestement la manière intersubjective de traiter les inévitables ruptures de confiance et de contact entre le thérapeute et le client.

Il s'agit peut-être de la plus grande richesse de ce livre et de sa plus grande limite. La pathologie est traitée, selon moi, un peu à la légère. Dans l'approche que défend Siegel, du moins dans ce livre, il me semble qu'il n'est pas assez question de ce qui est nécessaire pour que le thérapeute survive à cette période du travail thérapeutique où la reproduction se déploie sans qu'il soit encore possible de faire un travail de reconnaissance, du moins dans le dialogue avec le client.

Siegel a voulu, je crois, rendre compte de cette limite en élaborant deux chapitres sur les notions de traits et celles de traumas, deux autres «T». Avec le premier, les *Traits*, il identifie les facteurs innés du tempérament qui modulent la manière de réagir à la stimulation et à la nouveauté. Il défend l'idée que la connaissance et l'acceptation de notre style particulier lui donnent une fluidité. Le tempérament sera un style plutôt qu'un trouble. Pour le deuxième «T», celui des *Traumas*, il reprend l'idée de base, largement acceptée: celle des traumas qui interfèrent avec le développement de l'intégration et qui peuvent maintenir la personne dans des zones de chaos ou de rigidité. Siegel rejoint ici le concept des situations inachevées, familier aux gestaltistes. Il explore l'impact puissant des traumas dans les systèmes neurophysiologiques, et en particulier dans l'élaboration de la mémoire implicite et explicite.

Chacune des caractéristiques du thérapeute de Siegel est ainsi explorée avec cette prémisse sous-jacente d'un thérapeute mieux intégré qui permettra, dans le lien avec son client, une reprise du développement de celui-ci. Siegel nous décrit avec finesse et humanité de quelle manière ces caractéristiques y contribuent. Voyons maintenant la troisième dimension identifiée comme une base de la conception du thérapeute *mindful* de Siegel et se retrouvant encore une fois dans les quinze caractéristiques qu'explore l'auteur.

## UNE INTÉGRATION DES CONNAISSANCES DES NEUROSCIENCES À LA COMPRÉHENSION DE L'HUMAIN ET À LA PRATIQUE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Ce volet du livre de Siegel est une grande force. Il est particulièrement fascinant de relier l'expérience subjective des diverses caractéristiques du thérapeute *mindful* aux données venues de la compréhension du savoir scientifique dérivé de différentes disciplines. Pour chaque caractéristique du thérapeute *mindful*, Siegel décrit l'expérience subjective et fournit des informations provenant du champ des recherches actuelles — ce qu'il appelle « les données objectives » — pouvant se relier à l'expérience subjective. Ces liens sont présentés prudemment, mais ils permettent de mieux saisir de quelle façon l'expérience subjective se construit sur des corrélats neuropsychologiques.

Un aspect majeur des recherches que présente l'auteur tourne autour de son utilisation du mot « cerveau ». Pour lui, ce mot ne décrit pas uniquement ce qu'il y a dans la boîte crânienne, mais l'ensemble du système nerveux distribué dans tout le corps. Selon Siegel, l'intégration des fonctions du cerveau — donc de l'ensemble de zones séparées et différenciées avec leurs fonctions spécifiques — nécessite l'établissement de connexions neurologiques entre ces différentes zones. Dans cette optique, nous sommes des êtres neurologiquement sociaux. Il met en lumière un triangle reliant trois aspects de nos vies : les relations, l'esprit et le cerveau. Les relations décrivent comment nous partageons l'énergie et l'information les uns avec les autres. Le cerveau réfère aux mécanismes physiques qui, dans le corps, sous-tendent ce partage. L'esprit est le processus qui régulera le flot et la forme de ce partage d'énergie et d'informations. Siegel note que « l'esprit utilise le cerveau pour se créer » (p. 263). Cette utilisation du mot « esprit », dans le sens d'un processus, rejoint la conception du Self gestaltiste : « Le Self est le pouvoir qui forme la Gestalt dans le champ ; ou mieux : le Self est le processus figure-fond dans les situations de contact » (Perls et al., 1951, p. 181).

Siegel s'appuie sur les recherches scientifiques actuelles pour défendre l'idée que les divers schèmes d'activation neuronale ont leur miroir dans diverses expériences subjectives. À partir de ce qu'il nomme « un plateau ouvert de possibilités », l'être humain répond aux stimulations en activant une certaine forme de réponses neurologiques et physiologiques. Plus le cerveau est intégré, plus il lui sera possible de garder le plateau des probabilités de réponses potentielles assez largement ouvert et plus il pourra maintenir une activation sans devoir statuer trop vite sur une réponse à donner. Plus, au contraire, le cerveau fonctionne sur un mode

rigide ou chaotique, plus les activations neurologiques et physiologiques auront une forme étroite et automatique et réagiront intensément par des réponses primitives autour des trois «F»: *Fight-flight-freeze* ou: se battre, fuir ou se figer. La santé est présente lorsqu'un large registre de possibilités d'activations domine, tandis que la pathologie se profile lorsque les pointes d'activations manifestant peu d'amplitude de forme sont observées de façon répétitive.

Je ne détaillerai pas les recherches que nous présente Siegel au fur et à mesure qu'il énonce les caractéristiques du thérapeute *mindful*. Cependant, je veux mentionner que j'y retrouve les derniers développements de la PGRO dans le travail d'intégration de ce modèle aux neurosciences et pouvant alimenter la compréhension des enjeux psychiques de l'attachement, de l'estime de soi et de l'éros-éthos, ainsi que celle du lien thérapeutique (Delisle, 2007, 2008, 2010, 2011). Pour accomplir ce travail d'intégration, Delisle utilise, entre autres, les travaux d'Allan Schore (2003) également cités par Siegel. Nous sommes ici dans des univers qui s'appuient sur des référents semblables.

Ce champ de recherches semble également rejoindre le concept de la santé en Gestalt, cette dernière étant reliée à une fluidité et à un mouvement dans l'amplitude des réponses de l'organisme en contact avec son environnement. En Gestalt, le travail thérapeutique consiste à assouplir des figures figées, souvent en complétant des situations inachevées ou encore en agrandissant les « polarités » de la personne dans diverses situations de sa vie. Il me semble que Siegel présente plusieurs fondements biologiques qui appuient cette manière de travailler.

En effet, pour lui le travail avec un thérapeute pleinement présent permet d'agrandir neurophysiologiquement et subjectivement le plateau des probabilités des activations. Le thérapeute *mindful* aura développé sa capacité à garder ce plateau ouvert dans son lien avec le client. Il pourra s'appuyer sur cette ouverture pour sentir de l'intérieur, c'est-à-dire en étant lui-même activé neurologiquement et physiologiquement, et avoir accès à ce que vit le client. Le thérapeute *mindful*, à la différence du client pris dans des activations neurophysiologiques étroites, pourra moduler sa réponse et permettre graduellement au client d'élargir le plateau de son activation.

En définitive, Siegel s'appuie sur la neuroplasticité pour continuer l'intégration des systèmes neurophysiologiques lorsque l'humain se trouve dans des conditions favorables. Le lien avec un autre humain qui a lui-même un niveau suffisant d'intégration — ce qu'il appelle un thérapeute *mindful* — fait partie de ces conditions favorables.

## CONCLUSION

Ce livre est fascinant par l'appui qu'il donne à une manière de travailler en psychothérapie qui est proche de ce que nous faisons depuis soixante ans. Avec force, Siegel met de l'avant l'importance de la qualité de la relation entre le thérapeute et le client pour favoriser le changement chez ce dernier. Il s'appuie pour cela sur une attitude et diverses caractéristiques du thérapeute qui porte attention avec bienveillance au processus en cours, aux affects et aux indices somatiques qui émergent tant chez le thérapeute que chez le client. L'auteur relie ces caractéristiques du thérapeute aux recherches scientifiques issues de différents domaines de connaissances, en particulier tout le champ des neurosciences. À l'heure où plusieurs d'entre nous ont à défendre leur approche auprès de tiers payeurs, auprès de certaines compagnies d'assurances, même auprès de quelques référents, à l'heure où le champ social recherche la validité des approches thérapeutiques en lien avec la valeur des données probantes, il me semble très pertinent d'appuyer la valeur de ce qui se passe dans l'intimité de nos bureaux. Ce livre de Siegel, qui n'est pas un clinicien issu de notre approche, me semble contenir paradoxalement une assise solide pour étayer la plupart des fondements de notre façon de travailler en psychothérapie. Pour nous, cliniciens, il présente finalement une convergence assez riche d'éléments contenus dans la Gestalt et dans la révision proposée par le modèle de la Psychothérapie Gestaltiste de Relations d'Objet.

## Références

- Corbeil, J. (1995-1997). Notes d'ateliers: *La Gestalt et le corps*.
- Corbeil, J. (1998). La Gestalt et le corps. *Revue québécoise de Gestalt*, 2(2), 40-58.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2007). Une neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique. *Revue québécoise de Gestalt*, 10, 111-137.
- Delisle, G. (2008). Conférence présentée à Montréal: *Attachement et relations d'objet, aspects neurodéveloppementaux et implications pour la psychothérapie*.
- Delisle, G. (2010). Conférence présentée à Montréal: *Éros et psyché, aspects neurodéveloppementaux et implications pour la psychothérapie*.
- Delisle, G. (2011). Conférence présentée à Montréal: *Narcissisme et estime de soi, aspects neurodéveloppementaux et implications pour la psychothérapie*.

- Perls, F., Hefferline, R. E., Goodman, P. (1951). *Vers une théorie du Self: nouveauté, excitation et croissance*. Montréal : Les Éditions Stanké.
- Perls, L. (1993). *Vivre à la Frontière*. Bordeaux : L'Exprimerie.
- Rinfret, M. (2005). Awareness et présence organismique. *Revue québécoise de Gestalt*, 8, 11-29.
- Schore, A. (2003a,b). *Affect regulation and the repair of the Self, Affect dysregulation and the disorders of the Self*. New York : W.W. Norton.

# Notes biographiques

**François AUGER** est psychologue. Après avoir œuvré dans le réseau de la santé publique et en milieu scolaire, ses activités cliniques sont maintenant consacrées à la psychothérapie en pratique privée. Il est aussi superviseur au Centre de Services Psychologiques (CSP) de l'UQAM. Il a notamment complété le 2<sup>e</sup> cycle de formation clinique du Centre d'Intégration Gestaltiste (CIG) et il est actuellement doctorant au département de psychologie l'Université de Sherbrooke.

**Michel DANDENEAU** est psychologue clinicien depuis 1991. Il travaille en pratique privée à Ottawa, en Ontario, où il offre des services de psychothérapie individuelle et de couple. Il a terminé un Ph. D. en psychologie clinique à l'Université d'Ottawa (1990) avec une thèse de recherche empirique comparant deux approches en thérapie de couple : émotionnelle et cognitive. Il été professeur à temps partiel à l'Université d'Ottawa pendant 19 ans où il a enseigné des cours en thérapie de couple, en sexualité, et en psychopathologie. Il a aussi assuré la supervision de stagiaires à la maîtrise et au doctorat, en thérapie individuelle et conjugale, à l'Université d'Ottawa et à l'Université Saint-Paul. Il a complété une formation de troisième cycle en Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) au CIG (Centre d'Intégration Gestaltiste de Montréal) en 2009.

**Marc-Simon DROUIN** est psychologue clinicien, professeur titulaire au département de psychologie de l'UQAM et directeur du Centre de Services Psychologiques. Il a complété une formation de troisième cycle au Centre d'Intégration Gestaltiste de Montréal et une formation de superviseur au modèle de la PGRO. Superviseur didacticien du CIG, il intervient dans la formation du premier et deuxième cycle. Ses travaux de recherche portent sur l'efficacité de la psychothérapie, les variables responsables du changement et plus particulièrement celles en lien avec la personne du thérapeute.

**Anne KEARNS** a été formée en psychanalyse aux États Unis et par la suite en Analyse transactionnelle et en Gestalt thérapie en Angleterre. Elle est directrice, professeure et membre superviseure du Gestalt Psychotherapy and Training Institute. En 1999, elle a fondé The Growing Edge, un regroupement de psychothérapeutes et autres professionnels qui sont intéressés au le développement de la profession de psychothérapeute et au perfectionnement de la formation post-graduée. Anne a une maîtrise en psychothérapie intégrative. Elle a été directrice de la formation du Integrative Group therapy à l'Institut Metanoia de 1994-96 et tuteure principale à la formation de Integrative Psychotherapy de 1994-1999. C'est par le biais de stages de formation à la PGRO en Angleterre avec Gilles Delisle qu'elle a manifesté le désir que son article soit traduit en français. Elle a écrit un livre en 2005: *The Seven Deadly Sins? Issues in Clinical Practice and Supervision for Humanistic and Integrative Practitioners*. Elle a également écrit un autre texte en 2011 en lien avec le présent article: *The Mirror Crack'd: When Good Enough Therapy Goes Wrong and Other Cautionary Tales for the Humanistic Practitioner*, 2005.

**Marie GÉRIN-LAJOIE** est psychologue clinicienne depuis 1982. Sa formation de base en Gestalt (1989-1992) s'est poursuivie par des formations avec Janine Corbeil (1995-2005) sur les thématiques du corps, des rêves, de l'imaginaire et des systèmes intimes. Elle a complété le troisième cycle de la formation en Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet avec Gilles Delisle (2001-2003.), ainsi que les différents séminaires autour des liens entre la psychothérapie, les enjeux psychodynamiques et les bases neurobiologiques de l'être humain (2007-2011). Elle a obtenu sa certification de psychothérapeute dans le modèle de la PGRO sous la supervision de Line Girard en 2004 et celle de superviseure en 2007. Elle oeuvre en pratique privée auprès d'une clientèle adulte dans un contexte de psychothérapie individuelle et de supervision. Elle est impliquée auprès de l'Association Québécoise de Gestalt et elle participe au comité de la Revue québécoise de Gestalt depuis 2010.

**François LAFOND** est psychologue depuis 1988. Il s'intéresse rapidement à la problématique de l'état de stress post-traumatique, d'abord, comme thérapeute, puis comme expert à la cour criminelle. Sa première formation est d'approche cognitivo-comportementale, à quoi il ajoute l'EMDR au début des années 2000. Il suivra par la suite les cycles de formation à la PGRO au CIG entre 2005 et 2010. Depuis 2000, il travaille à plein temps comme

clinicien pour les forces armées canadiennes auprès d'une clientèle souffrant de blessures de stress opérationnel.

**Marie-Pascale MARTORELL** est diplômée du 3<sup>e</sup> cycle de la formation clinique du CIG de Montréal et superviseure-didacticienne en psychothérapie. Après avoir travaillé à New York et Londres, elle est revenue s'établir à Paris où elle exerce en cabinet libéral. Elle intervient également dans les organisations dans l'accompagnement du changement. Elle a co-traduit le livre de Louis Cozolino «The neuroscience of Psychotherapy» (2010). Elle est également une membre active de l'Institut de Neuro-Thérapie Intégrative, fondé en novembre 2010 en France.

**Denise OUELLET** est psychologue en pratique privée. Elle a complété son doctorat en psychologie à l'Université de Sherbrooke, après avoir terminé son 3<sup>e</sup> cycle au CIG. Elle est superviseure didacticienne en PGRO et chargée de cours à l'UQO. La Dre Ouellet a étudié la Gestalt thérapie à Ottawa et à Cleveland avant de poursuivre sa formation auprès de Gilles Delisle et de Line Girard au CIG. Elle a fait des stages avec J. Zinker, E. Smith, J. Latner, R. Richardson, M. Petit et les Ginger. Elle est en formation expérientielle continue en abandon corporel depuis plus de 15 ans.

**Martin OUELLET** est médecin-psychothérapeute. Diplômé en médecine de l'Université de Montréal, membre du Collège des Médecins de Famille du Canada, il a exercé la médecine pendant plus de vingt ans à la clinique de santé de l'Université de Montréal. Par la suite, il a fait sa formation de psychothérapeute au CIG. Il y a aussi suivi le séminaire théorico-clinique sur la relation d'objet en psychothérapie et celui sur la neurodynamique de la relation d'objet. Il pratique actuellement comme médecin psychothérapeute à la Clinique de consultation en psychiatrie et psychologie à Montréal et comme consultant auprès du programme d'aide aux médecins du Québec.

**Danielle POUPARD** est psychologue clinicienne et diplômée du Gestalt Institute of Cleveland, Associée au Centre de croissance et d'humanisme appliqué (CCHA, 1975-1979). Elle pratique la Gestalt-thérapie avec individus et groupes ainsi que la supervision depuis plus de trente ans. Elle s'intéresse comme humaniste aux problèmes existentiels de l'être humain, tels la santé et le stress au travail, la solitude, les problèmes psychosomatiques, les transitions de vie, l'affirmation et l'estime de soi. Elle est membre du comité de rédaction de la Revue québécoise de Gestalt depuis 1997.





**Association Québécoise de Gestalt**  
C.P. 428, Succursale Delorimier  
Montréal (Québec) H2H 2N7  
Canada  
Tél. : (514) 971-7838  
Courriel : [info@gestaltqc.ca](mailto:info@gestaltqc.ca)  
Site Web : [www.gestaltqc.ca](http://www.gestaltqc.ca)

## QU'EST-CE QUE L'AQG ?

Fondée en 1988, l'Association Québécoise de Gestalt (AQG) est un organisme professionnel, sans but lucratif, dont les membres se réfèrent au champ de pratique de l'intervention gestaltiste.

**Buts :** Développer et promouvoir la théorie et la pratique de l'intervention gestaltiste. Être un lieu de rencontre, de ressourcement et de consolidation professionnelle. Promouvoir des services de qualité au public.

**Objectifs :** Regrouper, en un lieu d'appartenance, les personnes qui travaillent professionnellement dans la perspective de l'intervention gestaltiste. Favoriser le développement actuel et futur de la théorie et de la recherche en Gestalt. Mettre en commun les expériences et les réflexions issues de la pratique professionnelle des membres. Encourager le perfectionnement des membres. Situer la perspective gestaltiste dans le champ des diverses approches théoriques et pratiques de la personnalité. Établir des liens, sur les plans national et international, avec les autres associations professionnelles de Gestalt.

**Moyens :** Édition d'une revue professionnelle annuelle. Publication 2 à 3 fois par année, du bulletin de liaison *Émergence*. Causeries préparées par des collègues, lors d'un partage d'un repas, 2 à 3 fois par année. Le site Web : [www.gestaltqc.ca](http://www.gestaltqc.ca) offre toutes les informations sur l'AQG, ses membres, les activités en cours ou à venir ainsi qu'une liste de discussion entre collègues. Centre de documentation pour les membres regroupant des écrits sur la Gestalt : livres, revues québécoises et étrangères. Colloque annuel. Journées de formation spéciales données par un membre senior de la communauté internationale. Répertoire des membres diffusé à travers la province. Ligne téléphonique pour toute information sur l'AQG et ses membres. Conférence-bénéfice. Activités sociales.

**Je désire devenir membre de l'Association Québécoise de Gestalt :**

NOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

ADRESSE COURRIEL : \_\_\_\_\_

Faire votre chèque au nom de L'AQG, au montant de 70\$CA.

**Association Québécoise de Gestalt**  
C.P. 428, Succursale Delorimier  
Montréal (Québec) H2H 2N7  
Canada

**Pour toute information : (514) 971-7838**

**Je désire recevoir les exemplaires suivants de la *Revue québécoise de Gestalt* (inscrire le nombre) :**

Vol. 1 épuisé    Vol. 2, no 1 ( )    Vol. 2, no 2 ( )    Vol. 3 ( )  
Vol. 4 ( )    Vol. 5 ( )    Vol. 6 ( )    Vol. 7 ( )  
Vol. 8 ( )    Vol. 9 ( )    Vol. 10 ( )    Vol. 11 ( )  
Vol. 12 ( )    Vol. 13 ( )    Pour connaître le contenu  
de chaque numéro, visitez  
[www.gestaltqc.ca](http://www.gestaltqc.ca)

**COÛT PAR EXEMPLAIRE (Vol. 2 à 8) :**

Membre : 25 \$

Non membre : 30 \$

Institution : 40 \$

Total : \_\_\_\_\_

**COÛT PAR EXEMPLAIRE (Vol. 9 à 13) :**

Membre : 32 \$

Non membre : 37 \$

Institution : 47 \$

Total : \_\_\_\_\_

Frais d'envoi : 5 \$ Canada (10 \$ autres pays)

**GRAND TOTAL : \_\_\_\_\_**

*S.v.p. écrire lisiblement*

Nom : \_\_\_\_\_

Institution (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ (résidence)

\_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ (travail)

**Chèque à l'ordre de l'AQG (Association Québécoise de Gestalt)**

**AQG**

C.P. 428, succursale Delorimier

Montréal (Québec) H2H 2N7

Canada



*Centre de services psychologiques*

---

Le Centre de services psychologiques (CSP) de l'UQÀM est un centre universitaire de formation à la pratique de la psychothérapie. Le centre offre dans le cadre de ses activités de formation, des services d'évaluation psychologique et de consultation brève pour les adultes, les enfants et les adolescents. Le coût des services est établi selon le revenu de la personne qui consulte.

Les services sont rendus par des étudiants inscrits au doctorat en psychologie à l'Université du Québec À Montréal et qui sont supervisés par des psychologues membres de l'Ordre des Psychologues du Québec.

Vous devez absolument prendre rendez-vous afin de pouvoir profiter d'une consultation psychologique au numéro de téléphone (514) 987-0253. Les heures d'ouverture du secrétariat sont du lundi au jeudi de 9h00 à 20h00 et le vendredi de 9h00 à 17h00. Des consultations sont possibles le jour et en soirée.

Aucune rencontre ne pourra être obtenue sans rendez-vous préalable.

**UQÀM**

Département de psychologie

# CENTRE D'INTÉGRATION GESTALTISTE



**CENTRE DE FORMATION À LA PSYCHOTHÉRAPIE  
GESTALTISTE DES RELATIONS D'OBJET (PGRO),**

**PERFECTIONNEMENT CLINIQUE:  
SESSIONS SUR LE DIAGNOSTIC  
MASTER CLASS  
STAGE AVANCÉ...**

**SUPERVISION DIDACTIQUE ET  
CLINIQUE DE PSYCHOTHÉRAPIE.**

**SOUS LA DIRECTION DE GILLES DELISLE, PH.D. ET LINE  
GIRARD M.P.S.**



*Henriette Blais, M.Ps.  
Lise Bougard, M.Ps.*

**Centre de psychologie clinique  
de la Rive sud**

**620 rue Notre-Dame, Saint-Lambert, J4P 2L1**

Psychothérapie individuelle et conjugale, intervention courte et longue durée  
Pour adultes, adolescents, personnes âgées, couples  
Supervision clinique

***Henriette Blais***

**St-Lambert : 450 671-6457**

**Laval-Ahunatic : 450 668-1003**

**[blaishenriette@videotron.ca](mailto:blaishenriette@videotron.ca)**

***Lise Bougard***

**St-Lambert : 450 671-6457**

**[bougali@hotmail.com](mailto:bougali@hotmail.com)**



Ordre  
des psychologues  
du Québec

***LISE MARIE DUGUAY M.PS***

**PSYCHOLOGUE ET MÉDIATRICE FAMILIALE**

**644, CURÉ-POIRIER, OUEST, SUITE 2  
LONGUEUIL, QUÉBEC, J4J 2H9**

**TÉLÉPHONE : 450-670-5166**

**TÉLÉCOPIEUR : 450-670-4560**



1801, boul. Saint-Joseph Est  
Montréal, Qc  
H2H 1C8

514-268-2082  
[www.iqgt.ca](http://www.iqgt.ca) / [info@iqgt.ca](mailto:info@iqgt.ca)

## **INSTITUT QUÉBÉCOIS DE GESTALT**

Nous sommes heureux d'appuyer la parution d'un nouveau numéro de la Revue québécoise de Gestalt.

La promotion de la réflexion sur la théorie et la pratique de la Gestalt-thérapie, une des plus importantes approches humanistes, passe inévitablement par la parole des penseurs et des praticiens gestaltistes d'ici et d'ailleurs.

Nous espérons que cet effort d'écriture nous invite à connaître et à discuter ces multiples points de vue éclairés par la recherche récente, par des propositions théoriques issues d'approches différentes, ainsi que par les nombreux développements proposés par la Gestalt-thérapie.

Un tel exercice promet d'être un important soutien à nos mouvements d'intégration théorique et clinique, une contribution additionnelle à la promotion de la Gestalt-thérapie et à la qualité de la pratique de la psychothérapie au Québec.

Forte de sensibilités et d'expériences diverses, la communauté gestaltiste québécoise continue ici de participer à la qualité des soins et du soutien nécessaires à la promotion de la santé.

Merci et bravo aux auteurs et à l'Association québécoise de Gestalt pour le magnifique travail accompli.

Jorge Vasco, psychologue  
Directeur

# Revue québécoise de Gestalt

## CRITÈRES DE SÉLECTION ET DE CORRECTION D'UN ARTICLE

**Provenance de l'article:** Tout article écrit en français et qui s'inscrit dans le cadre de la mission de la revue peut paraître dans la revue, qu'il vienne du Québec ou d'ailleurs. La qualité de l'article en constitue le critère premier. En outre, le comité de rédaction jugera de sa pertinence en fonction de l'ensemble du numéro à publier. Afin de s'assurer que la revue reflète la spécificité gestaltiste québécoise, chaque numéro sera majoritairement écrit par des auteurs d'ici.

**Pertinence de l'article:** L'article doit demeurer en lien avec le contexte gestaltiste et respecter la mission de la revue. Un article présentant une critique de la Gestalt doit être conçu de manière à favoriser l'avancement de cette orientation en psychothérapie. Un article qui traite d'une autre théorie que la Gestalt doit le faire dans l'optique d'un rapprochement avec la théorie gestaltiste.

**Rigueur de l'article:** L'auteur doit étayer ce qu'il ou elle avance et approfondir son propos, qu'il s'agisse d'une étude de cas, d'un rapport de recherche, d'un essai, etc. La revue ayant pour mission de favoriser la réflexion sur la pratique et la théorie gestaltistes, il apparaît important que le vocabulaire employé demeure aussi gestaltiste que possible.

**Clarté du texte:** L'article doit être écrit dans un style clair et intelligible, tenant pour acquis que le lecteur connaît les concepts gestaltistes. Par exemple, on évitera de longues descriptions du cycle d'*awareness*, des fonctions de contact ou d'autres concepts de base.

**Correction des articles:** Les articles sont lus et évalués de façon anonyme par trois lecteurs. La correction du français sera faite si nécessaire. Ces corrections respecteront le style personnel des auteurs.

**Présentation de l'article:** Les textes doivent être soumis en français et respecter les normes usuelles des présentations scientifiques. Ils doivent être accompagnés d'un résumé d'environ cent (100) mots, rédigé en français et en anglais. Les références doivent respecter les règles de l'*American Psychological Association*. Si l'article est accepté, l'auteur reçoit les modifications suggérées et remet ensuite sa version définitive à l'attention de la coordination de la *Revue québécoise de Gestalt*.

**Sylvie DUNN**

Mot de la présidente

**Marc-Simon DROUIN**

Éditorial

**Gilles DELISLE et Line GIRARD**

Hommage à Serge Ginger

**Janine CORBEIL**

Hommage à Serge Ginger

**Marie-Pascale MARTORELL**

Régulation et dysrégulation  
du contact dans la relation  
thérapeutique

**François AUGER  
et Marc-Simon DROUIN**

Vers une redéfinition de la  
notion de dilemme de contact  
en PGRO

**Michel DANDENEAU**

La Psychothérapie Gestaltiste  
des Relations d'Objet et la  
dynamique du couple

**François LAFOND**

Psychologie Gestaltiste des  
Relations d'Objet et traitement  
de l'État de Stress Post-  
Traumatique (ÉSPT) : Réflexion  
autour du champ traumatique

**Denise OUELLET  
et Marc-Simon DROUIN**

Analyse de l'expérience  
contretransférentielle et  
production d'une grille  
d'analyse du contretransfert

**Anne KEARNS** - Traduction de  
l'anglais par Gilles DELISLE  
et Line GIRARD

Le miroir brisé

**Danielle POUPARD**

La transition de la retraite :  
une exploration

**Martin OUELLET**

Commentaire de lecture

**Marie GÉRIN-LAJOIE**

Commentaire de lecture