

Revue québécoise de Gestalt

Tradition et déploiements

Les Éditions de l'AQG



Volume 9 • 2006

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.

COMITÉ DE RÉDACTION:

Gaétane BOURDAGES
Marc-Simon DROUIN
Diane DUGUAY
Valmond LOSIER
Danielle POUPARD

COORDONNATRICE DE LA PUBLICATION:

Anne-Marie SICOTTE

MISE EN PAGE:

Infographie DN

IMPRESSION:

Des livres et des copies inc.

CONCEPTION GRAPHIQUE DE LA COUVERTURE:

JC Design
www.juliecloutier.com

La Revue québécoise de Gestalt est publiée par:
Association Québécoise de Gestalt
C.P. 428, succ. Delorimier
Montréal H2H 2N7
Canada

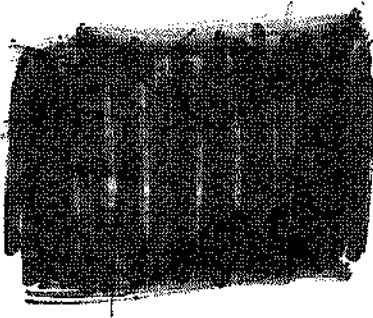
Adresse internet de l'Association: www.aqq.ca

ISSN 1206 5978

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

Revue québécoise de Gestalt

Tradition et déploiements



Les Éditions de l'AQG



Volume 9 • 2006

La Revue québécoise de GESTALT

Volume 9 • Automne 2006

MOT DE LA PRÉSIDENTE	5
Claire ALLARD	
ÉDITORIAL	9
Marc-Simon DROUIN	
L'HISTOIRE DE LA PGRO : UNE HISTOIRE DE « CHAMPS »	13
Line GIRARD	
SI JE PENSE, EST-CE QUE JE SUIS? CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES ET CLINIQUES À PROPOS DU PROCESSUS DE MENTALISATION CHEZ LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE ET APPLICATIONS À LA PSYCHOTHÉRAPIE GESTALTISTE DES RELATIONS D'OBJET (PGRO)	35
Joanne CYR	
LES FAUX PAS DE LA DANSE DU BIEN L'UTILISATION DE CERTAINS CONCEPTS D'OTTO KERNBERG DANS UNE APPROCHE GESTALTISTE DE PGRO	63
Nadine DELBEKE et Marie GÉRIN	
DE L'EXPÉRIENCE CONTRE-TRANSFERENTIELLE À LA CONSTRUCTION DU SENS LE TRAVAIL PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE AVEC LES PATHOLOGIES DE L'ESTIME DE SOI	91
Vincent BORDELEAU et Marc-Simon DROUIN	

UNE INCURSION DANS UN UNIVERS MYSTÉRIeux L'EXPLORATION DU RÊVE ET DE L'IMAGINAIRE SUIVANT LES THÉORIES GESTALTISTE ET JUNGIEUNE.....	121
Janine CORBEIL	
CRÉATIVITÉ ET TRAVAIL DE DEUIL.....	147
Marie-José FLORENT	
COMPRENDRE LA GESTALT-THÉRAPIE EN SITUATION GROUPELE À PARTIR DE LA THÉORIE DU SELF	165
Jean-Marie DELACROIX	
ART-THÉRAPIE, INTERSUBJECTIVITÉ ET GESTALT POUR UNE INTERVENTION NOVATRICE AUPRÈS DE DYADES PARENT/ENFANT.....	187
Pierre PLANTE et Marc-Simon DROUIN	
LA COMPLEXITÉ SELON EDGAR MORIN ET LA PRISE DE FORME EN RELATION	207
Jean GAGNON	
RÉSUMÉ DE LECTURE	237
Gaétane BOURDAGES	
ERRATA ET NOTES COMPLÉMENTAIRES	241
NOTES BIOGRAPHIQUES.....	245

Mot de la présidente

Réflexion continue !

L'an dernier, il y a eu un élan du cœur pour souligner le 50^e anniversaire du décès d'Albert Einstein : découvrir l'humaniste derrière le scientifique. Nouvelle année, nouvelle commémoration. En 2006, le 150^e anniversaire de la naissance de Sigmund Freud ravive les passions (et les conflits inachevés !). Il y a des tentatives pour revoir la valeur de la psychanalyse et avec elles, vient le procès du Maître.

Les publications actuelles (études, comparaisons, données scientifiques ou contestées) servent en général à *séparer le bon grain de l'ivraie*. Plusieurs documents présentent, de manière pertinente, les efforts faits pour favoriser l'intégration d'approches diverses servant à améliorer la guérison. Entre autres, les neurosciences annoncent des données nouvelles sur le fonctionnement du cerveau situé pas très loin de la psyché (ou vice versa, la question n'est pas encore tranchée !).

Incluant ces discussions concernant la psychanalyse, le débat à propos de la psychothérapie s'est intensifié au cours de la présente année. Des questionnements secouent l'univers psychothérapeutique et concernent, entre autres, les préoccupations actuelles d'efficacité. En Europe comme en Amérique, dont chez nous, au Québec, l'élan se fait sentir pour que soient clarifiées et développées des pistes stimulantes pour les psychothérapeutes.

Ainsi, plusieurs chercheurs et psychothérapeutes tentent de rendre compte de l'efficacité thérapeutique. Les buts de ces recherches sont multiples : économiques et sociaux mais aussi humanistes et cliniques. Des enjeux se dessinent plus distinctement. Dans certaines recherches, il y a des biais évidents, des procès qui illustrent les chasses gardées. Narcisse veille au grain ! Mais il y a l'ouverture à la différence, une lecture honnête, consciente et intégrative des éléments constituant la psychothérapie apaisante de la souffrance humaine.

Jean-Michel Thurin souligne : « Beaucoup de variables entrent en jeu dans le résultat d'une thérapie, y compris celles qui viennent de l'environnement et du patient lui-même. Il faut en finir avec le

mythe d'un modèle de thérapie idéal¹. » Malgré quelques écarts, ces deux questionnements (à propos des découvertes de Freud et sur l'efficacité thérapeutique) semblent s'orienter davantage vers un effort de poursuivre la recherche et d'augmenter la compréhension du phénomène psychique.

Pourquoi s'intéresser à ces questions? En quoi l'AQG devrait-elle se sentir interpellée? Il m'apparaît clair que la Gestalt-thérapie présente des idées importantes favorisant la réparation relationnelle et psychique dans le cadre de la psychothérapie. Elle est issue du courant humaniste qui a élaboré des notions telles que l'empathie, l'écoute active et autres éléments touchant la relation thérapeutique.

Ainsi, en Gestalt, la qualité de la relation, le contact et la frontière-contact, ainsi que la reconnaissance de la participation du client (ou patient) pour une co-construction de sens, reçoivent une attention privilégiée. Pour rendre compte de la complexité humaine, elle inclut les éléments issus du champ, de l'ici/maintenant, des positions particulières de la notion de conflit, de pleine conscience, etc. Actuellement, plusieurs de ces dimensions sont reprises et parfois revisités sous des angles nouveaux. Dans son bagage et à travers son évolution, la Gestalt-thérapie, par ses penseurs et formateurs, continue de développer des ingrédients reconnus pour leur efficacité.

En réfléchissant à notre façon de travailler, nous raffinons connaissances et techniques. La psychothérapie, peut-être pourrions-nous l'admettre un jour, relève autant de l'art que de la science, puisqu'il s'agit de l'humain dans son entièreté.

La curiosité saine est réceptive à l'incertitude, alors que la névrose est une stratégie qui crée une illusion de certitude dans un univers contingent... Je ne réfère pas à une innocence sans questions mais à une innocence mature qui enregistre et explore ce qui est, une ouverture spontanée et investigatrice envers le moment présent².

Ainsi, aucun « professionnel de la santé » (ainsi aime-t-on nommer ceux qui se débattent avec le sentiment d'impuissance face à la maladie et à l'ambiguïté de la guérison!) ne peut prétendre pratiquer la psychothérapie sans tenir compte de ce qui se dit sur son efficacité. Ce qui ne veut pas dire « être d'accord » mais plutôt y réfléchir par toutes les formes et toutes les occasions possibles. Parce qu'il s'agit de respecter le lien de confiance que manifestent les gens qui nous consultent, et la confiance fondamentale fait partie parfois de ce qui est à réparer...

1 *La Recherche*, mai 2006, no 397, p. 34.

2 Michael Vincent Miller, *La poétique de la Gestalt-thérapie*, L'expresserie, 2002.

Pour ce qui est de l'Association, elle retrouve en son sein des gens issus de divers horizons, qui ne sont pas tous psychothérapeutes. Débordant le continent de la psychothérapie, la Gestalt participe par son ouverture, sa souplesse et ses notions touchant la psyché humaine, à l'univers artistique, éducatif et créateur. Puisque tous les membres de l'AQG ne sont pas concernés par ces débats, nous avons le souci de préserver cette ouverture sur des univers multiples de création favorisant, à leur façon, le développement de soi et de notre environnement.

L'année 2006 se termine, transportant au fil des jours ces réflexions à poursuivre, et un nouveau numéro de la *Revue québécoise de Gestalt* voit le jour. Par ses articles touchant divers aspects de la relation et de la psychothérapie, la revue contribue à stimuler l'énergie créatrice des gestaltistes, qu'ils soient psychothérapeutes ou écrivains, artistes, pédagogues ou médecins. Parce que pratiquer la Gestalt et la Gestalt-thérapie est une occasion privilégiée de voir se déployer la personnalité pleine d'une personne en contact avec un environnement dans lequel elle saura puiser les éléments nourriciers et réparateurs.

Il sera bon de provoquer les échanges sur l'efficacité thérapeutique et sur la pertinence de la Gestalt. Pourquoi pas à l'intérieur d'un prochain numéro de la Revue? Je nous souhaite l'occasion d'intenses discussions avec les collègues de la Gestalt à propos des articles du présent numéro. Car au-delà de la lecture, le dialogue est aussi source d'enrichissement et d'approfondissement de notions complexes et éclairantes.

Au nom des membres de l'Association québécoise de Gestalt, je tiens à remercier le comité de rédaction qui a construit avec patience et assiduité ce nouveau numéro de la revue, issu du terroir de la Gestalt et de la Gestalt-thérapie, cru 2006.

Claire ALLARD

Éditorial

L'univers de la psychothérapie se trouve à un moment charnière de son existence. Les débats sur l'efficacité de la psychothérapie entre les tenants des approches validées empiriquement, ainsi que ceux mettant l'accent sur les variables relationnelles, occupent une grande place dans les préoccupations des thérapeutes et de la communauté des chercheurs. À notre avis, il s'agit d'un moment idéal pour faire le pont entre les racines du passé et les déploiements présents et à venir dans notre pratique de la Gestalt. Pour savoir où nous nous dirigeons, il est préférable de savoir d'où l'on vient !

Il est bon de constater que les gestaltistes n'ont pas attendu l'arrivée du débat actuel pour oser se déployer au delà des considérations empiriques prônées par certains tenants d'une psychologie « scientifique ». La science est multiple, tout comme la Gestalt, et elle devrait promouvoir une pluralité d'intérêts, de quêtes de connaissances et de méthodologies de recherche. Le contenu du présent numéro de la revue témoigne à la fois du profond attachement de la communauté gestaltiste envers ses racines (et ses précurseurs) et d'une capacité créatrice et innovatrice enviable.

D'entrée de jeu, Line GIRARD retrace l'histoire de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO). À travers deux dispositifs conceptuels de l'approche, les liens interchamps et la réflexion multi-modale, elle évoque les racines développementales de cette approche et ses considérations psychothérapeutiques contemporaines.

Dans la lignée des développements contemporains de la PGRO, les trois articles suivants proposent tous des perspectives innovatrices. Dans un premier temps, Joanne CYR nous fait part de ses réflexions théoriques et cliniques à propos du processus de mentalisation chez le trouble de personnalité limite. À l'aide de vignettes cliniques, elle présente un modèle de compréhension du fonctionnement psychique de ces patients à travers la théorie gestaltiste du champ et la PGRO.

De leur côté, Nadine DELBEKE et Marie GÉRIN-LAJOIE font état de certains concepts du psychanalyste contemporain Otto Kernberg utilisés dans le cadre d'une approche gestaltiste/PGRO. Après avoir décrit la conception du Self de la Gestalt et celle de la PGRO, qui sert d'assise à leur pratique clinique, les auteures étaient

leur compréhension de quelques concepts de Kernberg à l'aide de deux exemples cliniques.

Enfin, Vincent BORDELEAU et Marc-Simon DROUIN écrivent sur l'importance et la contribution de l'expérience contre-transférentielle à la construction de sens dans le travail psychothérapeutique avec les clients souffrant de pathologies liées aux enjeux de l'estime de soi. Selon eux, l'élaboration réflexive par le thérapeute de ses expériences d'identification projective au sein de la relation thérapeutique est envisagée comme pierre angulaire d'une compréhension et d'une intervention empathique.

Dans un autre ordre d'idées, Janine CORBEIL nous rappelle que le domaine du rêve a toujours été objet d'intérêt pour les humains. Elle met en évidence les compatibilités et les complémentarités de deux théories psychologiques particulièrement attrayantes pour leur reconnaissance des qualités créatrices et curatives du rêve, la Gestalt thérapie et la psychologie analytique jungienne.

Depuis la France, Marie-José FLORENT nous offre une réflexion émanant de sa pratique d'animation de groupes d'entraide de parents endeuillés, nous faisant part des moyens créatifs qu'elle a introduits intuitivement dans son travail auprès de cette clientèle éprouvée. Ces intuitions créatrices trouvent un écho dans l'article de Pierre PLANTE et Marc-Simon DROUIN, qui présentent les éléments constitutifs d'un projet d'intervention novateur auprès d'enfants issus de famille vivant un niveau de détresse psychologique important. Cette intervention est inspirée de l'art thérapie, de la perspective intersubjective et de la Gestalt thérapie.

D'outre-Atlantique également, Jean-Marie DELACROIX propose, quant à lui, d'observer la façon dont les concepts de la théorie du Self peuvent permettre d'aborder la psychothérapie de groupe. Selon son hypothèse, pour que des figures puissent émerger dans la situation groupale, il est nécessaire d'être attentif d'abord à la création d'un fond groupal. Dans le dernier article, Jean GAGNON élabore son modèle de la prise de forme en relation qui rend compte des ruptures de la continuité dans l'expérience de soi et dans la relation avec autrui dont sont affligées les pathologies limites. Prolongeant la théorie gestaltiste du Soi, ce modèle intègre, en les recadrant, certains apports de la psychanalyse contemporaine et de la théorie générale des systèmes.

La parution en cours d'année du livre de Sylvie Dunn intitulé *Le concept d'amour en psychothérapie: un outil au service de la relation* a suscité beaucoup d'enthousiasme et quelques réflexions. Gaétane

BOURDAGES signe un résumé de ce qu'elle considère être un petit bijou de livre, à lire et à relire surtout les jours où ce métier, à la fois fascinant et difficile, nous semble douloureux et lourd à porter.

Avant de vous laisser au plaisir de découvrir le contenu de ce nouveau numéro, nous voudrions trinquer à la santé de notre collègue Danielle Poupard, active depuis de nombreuses années au sein du comité de rédaction de la revue et dont la contribution au développement et à la pérennité de la revue est significative.

Bonne lecture à toutes et à tous !!

Marc-Simon DROUIN

Comité de rédaction de la Revue

L'histoire de la PGRO : une histoire de « champs »

Line GIRARD¹

Résumé

L'auteure retrace l'histoire de la PGRO, la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet, une approche gestaltiste des troubles de la personnalité. À travers deux dispositifs conceptuels de l'approche, les liens inter-champs et la réflexion multi-modale, elle évoque les racines développementales de cette approche et ses considérations psychothérapeutiques contemporaines. Dans l'édification de cette approche psychothérapeutique, elle souligne l'importance d'être conscient de l'apport théorique tant des philosophes de l'Antiquité que des philosophes et psychologues contemporains.

INTRODUCTION

La Gestalt-thérapie existe depuis maintenant plus de cinquante ans et son évolution historique est aujourd'hui bien documentée². En un demi-siècle d'existence, l'approche s'est diversifiée, étendant et précisant son champ de pertinence théorico-clinique au groupe, à la thérapie individuelle adulte, au couple, au corps, à l'enfant, au traitement de la dépression, de la toxicomanie et voire même de certains états schizophréniques.

Or, depuis un peu plus d'une dizaine d'années s'est construite au Québec une approche gestaltiste des troubles de la personnalité. Considérant ces pathologies sous leur angle développemental, cette forme particulière de la Gestalt-thérapie s'est alimentée aux théories du développement de la relation d'objet pour se construire en une psychothérapie non seulement du contact, mais surtout du *lien*. Issue des travaux de Delisle (1995 ; 2001 ; 2003) et connue aujourd'hui

1 L'auteure adresse ses remerciements à Gilles Delisle et Cyrille Bertrand pour leur lecture critique et leurs précieux commentaires sur une version préliminaire de cet article.

2 Janine Corbeil (1992), Jean Gagnon (1984), Marie Petit (1984), Serge et Anne Ginger (1987), Marc-André Bouchard, (1985,1990), André Jacques (2000), Joseph Zinker (1977), Erving et Myriam Polster (1973), Louis Guérette (1980), sans parler des biographies de Fritz Perls (Clarkson, Mackewn, 1993) et bien d'autres...

sous le vocable de Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet ou PGRO, elle est reconnue comme l'un des traitements de choix dans la clinique des troubles de la personnalité au Québec.³

Parce que ses racines sont gestaltistes et psychanalytiques et qu'elle intègre en son armature théorique et clinique autant une ouverture aux neurosciences actuelles qu'une forme de dialogue vouée à l'herméneutique, il devient pertinent de situer la PGRO dans l'histoire de la Gestalt-thérapie et d'en préciser autant les contours que la généalogie. Dans le présent article, je me propose donc de retracer l'histoire tant implicite qu'explicite de la PGRO et d'esquisser, en quelque sorte, le profil de la *personnalité* de cette forme de Gestalt-thérapie. Je le ferai en appliquant à l'approche un élément de son propre appareil théorique, celui des champs expérientiels.

DE L'AILLEURS ET JADIS À L'ICI ET MAINTENANT : UNE IDENTITÉ

S'il est une chose sur laquelle travaille tout psychothérapeute engagé dans la clinique des personnalités pathologiques, c'est bien l'identité et sa création. Que serait une identité sans histoire, une personnalité sans parenté? De même que l'expérience de chaque client s'inscrit dans une histoire et un trajet, les outils expérientiels et réflexifs dont dispose le thérapeute pour porter ce trajet sont, eux aussi, issus d'une histoire et le rattachent à une famille. Une approche de la psychothérapie ne découle pas que de choix parfaitement informés, conscients et raisonnés, mais aussi d'une histoire. Ce processus nous rappelle ce que Carl Jung (1997) rapporte en parlant du phénomène de l'inconscient collectif.

Ainsi, les concepts, les idées, les valeurs et la *personnalité* d'une approche se construisent au fil des décennies à travers des hommes et des femmes influencés par différentes écoles de pensée. Sans toujours le savoir, chacun ajoute quelques pierres à un édifice théorique en gestation, en construction. Tout psychothérapeute engagé dans un dialogue, autant expérientiel que réflexif, actualise une pensée et des valeurs transmises de la plus antique philosophie jusqu'à la psychologie contemporaine.

C'est en quelque sorte un bouquet de compétences réflexives, affectives et interactives maillées à la personnalité du clinicien et nourries à une longue et riche tradition humaniste au sens large, qui

3 2^e Colloque sur Les Troubles de la Personnalité, 11 et 12 mai 2006, Formation Porte-Voix.

se conjuguent dans le dialogue thérapeutique de la PGRO. Qui sont donc les ancêtres, les grands-parents, les parents, les cousins, les frères théoriques de la PGRO ? Qui l'a nourrie et continue de la nourrir réflexivement ? Qui sont ceux qui, dans cette grande famille de penseurs philosophes et/ou psychologues, éclairent aussi bien implicitement qu'explicitement ce thérapeute au cœur de l'action psychothérapeutique ?

Bref, on peut considérer qu'une approche de la psychothérapie non seulement possède une histoire – parfois oubliée – mais à travers sa contribution, agit sur cette histoire. Ainsi en est-il de la PGRO qui conçoit la Gestalt de l'identité et de la personnalité comme un ensemble figure/fond où alternent et se conjuguent quatre champs dynamiques représentant l'expérience de vie d'une même histoire. Pour les besoins de mon propos, je ne ferai pas l'inventaire de toutes les utilisations possibles de cet appareil conceptuel. Il servira simplement de dispositif d'écriture pour éclairer l'enrichissement théorique de la PGRO à différents moments de son histoire, tant passée que présente.

Voici donc comment se définissent les quatre champs expérientiels de la PGRO dans l'ordre avec lequel ils seront utilisés ici (soit l'ordre chronologique d'apparition de chacun des champs dans une histoire de vie) :

- Le **Champ 4** est celui de l'histoire développementale du sujet : d'où vient-il, quel est son itinéraire, quels chantiers a-t-il pu achever dans son développement ; quelles ressources, mais aussi quelles situations achevées et/ou inachevées cette histoire développementale lui a-t-elle laissés en héritage ? J'aborderai le champ 4 du passé développemental dans une perspective que l'on pourrait qualifier de trans-générationnelle, remontant le temps jusqu'aux philosophes de l'Antiquité (les premiers véritables artisans du *dialogos*) jusqu'à la Gestalt-thérapie qui fonde l'expérience première de la PGRO.
- Le **Champ 2** est celui de l'ici (mais pas « maintenant ») soit l'histoire de la situation actuelle en psychothérapie. Ce champ portera sur des éléments de la Gestalt-thérapie de Perls, Hefferline et Goodman, telle qu'elle a été enseignée et pratiquée depuis une cinquantaine d'années.
- Le **Champ 1** est celui autour duquel, historiquement, la Gestalt-thérapie a manifesté son originalité clinique : l'ici et maintenant. Pour la PGRO, c'est « tout » ce qui se passe dans l'immédiateté de la rencontre, dans le lien. Ici, il sera question du vécu présent

de l'approche de la PGRO, de sa personnalité actuelle et de quelques uns de ses concepts.

- L'analyse multi-modale théorisée dans le cadre de cette approche ouvre le dernier champ expérientiel de ce modèle, le **Champ 3**. Ce champ recouvre l'ensemble des autres relations actuelles du sujet, celles qui sont présentement significatives pour lui à l'extérieur de la thérapie. Pour les besoins de cet article, je ferai un survol des approches thérapeutiques actuelles et des pratiques contemporaines de la psychothérapie des troubles de la personnalité autres que la PGRO. Cette Gestalt revisitée entretient des liens constants avec ses voisins qui peuvent à tout moment aider à enrichir cognitivement et interactivement le clinicien en action et le sens de l'expérience unique du client.

LE CHAMP 4: LE PASSÉ DÉVELOPPEMENTAL

À l'aube de la philosophie

Depuis des temps immémoriaux, la parole a fait son chemin. Des disciples de Socrate, Platon et Aristote jusqu'aux gestaltistes, il en a « coulé de l'encre sous les ponts ». Quelle multiplicité de sens et de significations nous pouvons donner aux événements, à une rencontre, à une situation ! Suivons un peu ce parcours à l'aide du schéma qui suit et découvrons les liens que nous pouvons établir entre hier et maintenant !

Imaginons Socrate se promenant avec ses disciples en discutant sur la vie, la politique, les relations et autres sujets. Il semble que Socrate n'aimait pas enseigner, car il craignait le dogmatisme. Sa méthode consistait plutôt à faire découvrir la vérité à ses disciples en les questionnant et en les obligeant à faire face à leurs propres contradictions. Il pratiquait la maïeutique ou « l'art d'accoucher les esprits ». C'est par cet art du dialogue et de la discussion – la dialectique – initié par Socrate, développé par Platon et discuté par Aristote, que l'homme a conféré à l'esprit, la « sensibilité », l'âme, la fantaisie, l'élaboration créative et intelligible (Durozoi et Roussel, 1987). Ces ancêtres philosophes ouvrent la porte à l'homme réflexif, à sa liberté singulière de penser et de s'exprimer différemment, de débattre et de se différencier à travers des courants de pensée.

N'est-ce pas de cette façon que les psychothérapeutes gestaltistes de toute époque travaillent avec leurs clients ? Ils tentent de les aider à trouver leur voie propre, leur vérité singulière, soit leur ajustement

Quelques racines théoriques de la PGRO

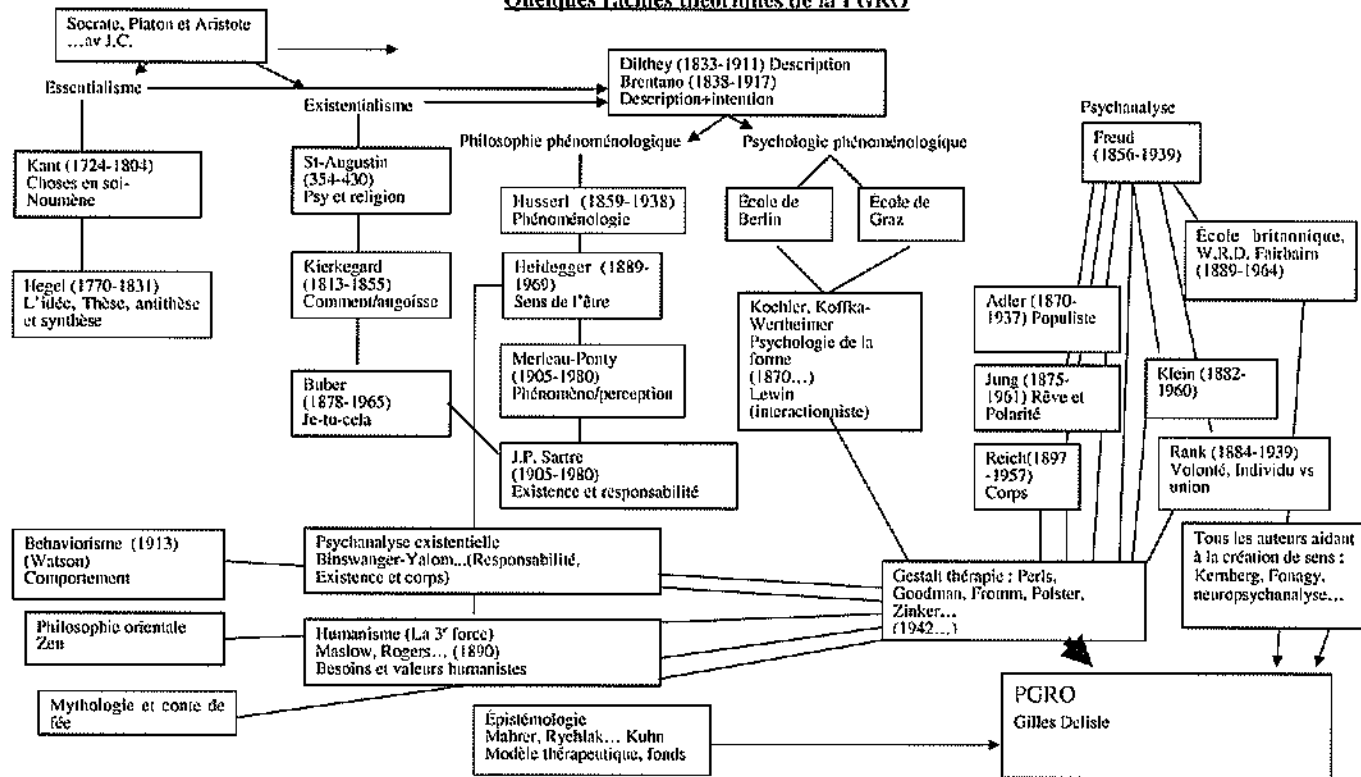


Figure 1 : Quelques racines théoriques de la PGRO (Inspiré de Guérette, 1980)

créateur. Ils le font en les invitant à sentir, à suivre leurs propres émergences, à mettre un sens sur leur expérience et à agir de façon créative. Ainsi, l'idée d'aider la personne à s'ouvrir à elle-même pour trouver sa voie propre traverse le temps depuis Socrate.

De la philosophie⁴ à la psychologie : des philosophes...

Saint Augustin (354-430) est considéré comme le père de la théologie et de la philosophie. Existentialiste, il cherche à rattacher la pensée religieuse à la pensée philosophique ainsi qu'à l'être psychique et physique. En voulant joindre spiritualité, religion, réflexion et conscience, il met à jour un moi divisé par deux forces antagonistes : la liberté de la nature humaine dans toute sa réalité physique, psychique et affective et les aspirations spirituelles de dépassement qui portent au-delà de l'humain. À travers ses *Confessions* (400), qui décrivent en partie son expérience humaine et spirituelle, Saint Augustin réfléchit sur la conscience anticipante, sur l'expérience humaine empreinte de culpabilité, d'inquiétude, d'anticipation et de l'angoisse propre à la condition de mortel.

L'expérience ambivalente du sujet que l'on retrouve dans le travail des polarités en Gestalt-thérapie ou des micro champs introjetés en Gestalt des Relations d'Objets actualise dans la clinique contemporaine ces réflexions augustines sur la nature humaine. L'expérience profonde de l'homme ne peut être que complexe. Les besoins humains fondamentalement contradictoires, les affects de base et le corps désirant ont un impact sur la pensée, le cognitif et le rationnel. L'être humain se trouve souvent divisé et a besoin de bâtir une réconciliation entre ses parties antagonistes. Il a besoin de trouver le point de rencontre de ses ambivalences.

C'est ainsi que Saint Augustin ouvre le chemin à une longue lignée de philosophes qui poursuivront la réflexion sur ces angoisses existentielles. Kierkegaard prolonge ces questionnements en s'intéressant au « comment » de l'expérience, affirmant la primauté de cette expérience sur l'essence (Bouchard, 1985). Pour Kierkegaard, l'existence et les phénomènes existentiels se vivent d'abord dans le concret de la « chair » avant de toucher l'esprit.

La polarité philosophique de l'existentialisme, c'est l'essentialisme. Des essentialistes aux existentialistes, de Kant (1724-1804) et Hegel (1770-1833) à Kierkegaard (1813-1855) et Sartre (1905-1980) se pose le débat de la primauté de l'essence sur l'existence ou de celle-ci sur

⁴ Il est à noter que l'information en lien avec tous les philosophes et psychologues de ce texte a été puisée dans différents textes cités en bibliographie.

celle-là. Avec Kant, nous sommes en présence de « noumènes » par opposition au « phénomène ». Pour lui, les idées déjà formées dans l'esprit précèdent l'expérience. Pour Hegel aussi, la raison n'est pas une qualité de l'esprit humain. Elle existe en elle-même et elle a sa réalité propre. Dans le système hégélien, l'être et l'esprit ne font qu'un.

Mais nul mieux que Sartre mettra en lumière cette dualité de l'existence entre l'« en soi », ce qui est, et le « pour soi », ce que l'on veut être ou ce que l'on désire. Guérette (inédit, 1980) rappelle que Sartre est un ardent défenseur de la liberté de chaque homme et de la responsabilité de chacun face à son essence et à son existence. Pour l'auteur de *L'Être et le néant* (1943), l'homme est l'unique créateur de ses valeurs et il est obligé de faire sens de son expérience, sans le secours de Dieu et sans l'excuse de l'inconscient. L'homme se trouve responsabilisé face à son « être au monde », à sa solitude existentielle et à sa finitude. Il devient ainsi la seule personne ou entité responsable qui puisse décider de ce qu'il est, de ce qu'est le monde en ce moment pour lui et de ce vers quoi il tend.

Heidegger (1889-1969) apporte lui aussi une contribution majeure dans cette interrogation sur le sens de l'être – l'Êtant – et du « cadeau » que représente l'angoisse existentielle. Merleau-Ponty (1905-1980), quant à lui, fait l'éloge d'une troisième dimension dans sa définition de l'ontologie, un domaine médian entre l'être et l'objet qui est l'être même et son « ressenti incarné ».

Chacune de ces perspectives est, à un titre ou à un autre, chère aux humanistes et aux gestaltistes⁵. Responsabiliser la personne face à son existence, l'aider à prendre conscience de ce qu'elle sent et vit à chaque instant tant émotivement que corporellement, lui rappeler sa liberté fondamentale et sa capacité de créer, en équilibre avec elle-même et avec son environnement, voilà des valeurs de santé mentale cultivées très concrètement en psychothérapie gestaltiste.

Chacun des deux points de vue que nous venons d'évoquer, l'essentialisme et l'existentialisme, trouve des formes d'expression dans l'univers de la psychologie et de la psychothérapie. Bien sûr, ces philosophies peuvent coexister, mais certaines pratiques sont fondées davantage sur le déterminisme et l'existence (ce qui est) et d'autres davantage sur l'expérience (l'agir et le faire). D'un côté, un mode de pensée médical/biologique, plus analytique, accordant plus de poids au déterminisme, qu'il soit génétique ou autre, et de l'autre,

⁵ Il est à noter que les références aux gestaltistes dans cette partie du texte (Champ 4) englobent la pensée des pgristes.

un mode plus humaniste, phénoménologique, existentiel et comportemental, plus descriptif de l'expérience humaine.

Ceci nous amène à évoquer le discours de Dilthey (1833-1911) et de Brentano (1838-1917) qui, pour leur part, se sont penchés sur l'importance de la description de l'expérience et sur l'intentionnalité. On reconnaît aujourd'hui en Dilthey le père du contrôle scientifique. Il se réclame de la constitution d'une philosophie compréhensive et descriptive cherchant à définir des styles d'individus, dans leur vécu, et ce, sans les « mutiler ». Dilthey observe sans juger, évaluer ou interpréter. Son point focal : décrire le comportement. Voilà une perspective que l'on trouve aujourd'hui tant chez les chercheurs qui déterminent les catégories diagnostiques du système multiaxial que chez bon nombre de psychothérapeutes gestaltistes. Les uns veulent décrire des comportements correspondant avec fiabilité à des catégories diagnostiques, alors que les autres se font fort pour chaque client de demeurer près du phénoménologique, du descriptif et d'éviter l'interprétation « mutilante ».

À ce concept, Brentano ajoute celui d'intentionnalité. Parmi ses élèves les plus illustres, on trouve bien sûr Husserl (1859-1938), mais aussi un certain Sigmund Freud (1856-1939). Le premier développera la pensée phénoménologique, alors que le second deviendra médecin et consacra sa vie à étudier les causes et le « pourquoi de l'expérience ». Ce sont ces deux lignées génétiques que la PGRO tente de réunir tant dans sa théorie que dans sa pratique.

Dans sa quête de reconnaissance des événements reproducteurs qui surgissent régulièrement chez le client, la PGRO a réintroduit dans sa théorie le concept des enjeux développementaux comme étant au cœur de l'expérience des « dilemmes relationnels » du client et, par le fait même, la notion brentanienne du « pourquoi » de l'expérience. Ainsi, le psychothérapeute PGRiste, en plus de l'étude du « comment ça se passe à la frontière-contact » avec un client, s'interroge sur le « pourquoi ça se passe ainsi » et le « depuis quand ».

Si nous revenons à la figure 1, élaborée à partir d'un tableau inédit de Guérette (1980), nous y retrouvons les auteurs qui semblent représenter l'essentiel du « fond philosophique » de notre approche, avec des thèmes tels : ouvrir le discours ; décrire l'expérience ; la dualité de cette expérience ; le comment se vit cette expérience ; la recherche de sens à l'existence, son pourquoi, sa raison d'être...

En plus des philosophes occidentaux, on remarque aussi que certaines philosophies orientales trouvent une résonance en Gestalt. Dans un travail sur *l'awareness*, du « pas à pas » si cher aux gestaltistes,

ne revenons-nous pas à l'enseignement des maîtres bouddhistes et zen voulant qu'une chose en suive une autre et qu'au bout de cette « attention de l'attention (la smrti) », il y aura une émergence nouvelle (Ginger, 1987) ?

En Occident, à la liste des ancêtres et des grands-parents, s'ajoute Martin Buber, en phase avec la pensée orientale et étudiant de façon toute particulière la relation dyadique « je-tu » et « je-cela ». Digne grand-parent de la Gestalt dans sa dimension existentielle et phénoménologique, à la frontière entre la philosophie et la psychologie, Buber focalise son attention sur ce qui se passe à la frontière entre un organisme et son environnement qu'il soit humain ou autre. Gestaltistes d'abord, les psychothérapeutes de la PGRO consacrent eux aussi leur énergie, et ce dès le début de leur formation, à observer les nuances du va-et-vient de l'expérience entre eux et l'autre, puis à les décrire, bien avant de chercher à en construire le sens.

... et des psychologues, des médecins psychanalystes, des psychothérapeutes.

C'est à Kurt Lewin, qui emprunte son modèle descriptif à la théorie physique des champs et à la topologie mathématique, que l'on doit une théorie du champ interactionnel. Lewin décline l'expérience subjective d'une personne en lien avec son environnement autour de quelques principes essentiels. Jean Marie Robine, au fil d'un échange de correspondance avec Gilles Delisle (inédit, 1999-2000), a retenu cinq principes fondamentaux : organisation, contemporanéité, singularité, processus changeant, pertinence possible. Par ce positionnement, Kurt Lewin est l'un des socles sur lequel repose la psychologie de la forme, elle-même à l'origine de la Gestalt-thérapie (avec sa théorie du champ) et de la PGRO.

Pour ce qui est du sens sous-jacent – et pas forcément donné dans l'expérience – Freud (1856-1939) demeure le père non seulement de la psychanalyse mais de toute psychothérapie du sens. Que l'on soit d'accord ou non avec les explications freudiennes, il reste qu'il fut le premier à analyser les significations cachées de l'expérience ressentie et vécue. On pourrait même arguer que bien avant la naissance de l'épistémologie de la psychothérapie, la théorie freudienne satisfaisait aux cinq critères qui, selon Mahrer (1989), définissent une approche psychothérapeutique, soit :

- Une théorie de la pathologie.
- Une théorie du développement.
- Une théorie de la psychothérapie.

- Une théorie de la personne.
- Des techniques thérapeutiques spécifiques.

Que l'on veuille s'en séparer, comme l'ont fait Fritz et Laura Perls, ou que Freud nous interpelle encore par sa capacité d'analyse, il n'en demeure pas moins qu'un siècle après ses premiers écrits, une majorité de psychothérapeutes continuent de penser les dessous de l'expérience du client. C'est tout un patrimoine de diverses traditions idéologiques qui sous-tendent les différentes façons de penser l'expérience humaine, de la pratiquer et de vivre la psychothérapie. Fritz Perls, qui a connu Freud, prendra comme plusieurs de ses contemporains son propre chemin et créera sa propre approche thérapeutique.

Carl Rogers et Abraham Maslow seront quant à eux les tenants de la troisième force en psychothérapie, celle que l'on appelle l'humanisme. Tout le courant existentiel/humaniste est traversé par ces valeurs humanistes :

- Une vision optimiste de la personne.
- L'importance du corps et des sensations.
- L'unicité du sujet.
- La valorisation du potentiel créatif de la personne et sa responsabilité à l'actualiser.
- Une vision systémique de la personne avec son environnement.

Outre ce patrimoine partagé avec l'ensemble du courant existentiel/humaniste, on trouve parfois des passerelles conceptuelles étonnantes entre la Gestalt-thérapie et des auteurs de la tradition psychanalytique. Certaines ont déjà été documentées, soit dans Perls (1942), soit dans Perls et al. (1951), mais d'autres restent à peu près inexplicables.

Dans *Ego, Hunger and Agression* (1942), Fritz Perls, alors en transition entre la psychanalyse et la Gestalt, décrit une façon d'appréhender le monde chez une personne en utilisant une allégorie de l'alimentation et du système digestif. On reconnaît dans cet écrit l'énergie pulsionnelle (cette poussée d'aller vers) tel que décrite par Freud, ce qui n'est pas étonnant puisque Perls a pratiqué la psychanalyse pendant des décennies. Toutefois, on pourrait reconnaître aussi dans cette émergence de « faim » et tout ce processus digestif de destruction des figures et de *réassimilation* dans l'organisme certains rapprochements avec cette pulsion agressive telle que décrite par Mélanie Klein (1882-1960).

Quant au concept de polarité, on le retrouve clairement chez Carl Jung (1875-1961). Le concept jungien d'archétype et de dualité

de la personnalité (ombre vs lumière) se marie très bien au travail de l'ouverture des différentes parties du « concept de soi » tel que figuré par Perls et al. (1951) et élaboré par Joseph Zinker (1977). Par le fait même, le travail sur les rêves en utilisant les parties du rêve comme autant de représentants de parties avouées ou désavouées de la personne, se paire aisément au travail onirique des gestaltistes.

On dit souvent de Adler (1870-1937) qu'il est le créateur de la première psychothérapie « populiste » car il a cherché des moyens de rapprocher la théorie psychanalytique à la vie quotidienne du patient. L'idée selon laquelle la personne crée sa vie et lui donne un sens en lien avec ce qui l'entoure au quotidien, fut-ce au prix de la création de fictions, est au cœur de sa théorie. Il souligne ainsi le lien indissociable existant entre un organisme et un environnement dans une théorie du champ. Il positionne à coup sûr la problématique de ce qui se passe à la frontière-contact sans, bien sûr, la nommer de cette façon.

Pour Otto Rank (1894-1939), la naissance représente la première séparation d'avec la mère et fonde notre désir de retourner dans l'utérus. Voilà encore un exemple d'univers interactionniste où la recherche d'individuation et le besoin d'union s'interpellent à la frontière-contact entre un organisme et son environnement. Cet auteur fut aussi l'un des premiers à parler d'une thérapie active, courte et axée sur le présent.

Cet aperçu en touches impressionnistes de différentes écoles de pensée ne cherche évidemment pas à déterminer qui influence qui, qui a eu la première idée, ou qui a la meilleure. Chaque famille thérapeutique approfondit son propos dans des voies qui lui sont propres, à partir d'un bagage théorique laissé par des ancêtres communs. Chacune s'est développée en fonction de ses intérêts particuliers, de la personnalité de ses pionniers et de l'environnement socio-culturel et clinique dans lequel elle a grandi. On peut ainsi remarquer que les contemporains de Fritz et Laura Perls se sont inspirés ou ont eu des intérêts connexes aux leurs.

Les analystes ont élaboré davantage de théories du développement pour donner un sens aux traumatismes développementaux, alors que les humanistes, les phénoménologues et les comportementalistes se sont surtout attardés à la description de l'expérience et à sa transformation par une expérience nouvelle, créatrice et réparatrice. Les techniques des comportementalistes, la fameuse « chaise vide » de Perls, le travail sur le corps des reichiens et des bio-énergéticiens, le psychodrame de Moreno, sont autant de façons pour les thérapeutes

gestaltistes de notre époque de comprendre et de restaurer la fluidité expérientielle du client.

Que dire plus distinctement des « parents naturels » de la PGRO ? Fritz et Laura Perls ainsi que leurs descendants en Gestalt-thérapie sont le passé thérapeutique de la PGRO. Il n'y a pas si longtemps, les PGRistes étaient des gestaltistes comme l'avaient enseigné les Polster (Erving et Myriam, élèves de Fritz et Laura Perls). Cette Gestalt représente donc le Champ 2 de notre modèle, l'histoire récente et toujours présente de la PGRO.

LE CHAMP 2: L'ICI ET L'AVANT DE LA PGRO, LA GESTALT-THÉRAPIE.

La Gestalt thérapie est une approche thérapeutique très fortement marquée par la pensée des grands philosophes de l'Antiquité, des premiers phénoménologues et des existentialistes. Fritz et Laura Perls sont les rejetons de cette généalogie. Les deux ont frayé pendant presque vingt ans avec le monde de la psychanalyse, ont été « analysés » et ont vécu la bohème artistique de Vienne et de Berlin. Laura a fait de l'eurythmie et Fritz, du théâtre avec Max Reinhart. Les deux ont travaillé avec les psychologues de la forme. Ils ne pouvaient donc faire abstraction de toute cette culture qu'ils possédaient en fond, dans leur expérience tant réflexive qu'affective et interactive.

André Jacques (2000) rapporte que Laura Perls avait même pensé à donner le nom de « psychanalyse existentielle » à cette nouvelle approche qu'elle créait avec son mari, mais ces « délinquants » de la psychanalyse se sont ravisés. Bien sûr, les Perls se sentaient proches des existentialistes, mais Sartre et Camus n'ayant pas bonne presse dans cette aire de changement social, une voie nouvelle, plus créative et active, s'imposait.

Après avoir fui l'Allemagne nazie et avoir vécu plusieurs années en Afrique, ils émigrent aux États-Unis en 1946. C'est l'aboutissement d'une incubation théorique et d'expériences diverses qui se concrétise dans le projet de leur nouvelle approche thérapeutique. À leur arrivée, ils rencontrent Paul Goodman, un anarchiste libertaire dont on dit qu'il est le Jean-Paul Sartre des Américains. C'est alors la naissance du groupe des sept qui rassemble les Perls, Hefferline, Goodman, Fromm, Shapiro et Weiss.

Ensemble, ils jetteront les bases de la Gestalt-thérapie. Dans leur ouvrage de 1951, Perls, Hefferline et Goodman font plusieurs références à la psychanalyse, mais surtout pour s'y opposer et la reformuler. Lentement, ils créent à leur couleur, avec un bagage venu de

leurs Champs 4 et de leur propre vécu, une approche qui saisit l'air du temps, qui s'éloigne de la pathologie pour s'ouvrir à la santé mentale, à la liberté et à l'expérience. Comme on l'a vu plus haut, on trouve dans cette Gestalt l'influence des philosophes de l'Antiquité, des phénoménologues, des existentialistes et des tenants de la psychologie de la forme avec qui les Perls ont étudié. S'ajoute à cela l'influence de Wilhem Reich, thérapeute de Fritz, qui donne ainsi une place aux sensations et au travail avec le corps.

Avec une volonté de « boucler des situations » bloquées dans des cycles de contact interrompus, les gestaltistes créent et développent une approche puissante qui aide la personne à saisir, à l'intérieur d'elle-même, les trois pôles de son expérience : l'affectif, le cognitif et le sensori-moteur. Ils auraient aussi bien pu appeler cette approche la « thérapie de la centration » ou de la « concentration », tant elle cherche à aider le client à prendre contact avec lui-même de façon juste pour lui et en lien avec son environnement. En outre, lorsqu'on lit dans le texte de 1951 l'importance accordée à la création et les nombreuses références à l'artiste, on ne peut s'empêcher d'y voir la métabolisation des fréquentations artistiques des Perls, mais aussi de l'homme de lettres qu'était Paul Goodman.

C'est la Gestalt-psychologie qui, la première, a mis en lumière le besoin inné d'intégrité de l'expérience perceptuelle, les concepts de situations inachevées, de répétitions à la recherche de la complétion, et de figure/fond. En reconnaissance de ces concepts de base, les premiers auteurs donneront à l'approche le nom de Gestalt-thérapie.

La PGRO est née d'une révision théorique de cette Gestalt-thérapie telle qu'elle est structurée dans le texte fondateur de 1951. À partir d'une compréhension du développement de la personnalité et de la pathogenèse des troubles de la personnalité, nourrie de surcroît des pratiques contemporaines et des connaissances actuelles, la PGRO veut prolonger la théorie et la pratique de la Gestalt-thérapie par la recherche du sens de l'expérience et du « pourquoi » de cette expérience.

Comme Fritz et Laura ont eu besoin d'ouvrir sur d'autres concepts pour créer leur modèle en s'éloignant du « père Freud », la PGRO a quelque chose à reprendre de ce « grand-père » et de ses descendants. Les caractéristiques fondamentales de la Gestalt-thérapie sont nombreuses et plusieurs d'entre elles continuent de vivre au sein de la PGRO :

- Elle est une approche phénoménologique/existentielle et comportementale, sans être comportementaliste !

- Elle s'inscrit dans une relation « ici et maintenant ».
- Elle invite le psychothérapeute à repérer les ajustements conservateurs dans la relation afin qu'ils deviennent créateurs.
- Elle croit en une meilleure fluidité affective, réflexive et sensori-motrice pour cheminer vers une meilleure santé mentale.
- Elle favorise l'étude du processus qui se déploie dans la relation, plutôt que le contenu.
- Enfin, elle a une vision holiste de la personne.

C'est donc avec l'aide de toute cette histoire en Champ 4 et en Champ 2 que la PGRO déploie sa psychothérapie gestaltiste des troubles de la personnalité.

LE CHAMP 1 : LA PGRO, « ICI ET MAINTENANT »

Le Champ 1 des PGRistes représente ce que l'on vit « ici et maintenant », présentement, avec le client dans la relation psychothérapeutique. Essayons donc de cerner à quoi correspond la PGRO comme approche psychothérapeutique.

La Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objets est une psychothérapie du lien qui n'est ni une Gestalt purement classique dans la forme que lui a donnée Perls ni exactement celle que les Polster (Erving et Myriam) ont enseignée à des générations de gestaltistes venus des cinq continents. Il fut une époque où le Québec comptait cinq écoles de Gestalt et certains formateurs seniors, tels Janine Corbeil et Jean Gagnon, perpétuent toujours cet enseignement fondamental et irremplaçable. Il existe encore maintenant plusieurs écoles à travers le monde.⁶

Les PGRistes, quant à eux, travaillent depuis plus de dix ans à la réunion du « Comment » et du « Pourquoi » de l'expérience du client en lien avec les pathologies de la personnalité. Cette volonté de prolongement et de synthèse est portée par quatre questions fondamentales :

- Comment se construit et se maintient l'expérience pathologique et pathogène à la frontière-contact ?
- Qu'est-ce qui se reproduit là, relationnellement, entre le thérapeute et le client, que l'on retrouve en plusieurs exemplaires et en diverses variantes, depuis toujours, dans les divers champs expérientiels du client ?

⁶ Le regroupement de La Forge initié par Serge Ginger (1987) rassemble plusieurs écoles de Gestalt en Europe et en Amérique du Nord et du Sud.

- Quel est le sens de ces expériences relationnelles, de ces façons d'être en relation, qui semblent indispensables au client et que, pourtant, il déplore ?
- Comment construire le sens de l'expérience du client en lien avec ce dernier en psychothérapie ?

Selon Delisle (2003), la personnalité s'élabore à partir de relations vécues tout au long du développement de la personne. Ainsi, ce sont les échecs à diverses tâches développementales qui installent dans le Self, des « dilemmes de contact » qui devront être revisités en psychothérapie, reconnus et réparés. La mise à jour des affinités thématiques apparaissant dans divers champs expérientiels aide à reconnaître, avec le client, ce qu'il répète inlassablement et qui le garde en souffrance. Ainsi, l'observation à la frontière-contact des relations du client « ici et maintenant » démontre que, souvent, celui-ci rejoue un scénario lié thématiquement à des enjeux développementaux non résolus.

Le client peut en arriver à identifier, à dépasser et à réparer ces « Situations Inachevées » en lien avec la problématique de sa personnalité. Après un diagnostic multiaxial et au fil d'une analyse structurale, le psychothérapeute vit un processus psychothérapeutique unique et singulier avec son client. Au-delà de la posture thérapeutique d'ouverture, d'accueil et de dialogue, il se voit entrer dans l'aventure de cette relation créée par la rencontre où réapparaissent les relations inachevées et introjectées du client.

Le thérapeute se doit donc d'être attentif aux atmosphères, au microclimat affectif que génère le client, à ses propres émotions autant qu'à celles du client. Il porte au non verbal, à la prosodie du client et à son récit narratif cette attention large et pourtant concentrée qui, depuis toujours, est la marque distinctive de la Gestalt-thérapie. Imprégné affectivement de l'expérience avec le client à la frontière-contact, le thérapeute est appelé à mettre des mots sur le sens de cette expérience de contact, puis de lien.

Après une description phénoménologique de ce qui se vit entre lui et son client, le travail du thérapeute consiste à élaborer avec le client le sens des blessures relationnelles de ce dernier. Il ne s'agit pas d'interpréter ou d'analyser l'expérience du client, mais bien de construire avec lui le sens qui représente le mieux cette expérience. Ce procédé s'appelle l'herméneutique et est un élément central de la PGRO (Delisle, 2000 ; 2001 ; 2001b).

Interpellé tant dans ses compétences affectives qu'interactives, les contributions du thérapeute à cette création de sens dépendent pour

une partie importante de ses compétences réflexives. Celles-ci correspondent à la capacité relative du thérapeute à accéder, en temps réel, aux connaissances qu'il a accumulées, tant par sa curiosité théorique que par ses expériences cliniques. Le thérapeute au cœur de l'expérience relationnelle avec le client, dans sa lecture affective et réflexive de ce qui se vit dans l'interaction, est encouragé à puiser chez divers auteurs les éclairages propres à activer la conscience expérientielle et réflexive du client.

Il ne s'agit pas de faire des mariages théoriques aléatoires, mais d'aller chercher dans ses connaissances l'outil qui sera le plus utile à un client particulier pour éclairer une expérience qu'il revit « ici et maintenant ». Tout en maintenant une posture gestaltiste dans le contact, le thérapeute peut, pour un moment de la psychothérapie avec une personne unique, éclairer la démarche thérapeutique avec les « lumières » de ses voisins théoriques ou de ses ancêtres. Le thérapeute demeure ainsi dans une approche à la fois expérientielle, humaniste, créatrice et génératrice de sens.

Comme l'écrit Delisle (2003, inédit) : « Plusieurs auteurs ont documenté de différentes façons le développement de la personne, nous pouvons donc puiser chez eux pour enrichir le sens de l'expérience de la personne qui consulte. » Ainsi, la PGRO réalise une synthèse théorico-clinique de plusieurs souches conceptuelles, aussi bien humanistes et existentielles que phénoménologiques et dynamiques. Elle vit l'expérience thérapeutique dans l'ici et maintenant et cherche à construire le sens des « impasses de contact » qui se produisent en psychothérapie. De multiples traditions nourrissent le développement de cette approche et le bassin d'auteurs auxquels elle peut alimenter ses recherches de sens et son herméneutique ne cesse de s'élargir.

LE CHAMP 3 : « AILLEURS ET MAINTENANT »

La PGRO a dû puiser principalement chez les auteurs des relations d'objet pour élaborer certains de ses concepts et pour se développer théoriquement. Fairbairn (1889-1964) est l'auteur qui a contribué à la compréhension des objets introjectés et de l'esprit des relations d'objet au sein de ce modèle. Quant au modèle de O. Kernberg (1989), il a fourni les matériaux théorico-cliniques de base au concept de Matrice des Représentations du Champ représentant la vision de soi et du monde du client.

Le Champ 3 représente, pour le client en psychothérapie, ses relations contemporaines ailleurs qu'en psychothérapie. Dans son

ouverture à ce qui est disponible dans le champ, maintenant et ailleurs qu'en Gestat-thérapie et en PGRO, cette dernière propose un dispositif qui est celui de l'ouverture multimodale. Cette fenêtre ouverte sur les contributions d'autres approches contemporaines fait qu'il est possible pour le thérapeute d'utiliser, sans dénaturer la rencontre avec le client à la frontière-contact (comme mentionné plus haut), une formulation ou une compréhension clinique venue d'une approche thérapeutique voisine pour donner du sens à l'expérience qui se déploie entre lui et son client. Présentement, plusieurs mouvements sont en figure pour les gestaltistes des relations d'objets. Certains auteurs comme Boris Cyrulnik (2001) avec son concept de résilience, ainsi que les auteurs concernés par les troubles de la personnalité, le mouvement des neurosciences et une partie du mouvement des données probantes, attirent leur attention.

Avec l'avènement des tiers payeurs, avec l'ouverture d'un soutien psychologique à la population moyennant un nombre restreint de rencontres, les psychothérapeutes sentent le besoin de valider la fiabilité de leurs techniques et de leur pratique.

Le mouvement des données probantes est vaste. Les recherches sur l'efficacité de la psychothérapie et de certaines techniques sont nombreuses. Nous n'avons qu'à penser au traitement avec EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) pour les traitements des stress post-traumatiques et tous les traitements cognitif/behavioraux en lien avec l'anxiété. Pour l'instant, toutefois, ce traitement a encore relativement peu touché la clinique des troubles de la personnalité.

Bien sûr, comme le rappelle Conrad Lecomte (2006), il faut demeurer vigilant sur la validité de ces recherches. Elles peuvent toutefois nous donner des indications sur la manière d'aider quelqu'un souffrant d'un syndrome clinique. Il peut être utile, pour un psychothérapeute, d'aller chercher au sein des approches stratégiques de court et de moyen terme des techniques thérapeutiques visant le traitement de syndromes spécifiques. Le défi du psychothérapeute PGRiste sera de pouvoir travailler avec ces techniques de traitement à l'intérieur d'un processus relationnel singulier, qui appartient à un client unique. Il doit donc s'assurer que le moment est opportun et que la technique convient à une personne donnée.

Par ailleurs, les neurosciences commencent à mettre au jour les impacts de psychothérapies affectives, interactives, réflexives et relationnelles telle la PGRO. Ces recherches peuvent aider le thérapeute à suivre davantage le processus neurodynamique du client et lui permettre de mieux cibler ses interventions.

Dans la clinique spécifique des Troubles de la personnalité, où se trouvent des propos qui éclairent le développement de la personnalité? Bien sûr, des auteurs comme Freud, Klein, Fairbairn, Winnicott, Mahler, Jacobson et nos « ancêtres » demeurent pertinents dans l'analyse, la compréhension ou l'éclairage qu'ils peuvent apporter sur des expériences développementales vécues et rapportées par les clients. Qu'il s'agisse de relations dyadiques, triangulées, de pulsions agressives, libidinales, d'un Self excité et/ou rejeté, d'un enfant en quête de miroir, d'un besoin de « holding », de rage primitive, de représentations clivées, de mère suffisamment bonne ou d'un besoin de séparation, plusieurs auteurs peuvent prêter leur analyse à une situation bien précise revécue dans le cadre d'une psychothérapie de fond.

Plus récemment, l'étude des troubles de la personnalité a aussi mobilisé O. Kernberg (1989), P. Fonagy (2006), J. Masterson (1997) et certains auteurs du mouvement de l'intersubjectivité (R. D. Stolorow, G. E. Atwood, D. Stern...). Certains de ces auteurs s'interrogent spécifiquement sur des troubles de la personnalité comme la personnalité borderline, d'autres le font sur l'ensemble du développement de ces troubles, sur les blessures et/ou les défenses narcissiques en lien avec leur construction. On rencontre dans ces théories autant d'hypothèses sur les étapes développementales du Self que de suggestions de traitement. Chacun de ces édifices théorico-cliniques en construction offre de quoi nourrir la réflexion du thérapeute PGRiste qui, face à l'univers d'un client unique, doit créer avec ce dernier le sens d'une expérience qu'il vit depuis toujours comme source de souffrance, d'impuissance et qui appelle à la complétion.

CONCLUSION

Ce travail sur les racines de la PGRO permet de prendre conscience de la somme considérable de connaissances en lien avec l'expérience humaine, somme qui se transmet d'une génération à l'autre depuis des temps immémoriaux. Un aperçu de toutes ces pensées ainsi condensées nous fait mesurer l'absurdité de croire en la « connaissance tout azimut ». Le modèle psychothérapeutique de la PGRO dans son existence présente (Champ 1), ainsi que dans son cadre théorique et pratique, donne au thérapeute la liberté de sentir, de penser et de créer, interrogeant le sens de l'expérience du client, là où il se trouve. Les liens qu'elle partage avec ses ancêtres philosophes (Champ 4), ses parents gestaltistes (Champ 2) et ses contemporains (Champ 3) sont autant d'atouts dont elle peut faire profiter un client en psychothérapie.

Les guerres et les rivalités d'école existeront probablement toujours, mais force nous est de constater que les avenues sont multiples pour alléger la souffrance du client, en particulier celui qui souffre d'un trouble de la personnalité. Souvent, la blessure est profonde et très éloignée de la conscience, ce qui devrait mettre en alerte toutes les compétences du thérapeute. Ainsi, en plus de travailler au cœur de la relation, du lien et de la reproduction phénoménologique de l'expérience, les PGRistes doivent alimenter leur réflexion dans divers champs expérientiels pour reconnaître et élucider le sens de cette rencontre unique dans l'ici et le maintenant.

Références

- Buber, M. (1957). *Je et Tu*. Paris: Aubier.
- Bouchard, M.-A. (1985). « L'émergence de la théorie de la Gestalt-thérapie : le contexte intellectuel », *Revue Psychothérapies*, 4, pp. 223-233.
- Bouchard, M.-A. (1990). *De la phénoménologie à la psychanalyse*. Bruxelles: Éd. Pierre Mardaga.
- Clarkson, P. et Mackewn, J. (1993). *Fritz Perls*. London: Sage Publications Inc.
- Corbeil, J. (1992). « L'histoire de la Gestalt au Québec », *Revue québécoise de Gestalt*, 1 (1), pp.3-17.
- Cyrulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris: Odile Jacob.
- Delisle, G. (1995). *Une révision de la théorie du Self de Perls, Heffertine et Goodman et de ses prolongements cliniques*. Thèse doctorale. Université de Montréal.
- Delisle, G. (2000). Pour un dialogue herméneutique en Gestalt-thérapie. *Revue Gestalt*. Société française de Gestalt. Vol. 13.
- Delisle G. (2001). *Vers une psychothérapie du lien*. Montréal: Éd. du Reflet
- Delisle, G. (2001b). « Le dialogue herméneutique en psychothérapie ». *Conférence à l'Hôpital de Tourcoing, Lille. Actes du colloque de Champ-G*.
- Delisle, G. (2003). Les enjeux développementaux dans le traitement des personnalités pathologiques. Document pédagogique du CIG.
- Delisle G. (2004). *Les pathologies de la personnalité, perspectives développementales*. Montréal: Éd. du Reflet.
- Durozoi, G. et Roussel, A. (1987). *Dictionnaire de philosophie*. Paris: Éd. Nathan.
- Fairbairn, W.R.D. (1954). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. New York: Basic Books.
- Fonagy, P. (2006). « The Process of Change and the Change of Processes: What Can Change in a Good Analysis », *Psyche Matters*, www.psychematters.com/papers/fonagy.htm, pp. 1-15.
- Gagnon, J. (1992). « La thérapie gestaltiste », *Guide des nouvelles thérapies*. Québec: Science, pp.76-81.
- Ginger, S. (1987). *La Gestalt, une thérapie du contact*. Paris: Hommes et Groupe éditeurs.

- Girard, L. (1998). « Un essai d'intégration de trois perspectives diagnostiques complémentaires », *Revue québécoise de Gestalt*, 2 (2), pp.59-79.
- Girard, L. (2003). « Réactions à l'article de J.E. Maddux: Pour une réflexion diagnostique responsable et fertile », *Revue québécoise de psychologie*, 24 (3), pp. 9-13.
- Guérette, L. (inédit 1980). *La Gestalt thérapie*. Document inédit remis aux étudiants de psychiatrie de l'université de Montréal.
- Jacques, A. (2000). *Une histoire de la Gestalt-thérapie*. Paris: L'Exprimerie.
- Jung, C. (1997). *La psychologie de l'inconscient*. Paris: Éd. Georg.
- Kernberg, O. (1989). *Les troubles graves de la personnalité: stratégies psychothérapeutiques*. Paris: PUF.
- Lecomte, C. (2006). « Quels sont les facteurs explicatifs de l'efficacité dans le traitement des troubles de la personnalité? » Présentation au 2^e colloque: *Les psychothérapies des troubles de la personnalité, diversité des approches, convergences des intentions*. Formation Porte-voix.
- Mahrer, A.R. (1989). *The Integration of Psychotherapy*. New York: Human Science Press.
- Maslow, A. (1972). *Vers une psychologie de l'être*. Paris: Fayard.
- Masterson, J. F. (1997, Mars). « Les troubles de la personnalité: diagnostic différentiel et stratégies thérapeutiques ». Séminaires de cinq journées de formation, *Une approche développementale, du Soi et des Relations d'objet*. Organisées par l'Institut Victoria de Montréal et le Masterson Institute de New York.
- Perls, F. (1942). *Ego, Hunger and Aggression*. New York: Vintage.
- Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*. New York: Julian Press.
- Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P. (1979). *Gestalt-thérapie, Vers une théorie du Self: nouveauté, excitation et croissance*. (Traduit par Wiznitzer M.) Montréal: Stanké.
- Petit, M. (1984). *La Gestalt, thérapie de l'ici et maintenant*. Paris: Les Éditions ESF.
- Polster E. et Polster M. (1973). *La Gestalt*. Montréal: Le Jour.
- Robine, J. M. et Delisle, G. (1999-2000). *Vers un nouveau paradigme existentiel-humaniste*. Correspondance inédite.
- Zinker J. (1977). *Se créer par la Gestalt*. Montréal: Éd. de l'Homme
- www.agora.qc.ca
- www.vrnb.com/
- www.wikipedia.org/philosophesetpsychologues

Abstract

The author outlines the history of Object Relations in Gestalt therapy, a Gestalt approach to Personality Disorders. Using two of the system's central concepts, cross-field thematic affinities and multi-modal construction of meaning, she underlines its developmental roots and current therapeutic stances. The author calls for increased awareness of the philosophical underpinnings of psychotherapy in general and of Object Relations Gestalt Therapy in particular.

Si je pense, est-ce que je suis ?

Considérations théoriques et cliniques
à propos du processus de mentalisation
chez le trouble de personnalité limite
et applications à la Psychothérapie
Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO)

Joanne CYR

Résumé

Le Self naissant devra passer à travers diverses étapes développementales pour devenir un Self mature, capable de réciprocité dans ses interactions avec l'Autre. Cet article revisite le processus d'attachement à la lumière des récentes découvertes en neurosciences. Il tentera de démontrer comment l'interaction nourrisson-parent est fondamentale pour assurer l'homéostasie des systèmes physiologiques et la régulation émotionnelle. Ces processus de régulation stabilisés, la fonction réflexive du Self parental pourra activer le processus de mentalisation chez le Self naissant, développant ainsi sa capacité à se représenter ses états mentaux et ceux des Autres. Il pourra alors être témoin de son expérience, établissant ainsi son sentiment d'être et d'exister mais aussi celui d'être séparé de l'Autre. La perturbation du processus de mentalisation pourrait contribuer au développement d'un trouble de personnalité limite. Un modèle de compréhension de ces dynamiques perturbées sera présenté dans la théorie gestaltiste du champ.

Cet article poursuit une réflexion amorcée à travers des ateliers donnés à Montpellier, lors de la première journée d'étude de la PGRO en 2002 et lors du colloque de l'AQG en 2004, sur la psychopathogénèse des troubles sévères de la personnalité en lien avec les carences du processus de mentalisation. Il tente de faire le pont avec la théorie révisée du Self de Perls/Goodman par Delisle et son modèle intégratif qu'est la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO).

Ce sont les difficultés cliniques que j'ai rencontrées dans ma pratique comme psychiatre et psychothérapeute auprès des patients

ayant des troubles sévères de personnalité, et plus particulièrement les troubles limite, qui m'ont amenée à m'interroger sur les phénomènes particuliers qui survenaient au sein de la relation thérapeutique. J'ai été interpellée par le processus de pensée, les agirs, la question identitaire et je me suis demandé s'il y avait un lien, un fil conducteur pouvant me guider pour comprendre ce qui se passait. Par le biais de cet article, je vais tenter de vous faire suivre le chemin que j'ai parcouru, sachant bien que cet itinéraire n'est pas linéaire.

Dans la première partie, je vous livre les difficultés auxquelles j'ai été confrontée d'abord par deux vignettes cliniques qui introduisent des patients présentant une carence de leur processus de mentalisation ou de la capacité réflexive. Ces notions seront élaborées plus loin. (Fonagy (2000) tient les deux termes pour équivalent: il définit la fonction réflexive ou la mentalisation comme étant la capacité à comprendre son propre comportement et celui des autres en terme d'états mentaux.)

Je ferai ensuite diverses réflexions sur le processus psychothérapeutique, puis un tour d'horizon des diverses hypothèses étiologiques du trouble de personnalité limite, en portant une attention spéciale à la théorie de l'attachement et aux travaux de Fonagy. Celui-ci considère que si le processus d'attachement est perturbé, il risque d'y avoir par la suite une carence du processus de mentalisation, c'est-à-dire une difficulté à se représenter ses états mentaux et ceux des autres, ce qui pourrait contribuer au développement d'un trouble de personnalité limite.

Dans la deuxième partie, je proposerai une esquisse du développement du Self dans la théorie révisée du Self de Perls/Goodman par Delisle et des dynamiques du champ qui pourraient rendre compte des problématiques que l'on retrouve chez les troubles de personnalité limite.

PREMIÈRE PARTIE

Vignette 1 : Aline

Aline est une jeune femme dans la vingtaine que j'ai rencontrée dans un service ambulatoire de suivi intensif en psychiatrie à cause d'une détérioration de sa condition clinique en quelques semaines. Elle présente un trouble de personnalité limite avec épisode de micro-psychose lors de périodes de stress aigu. Elle est peu fonctionnelle sur le plan social, sans emploi, bénéficiaire de l'assistance sociale; son réseau se limite aux membres de sa famille immédiate. Elle vit à

la maison avec ses parents et sa sœur, de deux ans sa cadette, qui souffre d'une forme sévère de sclérose en plaques.

À l'évaluation clinique d'Aline, nous comprenons que son état s'est récemment détérioré suite à l'exacerbation de la sclérose en plaques de sa sœur qui n'arrive plus à marcher et qui présente des troubles sphinctériens l'obligeant à porter des couches. Ainsi, les parents d'Aline se préoccupent davantage de la santé de sa sœur en raison des soins qu'elle requiert. Au cours du suivi clinique, je suis frappée par la lecture qu'elle fait des événements entourant l'aggravation de la maladie de sa sœur. Si elle ne présente pas de conviction délirante à ce niveau, elle croit fermement que sa sœur agit de manière intentionnelle. Selon elle, sa sœur désire être malade uniquement pour obtenir davantage d'attention de ses parents et elle se montre peu disposée à considérer des hypothèses alternatives.

Vignette 2: Julie ou comment foutre le bordel dans un monastère bouddhiste

Je rencontre Julie au service de l'hôpital de jour et avant même que je ne la voie, son arrivée m'est annoncée de diverses manières. Le médecin psychiatre de la clinique externe qui me la réfère m'annonce qu'il ne veut plus en être le psychiatre traitant; de plus, sa tante et une intervenante du CLSC me contactent pour m'informer qu'elle doit être prise en charge et qu'un hébergement doit lui être trouvé. Julie est une jeune femme splendide qui se présente à la première rencontre d'évaluation dans une robe faite d'une étoffe voilée lui donnant plutôt l'allure d'une sirène que d'une jeune femme en difficulté.

Cependant, assez rapidement, elle me raconte son histoire rocambolesque tout en se présentant à moi comme une femme en perpétuelle difficulté en raison de son immense vulnérabilité, de la souffrance continuelle de vivre qu'elle éprouve et du fait qu'elle est entièrement démunie et sans ressources. Quelques années plus tôt, elle a vécu un échec au terme d'une première année universitaire dans le domaine de la santé et cet événement l'a plongée dans un état dépressif nécessitant une brève période d'observation en milieu hospitalier.

Au cours de ce séjour, Julie croise un adepte du bouddhisme qui, touché par son immense détresse et sa souffrance, lui propose de l'accompagner dans un monastère pour une retraite et où elle pourra rencontrer un maître spirituel. Elle délaisse alors entièrement ses études et va vivre pendant quelques années dans ce monastère. Dans

la souffrance infinie, elle découvre donc la compassion infinie. Elle s'initie à la lecture de textes bouddhistes et à la méditation mais rien n'y fait, elle demeure toujours aussi souffrante. Elle ne tolère surtout pas de rester seule et s'organise pour être constamment en présence d'un autre méditant, jour et nuit.

En raison de son niveau de souffrance, elle obtient le privilège de rencontres plus fréquentes avec le maître spirituel, ce qui commence à créer des sentiments de jalousie au sein de la communauté. Finalement, elle séduit un moine respecté de la communauté, ce qui entraîne l'expulsion du couple qui tentera de trouver refuge dans d'autres communautés. Elle trouvera d'autres bons samaritains jusqu'à ce que des comptes lui soient exigés. Aussitôt qu'on lui demande de contribuer à sa subsistance, elle quitte en se disant incapable, en raison de sa détresse et de son angoisse, de fournir quelque effort que ce soit. Elle tente ensuite de trouver quelqu'un pour la prendre en charge.

Lors de mes rencontres avec Julie, je suis frappée par l'insistance qu'elle met à se définir comme étant entièrement démunie, un être de souffrance. Comme elle a fonctionné en société durant plusieurs années, sans emploi et sans dépendre des prestations gouvernementales, je suis portée à croire qu'elle a beaucoup plus de ressources qu'elle ne veut le reconnaître. D'autre part, malgré toute l'aide qu'elle a reçue de sa famille, de la communauté bouddhiste et de plusieurs autres organismes au cours des dernières années, elle n'en témoigne aucune reconnaissance et elle continue à se montrer extrêmement critique envers chacun, leur reprochant de ne pas l'avoir suffisamment aidée. Je suis étonnée de voir à quel point sa représentation de son expérience est rigide et qu'il n'y a pratiquement aucun espace pour apprécier d'autres hypothèses pouvant donner un sens différent à son expérience.

EXPÉRIENCE EN PSYCHOTHÉRAPIE

Les auteurs travaillant avec des patients ayant des troubles de personnalité limite ont décrit de multiples embûches dans le processus de psychothérapie avec cette clientèle (Kernberg, Masterson, Linehan, etc.). Mon expérience en psychothérapie m'a confrontée à certaines de ces difficultés :

- *Agirs sur le cadre, le thérapeute et le patient :*

Il s'agit ici des absences répétées, des patients qui veulent quitter en cours de séance, qui demandent de changer de thérapeute, qui exigent qu'un tiers les accompagne à leur

séance, des *acting-out* automutilatoires ou suicidaires, etc. Les agirs sur le thérapeute peuvent prendre diverses formes: décharge verbale agressive, tentative de séduction, agression physique, etc., qui peuvent provoquer en retour des agirs du thérapeute sous diverses formes: décharges verbales sur le patient, changement inopportun des séances, interruption brusque de la thérapie, etc.

- *Faire les choses au lieu de les dire:*

Mon expérience avec cette clientèle m'a permis de constater que leur mode de communication diffère des patients qui font moins d'agirs. Ils vont souvent faire les choses au lieu de les dire, comme si dire avait moins d'impact ou de réalité pour eux. Ainsi, certains patients amènent régulièrement des objets durant leur séance, une manifestation tangible qui semble rendre plus concrets et réels ce dont ils veulent nous parler. Une de mes patientes, durant une période de la thérapie, m'apportait des photos d'elle enfant, sollicitait mon avis sur des vêtements qu'elle venait d'acheter et m'apportait des plats cuisinés qu'elle déposait dans un réfrigérateur attendant au service où je travaillais. Mais au-delà de ces objets, ces patients ont la particularité de faire vivre au thérapeute ce qu'ils n'arrivent pas à exprimer autrement.

- *Aménagement du cadre:*

Avec plusieurs de ces patients, j'ai dû me manifester en dehors du cadre standard de la thérapie: démarche pour brève admission en psychiatrie, donner des échantillons de médication lors de crise d'angoisse ou psychotique, etc.

- *Déni de l'Autre:*

Dans une séquence de thérapie, une patiente avait manifesté un sentiment amoureux passionnel à mon endroit et elle était convaincue que j'éprouvais exactement le même sentiment à son égard. Une fois la thérapie terminée, nous pourrions vivre notre amour au grand jour. Jamais elle n'a vérifié auprès de moi quelle pouvait être la nature de mes sentiments. Lorsque je le lui ai fait remarquer, elle a répondu que de toute façon, mon code de déontologie ne m'autorisait pas à lui avouer mon amour. Je me devais d'agir en professionnelle: c'était là l'unique raison qui justifiait mon silence. Mon expérience dans cet espace relationnel était celle d'une non reconnaissance de ma subjectivité. J'étais à la fois entièrement investie comme objet et je me sentais totalement déniée dans ma subjectivité.

Dans d'autres séquences de thérapie, il m'est souvent arrivé de faire des interventions auprès des patients pendant lesquelles je me sentais ignorée. Peu importe la manière dont je me manifestais, c'était comme si ce que je venais de dire n'avait pas été écouté, ni même entendu.

- *Aliénation du thérapeute et impossibilité de la relation :*

Il s'agit d'échanges avec le patient qui m'amènent à ressentir de la confusion, à perdre le fil de la conversation et ne plus savoir où on en est. Certains patients ont la particularité de se dédire continuellement, d'accrocher sur chaque mot exprimé, faisant en sorte qu'on ne sait plus qui a dit quoi. Dans ce type d'échanges, il arrive souvent que ce qui émerge à travers les diverses reformulations que nous tentons de faire de notre expérience commune, c'est l'incompréhension totale et l'impossibilité de communiquer notre expérience mutuelle, ce qui nous laisse avec un profond sentiment de solitude et d'incompréhension.

RÉFLEXIONS SUR LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Par ces vignettes cliniques, j'ai voulu illustrer que ces patients ont une représentation d'eux-mêmes (Soi) et de leur entourage (l'Autre) très rigide et qu'il n'y a pratiquement pas d'espace pour considérer d'autres points de vue, et ce, malgré le fait qu'ils ont un testing de la réalité préservé et un niveau d'intelligence de moyen à supérieur. Dans mon expérience clinique avec cette clientèle, je n'ai pas d'espace de jeu, comme si le contact avait la potentialité d'un effet traumatique. L'échange devient un duel et une lutte de pouvoir risque de s'installer. C'est comme si le patient nous signifiait : « Vous êtes avec moi ou contre moi ». Les tentatives du thérapeute pour mettre en perspective le vécu du patient sont généralement invalidées et rejetées, à moins qu'elles ne collent exactement aux représentations qu'en a déjà le patient. Il est impossible de considérer ensemble nos points de vue subjectifs respectifs.

On repère donc, chez les patients présentant un trouble de personnalité limitée, une propension aux *acting-out* avec une carence du processus réflexif. Les difficultés présentées par ces patients semblent être rattachées à un dilemme de contact concernant la reconnaissance personnelle et celle de l'environnement (l'Autre). Ce dilemme de contact toucherait profondément la question identitaire qui interpelle l'existence : « est-ce que je suis ? ». Ou encore, comme le dirait Hamlet, de Shakespeare : « Être ou ne pas être, telle est la question ».

ÉTIOPATHOGÉNÈSE DU TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

Afin de comprendre les liens possibles entre la carence du processus réflexif (telle qu'illustrée par les vignettes cliniques) et la question identitaire, je vous propose tout d'abord de faire un survol des hypothèses étiologiques du trouble de personnalité limite. Dans la littérature, on présente souvent ce trouble comme étant caractérisé par les instabilités suivantes :

- émotionnelle (instabilité et grande réactivité affective)
- relationnelle (relations personnelles chaotiques et instables, effort pour éviter les abandons)
- identitaire (identité diffuse, sentiment chronique de vide, incapacité à être seul)
- cognitive (pensée rigide et dichotomique, symptômes paranoïdes et dissociatifs lors de stress aigu)
- comportementale (comportements suicidaires et para suicidaires, impulsivité)

Le développement du trouble de personnalité limite résulterait de facteurs constitutionnels, environnementaux et socioculturels interagissant les uns avec les autres.

1 – Facteurs constitutionnels

- Génétique

Les recherches actuelles semblent démontrer que des facteurs génétiques pourraient jouer un rôle et plusieurs gènes y seraient mêlés. On croit aussi que l'expression du potentiel génétique est étroitement liée à l'environnement et qu'il existe une influence réciproque à ce niveau (Siegel, 2001). Selon des chercheurs, des dimensions de la personnalité auraient une variance génétique significative concernant l'instabilité affective, le trouble de l'identité et l'attachement *insécure* (Livesley, 1998).

- Neurobiologique

Les études menées sur le stress ont démontré qu'une exposition chronique au stress avait pour conséquence une augmentation du niveau de cortisol, causant une atteinte cérébrale entraînant une réaction émotive variable au stress. L'hyperréactivité à l'environnement impliquerait le système noradrénergique. Linehan postule que les patients ayant un trouble limite présenteraient une vulnérabilité émotionnelle constitutionnelle, faisant en sorte que ces personnes ont une sensibilité

accrue aux stimuli émotionnels, qu'ils éprouvent et expriment plus intensément les émotions ressenties et qu'ils ont un retour plus lent au niveau de base lorsque l'éveil émotionnel a été déclenché (Linehan, 1993).

- **De tempérament**

On commence à accorder de plus en plus d'importance aux facteurs tempéramentaux pour définir la personnalité. Ceux-ci décrivent des dimensions de la personnalité en comparaison aux critères catégoriels utilisés dans le DSM-IV. Je vous présente ici les *big five* de Costa et McCrae (1990). Chaque dimension correspond en fait à un continuum d'expressivité allant d'une manifestation minimale à maximale.

1. névrotisme (stabilité émotionnelle)
2. extraversion (interaction interpersonnelle)
3. ouverture (attirait pour les expériences)
4. caractère agréable (qualité du cœur)
5. consciencieux (motivation et organisation)

Des études ont tenté d'établir une corrélation entre les *big five* de Costa et McCrae et le trouble de personnalité limite. Dans l'ensemble de ces études, la dimension du névrotisme, reliée à la labilité émotionnelle, démontre de façon uniforme un niveau de corrélation élevé, suivie par les dimensions consciencieux et caractère agréable. Les analyses de régression multiple ont démontré que près de la moitié de la variance du trouble de personnalité limite est expliquée par les *big five* (Torgersen, 2000).

2 – Facteurs environnementaux

On retrouve dans cette catégorie un milieu familial dysfonctionnel avec une pathologie parentale (personnalité antisociale et abus de substance), de l'abus physique et sexuel ainsi que de la négligence parentale. Les études portant sur les expériences de l'enfance rapportent des séparations prolongées avec les figures d'attachement, une relation perturbée avec les deux parents (soins inconstants de la mère et absence ou faible implication du père), un environnement biparental d'abus (l'abus sexuel est rapporté de façon plus significative que l'abus physique) et de négligence (Zanarini, 2000).

3 – Facteurs socioculturels

Millon propose que l'instabilité et le manque de repères dans nos sociétés actuelles (perte des repères religieux, éclatement des familles,

instabilité des marchés financiers, emplois précaires, etc.) seraient des facteurs qui contribuent au développement des pathologies de la personnalité (Million, 2000).

L'ENJEU D'ATTACHEMENT

Dans une perspective évolutionniste darwinienne, Bowlby a présenté l'attachement comme un système behavioral qui a été sélectionné et qui s'est développé pour permettre la survie de l'espèce. Pour son développement optimal, le nourrisson aura besoin de se retrouver à proximité de sa figure d'attachement d'abord pour des besoins de protection de son intégrité physique, de nourriture et de socialisation. Le processus d'attachement consiste en une série de comportements initiés par le nourrisson avec une réponse réciproque de l'adulte, nécessaire (pré condition) au développement humain normal. Les comportements d'attachement (le sourire, le regard, les vocalisations, les pleurs, etc.) prédiront une plus grande proximité entre le nourrisson et sa figure d'attachement.

Ainsworth (une proche collaboratrice de Bowlby) a élaboré une situation expérimentale, *Strange Situation*, où de jeunes enfants sont séparés brièvement de leur figure d'attachement selon diverses séquences et dans un environnement non familial (salle de jeux inconnue et présence d'un étranger). Ceci lui a permis de repérer quatre types d'attachement (Ainsworth, 1978) :

- 1 – Sécurisé : explore en présence d'un parent, anxieux en présence d'un étranger qui est évité ; anxieux en l'absence du parent, le rejoint rapidement à son retour, rassuré par sa présence et poursuit son exploration.
- 2 – Anxieux/Évitant : semble être moins dérangé par la séparation, ne cherche pas son parent après la séparation, ne préfère pas son parent à l'étranger. Hypothèse : l'enfant a pu vivre une expérience où l'éveil émotionnel n'a pas été stabilisé par le parent, ou encore il a pu être exagérément stimulé par un parent intrusif. En conséquence, l'enfant exerce une hyper-régulation des affects et fait un évitement de situations anxiogènes.
- 3 – Anxieux/Résistant : démontre une capacité d'exploration limitée, détresse lors de la séparation et grande difficulté à être rassuré après le retour du parent (sous-régulation des affects avec expression de la détresse intensifiée).

- 4 Désorganisé/Désorienté: comportement désorganisé même en présence du parent (ce dernier représenterait à la fois une source de réconfort et de crainte).

Ces divers types d'attachement établis durant l'enfance détermineraient par la suite la façon dont chacun entrera en relation avec autrui. L'on voit bien ici que la présence seule de la figure d'attachement n'est pas une condition suffisante pour établir l'expérience de sécurité chez l'enfant, qui a besoin de faire l'expérience d'un parent qui soit non seulement présent, mais qui soit aussi sensible à sa présence et à ses besoins. C'est la qualité des interactions enfant/parent jour après jour, et non seulement les expériences de séparations majeures, qui détermineront les attentes et les patterns d'attachement de l'enfant. Ainsi, pour Bowlby, ce qui fait qu'un enfant ou un adulte soit dans un état de sécurité, d'anxiété ou de détresse est déterminé en grande partie par son attente de l'accessibilité et de la bienveillance de sa principale figure d'attachement (Kobak, 1999).

La stabilité de l'attachement a été démontrée par plusieurs études longitudinales où de jeunes enfants ont d'abord été évalués avec la *Strange Situation* puis, parvenus à l'âge adulte, avec l'instrument *Adult Attachment Interview* (AAI). Il s'agit d'un instrument clinique structuré où les gens sont interrogés sur leur histoire d'attachement. Le AAI classe les individus en quatre catégories: sécurisé/autonome, esquivant, préoccupé, non-résolu. Selon Fonagy (2000), les patients ayant un trouble de personnalité limite évalués via le AAI, se classent surtout dans la catégorie « préoccupé » et à l'occasion dans la catégorie « non-résolu ». Les individus qui se classent dans la catégorie « préoccupé » tendent à être confus, en colère ou encore passif lorsqu'ils parlent de leur figure d'attachement. Ceux qui sont dans la catégorie « non-résolu » démontrent une désorganisation significative lorsqu'ils parlent d'événements potentiellement traumatiques, laquelle s'illustre, entre autres, par une confusion sémantique et syntaxique dans leur discours.

1 – Attachement et régulation des processus physiologiques et émotionnels

Hofer et ses collaborateurs (2001) ont mené de nombreuses expériences au cours de la dernière décennie sur des rongeurs, qui leur ont permis de mettre en évidence la présence de régulateurs des processus physiologiques (systèmes autonome, endocrinien, thermique, digestif, etc.) qui opéreraient dans le lien que la mère établit

avec ses petits. On parle d'ailleurs de l'unité physiologique mère-petit où divers mécanismes de régulation agiraient avec des patterns rythmiques (complémentarité, synchronie et bio-régulation).

On postule que des mécanismes semblables seraient aussi présents dans la relation mère-enfant. Ils pallieraient à l'incapacité de l'enfant de se réguler lui-même et détermineraient la stabilité ultérieure de ses systèmes physiologiques. Selon Fonagy (2000), la stabilisation des processus physiologiques via le processus d'attachement permettra à l'enfant de vivre un état de sécurité et de calme où il pourra commencer à explorer ses états mentaux et ceux de sa figure d'attachement. Si, par contre, l'unité mère-enfant n'arrive plus à assurer l'homéostasie physiologico-affective, il se produit des phénomènes de « libération » qui sont les manifestations d'un système nerveux immature et en « chute libre », provoquant d'importantes réactions de détresse. Selon Hofer (2001), ces phénomènes de dysrégulation physiologique auraient un rôle majeur dans la mise en place des divers types d'attachement tels que décrits par Ainsworth (1978). Des stress ultérieurs pourraient entraîner la réactivation de « représentations mentales » qui se seraient greffées à ces stress précoces, et déclencheraient la dysrégulation physiologique initiale.

2 – Attachement et mentalisation

Les développementalistes croient que l'expérience de l'attachement joue un rôle déterminant dans l'acquisition des habiletés sociales et interpersonnelles. Mais comment les patterns d'attachement se transmettent-ils d'une génération à l'autre? Main (1991) et Bretherton (1991) ont été les premiers à relever les postulats de Dennett, un philosophe, concernant l'intentionnalité. Selon Dennett (1987), l'être humain tente de comprendre les autres et lui-même par les états ou processus mentaux que sont les pensées, les sentiments, les désirs et les croyances, afin de faire sens et d'anticiper le comportement ou la réaction des autres et de lui-même. Cette capacité serait acquise à travers l'expérience de l'attachement et du jeu et elle se divise en deux phases principales : non-mentalistique et mentalistique.

A) Phase non-mentalistique (Fonagy et Target, 1996) :

Cette phase correspond à l'expérience du très jeune enfant avant l'âge de dix-huit mois. Elle se subdivise en trois phases : équivalence psychique, *pretend mode* et position téléologique.

Dans l'équivalence psychique, l'enfant ne peut considérer ses états mentaux comme étant la représentation de ses propres désirs et croyances, mais les considère comme étant la réalité physique et

objective. Pour lui, son expérience interne est le reflet exact de la réalité externe et il considère que les autres ont la même expérience que lui.

être - voir - penser
Le pretend mode, que je traduis ici par le « faire semblant », correspond à un mode représentationnel des états mentaux de l'enfant où la mise en perspective avec la réalité externe n'est pas considérée. Par exemple, dans cette phase, l'enfant pourra jouer à être un super héros, sachant bien qu'il n'a pas réellement les pouvoirs du super héros, mais il ne pourra pas le reconnaître dans la réalité.

Dans la position téléologique, l'enfant commence à tenir compte des états mentaux de l'Autre, mais seulement en lien avec ce qui est observé concrètement et les contraintes de la réalité physique, plutôt qu'avec des inférences hypothétiques et des croyances à propos de la réalité. On pourrait appeler cette phase celle « de Saint-Thomas » où pour croire, il faut voir ; pour reconnaître ou admettre l'existence d'un phénomène, il faut qu'il ait une réalité concrète et tangible. L'enfant n'a pas la capacité d'émettre des hypothèses concernant les désirs et les besoins de l'autre s'ils ne sont rattachés à aucune manifestation concrète. En situation thérapeutique, un patient ne croira pas que son thérapeute se préoccupe de lui, à moins de le lui démontrer concrètement en allongeant les séances, en étant accessible au téléphone, etc.

Si je reprends mes vignettes cliniques, le processus de pensée d'Aline et de Julie fonctionnerait selon les principes de la phase non-mentalistic surtout au niveau du mode d'équivalence psychique, car toutes deux semblent considérer leurs états mentaux comme étant la réalité physique et objective.

B) Phase mentalistic (position intentionnelle de Dennett) :

Il s'agit ici du processus de mentalisation ou de la fonction réflexive qui correspond à la capacité de comprendre son comportement et celui de l'Autre par la pensée. Cette fonction s'acquiert vers l'âge de trois à quatre ans. Ce qui caractérise la phase intentionnelle est la capacité d'attribuer une fausse croyance à un individu pour rendre compte de son comportement. C'est ce que les développementalistes nomment la théorie de l'esprit. Par exemple, si une personne est en retard à un rendez-vous avec moi, je peux émettre l'hypothèse qu'elle croyait le rendez-vous fixé à un autre moment (elle avait une fausse croyance). De plus, je pourrais formuler diverses hypothèses concernant son retard : elle est retenue par un autre rendez-vous, elle a eu un empêchement, etc. Par contre, une personne qui serait dans la phase téléologique ne pourra fournir des hypothèses qu'en lien avec

elle-même (égocentrisme) et l'absence de l'autre (réalité physique et observable) : il m'a oublié, il ne voulait pas me voir, etc.

3 – Attachement et acquisition de la capacité réflexive

Fonagy et ses collaborateurs ont tenté d'opérationnaliser les capacités réflexives chez l'adulte dans un contexte d'attachement en utilisant l'instrument *Adult Attachment Interview* (AAI). Ils ont démontré que la capacité réflexive du parent était déterminante dans l'acquisition d'un attachement de type sécurisé chez leur enfant et, par la suite, dans l'acquisition d'une capacité réflexive. Les états affectifs de l'enfant seraient internalisés à partir de l'expression émotionnelle du parent en résonance avec l'état de l'enfant (fonction de miroir).

Par la suite, un enfant sécurisé pourra commencer à émettre des hypothèses sur les états mentaux de son parent pour comprendre ses comportements. En jouant et en interagissant de diverses manières avec son enfant, le parent organise le monde interne de son enfant par cette fonction de miroir tout en mettant en perspective la réalité externe. Voici une scène qui témoigne de ce processus. Alors qu'elle installe sa fille dans son siège de voiture, une mère gronde sa petite fille de trois ans. Cette dernière demande à sa mère : « Maman, est-ce que tu es fâchée ? ». Sa mère lui répond : « Oui, maman est fâchée parce que tu as traversé le stationnement sans regarder s'il y avait des voitures, et c'est dangereux ».

Vignette

Cette vignette démontre comment un enfant commence à repérer un état affectif, la colère, en observant le visage de sa mère, son ton de voix et son comportement. Sa mère lui confirme qu'elle a perçu adéquatement son état mental, ensuite mis en perspective avec la réalité externe (appréciation du contexte). Ainsi, on apprendrait à reconnaître ses états affectifs, ses croyances et ses désirs un peu comme on apprend à parler. Pour que j'accède à la phase intentionnelle, il faudra que mes parents m'aient pensé avec des besoins, des affects, des pensées et des désirs.

4 – Trouble de personnalité limite et mentalisation

Fonagy croit que l'acquisition de la fonction réflexive permettrait une meilleure intégration du Self et le protégerait de situations ayant un potentiel traumatique. Si un enfant est capable de lier au comportement désintéressé de sa mère la tristesse qu'elle ressent à cause d'une perte, plutôt que de subir passivement cet état avec désespoir, cela pourra le protéger de la confusion et de la construction d'une image négative de lui-même.

Les patients ayant un trouble limite présenteraient des déficits de leur capacité réflexive à différents niveaux. Certains patients auraient des capacités réflexives préservées dans certains domaines mais opéreraient généralement dans une phase non-mentalistique lors de situations émotionnellement intenses ou lors de relations interpersonnelles intimes. Fonagy propose aussi que les patients qui ont vécu un trauma précoce pourraient inhiber de manière défensive leur capacité de mentalisation pour éviter de prendre contact avec la pensée de leur figure d'attachement et avec la pensée que leur soignant voulait les blesser. On peut davantage voir le lien entre les principaux symptômes du trouble de personnalité limite et la carence réflexive. La difficulté à se représenter ses états internes (émotions, croyances, désirs, idées, etc.) va contribuer au trouble de l'identité, au sentiment de vide intérieur, à l'instabilité émotionnelle, à l'impulsivité et au clivage.

En résumé, le trouble de personnalité limite pourrait être relié à la base à un trouble de l'attachement ayant pour conséquences une instabilité des systèmes physiologico-affectif ainsi qu'une carence de la capacité réflexive.

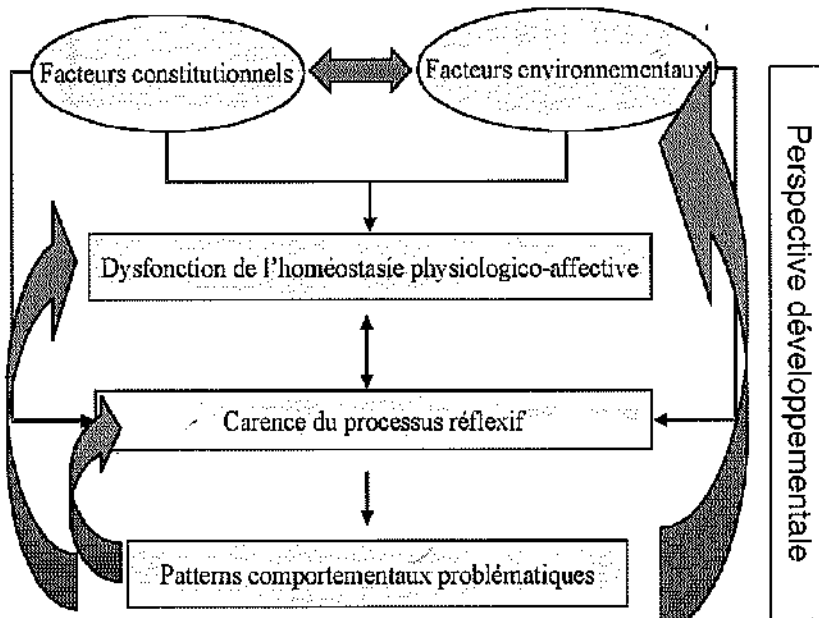


Figure 1 : Psychopathogénèse du trouble limite (inspiré de Linehan)

La figure 1 nous aide à comprendre la psychopathogénèse du trouble limite. Dans une perspective développementale, les facteurs constitutionnels du Self seront en interaction avec des facteurs environnementaux et détermineront en quelque sorte la couleur de la personnalité. Lorsque l'enjeu d'attachement est perturbé, il ne permet pas la stabilisation des systèmes de régulation physiologiques et émotionnels qui permettrait ensuite à l'enfant de vivre un état sécurisé où il pourrait commencer à explorer ses états mentaux et ceux de sa figure d'attachement.

En conséquence, il risque d'y avoir carence du processus réflexif, ce qui entraînera des patterns comportementaux problématiques. Les flèches qui relient chacune des composantes du tableau indiquent qu'ils s'influencent mutuellement. Par exemple, les patterns comportementaux problématiques d'une personne auront un impact sur son environnement qui réagira à son tour avec la personne, et selon le type de réponse de l'environnement, contribuera soit à entretenir le dysfonctionnement de son système de régulation physiologico-affectif ou encore à le stabiliser.

LA MÉTAPSYCHOLOGIE DE WINNICOTT

Comment, maintenant, articuler et penser l'enjeu de l'attachement et le processus de mentalisation dans la constitution du Self dans le cadre de référence de la Gestalt avec la théorie du champ? Les écrits de Reid (1996), un psychanalyste, sur la problématique limite m'ont conduite à Winnicott. J'ai retrouvé dans ses textes la même description des difficultés auxquelles j'étais confrontée avec ces patients difficiles, et ce, même si nos cadres de référence diffèrent. Reid (1996, pp. 201 à 204) dira du transfert limite: «... un phénomène de fermeture particulier à l'interprétation... où l'analyste éprouve quelque chose comme la futilité du travail interprétatif; le contre-transfert se fait alors l'écho d'un mouvement inconscient de l'analysant qui vise à la disqualification du registre entier des significations.» Il ajoute: «L'analysant reçoit l'interprétation comme une offense personnelle... un démenti de sa subjectivité.» Et enfin: «L'analyste est invité à éprouver les choses à la place de l'analysant plutôt qu'avec lui.»

Reid donne une définition du transfert limite comme un transfert non métaphorisé où l'analysant n'aurait pas de lieu autre dans sa psyché pour accueillir l'interprétation que celui où il actualise sa conflictualité. Il propose un modèle théorique du transfert limite, en articulant la métapsychologie de Freud (réalité psychique) à la métapsychologie de Winnicott (articulation psyché/environnement), qui tient compte à la fois de la psyché et de l'environnement.

Je vous propose donc de reprendre les principaux concepts de la métapsychologie de Winnicott (1975) pour voir comment ils pourraient nous éclairer pour comprendre ces phénomènes (transfert limite) dans la théorie du champ. La pensée de Winnicott s'inscrit tout à fait dans l'esprit du champ phénoménologique. Pour lui, « un bébé, ça n'existe pas », c'est-à-dire que le bébé ne peut être appréhendé en dehors de son environnement. Ce dernier joue un rôle fondamental dans le développement de la psyché et sa métapsychologie contient en soi tout le processus de mentalisation qui a été décrit plus haut.

Donc, si l'environnement ne joue pas son rôle facilitateur dans le développement de la psyché et qu'il a un effet traumatique, l'environnement n'existera pas pour la psyché. En conséquence, pour la psyché, il n'y aura pas de fonctionnement psychique hors de la réalité psychique. La réalité psychique correspond à une expérience subjective influencée par des processus inconscients qui aurait une consistance comparable à ce qui advient dans la réalité matérielle. Avoir un désir et réaliser un désir devient la même chose. Donc, quand on dit qu'il n'y aurait pas de fonctionnement psychique hors de la réalité psychique, c'est qu'il n'y aurait pas de lieu où je puisse observer mon fonctionnement psychique et être témoin de mon expérience et de ma subjectivité.

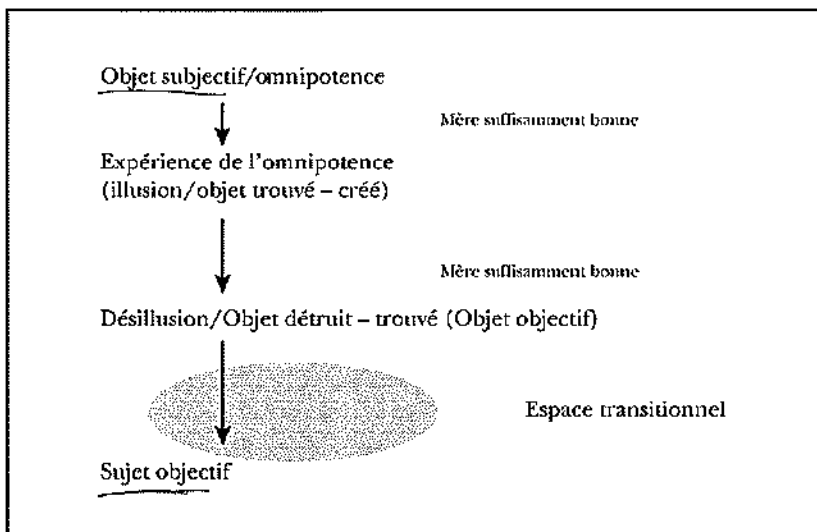


Figure 2 : Métapsychologie de Winnicott (tiré de Reid)

La figure 2 illustre la métapsychologie de Winnicott qui décrit le passage de l'objet subjectif au sujet objectif. Reprenons la description que Reid (1996) en fait. Au départ, l'objet subjectif est un objet qui se situe totalement dans l'aire du contrôle omnipotent de l'objet. L'intervention de la mère suffisamment bonne permet de quitter l'omnipotence comme phénomène proprement intrapsychique pour atteindre un état où se rencontrent l'omnipotence et la réalité extérieure. Le nourrisson fera l'expérience de l'omnipotence : c'est l'ère de l'illusion où le nourrisson croira avoir créé un objet trouvé qui était déjà là. C'est la mère qui donnera cet objet (sein, couverture, etc.) au nourrisson quand elle croit qu'il en a besoin.

Dans une deuxième phase, la mère suffisamment bonne devra introduire la frustration de manière tolérable pour que la désillusion advienne. Dans la désillusion, il importe que le nourrisson détruise l'objet fantasmatiquement et que l'objet survive à la destruction. L'objet détruit est trouvé puisqu'il a survécu à la destruction fantasmatique, c'est l'objet objectif. C'est l'objet dans sa dimension objective, dans sa partie qui existe en dehors de la manière purement subjective de le voir.

Au moment de la phase de désillusion (objet détruit-trouvé), s'inaugure le fantasme. C'est la naissance de la subjectivité en tant que subjectivité. Ce passage nécessite un certain travail de deuil de l'omnipotence et ce travail ne devient possible que si le nourrisson peut constituer une zone tampon, une aire intermédiaire qui demeurera à l'abri de l'épreuve de la réalité, déterminant le dehors par rapport au dedans. La mise en place de l'aire transitionnelle devient nécessaire pour atteindre l'étape du sujet objectif – c'est-à-dire l'idée d'un soi, avec le sentiment du réel qui naît de la conscience d'avoir une identité (Winnicott, 1971). Cette séquence métapsychologique a un double mouvement: d'une part, elle place l'objet en dehors du contrôle omnipotent du nourrisson (épreuve de réalité) et simultanément, elle délimite le monde intérieur (subjectivation) du monde extérieur.

DEUXIÈME PARTIE

DÉVELOPPEMENT DU SELF ET PGRO

Dans la première partie, nous avons vu comment, à travers le processus d'attachement, le nourrisson accède à un sentiment de sécurité via la stabilisation de ses systèmes physiologiques et émotionnels, cela lui permettant alors de développer sa capacité de mentalisation. Celle-ci se développera à travers un processus d'interaction avec ses figures

d'attachement et permettra à l'enfant de se représenter ses états mentaux et ceux des autres afin de faire sens et d'anticiper le comportement ou la réaction des autres et de lui-même. Le passage d'un modèle non-mentalistic (continuum réalité psychique à phase téléologique) à un modèle mentalistic (intentionnalité) correspond au même passage que décrit Winnicott de l'objet subjectif au sujet objectif et implique l'émergence de l'espace transitionnel qui détermine à la fois l'épreuve de réalité et délimite la frontière entre le monde intérieur (subjectivation) et le monde extérieur.

Dans cette seconde partie, je tenterai de voir comment nous pourrions intégrer toutes les pièces de ce casse-tête dans le cadre de référence qu'est la PGRO de Delisle (1998).

1 - Théorie du champ

champ global

Prenant appui sur les écrits de Yontef, Parlett, et autres, Corbeil nous invite à redonner à la théorie du champ l'importance qu'elle mérite, étant l'un des trois piliers sur lesquels repose la théorie gestaltiste (les deux autres étant la phénoménologie et la posture dialogique). Cependant, cette notion de champ n'est pas toujours claire; on utilise parfois la notion de champ social, de champ relationnel et de champ psychologique, qui ont des significations différentes. J'utiliserai ici le terme « champ global » pour décrire, d'un point de vue théorique, l'ensemble du champ des phénomènes émergents qui intègre une multitude de champs.

champ phénoménologique

Dans une perspective évolutionniste, l'espèce humaine en elle-même est un phénomène émergent de ce vaste champ qu'est l'univers. Donc, pour moi, le champ global est indissociable de cet univers qu'est l'espace-temps cosmologique connu mais aussi de tout l'espace-temps qui nous est encore inconnu et qui pourrait nous influencer sans que nous en ayons encore pris conscience. Je considère que les phénomènes émergents puissent être le résultat des différents sous-systèmes qui constituent ce vaste champ et qui interagissent de manière interdépendante. J'utiliserai le terme « champ phénoménologique » pour décrire le champ des phénomènes émergents du point de vue subjectif de l'organisme-Self/environnement.

2 - Étapes développementales du Self

Self naissant
Self en devenir
Self mature

Maintenant, tentons d'esquisser ce que pourraient être les étapes développementales du Self dans le champ phénoménologique. Je nommerai le Self en devenir du nourrisson, le « Self naissant » et le Self de l'adulte en santé, le « Self mature ». Le Self naissant est une

structure psychique de contact en développement ayant une conscience unitaire qui nécessitera, à la lumière de ce que nous avons appris sur l'attachement et la régulation des processus physiologiques, un contact avec un Self mature afin de devenir une structure processuelle, c'est-à-dire un ensemble de processus stabilisés ayant acquis une certaine régularité (Yontef, 1993) et d'actualiser ses potentialités dans le champ. L'évolution du Self naissant dépendra des caractéristiques constitutionnelles de l'organisme, des caractéristiques des Selves de l'environnement, des événements de vie et du contexte socio-culturel.

A) *Self naissant*

Je reprendrai l'essence de la métapsychologie de Winnicott pour proposer les étapes développementales du Self, car cette conceptualisation s'inscrit dans l'articulation psyché/environnement et contient en soi tout le processus de mentalisation.

Le Self naissant doit d'abord vivre une expérience suffisamment bonne (je fais ici le parallèle avec la notion de Delisle d'une expérience tolérable et assimilable) où le Self naissant sera absous de l'épreuve de réalité (Self omnipotent). Pour ce faire, le Self naissant devra rencontrer un Self avec une fonction maternante, c'est-à-dire avec une fonction « contenante » qui l'aidera à la régulation de ses processus physiologiques et affectifs. Ensuite, il devra vivre une expérience suffisamment bonne (non traumatique – assimilable) où l'épreuve de réalité sera progressivement introduite (ce qui implique une frustration tolérable).

*Pour que
le processus
de la réalité
soit vécu
comme
réalité*

À travers les interactions du Self naissant avec les Self matures se mettrait en place le processus de mentalisation. Le Self naissant aurait tout d'abord une conscience subjective (pour le nourrisson, il n'existerait aucune autre représentation subjective que la sienne) où tout est relié à son unique subjectivité (concept correspondant à l'objet subjectif de Winnicott et à la réalité psychique de Freud). Par la suite, dans le cadre du processus d'attachement, le contact avec un Self mature permettra d'élargir le champ de conscience du Self naissant qui acquerra une conscience intersubjective avec la capacité d'appréhender pour un même phénomène des expériences subjectives différentes – la sienne et celle des autres.

B) *Self mature*

Le Self mature résultera du passage du Self naissant à travers le processus de deuil de l'omnipotence. Il aura acquis l'épreuve de réalité avec la création d'une aire transitionnelle délimitant son

*Je
me suis*

monde interne (subjectivation) et le monde externe. Il se percevra comme une entité distincte et séparée de l'Autre. Il aura la capacité de se percevoir à la fois en interaction avec lui-même et avec l'environnement, un aspect de la fonction *Je* que je nomme « Témoin » et qui est lié à la conscience intersubjective. Pour que le Self accède à un espace interne, il doit avoir été investi affectivement et pensé par un autre Self dans la réalité comme un Self distinct (espace entre deux Self) porteur de ses diverses potentialités et autorisé à les manifester, ce qui va contribuer à l'émergence de son sentiment d'être et d'exister.

3 - Espace transitionnel

Comment pourrait-on se représenter l'espace transitionnel dans le champ phénoménologique ? En réfléchissant au fait que cet espace délimitait l'intérieur du Self du monde extérieur, qu'il devait être le siège de la fonction *Je-Témoin* (une zone de réflexion hors de la réalité psychique), j'ai commencé à imaginer une zone tampon qui modulerait le transfert énergétique entre l'interne et l'externe. Un peu comme l'atmosphère terrestre qui délimite le pourtour de la Terre et qui a pour fonction de moduler les rayons solaires et autres rayonnements cosmiques, de freiner les météorites, et qui permet à la vie de se déployer sur notre planète.

La Figure 3 représente l'organisme-Self naissant dans l'environnement. Avec la Figure 4, j'ai tenté de représenter à quoi pouvait correspondre la zone tampon ou l'équivalent de l'espace transitionnel chez le Self mature par une aire à la frontière-contact. Cette frontière-contact deviendrait une aire de contact qui modulerait le transfert énergétique tant de ce qui viendrait du monde extérieur (ou de l'environnement) que de ce qui viendrait de l'intérieur (monde

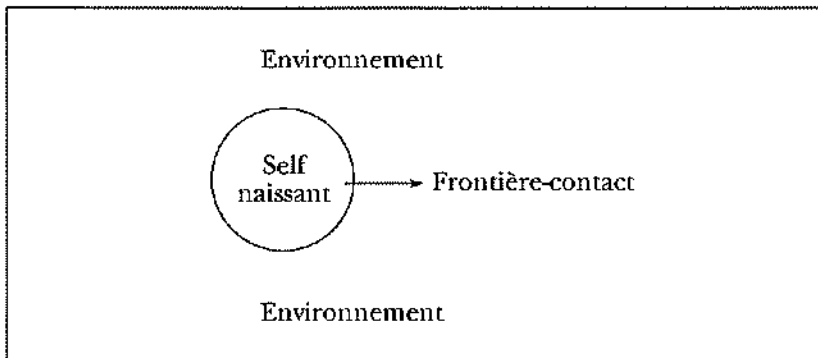


Figure 3

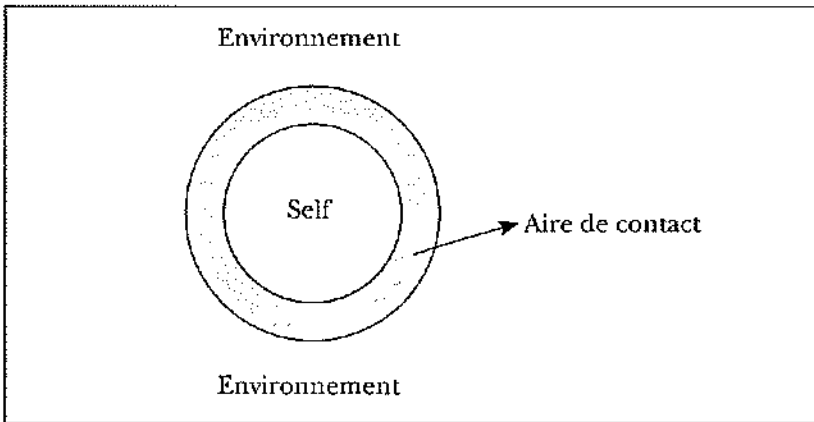


Figure 4

interne/subjectivation). Lorsque cette aire de contact ne joue pas son rôle pour moduler le transfert énergétique entre l'interne et l'externe, le Self est à risque de vivre une situation traumatique et d'expérimenter un dilemme de contact.

4 – Constitution du Self limite

Je présume que le Self naissant a une frontière-contact mais qu'il ne possède pas encore une aire de contact. L'émergence de cette aire de contact serait facilitée par les interactions du Self naissant avec un Self parental qui en possède une. Le Self naissant serait protégé des dilemmes de contact par la fonction *Je-Témoin* du Self parental. Lorsque le Self parental n'est pas en mesure d'assumer cette fonction de protection pour le Self naissant, celui-ci risque de vivre plusieurs dilemmes de contact et d'introjecter plusieurs MI (microchamp introjecté). Ceci mettrait le processus de mentalisation en péril et ainsi, le Self naissant serait à risque de développer un trouble de personnalité limite.

Les Figures 5 et 6 tentent d'illustrer comment pourrait se constituer le Self chez un trouble de personnalité limite que je nommerai Self limite. La Figure 5 met en contact un Self naissant ayant une vulnérabilité émotionnelle avec deux cas de figure :

1-Un Self parental avec une carence constitutionnelle de ses capacités réflexives et par conséquent une capacité limitée à démontrer une fonction *Je-Témoin* (en haut).

2-Un Self parental ayant une grande partie de son champ interne occupée par plusieurs MI et donc susceptible de perdre régulièrement sa fonction *Je-Témoin* (en bas).

Dans ces deux cas, le Self naissant serait exposé à des Selves parentaux dont la fonction *Je-Témoin* serait déficitaire et donc susceptible de vivre plusieurs situations traumatiques, avec pour conséquence une carence du processus de mentalisation et une aire de contact peu développée.

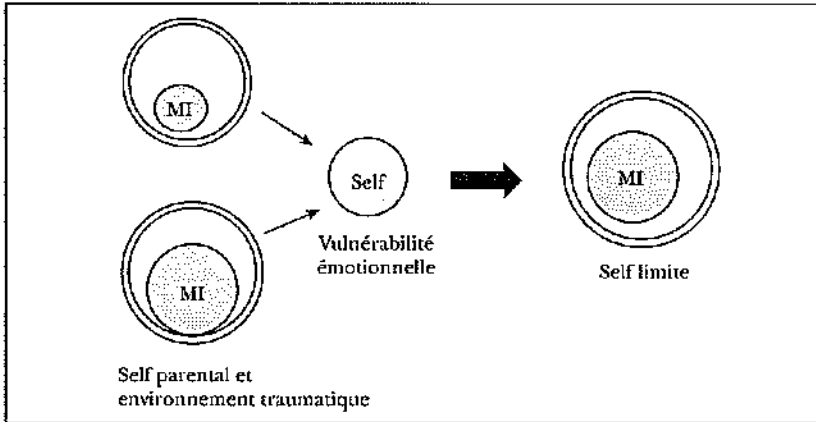


Figure 5: Constitution du Self limite

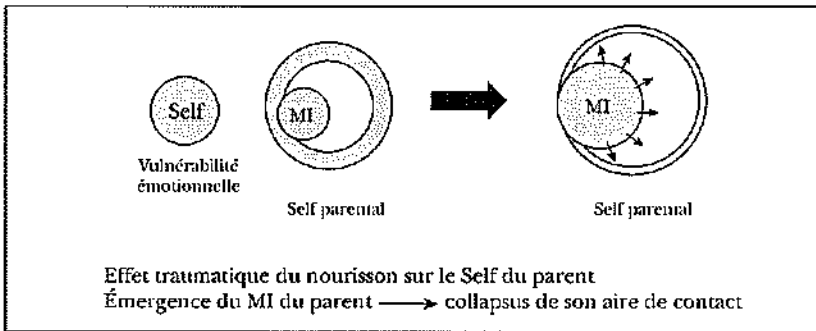


Figure 6: Constitution du Self limite

La Figure 6 illustre un autre phénomène. Il s'agit ici de l'effet traumatique que pourrait avoir un nourrisson sur le Self parental en activant chez son parent un MI. Des caractéristiques particulières de cet enfant pourraient activer chez le parent des représentations mentales associées à des traumatismes précoces, amenant le Self parental à perdre sa capacité réflexive et sa fonction *Je-Témoin* uniquement en présence de cet enfant. L'activation d'un MI chez le Self parental aurait pour conséquence le collapsus de son aire de contacts ce qui perturberait sa fonction *Je-Témoin* avec une perte temporaire de ses capacités de mentalisation. Il aurait, en retour, un effet traumatique sur le Self naissant de son enfant.

5 – Dynamique du champ phénoménologique

Lors d'un colloque de l'AQG il y a quelques années, François Chanel a introduit l'idée du champ électrique pour comprendre la dynamique des phénomènes du champ. Dans ce même ordre d'idées, je me suis demandé quel phénomène pourrait expliquer l'émergence ou l'activation des MI à l'aire de contact. Mon expérience clinique m'a permis de constater à plusieurs reprises des phénomènes émergeant spontanément avec une charge affective importante en rencontre individuelle ou en groupe.

Considérant que notre cadre de référence est la théorie du champ, il serait intéressant de regarder quels seraient les phénomènes liés à la dynamique même du champ qui pourraient intervenir. Un de ces phénomènes est la résonance (Resnick, 1979). Tout objet et toute chose dispose d'une fréquence vibratoire naturelle. Quand on met en présence une source qui a la même fréquence qu'un objet, il vibre en harmonie et les vibrations deviennent beaucoup plus fortes: on dira qu'il y a résonance (c'est le phénomène du tremblement de terre). Il y a donc un transfert d'énergie entre deux systèmes oscillant à la même fréquence.

Est-ce que le MI pourrait agir comme un objet ayant sa vibration propre et pourrait entrer en résonance avec une configuration du champ de même fréquence? Je postule que le MI pourrait se comporter comme un objet, car l'expérience sensitivo-affectivo-cognitive est encodée dans divers circuits neuronaux dans le soma. Est-ce que le phénomène d'identification projective pourrait s'expliquer par un phénomène de résonance lié aux MI? Voici plusieurs questions qui émergent. La prochaine étape serait de voir si ces propositions sur la dynamique du champ phénoménologique tiennent la route en regard des connaissances actuelles en neurosciences. Ce que je propose sur les dynamiques observées dans le champ, on devrait en retrouver l'équivalence dans une dynamique des circuits et réseaux neuronaux. Mais c'est à suivre...

6 – Visées thérapeutiques – Quoi faire?

Je vous propose maintenant de relire cet article en ayant en tête que tout ce qui y est dit concernant la fonction parentale, vous devrez l'appliquer dans vos fonctions thérapeutiques auprès de ces patients difficiles. Je ne vais esquisser ici que les grandes lignes à suivre.

Fonction contenantante :

Le thérapeute devra d'abord contenir les affects et exercer quasiment une régulation des fonctions physiologiques du patient (selon

la sévérité des cas) via son aire de contact, car celle du patient fait défaut: soutenir les moments difficiles, valider leur expérience, nommer notre impuissance à les soulager de leur détresse et les aider à contenir les moments où ils sont souffrants. Il faut être capable de tolérer les charges affectives non-assimilées liées aux MI (microchamps introjectés) qui peuvent avoir l'effet d'un coup sur nous. Il faut donc être solidement assis sur sa chaise avec cette clientèle en raison des charges affectives qu'ils portent. N'oubliez pas que la plupart du temps, ils ne nous parlent pas de leurs difficultés, ils nous les font vivre, c'est un vécu expérientiel. Il faut aussi être capable de tolérer et de valider les besoins régressifs du patient durant la première phase. Tout cela nous aidera à établir l'alliance thérapeutique. Il faut apprivoiser la relation à petites doses et ne pas oublier que notre présence réactive très souvent un vécu traumatique.

Ici, une mise en garde. Je crois qu'au contact de ces patients qui portent en eux des MI avec d'importantes charges affectives non-assimilées, les thérapeutes sont susceptibles de voir leurs propres MI résiduels s'activer via le processus décrit dans l'exemple donné à la Figure 8. Il est donc fondamental que le thérapeute s'interroge continuellement sur ce qu'il est en train de vivre pour éviter de se retrouver en confluence avec l'émergence d'un MI de son patient et ainsi perdre sa fonction thérapeutique (ou sa fonction *Je-Témoin*).

Introduire la réalité:

Ici, on retrouve toute l'importance du cadre thérapeutique. Il doit être prévisible et apporter un sentiment de sécurité. Notre approche doit être très pragmatique. Il faut leur apprendre à reconnaître les problèmes, leur proposer d'autres points de vue à leurs expériences, travailler sur le changement de patterns comportementaux mésadaptés tout en nommant leurs forces, etc. Il est très souvent nécessaire de confronter le patient au fait de notre propre existence et de l'impact qu'il peut avoir sur nous. Le thérapeute et l'environnement doivent refuser de se laisser ignorer, comme l'écrit Reid (1996).

Activer le processus réflexif:

Nous devons activer leur processus de mentalisation et favoriser l'apparition de leur fonction *Je-Témoin* en les aidant à se penser. Nommez les émotions susceptibles d'être vécues et les pensées susceptibles d'être présentes lors de diverses situations (en guise d'hypothèses) pour les aider. Cela a souvent un effet bénéfique, le patient se sentant validé dans son vécu. Il est très important de revisiter de façon très active tous les *acting-out* ou toutes les situations qui ont été vécues difficilement par le patient. Il faut explorer les émotions, les cogni-

tions et les intentions de chacun des personnages dans la situation en question et prendre le temps d'explorer la situation dans tous les détails même si le patient nous presse d'aller ailleurs. S'il est déjà rendu ailleurs, interrompez-le et revenez à la situation problématique et ce, au risque d'irriter le patient.

Vous ne pourrez faire progresser ces patients si vous ne tolérez pas de les perturber. Ces situations devront aussi être explorées dans l'ici et le maintenant. Élément tout aussi important, il faut pouvoir reconnaître nos erreurs lorsque nous nous sommes trompés. Avec ces patients, je nourris le dialogue herméneutique avec beaucoup de métaphores simples qui rendent ma pensée plus concrète et plus facilement compréhensible pour eux. On se doit d'être très « proactif ». Dans la mesure du possible, faites de courtes interventions et *allez vérifier régulièrement ce que le patient a compris*. Ce dernier aspect est fondamental. Vous a-t-il seulement écouté ? Il vous dira peut-être qu'il a tout compris et que vous l'embêtez. Insistez : « Répétez-moi dans vos mots ce que je viens de vous dire, c'est important. Qu'avez-vous compris ? » Selon moi, ici se trouve le cœur des interventions pour activer le processus réflexif. Il faudra passer beaucoup de temps sur ce type d'intervention. Il faut être patient.

Durant la première phase du suivi, le thérapeute doit avoir un rôle très actif où il doit aider le patient à se penser. Le soutien affectif se fait surtout par notre présence et notre regard. Winnicott dirait « être » avec le patient. Ensuite, quand la confiance est établie et que la fonction Je-Témoin apparaît, le cycle Reproduction/Reconnaissance/Réparation pourra être travaillé tel que décrit par Delisle (1998).

CONCLUSION

Je termine sur cette simple réflexion. Si Descartes a pu affirmer « je pense, donc je suis », c'est parce qu'il a été pensé par quelqu'un comme un être pensant... et c'est cela même que nous devons faire avec ces patients difficiles pour qu'ils arrivent à éprouver le sentiment d'être et d'exister.

Références

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et al. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bretherton, I. (1991). *Intentional communication and the development of an understanding of mind*. In Frye, D. et al.: *Children's Theories of Mind: Mental States and Social Understanding*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 271-289.

- Corbeil, J. (2004). « La Gestalt, une théorie du champ : quelques commentaires », *Revue québécoise de Gestalt*, vol. 7, pp. 47-57.
- Costa, P. T., McCrae, R. R. (1990). « Personality disorders and the five factor model of personality », *Journal of Personality Disorders*, 4: 362-371.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal : Les éditions du Reflet.
- Dennett, D. (1987). *The Intentional Stance*. Cambridge, MA : MIT Press.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G. (2000). « Attachment and Borderline Personality Disorder ». *The Psychiatric Clinics of North America*, vol. 23, no 1, pp. 103-119.
- Fonagy, P., Target, M. (1996). « Playing with Reality : I. Theory of Mind and the Normal Development of Psychic Reality », *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 77, pp. 217-233.
- Hofer, M. (2001). *Toward a Neurobiology of Attachment*. In Nelson, C.A. & Luciano, M. (Eds.) *Handbook of Developmental Cognitive Neuroscience*. Boston : MIT Press, pp. 599-616.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders : Psychotherapeutic Strategies*. New Haven : Yale University Press.
- Kobak, R. (1999). *The Emotional Dynamics of Disruptions in Attachment Relationships*. In Cassidy, J., Shaver, P.R. *Handbook of Attachment*. Ch. 2. New York : The Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York : The Guilford Press.
- Livesley, W. J., Jang, K. L., Vernon, P. A. (1998). « Phenotypic and Genetic Structure of Traits Delineating Personality Disorder », *Archives of General Psychiatry*, 55 : 941-948.
- Main, M. (1991). *Metacognitive Knowledge, Metacognitive Monitoring, and Singular vs Multiple Model of Attachment : Findings and Directions for Future Research*. In Parkes, C.M. & al.,: *Attachment Across the Life Cycle*. London : Tavistock/Routledge, pp.127-159.
- Millon, T. (2000). « Sociocultural Conceptions of the Borderline Personality », *The Psychiatric Clinics of North America*, vol. 23, n° 1, pp.123-136.
- Reid, W. (1996). *L'analyse du transfert limite ou la limite du transfert analysable : la valeur heuristique de la notion d'utilisation de l'objet*. In Reid, W. *La psychothérapie psychanalytique : Une diversité de champs cliniques*. Chapitre 13. Montréal : Gaétan Morin éditeur.
- Resnick, R., Halliday, D. (1979). *Mécanique – Physique I*. Montréal : Éd. du Renouveau Pédagogique.
- Siegel, D. (2001). *The Developing Mind – How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York : The Guilford Press.
- Target, M., Fonagy, P. (1996). « Playing with Reality : II. Theory of Mind and the Normal Development of Psychic Reality », *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 77, pp. 459-479.
- Torgersen, S. (2000). « Genetics of Patients with Borderline Personality Disorder », *The Psychiatric Clinics of North America*, vol. 23, n° 1, pp. 1-9.

- Winnicott, D.W.(1975). *Jeu et réalité – L'espace potentiel*. Paris : Gallimard.
- Yontef, G.M. (1993). *Awareness, Dialogue and Process : Essays on Gestalt Therapy*. Highland, NY: The Gestalt Journal Press Inc.
- Zanarini, M.C. (2000). « Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder », *The Psychiatric Clinics of North America*, vol. 23, n° 1, pp. 89-101.

Abstract

The developing Self will go through a maturational process to become a mature Self being able to interact in a reciprocal way with others. The purpose of this article is to revisit the attachment theory in the light of new developments in neurosciences. The developing Self will need to interact with a mature Self to regulate its physiologic and emotional systems and to develop mentalization. How these processes are disrupted in borderline personality disorder will be described. In addition, a dynamic model of comprehension in the field theory is proposed.

Les faux pas de la danse du lien

L'utilisation de certains concepts
d'Otto Kernberg dans une
approche gestaltiste/PGRO

Nadine DELBEKE et Marie GÉRIN-LAJOIE

Résumé

Cet article veut présenter certains concepts du psychanalyste contemporain Otto Kernberg, utilisés dans le cadre d'une approche gestaltiste/PGRO. Les auteures croient que Kernberg peut aider à éclairer le sens de ce qui se déroule dans le cycle du contact entre le thérapeute et le client et dans ses relations significatives contemporaines lorsque le cycle du contact se fige dans un mode conservateur. Après avoir décrit la conception du Self de la Gestalt et celle de la PGRO, qui sert d'assise à leur pratique clinique, les auteures élaborent leur compréhension de quelques concepts de Kernberg. Dans ce premier article d'une série de deux, les apports explorés de Kernberg sont sa conception du développement normal, sa conception de la pathologie dans l'organisation de la personnalité et les enjeux psychiques impliqués selon le stade d'organisation de la personnalité. Deux exemples cliniques illustrent le propos.

INTRODUCTION

Il faut toujours se rappeler que les patients borderline luttent contre un passé terrifiant et sont incapables de projeter dans l'avenir l'idée d'une vie meilleure que celle qu'ils ont connue. Par conséquent, la conviction du thérapeute que le patient peut vivre mieux et que les pertes, la maladie grave et les échecs peuvent être tolérés et perlaborés, sinon totalement surmontés, prend une grande importance.

Otto Kernberg (1989)

Cette citation de ce psychanalyste américain, figure de proue de l'approche psychanalytique des troubles de la personnalité, s'inscrit naturellement dans la philosophie gestaltiste avec son *focus* sur

l'espoir. Nous sommes cliniciennes depuis plus de vingt ans et comme beaucoup d'entre vous, nous constatons une augmentation de cette portion de notre clientèle présentant des problématiques relationnelles importantes, surtout dans les sphères de ses liens d'intimité. Pour inciter le thérapeute à garder sa conviction que le patient peut vivre mieux, il nous paraît utile d'enrichir notre fond gestaltiste.

Cet article veut présenter certains concepts d'Otto Kernberg pouvant nous aider à mieux saisir ce qui se passe dans le processus du cycle du contact entre le client et nous, chez le client et chez nous, lorsque le Self perd sa fluidité. En d'autres termes, certains concepts de Kernberg peuvent-ils nous aider à mieux danser avec l'autre même lorsque les faux pas du lien se multiplient douloureusement?

Nous vous présenterons notre réflexion autour de cette question dans deux articles. Voici les éléments qui feront l'objet de ce premier article. D'abord, nous expliquerons la conception gestaltiste du Self de Perls, Hefferline et Goodman (1951, traduction de 1979) et celle, révisée, de Delisle (1998) dans la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet (PGRO). Puis, en nous servant de deux exemples cliniques, ceux de Sophie et d'Isabelle, nous illustrerons les principes généraux de la conception du Self de la Gestalt et celle de la PGRO, abordant alors des éléments-clés servant au travail clinique des psychothérapeutes formés à ces approches.

Nous continuerons en posant les principales balises de la théorie du développement normal qu'utilise Kernberg et nous explorerons trois axes: ceux de l'affect, de la pulsion et de la relation d'objet. Ensuite, nous identifierons les stades développementaux mis de l'avant par cet auteur. Cette section plus théorique illustrera comment se construit pour l'humain sa capacité à danser le lien avec l'autre.

Nous poursuivrons en définissant la pathologie dans l'organisation de la personnalité selon la compréhension de Kernberg et la façon dont il la relie aux difficultés rencontrées dans le développement. Kernberg a schématisé cette compréhension dans un tableau que nous présenterons. Finalement, nous terminerons ce premier article par l'illustration, à l'aide d'un exemple clinique, de certains concepts de Kernberg qui nous ont permis de saisir plus profondément l'expérience de la clientèle dans le cadre de l'approche thérapeutique gestaltiste/PGRO.

I – LE SELF SELON LA GESTALT

Une spécificité de la Gestalt est de concevoir le Self comme un processus. Le Self est la manière dont la personne fonctionne dans

son environnement à la frontière-contact. Comment utilisons-nous nos fonctions de contact, c'est à dire nos yeux, nos oreilles, notre toucher et notre mouvement pour découvrir le monde? Comment utilisons-nous notre voix, notre posture, notre respiration dans cette danse entre notre organisme et l'environnement? Nous créons ce que nous sommes à chaque moment.

Perls et al. (1951, 1979) nous présentent le Self comme l'intégrateur, l'artiste de la vie dont le rôle est de découvrir avec nos sens et de construire avec notre cerveau les significations qui nous orientent. Le Self est un processus dont l'activité consiste à former des figures et des fonds à partir de tout ce qui est accessible à l'extérieur et à l'intérieur de notre organisme. Ils ajoutent (p. 181) : « Dans les situations de contact 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. »

Un Self en santé sera souple, fluide, aura un registre large dans cette formation des figures et des fonds. Un Self perturbé sera plus rigide ou plus chaotique, aura un champ rétréci dans ses perceptions de soi et du monde, et son registre de sensations et d'actions sera diminué. Le Self en santé fonctionne plutôt sur un mode créateur, le Self perturbé plutôt sur un mode conservateur.

Michael Vincent Miller (2002, p. 99), gestaltiste américain contemporain, nous dit à ce propos :

Le client perturbé est tout autant un artiste que la personne saine. Il se trouve qu'il est simplement occupé à produire de la maladie au lieu de la santé. (...) Une des choses les plus parlantes que l'on puisse dire de la névrose, c'est que c'est du mauvais art. Comme les peintures que l'on veut fuir, elle est répétitive, stéréotypée, mal dessinée, inadéquate. Par-dessus tout, elle est monotone et ennuyeuse. Plus le degré de perturbation est sévère, plus la création est monotone. (...) Le Self est l'artiste des figures de la vie, même dans la formation des personnalités pathologiques.

Cette conception du Self permet aux gestaltistes d'appréhender ce qui se passe dans une rencontre clinique, avec une attention soutenue sur la façon dont la personne continue de créer maintenant, sans toutefois le réaliser, ce qui la fait souffrir. En d'autres termes, comment la personne recrée dans le présent ce qui l'a fait souffrir hier. Pour les gestaltistes, comprendre le passé éclaire le sens de l'expérience, mais ce qui est véritablement important, c'est de dénouer dans le présent la reproduction inconsciente des mêmes vieux thèmes relationnels. Les gestaltistes ont ainsi développé une façon créatrice et vivante d'être attentifs à la phénoménologie du cycle du contact.

Ce qui manque à la théorie de Perls, et plusieurs gestaltistes avant nous l'ont souligné, est une théorie du développement et des outils plus raffinés pour réfléchir aux modes conservateurs du Self. C'est pour mieux rendre compte de cela que Delisle a construit un modèle intégré de la théorie gestaltiste et de la théorie de la relation d'objet, qu'il a appelé la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (1998). Nous vous présentons sommairement ce modèle.

II – LE SELF SELON LA PGRO

Pour Delisle (1998), le Self continue d'être perçu et conçu comme un processus qui va s'enrichir et actualiser ses potentiels au contact d'un autre Self à l'intérieur du champ relationnel. Ce Self, unitaire et embryonnaire au départ, va devenir pour la PGRO une structure psychique processuelle qui va perdre son unité au détour de situations relationnelles non assimilables pour le Self en développement.

Le Self est fait de relations humaines intériorisées. Il comprend un élément de l'organisme, un élément de l'environnement et la relation entre les deux. Le Self est porteur d'une double histoire relationnelle. Une partie de cette histoire est faite d'intériorisations assimilables qui conduisent à des ajustements créateurs. L'autre partie est faite d'intériorisations non assimilables qui mènent à des ajustements conservateurs. C'est ce que la PGRO nomme des introjections primaires.

Une histoire relationnelle assimilable : le bébé qui a faim et qui se rassasie

On peut imaginer un jeune bébé qui commence à pleurer. C'est l'excitation organique de la fonction-Ça, et, dans un délai raisonnable, la mère survient. L'enfant tête en regardant sa mère dans les yeux. La mère lui rend son regard, elle sourit, lui dit des mots apaisants, amusants, chaleureux. Cela ressemble à un contact réussi pour la mère et l'enfant. Nous dirons que c'est une expérience assimilable. Dans celle-ci, il y a un double processus relationnel. Sur le plan physiologique, l'enfant est en déséquilibre, il pleure, la mère suffisamment attentive décode qu'il a faim et donne satisfaction à l'enfant. Sur le plan affectif, l'enfant se plaint, la mère paraît dominante et chaleureuse, le bébé prend ce que la mère lui donne, s'en nourrit et se calme. C'est une expérience où l'enfant peut absorber ce qui est bon et rejeter les aspects de la mère dont il n'a pas besoin. C'est l'exemple d'une assimilation puisque le Self de l'enfant est enrichi d'une expérience relationnelle nourrissante et sécurisante.

**Une histoire relationnelle non assimilable :
Sophie, le bébé qui a faim et qui est inconsolable**

Prenons une autre situation, à partir d'un cas clinique. Sophie a 35 ans, elle est mère de deux enfants et elle est séparée du père. Sophie vit régulièrement toutes sortes de malheurs dont elle se sent victime. Elle semble être la personne la plus malchanceuse qui existe. La thérapeute qui travaille avec elle, devant tous ces malheurs, vit elle aussi un mélange d'inconfort et d'impuissance teintée d'irritation.

Au début de sa thérapie, Sophie partage ce que sa famille lui a raconté sur les huit premiers mois de sa vie. Elle pleurait énormément, inconsolable jusqu'à ce qu'on découvre qu'elle était allergique au lait maternisé que sa mère lui donnait. En simplifiant son histoire, on peut imaginer le bébé Sophie qui pleure et la mère bien disposée qui lui apporte un lait supposément réconfortant. La petite le prend mais ne s'en trouve pas soulagée. Au contraire, elle continue d'être en douleur. La mère se décourage, se tend et devient anxieuse à chaque fois qu'elle la nourrit. Elle perd le plaisir de nourrir sa petite fille car elle n'a pas le bonheur de la soulager, de la satisfaire.

Voilà une relation complexe et douloureuse entre la mère et le nourrisson. Que fait le Self de la petite Sophie avec cette expérience ? Dans le langage de la PGRO, le Self naissant du bébé est soumis à une expérience relationnelle qui est à la fois indispensable et intolérable. Le Self ne peut rejeter l'expérience car une partie de cette expérience lui est indispensable : c'est le lait et la présence de maman. Il ne peut non plus assimiler l'expérience parce qu'une partie de celle-ci lui est toxique : c'est l'allergie au lait et la tension de maman. Le Self naissant est placé devant un dilemme de contact qu'il ne peut résoudre.

En guise de réponse, le Self introjecte l'expérience au complet, il la prend telle quelle, sans l'assimiler, dans ce qu'elle a d'indispensable et d'intolérable à la fois, et il la refoule dans l'inconscient. À ce stade, cette situation relationnelle inachevée n'est plus accessible à la conscience. Cette sorte d'intériorisation s'appelle une introjection primaire. Elle mène à la pathologie du Self puisque ce dernier perd son unité et devient clivé.

La PGRO parle ici de microchamps introjectés. Chaque microchamp introjecté contient un élément de l'organisme, un élément de l'environnement et la relation à la fois indispensable et intolérable entre les deux. Ces microchamps introjectés sont logés dans l'arrière-fond de la fonction-Ça, maintenant clivée.

Le jeune Self a résolu comme il le pouvait l'indispensable et l'intolérable de l'expérience à laquelle il a été confronté mais, à cause du caractère inachevé de la situation relationnelle, les microchamps introjectés continuent d'être porteurs d'une énergie. Cette énergie particulière, spécifique aux dilemmes de contact, va continuer de s'infiltrer, en dehors du champ de la conscience, dans les cycles de contact : dans les autres émergences conscientisables de la fonction-Ça, dans les mécanismes de régulation de la fonction-Je et dans la fonction-Personnalité.

De plus, le Self va chercher à reproduire le genre de situation relationnelle qui a des affinités avec le dilemme de contact originel avec l'espoir, pourrait-on dire, de compléter cette situation relationnelle et de résoudre ce dilemme. C'est de cette façon que le processus de formation des figures du Self est contaminé. Plus la fonction-Ça est porteuse d'un nombre important de microchamps introjectés, plus les cycles de contact seront faits d'ajustements conservateurs plutôt que créateurs.

Un nouvel éclairage sur les malheurs de Sophie

La théorie de la PGRO nous permet de formuler des hypothèses sur la reproduction des situations pénibles que vit Sophie. Il ne s'agit pas ici de nier que des environnements abuseurs existent, mais plutôt de mieux saisir la part où Sophie, sans le vouloir, se relie de façon sélective à ce genre d'environnement ou, à tout le moins, ne semble pas chercher à les éviter activement.

Pour Sophie, on peut émettre l'hypothèse que cette expérience, sans doute reliée à d'autres expériences inassimilables durant cette période précoce, a entravé le développement de la phase symbiotique et a pu, par la suite, fragiliser son développement ultérieur. Adulte, elle reproduit à son insu, des relations où ce qui devrait la nourrir ou la protéger – par exemple avec son propriétaire, son assurance, son patron, son ami – devient dangereux et toxique. Dans toutes ces relations, elle est perdante et victime. On peut penser qu'elle néglige et/ou surévalue certains signaux à l'intérieur d'elle, de sa fonction Ça. Sans doute n'agit-elle pas pour rejeter ce qui est mauvais ou se diriger vers ce qui est bon et nourrissant avec les mécanismes de sa fonction Je.

Finalement, elle maintient une vision d'elle-même et du monde où elle est la « pas chanceuse » et où les autres deviennent des abuseurs ou encore des négligents. Cette représentation de Sophie et du monde de sa fonction Personnalité est sans cesse confirmée par ce

qu'elle continue de mettre en place dans sa vie. Ces reproductions échappent à la conscience de Sophie et, au début du travail thérapeutique, à celle du thérapeute, tant les cycles de contact sont complexes et paraissent fortuits. C'est la faute à la malchance !

Le travail thérapeutique selon la PGRO

La PGRO travaille à partir de trois axes : la reproduction, la reconnaissance et la réparation. Par une attitude particulière que Perls a nommée l'indifférence créatrice, le thérapeute laisse se reproduire dans le contexte du champ thérapeutique les dilemmes de contact qui, bien qu'élaborés à un âge développemental antérieur, continuent de se rejouer dans les relations présentes, surtout celles à caractère intime. Il s'agit de la reproduction.

Cette reproduction qu'on laisse se déployer va mener par un dialogue particulier, dit herméneutique, à une co-exploration constructive de sens dans les diverses situations de la vie présente et passée du client, à la fois sur les plans affectif, cognitif et sensori-moteur. Cela permet à la personne de trouver un sens créatif à son histoire et à ses souffrances. On appelle cette phase, la reconnaissance.

Cette reconnaissance permet de commencer à éroder les dilemmes en ralentissant l'automatisme de la reproduction et en ouvrant la porte à de nouvelles expériences créatrices et réparatrices. Les reproductions sont moins rigides et échappent moins à la conscience de la personne, ce qui rend les cycles de contact de plus en plus fluides. Ces trois phases, reproduction, reconnaissance et réparation ne se succèdent pas de façon linéaire mais plutôt vont apparaître en alternance, en boucles qui ratissent de plus en plus large, de plus en plus profond.

Un autre exemple clinique: Isabelle

L'exemple de cette rencontre clinique avec Isabelle, qui a aussi 35 ans, met en lumière à la fois la conception du Self de la Gestalt et celle de la PGRO. Spécifions d'abord que pour Isabelle, tout comme pour Sophie ou les autres exemples que nous utiliserons dans le second article, le nom et certains éléments du récit ont été modifiés afin de préserver la confidentialité. La saveur clinique est cependant préservée.

À la 57^e rencontre, Isabelle évoque une situation de sa vie actuelle avec sa mère où celle-ci semble montrer un manque de sensibilité aux besoins de sa fille. En fait, c'est la première fois que la thérapeute entend qu'elle ose demander quelque chose à sa mère, c'est-à-dire de l'accompagner pour un examen médical qui l'inquiète, et sa mère

refuse. En contraste, Isabelle a déjà parlé dans des rencontres antérieures, de nombreuses situations où elle se dévouait pour sa mère. Le décalage entre cette fille dévouée et cette mère si peu disponible et peut-être l'affect apparemment détaché durant tout le récit, touche la thérapeute. Celle-ci devient émue et ses yeux sont humides.

La réaction de la cliente ne sera pas d'être touchée par la sensibilité empathique de la thérapeute à son endroit, qui viendrait réparer le manque de sensibilité de sa mère ! Au contraire, c'est l'ajustement conservateur qui se met en place. Pour Isabelle, le trouble de sa thérapeute lui signifie qu'elle devrait prendre soin d'elle.

En élaborant davantage, elle croit aussi que la thérapeute lui reproche d'avoir dit quelque chose d'inadéquat qui la perturbe. L'aboutissement de tout cela, croit-elle, sera qu'elle devra se mettre au service de la thérapeute. Si elle ne le fait pas, la thérapeute la rejettera. Elle est persuadée qu'elle est condamnée à rester seule, soit seule au service de l'autre omniprésent avec ses besoins, soit seule et rejetée de l'autre qui la juge inadéquate et sans valeur. Tout cela est dit pas à pas, avec beaucoup de soutien de la part de la thérapeute et beaucoup de courage de la part de la cliente.

Dans ce travail thérapeutique, c'est un cycle reproduction/reconnaissance qui se déploie. La thérapeute a été attentive au regard en coin de la cliente qui percevait son expression émue et ses yeux humides et elle a remarqué le léger mouvement de recul d'Isabelle. À ce moment précis, la thérapeute observe à l'intérieur d'elle une contraction de ses voies respiratoires qu'elle ressent comme une sensation d'alerte. La thérapeute entend aussi la voix de sa cliente qui continue son récit mais avec un rythme un peu plus monocorde que l'instant d'avant. Ce sont là des outils gestaltistes d'attention soutenue au cycle du contact et à la façon dont le Self crée sa figure. À partir de ces diverses observations phénoménologiques, la thérapeute a fait le choix clinique d'inviter la cliente à regarder ce qu'elle vit dans la relation thérapeutique plutôt que de continuer le récit de la situation avec sa mère. Isabelle a accepté cette piste d'exploration et c'est ce qui a permis d'amener en figure le riche mais difficile contenu de son expérience interne, explicité plus haut.

Nous avons utilisé l'approche dialogale de la Gestalt et sa conception du Self comme l'intégrateur qui continue de percevoir le rejet, de le construire et même, sans le vouloir, de rejeter activement le soutien qu'Isabelle pourrait recevoir de sa thérapeute et qu'elle réclame sincèrement par ailleurs.

Nous avons aussi, en fond, des hypothèses sur la partie refoulée dans la fonction-Ça avec un microchamp introjecté qui pourrait se configurer de la façon suivante: «Il est à la fois indispensable et intolérable que je me relie à une mère dont j'ai besoin, qui ne tolère pas mes émotions et m'utilise à son service.»

Souvenons-nous: c'est tout le champ qui est introjecté et figé hors de la conscience, c'est-à-dire toute la relation entre elle et sa mère avec l'expérience affective de cette relation. C'est pourquoi elle peut aussi bien être celle qui est rejetée et utilisée que celle qui rejette et ne tolère pas les émotions de l'autre. Nous n'aurons jamais accès directement au microchamp lui-même (c'est une hypothèse conceptuelle), mais nous avons accès à la façon dont le Self continue activement de reproduire ses dilemmes de contact dans les différents champs expérientiels.

Dans le langage de la PGRO, on définit quatre champs: le champ I de la relation thérapeutique dans l'ici et le maintenant, le champ II de la relation thérapeutique d'hier, le champ III des relations contemporaines du client et le champ IV des relations significatives de l'enfance du client. La relation entre le thérapeute et le client est un champ expérientiel privilégié. En effet, celui-ci se vit dans l'ici et le maintenant et est porteur à la fois de la reproduction de cet indispensable intolérable et de l'espoir de le dénouer.

Dans le cas d'Isabelle, nous avons également, en fond, plusieurs concepts de la théorie de Kernberg qui nous aidaient à ralentir, à contenir et à toucher la profondeur de la reproduction de cette danse stéréotypée. Nous y reviendrons.

Parmi ces concepts, explorons maintenant les principales balises de la conception du développement normal, telle qu'élaborée par Kernberg, à la suite de Margaret Mahler et d'Edith Jacobson dont il s'inspire, en utilisant aussi l'apport de Mélanie Klein et de Donald Winnicott.

III – UNE THÉORIE DU DÉVELOPPEMENT NORMAL

Le fait d'avoir des hypothèses sur l'âge développemental et sur les enjeux psychiques reliés aux dilemmes de contact aide le thérapeute gestaltiste qui cherche à se rapprocher de l'expérience interne du client, que ce soit celle de Sophie, d'Isabelle ou de nos autres clients. Citons Delisle (2004, p.39) qui nous invite dans un contexte d'ouverture multimodale à nous inspirer de différents auteurs.

Aucun thérapeute ne saurait partir à l'aventure sur les enjeux développementaux de ceux qui le consultent, équipé, pour ce faire, de son seul

flair clinique et de son seul « sens de l'orientation ». De grands explorateurs et de grands cartographes ont balisé quelques sentiers permettant d'avoir accès à ces univers troubles...

Nous avons choisi, quant à nous, de nous référer à l'œuvre de Kernberg et à sa grille développementale, que nous vous présentons.

Les trois axes: l'affect, la pulsion et la relation d'objet

Dans la théorie de cet auteur, nous retrouvons trois axes importants qui, au cours du développement de la personne, sont toujours présents, s'imbriquent les uns dans les autres d'une façon de plus en plus complexe, évoluée et intégrée. Ces trois axes sont les affects, qui passent d'une forme intense à une forme modulée, les pulsions, qui passent d'une forme irrépressible à une forme intégrée, et les relations d'objet, qui passent d'une forme clivée à une forme intégrée.

Commençons par l'axe de l'affect. Kernberg croit que l'affect joue un rôle primordial dans les relations du bébé humain avec la personne qui prend soin de lui (nous l'appellerons la mère). Kernberg attribue à l'affect une double composante: une composante biologique et une composante relationnelle. Par la première, qui provient de notre bagage héréditaire, le bébé va manifester ses tensions plus ou moins vigoureusement selon son tempérament et selon la nature de ses tensions. Les pleurs, les cris, le regard de l'enfant vont appeler et attirer la mère. Si elle est suffisamment disponible, elle va répondre à l'affect de son bébé et lui apporter des soins, du réconfort physique et affectif. La tension de l'enfant diminue et se transforme, si tout se passe bien, en une expérience de bien-être pour la mère et l'enfant. Cela rejoint tout à fait le concept de l'expérience relationnelle assimilable de la PGRO.

l'affect
L'affect pour Kernberg est une clé de voûte, issue de notre bagage phylogénétique, qui permet la survie du nouveau-né humain alors qu'il n'a pas ce qu'il faut pour survivre seul. L'affect lui permet d'émettre des signaux pour que le nourrisse et le protège l'être à qui il se relie. En fait, c'est un peu plus que ça, car Kernberg croit, à la suite de Winnicott, que le bébé ne peut exister sans la mère et que l'affect fait le « lien » et le « liant » de cette unité.

Ici, nous touchons la composante relationnelle de l'affect. L'enfant va inscrire par intérieurisation/internalisation cette rencontre relationnelle dans sa mémoire affective au niveau de son cerveau, dans le cortex limbique. Pour Kernberg, il s'agit de la naissance de la relation d'objet, autre axe important de son schéma. C'est le « temps 1 » de la vie psychique. À ce stade fusionnent une expérience relation-

nelle spécifique et un état de bien-être ou de tension. La relation d'objet sera donc une intériorisation des relations externes significatives, qui évolue à travers les stades développementaux pour passer d'un mode fusionnel non différencié à un mode différencié et clivé, puis à un mode différencié et intégré. Le Self de Kernberg est la somme de toutes les relations d'objet, donc de toutes les intériorisations de relations significatives. Chacune de ces relations d'objet se compose d'une représentation de soi, d'une représentation de l'objet/autre et ces deux représentations sont liées par un coloris affectif soit bon, soit mauvais.

Maintenant, voyons le troisième axe de Kernberg: la pulsion. Pour cet auteur, l'affect est une forme antérieure de la pulsion. Les affects, pièces constitutives des pulsions, ont une fonction de signal entraînant l'activation des pulsions. Les affects gratifiants, source de plaisir et de récompense, sont intégrés en pulsion libidinale. Les affects négatifs, douloureux, aversifs sont intégrés en pulsion agressive. Pour Kernberg, les pulsions sont présentées comme une intégration hiérarchiquement supraordonnée des affects activés dans les relations d'objet. Pour cet auteur, nous avons accès non pas à la pulsion elle-même, mais aux dérivés de la pulsion qui se manifestent à travers l'expérience. Les manifestations de la pulsion, tout comme celles du Moi et du Surmoi, vont suivre la progression des stades développementaux de la relation d'objet.

Les stades du développement normal

Avant d'expliquer chacun des stades du développement, voici un tableau synthèse du schéma qu'a élaboré Kernberg en s'inspirant de Mahler.

Stade I

Jusqu'en 1976, Kernberg parlait d'un premier stade, le stade autistique, qu'il situait de zéro à trois mois. À ce stade, le bébé ne fait pas de distinction entre lui et l'autre, et peu ou pas de distinction entre des affects positifs et des affects négatifs. À ce stade, il n'existe que des états de montée ou d'abaissement de la tension. Après 1976, Kernberg renonce à cette phase qui perd de sa pertinence avec les découvertes plus récentes sur le nouveau-né.

Stade II

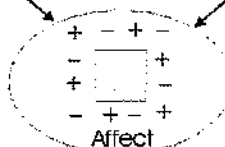
Le deuxième stade est le stade symbiotique qui se développe approximativement de trois à six mois. Dans notre texte, nous identifions ce stade comme celui de l'attachement. À ce stade de maturation

ÉVOLUTION DE LA RELATION D'OBJET SELON OTTO KERNBERG

Le nouveau-né

Bagage de l'enfant :
génétique
héréditaire
psychophysiologique
constitutionnel
tempérament

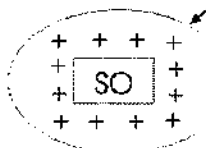
Environnement humain :
relations précoces
▷ bonnes, ajustées
▷ mauvaises, frustrantes



Relation d'objet indifférenciée
affects primitifs

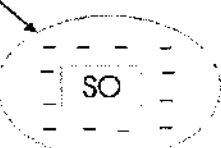
STADE I

Montées et baisses
de tension



Relation d'objet
Peu / Non différenciée

STADE II



Affects positifs

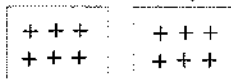
Affects négatifs

Pulsion libidinale
investit la relation d'objet

Pulsion agressive
investit la relation d'objet

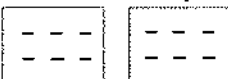
Soi ▼ Objet

Soi ▼ Objet



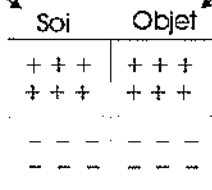
Relation d'objet
Différenciée, clivée

STADE III



Manifestations d'affects
positifs

Manifestation d'affects
négatifs



Relation d'objet différenciée

Relation d'objet intégrée

- Affects intégrés
- Pulsions libidinales et agressives intégrées
- Surmoi intégré

STADE IV

neuromotrice et psychique, le bébé fait la différence entre les expériences relationnelles positives et les expériences relationnelles négatives. Les expériences agréables perçues sous la forme d'affects agréables sont regroupées dans le vécu interne. Les expériences désagréables perçues sous la forme d'affects négatifs sont regroupées également dans le vécu interne.

À ce stade, selon Kernberg, il n'y a encore que peu de différenciation entre soi et l'autre, la différenciation s'établit plutôt entre ce qui est perçu comme bon et ce qui est perçu comme mauvais. En s'inspirant des travaux de Winnicott, Kernberg pointe l'importance des moments où l'enfant vit une activation émotionnelle faible, c'est à dire des moments « mère-enfant » calmes. Alors, la relation d'objet est davantage différenciée au niveau de la représentation de soi et de l'autre et elle commence à préparer le terrain pour le prochain stade. Par contre, dans les moments où l'activation émotionnelle est intense, la relation d'objet redevient non différenciée et celle-ci aura des valeurs intenses, soient toutes positives ou toutes négatives. Au stade II, il y aura donc une alternance entre des relations d'objet peu ou non différenciées, lors des moments d'activation émotionnelle intense, et des relations davantage différenciées lors des moments d'activation émotionnelle calme.

À ce stade, c'est par le mécanisme de l'introjection, forme primitive d'internalisation, que les expériences relationnelles externes sont intériorisées. C'est le clivage qu'on dit horizontal qui maintient séparées les relations d'objet négatives – peu ou pas différenciées – de celles qui sont positives. À ce stade où les affects sont peu modulés, l'investissement agressif des relations d'objet est si intense qu'il représente une menace pour l'investissement positif – ou libidinal – des relations d'objet. On parle ici de rage meurtrière. Par le clivage, il y a donc une tentative d'évacuation des mauvaises relations d'objet pour protéger le bon et maintenir la fusion positive. S'il y a fixation à ce stade, en raison des relations d'objet non différenciées négatives trop importantes, cela va mener à des pathologies psychotiques.

À ce stade, le besoin fondamental psychique de l'enfant est celui de fusionner, de s'attacher. Qui n'a pas observé l'intensité du regard de l'enfant sur sa mère pendant qu'il tète ou boit sa bouteille? Il ne la lâche pas des yeux et on jurerait qu'il se nourrit autant du lait de sa mère que de son lien avec elle.

Stade III

Le troisième stade est celui de la séparation/individuation. Il se déroule de six mois à deux ans et demi ou trois ans. Sous la poussée

de l'autonomie qui émerge de plus en plus vigoureusement et avec la maturation locomotrice, perceptive et psychique, l'enfant devient davantage conscient de son entourage et de lui-même. L'épreuve de réalité, c'est-à-dire la distinction plus nette entre soi et l'autre, entre soi et l'environnement, est maintenant installée.

L'enfant s'enorgueillit de ses capacités toutes nouvelles d'autonomie et il se vit alors comme un enfant tout-puissant. Toutefois, lorsqu'il se confronte à ses échecs et à son insécurité, il se vit comme un enfant impuissant ou frustré. De la même façon, on pourrait dire que l'enfant reconnaît deux mères, une mère aimante et gratifiante, et une mère mauvaise et frustrante.

Cela va donner lieu à des intériorisations faites de représentations de soi différenciées des représentations de l'objet/autre, et chacune de ces deux représentations aura une valence toute positive ou toute négative. Ainsi, au stade III, nous aurons des configurations de relations d'objet à quatre pôles : une représentation de soi positive, toute bonne, toute-puissante ; une représentation de l'autre toute bonne, admirable, aimante, aimable ; une représentation de soi toute négative, nulle, pas bonne, agressive ; et une représentation de l'autre toute négative, indigne, insignifiante, méprisable ou dangereuse.

Le clivage, à ce stade, protège encore les bonnes représentations faites de plaisir et de gratifications contre les mauvaises représentations faites d'agressivité et de déplaisir, en les maintenant séparées dans le champ de la conscience. Lorsque les représentations de soi et de l'autre sont mieux différenciées et que nous avons ces configurations à quatre pôles, nous parlons de clivage vertical. Bien que le clivage ait une fonction de protection, liée à un Self encore jeune, son mode de fonctionnement qui maintient séparés les quatre pôles, aura aussi la conséquence d'exacerber les caractéristiques de chaque polarité. La bonté deviendra une bonté sans borne et la colère prendra une forme intense d'agressivité. C'est dans cette optique que Kernberg dira que le clivage, lorsque maintenu à l'âge adulte, est pathologique et affaiblit le Moi. Nous y reviendrons dans la prochaine section. Continuons pour tout de suite avec le développement normal du stade III.

C'est un stade d'expérimentation où l'énergie psychique de l'enfant est mise au service de la résolution du dilemme entre ses besoins d'attachement (stade II) et ses besoins de séparation/individuation (stade III). Nous avons certainement en chacun de nous le souvenir ou l'image d'un petit enfant qui court dans un centre commercial comme s'il partait avec assurance à la conquête du monde, ignorant avec un petit sourire les appels de sa mère. Soudain, l'explorateur

intrépide s'effondre, affolé, et cherche sa maman. Il a besoin de retourner à sa base affective. Mahler parle ici de la mère comme « la maison de base » pour refaire le plein de sécurité. L'enfant va vivre en alternance des moments où il est porté par l'élan de se séparer, où il ressent une puissance et une confiance sans limites, et d'autres moments où il se sent petit, vulnérable, perdu et où il a besoin de retrouver une maman toute bonne, toute accueillante.

Un écueil pénible pour l'enfant, au cœur de ce stade, et aussi pour le parent significatif, est celui où l'enfant rencontre, avec colère, les limites de sa toute-puissance. Il peut alors vivre des moments où il est tellement pris dans la frustration de ses limites qu'il ne peut ni s'autonomiser ni se reconforter auprès de son parent. Par exemple, il n'arrive pas à mettre ses souliers lui-même et il veut le faire parce qu'il est grand, maintenant. La frustration peut être si intense, pas loin de la rage du stade II, qu'il malmène avec une colère noire ses souliers, le petit banc à côté, et même la mère qui voudrait bien l'aider, comme s'il voulait tout détruire.

L'internalisation/intériorisation se fait au stade III, sur le mode de l'identification. Ce stade de maturité, où l'enfant se perçoit différent de l'autre, le place dans la position de vouloir être comme l'objet aimé et admiré, donc de s'identifier à l'autre et de faire siennes les caractéristiques aimées plutôt que d'introjecter des parties de l'autre en fusionnant comme au stade II.

La résolution de ce dilemme d'être capable à la fois de se relier et de s'individualiser constitue l'enjeu majeur du stade III. Les facteurs reliés à l'issue favorable de cet enjeu vont dépendre des dispositions génétiques et constitutionnelles de l'enfant, mais aussi de la façon dont le parent significatif a lui-même résolu son propre enjeu d'attachement et d'individuation. Par exemple, un parent peut exiger prématurément de son enfant une trop grande autonomie, si ce parent tolère mal son propre besoin d'attachement. Un parent peut aussi, au contraire, vouloir que son enfant reste dépendant pour répondre à son propre besoin de se relier et lui envoyer des signaux signifiant qu'il n'a pas à développer son autonomie.

Cet enjeu, chez le parent, est stimulé de façon intense par la façon dont l'enfant se relie à lui à ce stade. L'enfant oscille, parfois rapidement, entre des moments où il a besoin de s'éloigner et d'explorer, et d'autres moments où il semble petit et en besoin. Le rythme de l'enfant entre ces deux pôles peut ne pas correspondre à celui du parent, et celui-ci doit pouvoir s'y ajuster suffisamment.

Un autre élément exigeant pour le parent, à ce stade, est l'apparition parfois soudaine d'une colère intense de son enfant qui le

*le parent
au stade II
propre*

rejette brutalement. Là aussi, le parent qui aura suffisamment accepté sa propre agressivité pourra tolérer et contenir celle de son enfant sans remettre en cause le lien entre eux. On le voit, c'est un stade exigeant pour l'enfant, pour le parent et pour leur relation qui, déjà, se danse avec une complexité de pas.

Cette phase n'est jamais résolue définitivement, car durant toute la vie, nous allons gérer notre double élan de nous relier et de nous séparer. Mais c'est à ce stade de développement que nous rencontrons cet enjeu pour la première fois et la façon dont nous le vivons imprégnera notre mode relationnel ultérieur. La non résolution de cette étape mènera à la pathologie des troubles de la personnalité, c'est-à-dire les personnalités avec des organisations-limites, dont nous parlerons ultérieurement.

Si tout se passe bien, c'est-à-dire si la perception des expériences relationnelles est plus positive que négative, menant à plus de relations d'objet positives que négatives, où il y a plus d'affects relativement modulés que d'affects intenses, l'enfant va pouvoir accéder au stade IV.

Stade IV

Le quatrième stade est le stade psychique le plus mature pour Kernberg. Les frontières du Moi sont maintenant claires et l'épreuve de réalité est bien ancrée. La caractéristique principale de ce stade est l'intégration des représentations positives et négatives, autant pour soi que pour l'objet. Le mécanisme d'internalisation/intériorisation présent à ce stade est celui de l'identité du Moi. Cela fait référence à l'intégration des introjections du stade II et des identifications du stade III, qui ne sont plus alors morcelées mais justement organisées dans un tout cohérent. C'est à ce stade que le concept du Self et de l'autre tolère une perception réaliste et plus stable ayant à la fois des parties bonnes et mauvaises.

L'intégration des représentations positives et négatives va de pair avec l'intégration des pulsions libidinales et agressives. Cela tempère l'idéalisation par une vision plus réaliste où l'autre peut être admiré mais avoir aussi des limites. En se souvenant que l'autre qui nous fâche est aussi celui qui est bon pour nous à d'autres moments, cela tempère également la dévalorisation. Selon Kernberg, la pulsion libidinale neutralise la pulsion agressive et ce processus d'intégration renforce le Moi. Ce qui est impossible à neutraliser ou à intégrer sera refoulé dans l'inconscient dynamique. C'est le refoulement qui fait apparaître le Ça au stade IV, dans la théorie de Kernberg. Nous savons que cette conception s'éloigne de celle de Freud mais c'est pourtant celle que préconise Kernberg, pour qui l'inconscient

dynamique ou sa conception du Ça, est fait de relations d'objet inacceptables.

En ayant abordé ici brièvement la conception du Moi, et du Ça de Kernberg, abordons également sa conception du Surmoi. Pour cet auteur, le développement du Surmoi suit le développement des relations d'objet. Au stade II, le Surmoi sera fait d'introjections et de projections infantiles sadiques, lui donnant une couleur tyrannique. Au stade III, le Surmoi sera fait d'identifications à l'objet idéal et se traduira donc par des manifestations du Self idéal. Au stade IV, le Surmoi sera fait de l'intégration d'images parentales réalistes incluant leurs valeurs, leurs interdits, et résultera de l'intégration des deux autres stades surmoïques.

L'identité du Moi donne au Self un sens de consistance. Ce stade détermine la capacité de vivre des relations intégrées et ambivalentes avec les autres plutôt que des relations partielles clivées avec un objet idéal ou dévalué. C'est là qu'apparaît l'empathie pour l'autre.

C'est le stade psychique le plus évolué, bien qu'il puisse y avoir des pathologies œdipiennes, surmoïques, comme les névroses. Les mécanismes de défense utilisés sont construits à partir du refoulement, qui est le prototype du stade IV, tout comme le clivage est le prototype du stade III. C'est également à ce stade que l'on peut retrouver les caractéristiques d'une personnalité optimale, sous la forme d'une bonne identité du Moi, d'un Surmoi intégré et d'une gestion appropriée et satisfaisante des pulsions agressives et libidinales.

Margaret Mahler appelle ce stade celui de la constance de l'objet. Mélanie Klein y réfère comme celui de la phase dépressive ou de la phase de réparation. En langage gestaltiste, on pourrait dire qu'à ce stade, la personne peut intégrer un large spectre de polarités et ses cycles de contact seront relativement fluides. Elle pourra alors vivre de façon assez souple la danse du lien avec l'autre : elle pourra se rapprocher, s'éloigner, fuir, se battre, se protéger selon les circonstances et selon ses choix.

Elle peut s'aimer et aimer l'autre en intégrant les limites de soi et de l'autre. Elle peut utiliser son agressivité pour se protéger, délimiter son territoire et faire avancer ses objectifs personnels. Elle peut aller chercher ce qui lui convient et la nourrit. Elle peut rejeter ce qui ne lui convient pas ou qui est toxique. Elle peut exprimer sa frustration sans se détruire ou sans chercher à détruire l'autre.

Nous avons quitté Sophie et Isabelle depuis déjà un bon moment. Les fragments de leur histoire que nous vous avons racontés vous donnent déjà l'indication que leurs danses du lien, entre elles et

leurs proches, trébuchent à répétition. Essayons de mieux comprendre ces *faux pas de la danse du lien* en explorant la façon dont Kernberg conceptualise la pathologie dans l'organisation de la personnalité adulte.

IV – LA PATHOLOGIE DANS L'ORGANISATION DE LA PERSONNALITÉ ADULTE

Les facteurs en cause

La pathologie sera faite de la perception par l'enfant de l'échec répété de la rencontre avec la personne significative. Plusieurs facteurs peuvent faire basculer le développement de l'enfant vers la pathologie : un environnement inadéquat (par exemple, agressif, traumatisant, instable ou abuseur) comme des facteurs génétiques, constitutionnels ou d'accidents néo-natals du côté de l'enfant. Par exemple, un enfant peut naître avec un tempérament fort où l'agressivité domine, ou au contraire, présenter une sensibilité extrême. Il peut avoir souffert à la naissance – au point de manquer d'oxygène – et son développement neuro-moteur s'en trouver affecté. Ou encore, il peut venir au monde avec un problème physique, comme celui des allergies de Sophie.

Finalement, l'échec peut provenir d'un mauvais mariage entre cet environnement précis et cet enfant précis : par exemple, une mère anxieuse et un enfant sensible ou un enfant au tempérament fort et une mère dépressive. C'est la prépondérance marquée et répétée de la perception négative des expériences entre soi et l'autre qui va mener à la pathologie. Cela favorise l'intériorisation/internalisation plus importante des représentations soi/objet négatives. La pulsion agressive prend une place prédominante par rapport à la pulsion libidinale. C'est pourquoi le clivage est exacerbé. Lorsqu'il y a blocage, on parle de fixation, qui peut se produire au stade II, III ou IV du développement de la relation d'objet.

Les trois niveaux d'organisation de la personnalité

Kernberg situe trois organisations de la personnalité où la pathologie aura des manifestations différentes. Plus le développement se fixera précocement, plus la pathologie sera sévère et moins il faudra de facteurs de stress dans l'environnement pour amener, sous la pression de l'angoisse, une désorganisation de la personnalité.

Dans le tableau qui suit, inspiré de celui de Caligor et Kernberg (1996), c'est l'axe vertical qui indique un continuum de la pathologie

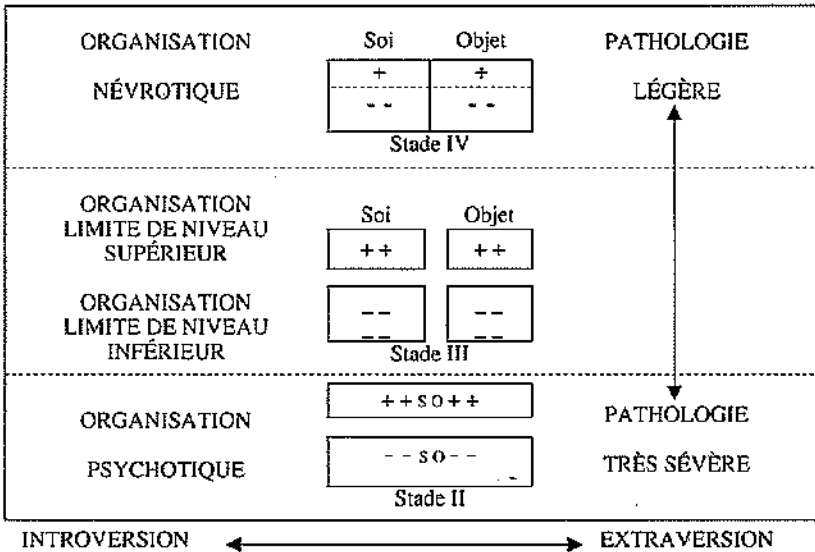


Figure 1: Les niveaux d'organisation de la personnalité selon Kernberg

allant du plus sévère, en bas, au moins sévère, en haut. L'axe horizontal fournit une dimension génétique de la personnalité, soit celle du tempérament, qui se présente sous un mode introverti, à gauche, dans un continuum vers un mode extraverti, à droite.

Nous voyons clairement avec ce tableau que Kernberg relie chaque stade du développement normal, lorsqu'il y a fixation dans la personnalité adulte, à un type spécifique d'organisation psychique.

Parallèlement à ce continuum de la pathologie, on retrouve un continuum dans l'utilisation de mécanismes de défense très primitifs vers le bas reposant sur le clivage et de moins en moins primitifs en allant vers le haut, pour finir avec des mécanismes de défense basés sur le refoulement dans les organisations névrotiques.

Les différentes instances du développement psychique, le Moi, le Surmoi, les pulsions et le Self, suivront aussi ce mouvement progressif du plus instable, du plus archaïque, du plus clivé vers quelque chose de plus stable, plus intégré, plus neutralisé. Le Self résiste à chaque niveau d'organisation de la pathologie supérieure à un peu plus de stress. Il peut ainsi maintenir un peu mieux sa cohésion et sa direction.

Pour Kernberg, la pathologie des organisations de la personnalité des stades II et III résulte principalement du fait que la pulsion

agressive et l'affect de la rage occupent une place prédominante par rapport à la pulsion libidinale dans les relations d'objet.

Il est important d'avoir cela en tête car les affects de rage, de haine, d'envie, de vengeance et de jalousie qui ne sont pas neutralisés par la pulsion libidinale nuisent à l'intégration des différentes représentations soi/objet avec leur couleur affective positive et négative. Le but directeur de la thérapie, selon Kernberg, sera l'intégration de ces représentations. Ce but rejoint celui des différentes approches gestaltistes, qui identifient l'intégration des polarités comme la direction générale du travail thérapeutique.

Pour Kernberg, la personnalité fixée au stade II ou III est pathologique. Dans la perspective gestaltiste/PGRO, nous concevons plutôt que cette fixation est un mode d'ajustement conservateur du Self qui reproduit un dilemme de contact ou un thème central de vie avec ses situations inachevées.

Pour les gestaltistes, dans cette reproduction, il y a l'espoir d'en arriver à reconnaître le dilemme et à le réparer. Il y a donc, dans notre perspective humaniste, un aspect potentiellement créateur, même dans les modes conservateurs. La condition est que ceux-ci soient reconnus et revivifiés dans le processus du cycle du contact, en particulier dans la relation thérapeutique. La Gestalt aura donc cette double perspective, créatrice et conservatrice, dans le travail thérapeutique.

Revenons à Kernberg et aux enjeux reliés à chaque stade du développement psychique. En fait, nous reprenons ici très schématiquement les enjeux du développement normal élaborés précédemment. Dans la pathologie, ce sont ces enjeux qui ne peuvent pas s'élaborer et qui devront être travaillés dans la thérapie.

Dans l'organisation psychotique, la personnalité semble fixée avec un dilemme qui pourrait se dire ainsi: « Je risque d'être morcelé, anéanti, si je perds la fusion. » On parle d'angoisse d'anéantissement. Dans l'organisation-limite, nous avons largement décrit le développement normal du stade III avec son enjeu d'attachement et d'individuation. La personnalité semble fixée avec un dilemme que nous pourrions énoncer de la façon suivante: « J'ai besoin de toi pour vivre et je risque d'être abandonné si je m'aventure plus loin ou si tu t'aventures plus loin et en même temps quand tu y es, cela m'est intolérable. » On pourrait dire aussi: « Je ne peux vivre sans toi et je ne peux vivre avec toi. » On parle d'angoisse d'abandon. Dans l'organisation névrotique, liée au stade IV qui se fixe, l'enjeu psychique pourrait se formuler ainsi: « Je désire mais je ne peux l'obtenir ou je suis puni

si je désire.» On parle d'angoisse de castration ou de punition.

Tout cela est évidemment très simplifié, mais ces phrases prototypes d'enjeux de chaque stade dessinent la forme générale des faux pas de la danse du lien selon le niveau où la personnalité s'est fixée dans son développement.

Dans le cadre de cet article, nous nous sommes attardés davantage à l'organisation-limite, typique des problématiques d'attachement, et nous y revenons avec l'exemple d'Isabelle évoqué au début. Voyons maintenant comment la théorie du développement normal et de la pathologie de Kernberg peut nous aider à mieux saisir ce qu'elle vit et ce qui se passe dans les rencontres thérapeutiques, tout en respectant les principes inhérents à une pratique gestaltiste/PGRO.

V – UN RETOUR À ISABELLE

Dans cette 57^e rencontre avec Isabelle où celle-ci explore avec beaucoup d'intégrité comment l'expérience se construit pour elle, nous voyons se déployer à la fois ses besoins d'attachement et ses besoins d'individuation ainsi que son incapacité à vivre les deux dans une même relation. Ce processus se déploie autant dans ce qu'elle raconte à propos de son lien avec sa mère que dans ce qui se passe avec la thérapeute. Examinons davantage le lien thérapeutique.

On peut penser que l'émotion ressentie par la thérapeute en écoutant Isabelle révèle quelque chose de la thérapeute, mais révèle aussi quelque chose de son lien empathique avec Isabelle. Pour cette dernière, il semble que l'émotion de sa thérapeute, témoin de leur lien, ne soit pas compatible avec la possibilité qu'elle garde son individuation. Dans son expérience, au contraire, cela semble indiquer qu'elle la perd en se mettant au service de la thérapeute, qu'elle devient une « grande oreille », sans valeur propre, et que ses besoins seront une fois de plus mis au rancart.

Pour Kernberg, dans l'organisation-limite, la pulsion agressive domine et pervertit autant l'attachement que l'individuation. L'attachement deviendra, pour Isabelle, le fait d'être totalement au service de l'autre, et l'individuation signifiera être seule, isolée, se sentir rejetée et se dénigrer. Ce pôle, que Kernberg nomme la représentation de soi (dans ce cas-ci négative), est plus facilement accessible à la conscience d'Isabelle. Le versant que Kernberg appelle la représentation négative de l'objet où elle-même rejette sa thérapeute en rejetant l'émotion sensible de cette dernière, est moins facilement conscientisable à cette étape du travail. Comprenant la profondeur et la complexité de l'enjeu d'Isabelle, la thérapeute a fait le choix

clinique de ne pas amener en figure ce morceau du clivage où elle rejette l'autre. Elle a voulu préserver l'alliance, qui doucement commence à se construire et qui a pu permettre tout de même qu'Isabelle fasse une exploration juste mais difficile de son expérience.

Le concept d'identification projective peut être utilisé pour explorer cette séquence thérapeutique, mais nous reviendrons sur les mécanismes de défense dans le second article. Nous considérons ici la séquence en rapport avec la thématique propre au stade III : les enjeux d'attachement et d'individuation.

Faisons un saut dans le temps et allons à la 96^e rencontre après trois ans de travail thérapeutique assidu. À ce moment-là, Isabelle a suffisamment érodé le clivage pour intégrer son monde intérieur, surtout lorsqu'elle est calme. C'est ce qui lui a permis graduellement de poser des gestes pour se réapproprier sa vie et ses relations. Elle exprime un peu plus ce qu'elle pense et ce qu'elle veut. Elle commence à poser certaines limites aux demandes des autres. Quand elle vit une frustration, elle ne saute pas tout de suite à la conclusion qu'elle n'est pas correcte, mais elle prend le temps de regarder ce qui se passe à l'extérieur d'elle et qui pourrait être en lien avec son émotion. Elle ne fréquente plus certaines amies qui étaient incapables de l'écouter et vit un meilleur partage avec celles qui sont restées. Elle s'est inscrite à un club de plein air au lieu de passer presque toutes ses fins de semaine à s'occuper de ses parents. Elle a rencontré à ce club un homme qui est devenu son amoureux. À cette 96^e rencontre, elle cohabite depuis peu avec lui et, à sa surprise, cela se passe assez bien. Isabelle fait alors un bilan de son cheminement et décrit ce qu'elle vit par une belle métaphore, celle de la porte. Voici un extrait de sa réflexion :

La dernière année, j'ai franchi une porte. Un des éléments importants de cette porte, c'est de me demander ce que je vis, ce que je ressens, ce que je pense plutôt que de me mettre automatiquement au service de l'autre. Ce qu'il y a de vraiment nouveau, et c'est pour ça que c'est une porte avec un « avant » et un « après », c'est que de l'autre côté de la porte, je suis en relation avec un compagnon qui fait attention à moi et qui peut m'écouter. L'autre chose qui est nouvelle pour moi, c'est que j'ai un travail avec un patron plus respectueux, je ne savais pas que ça pouvait exister. Ce n'est pas juste moi qui change, c'est l'extérieur aussi qui est mieux de l'autre côté de cette porte.

Avec cette métaphore, Isabelle exprime qu'elle a franchi une étape qualitative dans sa façon de se vivre et de vivre l'extérieur, le tout semble vraiment « mieux » pour elle. Pourrait-on dire qu'elle expérimente un début d'intégration, un nouvel espace où elle peut être en relation (c'est l'enjeu d'attachement) et où, en même temps, ses besoins à elle ont leur place (c'est l'enjeu d'individuation) ? Le

dilemme du stade III est devenu moins conflictuel et les représentations commencent à s'intégrer.

Malgré la progression et l'accès, semble-t-il, au stade IV lorsque Isabelle est calme, le clivage réapparaît rapidement lorsqu'elle doit faire face à une source de stress en lien direct avec son enjeu d'attachement/individuation. Cela pourrait correspondre au niveau supérieur de l'organisation-limite.

Allons un peu plus loin dans le temps, jusqu'à la 126^e rencontre. Son conjoint est en contact occasionnel avec une copine. Ce contact insécurise Isabelle qui craint alors à nouveau d'être abandonnée. Son ami a beau la rassurer en lui disant que c'est elle qu'il choisit, elle ne peut s'empêcher de craindre le pire : il se lassera, la trouvera moins intéressante et la rejettera.

Isabelle demeure assez en contact avec une perspective intégrée d'elle et de l'autre pour se douter qu'il s'agit moins de son affaire à lui que de sa fragilité à elle, et elle amène son inquiétude en thérapie pour la travailler. Il aurait pu être tentant, inconsciemment, d'éloigner son nouvel amoureux en le harcelant avec cette crainte et de mettre en place les conditions mêmes du rejet qu'elle dit redouter.

Le travail consiste à mettre en figure encore et encore les représentations à l'œuvre et la reproduction des mêmes enjeux. Plus le travail avance, plus Isabelle peut faire des liens entre diverses situations qui ressemblent à celle qu'elle décrit dans cette rencontre. C'est le travail inter-champs. Graduellement, cela l'amène à se questionner sur le sens de cette thématique pour elle. Cependant, la progression n'est pas linéaire et il est parfois surprenant pour la thérapeute de voir s'effacer des liens qui pourtant semblaient solidement construits quelques rencontres auparavant.

Kernberg privilégie pour les personnes présentant une organisation-limite, un travail thérapeutique axé surtout sur ce qui se passe dans la relation thérapeutique et dans les relations contemporaines, ce que nous nommons dans la PGRO le champ I, le champ II et le champ III.

À cause de la présence du clivage, Kernberg insiste sur l'importance d'être attentif au champ externe qui vient confirmer ou infirmer la perception interne. Par exemple, Isabelle qui idéalise sa mère (perception interne) alors qu'elle a donné de nombreux exemples de son peu de disponibilité (champ externe).

Kernberg privilégie une attention soutenue au langage non verbal, au rythme, à la façon dont le récit se fait. Tout cela exprime l'affect

de la rencontre et le type de relation d'objet qui s'active, et est souvent beaucoup plus important que le contenu verbal, qui peut être utilisé de façon défensive. Cela rejoint l'attention des gestaltistes au processus du cycle du contact.

Il est utile pour le thérapeute de connaître le passé de la personne, afin de pouvoir formuler des hypothèses sur son histoire développementale, en particulier son histoire d'attachement et d'individuation. Mais même cela n'est pas toujours facilement accessible. Par exemple, Isabelle décrivait sa famille comme une famille quasi idéale et son histoire n'avait pas de relief particulier. Ce n'est que graduellement qu'elle a eu accès à certains éléments souffrants et ce fut possible davantage à travers ce qu'elle vivait dans le maintenant contemporain avec les membres de sa famille (champ III) et particulièrement avec son frère. Par contre, presque rien ne semble encore ressortir, même à cette 126^e rencontre, de l'histoire de ses premières relations significatives (champ IV).

Pour d'autres clients chez qui le souvenir d'un passé souffrant est mieux préservé, la connaissance pour le client de ce souvenir ne sert pas à éclairer la reproduction pour la transformer, mais plutôt à la justifier. Le récit du passé est alors utilisé comme une défense. C'est l'exemple de Sophie qui continue toujours d'être celle qui n'a « pas de chance » comme avec l'histoire de son lait maternisé auquel elle était allergique. Elle ne voit pas sa part de responsabilité à maintenir actif ce « pas de chance ».

Revenons encore brièvement à Isabelle. Même si à diverses reprises, elle a pu évoquer des relations difficiles avec sa mère, elle continue de la voir comme une mère presque idéale. À la 131^e rencontre, le clivage reste encore presque entier à propos de son lien avec sa mère.

Par exemple, à cette même rencontre, elle évoque la crainte d'être congédiée par son employeur. Un de ses vis-à-vis a récemment été congédié. Elle a eu beau recevoir récemment une évaluation positive de son rendement, peut-être qu'elle n'en fait pas assez encore. Elle voit le côté irrationnel de cette crainte, comme elle l'a vu dans sa jalousie vis-à-vis la copine de son ami, mais le sens de cette crainte d'être rejetée, abandonnée par les gens importants pour elle, demeure encore très mystérieux.

La thérapeute avait déjà tenté dans des rencontres antérieures – mais sans grand succès – de faire le lien avec ce qu'elle avait pu décrire dans sa relation avec sa mère. À cette rencontre, la thérapeute choisit plutôt de soutenir le processus de l'observation, de la recherche, et lui dit quelque chose qui ressemble à ceci :

Vous êtes comme le chercheur qui observe et ne comprend pas ce qu'il observe, mais parfois ça peut être long. Le chercheur a besoin d'accepter de continuer à regarder et de rester avec ça assez longtemps pour que ça s'éclaire un jour.

Isabelle rit en écoutant cette remarque et note que dans son domaine, des chercheurs peuvent observer pendant dix ans ou plus avant de vraiment comprendre un phénomène. Comme thérapeute, le fait de pouvoir contenir calmement la reproduction est une clé très importante pour aider le client à augmenter sa tolérance à contenir aussi ce qu'il vit, qu'il ne comprend pas encore, et à continuer à chercher quand même.

Dans cet exemple, même si le sens de sa crainte d'être rejetée, congédiée, abandonnée ne s'éclaire pas et encore moins les autres pôles de cette crainte, c'est-à-dire ceux d'abandonner l'autre et de s'abandonner elle-même, le fait qu'elle puisse rire de cette remarque est déjà une grande avancée. Dans les deux premières années de sa thérapie, sous l'effet de son angoisse, elle était presque entièrement absorbée par l'urgence de trouver « quoi faire » et le demandait sans cesse à sa thérapeute.

Nous avons besoin, comme thérapeutes, de déblayer notre désir de répondre à tout prix, ce que Kernberg nomme l'omnipotence. Nous avons aussi besoin d'être au clair avec nos blessures d'impuissance pour accompagner le client dans ses espaces à lui d'omnipotence et d'impuissance. Nous croyons aussi qu'un bagage conceptuel riche est nécessaire pour tolérer, nous aussi, le fait d'être ces chercheurs qui continuent d'observer sans avoir de réponses. Sinon, nous ne pourrions pas offrir cet indispensable espace de contenant calme à nos clients.

CONCLUSION

Ce premier article d'une série de deux avait pour but de partager avec la communauté gestaltiste l'éclairage de certains éléments de la théorie d'Otto Kernberg sur notre pratique clinique, en particulier avec des personnes présentant des problématiques d'attachement. Nous avons fait un déblayage des grandes lignes de notre compréhension de la théorie de Kernberg sur le développement normal et sur la pathologie.

Dans le prochain article, nous verrons des exemples cliniques des trois principaux modes de présentation des organisations-limites : les modes borderline, schizoïde et narcissique. Nous aborderons également des exemples de mécanismes de défense basés sur le clivage, typique de l'organisation limite, et leur impact sur le cycle du

contact. Finalement, nous ferons un survol des axes de compétence clinique – les axes réflexif, affectif et interactif – et de l'apport que nous offre Kernberg en relation avec chacun de ces axes.

Cet auteur nous aide à mieux saisir la profondeur des reproductions, des thèmes de vie, où les dimensions de l'attachement et de l'autonomie sont concernées et semblent se figer dans des modes conservateurs. Il nous aide aussi à mieux contenir les affects intenses ou, au contraire, l'absence apparente d'affects qui se vivent dans les processus du cycle du contact avec cette clientèle.

La perspective de Kernberg est, pour nous, un outil pour comprendre et nous aider à nous armer de patience, à repasser calmement cent fois sur les mêmes thèmes tout en gardant l'espoir qu'un jour, la personne pourra « vivre une vie meilleure ». Elle donne des cartes conceptuelles au thérapeute gestaltiste pour qu'il garde le cap vers l'intégration des polarités, même lorsqu'il est ballotté par les faux pas souvent douloureux de la danse du lien, et qu'il puisse utiliser cette douleur pour y donner un sens et graduellement ouvrir des portes. Comme le dit bien Isabelle :

... de l'autre côté de la porte, je suis en relation. Ce n'est pas juste moi qui change, c'est l'extérieur aussi.

Références

- Caligor, E., Kernberg, O. (1996, 2005). *A psychoanalytic Theory of Personality Disorders*, pp. 114-157, in *Major Theories of Personality Disorder*. New York, Guilford Press.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*. Montréal : Éd. du Reflet.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité*. Montréal : Éd. du Reflet.
- Kernberg, O. (1989). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris : P.U.F.
- Miller, M.V. (2002). *La poésie de la Gestalt-Thérapie*. Bordeaux : L'Exprimerie.
- Perls, F. Hefferline, R.E., Goodman, P. (1979). *Gestalt-thérapie. Vers une théorie du Self: nouveauté, excitation et croissance*. Montréal : Éd. Stanké.

Abstract

This article, the first of two, presents certain concepts of the contemporary psychoanalyst Otto Kernberg, which the authors use in the Gestalt/PGRO approach. The authors contend that Kernberg helps to increase our understanding of what happens during the cycle of contact between the therapist and the client and in the client's significant current relationships when the cycle of contact is restricted in a conservative mode. After first describing the concept of Self in the Gestalt and the PGRO, the authors elaborate on their understanding of a few Kernberg's concepts: a normal development; pathology in the organisation of the personality; internal conflicts depending on the stage of the organisation of the personality. Two clinical examples illustrate the presentation.

De l'expérience contre-transférentielle à la construction du sens

Le travail psychothérapeutique
avec les pathologies de l'estime de soi

Vincent BORDELEAU et Marc-Simon DROUIN

Résumé

Le trouble de la personnalité narcissique (TPN) peut se manifester sous diverses formes, dont chacune déploie, dans la situation thérapeutique, des modes relationnels complexes et multiples, s'étendant au-delà de critères diagnostiques comme ceux du DSM. Toutes les pathologies narcissiques partagent néanmoins le fait de susciter des réactions affectives intenses chez les thérapeutes, et qui se présentent selon des conditions séquentielles et phénoménologiques révélatrices des particularités de la problématique du client. Tablant sur l'importance d'une ouverture multimodale dans la co-construction du sens au sein de la relation thérapeutique avec les clients narcissiques, le point de vue de la **Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet** est adopté ici pour suggérer l'esquisse d'une compréhension diagnostique de l'expérience contre-transférentielle (ECT) des thérapeutes auprès des TPN. L'élaboration réflexive par le thérapeute de ses expériences d'**identification projective** au sein de la relation thérapeutique est envisagée comme pierre angulaire d'une compréhension et d'une intervention empathiques, éléments considérés comme les pivots centraux de la contribution du thérapeute à la phase de reconnaissance du processus thérapeutique.

1. INTRODUCTION

Depuis les premières références au concept de narcissisme par Ellis (1898), Näcké (1899) et Freud (1910) jusqu'à nos jours, le trouble de la personnalité narcissique (TPN) en est graduellement venu à occuper une place à l'avant-scène parmi les pathologies les plus couramment étudiées, notamment grâce aux travaux de Kohut (1971, 1976). Si une telle affirmation est particulièrement vraie en ce qui concerne les cercles d'inspiration théorique psychanalytique, on ne

peut toutefois affirmer que la Gestalt-thérapie ait été le théâtre d'un phénomène aussi généralisé. À l'origine davantage orientés vers les conceptions processuelles de fonctionnement optimal et de santé psychologique plutôt que vers des points de vue développementaux et structuraux sur la psychopathologie, les théoriciens et cliniciens de cette approche ont pu sembler, à un moment, répudier des conceptualisations psychanalytiques du narcissisme qui tendaient à occulter le volet dit normal et sain du concept.

Mais la réalité clinique contemporaine du travail avec le TPN, par les dynamiques complexes et parfois éprouvantes qu'elle voit se déployer au sein de la relation thérapeutique, a tôt fait d'imposer aux cliniciens gestaltistes le constat d'une pathologie aux facettes multiples et aux ancrages archaïques et rigides. On reconnaît ainsi aujourd'hui que le TPN se présente sous des formes diverses, dont le diagnostic échappe bien souvent à la portée de critères descriptifs de nosologies comme celle du DSM-IV (Gabbard, 1998).

Il est ainsi considéré que la discrimination par les thérapeutes entre diverses formes de TPN doit s'effectuer au sein même de la relation thérapeutique, puisque la description positive de ce qui est observable ne suffit généralement pas à identifier précisément les enjeux pathologiques à l'œuvre. C'est dire que les cliniciens doivent notamment recourir à leur expérience affective de la relation thérapeutique pour envisager l'adoption d'une position diagnostique nuancée. Or, la dynamique relationnelle en thérapie avec les TPN est reconnue comme étant particulièrement éprouvante au plan affectif, même pour des cliniciens expérimentés. En effet, la vulnérabilité narcissique du thérapeute peut prêter flanc à de multiples écueils, non seulement en raison du contenu manifeste des enjeux évoqués par le client, mais également en raison de ce qui, de la vie intrapsychique de ce dernier, est rejoué dans le cadre de la relation thérapeutique et dont le thérapeute est – bien souvent à son insu – amené à faire partie intégrante.

L'expérience contre-transférentielle (ECT) avec le TPN serait ainsi parfois le fruit d'une perturbation intense, et laisserait le clinicien gestaltiste quelque peu pris au dépourvu en termes de référents théoriques lui permettant de donner un sens à sa propre expérience de l'immédiateté en thérapie. La *Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet* (PGRO ; Delisle, 1998), issue d'une révision de la Théorie du Self de Perls-Goodman (Perls, Hefferline et Goodman, 1951) et de l'intégration d'une perspective psychanalytique de la relation d'objet (Fairbairn, 1954), s'inscrit dans une mouvance cherchant notamment à éclairer la compréhension clinique des pathologies structurales de

la personnalité. Tout en reconnaissant la complexité développementale du concept de narcissisme dans ses aspects sains et pathologiques, la PGRO prône un recours à une ouverture multiréférentielle visant à rendre compte de la diversité des manifestations possibles du TPN (Delisle, 2004). Le spectre informationnel à couvrir inclut bien sûr l'ECT, mais également autant de sources théoriques que nécessaire pour aider la gestalt du client narcissique à se compléter.

Or, la littérature psychanalytique a depuis longtemps identifié, sous le vocable d'*identification projective* (IP ; e.g. Klein, 1946), l'un des principaux phénomènes transactionnels à l'œuvre dans la modulation du champ intersubjectif construit auprès des personnes souffrant de pathologies structurales de la personnalité. Cette notion jouit aujourd'hui d'une notoriété clinique certaine, mais particulièrement dans le contexte de son utilisation conjointe à celle d'*activité mentale réflexive*, également issue de la tradition psychanalytique¹, et par laquelle le thérapeute maintient une vigilance constante à expérience subjective dans la relation thérapeutique. C'est donc rappeler que le travail du clinicien gestaltiste auprès des TPN pourrait bénéficier de certains apports théoriques psychanalytiques, lesquels lui permettraient tout particulièrement : 1. d'élaborer et de symboliser des ECT souvent intenses et inconfortables; et 2. d'accéder à une compréhension empathique des schémas relationnels structurant l'univers phénoménologique du client.

La littérature théorique et empirique révèle un certain nombre d'expériences contre-transférentielles caractéristiques du travail avec le TPN, mais qui s'y présentent de manière relativement isolée, peu élaborée et insuffisamment étayée (Bordeleau et Drouin, 2005). S'il est vrai que les cliniciens sont aujourd'hui bien avisés du caractère potentiellement nuisible et aveuglant de leur expérience affective en thérapie, force est de reconnaître que demeurent encore lacunaires les efforts théoriques et conceptuels visant à en favoriser le décryptage systématique au moyen d'une activité réflexive minutieuse.

Le présent texte s'attachera, après avoir dressé un tableau clinique des TPN, à explorer les diverses expériences contre-transférentielles possibles chez le thérapeute au contact du sujet narcissique, en insistant sur l'influence active du client dans la configuration du champ intersubjectif. Conformément à l'ouverture théorique multimodale

¹ Son utilisation en tant qu'activité du psychothérapeute dans le cadre d'une élaboration du contre-transfert est, en effet, attribuée à la tradition psychanalytique, mais la notion de réflexivité à proprement parler était déjà omniprésente en psychologie à la fin du XIX^e siècle (e.g. James, 1890), sans compter que ce à quoi réfère le construit en question, i.e. la conscience de soi, constitue probablement l'un des plus anciens objets de « réflexion » en philosophie...

suggérée par la PGRO, l'élaboration réflexive de l'expérience d'identification projective sera, ce faisant, proposée comme levier d'intervention empathique dans la phase de reconnaissance du processus thérapeutique avec les TPN.

2. PRÉSENTATION ET REPRÉSENTATIONS DU TPN

a) La Gestalt et le TPN

Psychothérapie du contact et de ses vicissitudes, la Gestalt-thérapie classique tire son matériel clinique d'une observation phénoménologique du « soi en action », de ce qui se passe à la frontière-contact (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951 ; Polster & Polster, 1973 ; Ginger, 1992). Cette conception processuelle de la personne en transaction constante dans le champ organisme/environnement, s'oppose à des perspectives structuralistes qui présentent un sujet fragmenté. De fait, elle envisage plutôt comme relevant de la pathologie toute forme de structuration ou de rigidité des composantes du champ. Dans le contexte clinique, les parties impliquées dans le champ sont le client, le thérapeute et la relation les unissant, et la théorie de la Gestalt-thérapie classique s'intéresse particulièrement à tous les phénomènes affectant la fluidité des transactions dans ce champ.

La Gestalt classique ne s'est pas tant préoccupée de théoriser sur les pathologies structurales et leur développement, que de poursuivre une théorisation selon un idéal de santé optimale. La pathologie s'envisage en ce sens davantage sous un angle fonctionnel qu'étiologique. Aussi, l'objectif thérapeutique consiste en la restauration de la fluidité et de la continuité dans les cycles d'expérience du client, notamment via un travail visant à rendre à ce dernier la capacité d'utiliser de manière créatrice et adaptative ses modes de régulation du contact (introjection, projection, déflexion, rétroflexion, confluence) (Polster et Polster, 1973 ; Zinker, 1977).

Dans cette optique, on comprend bien que le trouble de personnalité se présente comme une pathologie fonctionnelle du contact mais, d'un point de vue théorique, on ne peut que spéculer quant à l'origine du trouble. En effet, si l'on est en droit de présumer du fait que la souffrance du client s'enracine profondément dans les premiers contacts de l'organisme avec l'environnement, le point de vue gestaltiste classique ne s'intéresse aux traumatismes précoces que dans la mesure où ils sont observables dans l'ici et maintenant, à la frontière-contact. Cela pourrait expliquer pourquoi les ouvrages gestaltistes classiques sont quelque peu avares d'éclairage en ce qui

concerne l'étiologie du trouble de personnalité. Le TPN n'y fait pas figure d'exception.

Au plan descriptif, le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) présente le TPN comme étant un mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie, qui apparaissent au début de l'âge adulte et qui sont présents dans des contextes divers, sous la forme de manifestations comportementales et interactionnelles variées. Une caractérisation typiquement gestaltiste du TPN se fonderait sur le recours à une description sommaire des étapes des cycles d'expériences et des modes de régulations du contact chez des individus aux prises avec un tel trouble.

Le cycle d'expériences² est caractérisé chez ces clients par des distorsions au plan de la symbolisation, par lesquelles le sujet interprète des sensations de façon à maintenir des représentations grandioses de soi. L'action est également conforme aux introjects fantasmatiques grandioses. Elle semblera en cela prétentieuse et arrogante aux yeux des autres, puisqu'elle permet au sujet de maintenir une forme d'omnipotence relationnelle, reléguant l'environnement et son existence à un statut satellitaire, mis à distance et en position d'infériorité contemplative forcée.

On ne s'étonnera donc pas de ce que le contact des individus aux prises avec un TPN accuse généralement un déficit, une lacune dans la réciprocité qui caractérise généralement les rapports humains sains. La personnalité narcissique éprouve en effet de sérieuses difficultés à s'engager dans un contact intime, parce que le risque encouru en est de se compromettre en dévoilant son vrai Self vulnérable, et non celui exposé en guise de façade. C'est pour cette raison que l'on parlera donc plus souvent de « pseudo-contact » pour les individus souffrant du TPN qui atteignent cette phase du cycle d'expérience, parce que leur contact ne s'inscrit généralement pas dans une rencontre qui tienne véritablement compte de la réalité différenciée de l'Autre ou de l'environnement.

Il serait cependant erroné d'affirmer que les comportements relationnels du TPN ne soient toujours et intégralement que façade compensatoire, défense, contrefaçon et reproduction. Il conviendrait en fait de reconnaître au TPN une douance possible et bien souvent

2 D'après Zinker (1977). Ajoutons que certaines étapes (sensation, mobilisation de l'énergie) ne seront pas traitées ici parce qu'il ne nous semble pas qu'elles permettent le diagnostic différentiel, à savoir de distinguer et de caractériser de façon singulière le TPN en regard des autres troubles de la personnalité. Il n'est cependant pas exclu que ces étapes puissent éventuellement permettre de distinguer différentes formes de TPN entre elles.

actuelle, certainement apparentée à celle qui en a fait le prolongement de ses parents narcissiquement carencés (cf. Miller, 1981). En effet, au-delà d'une sensibilité toute particulière à l'adoption d'une posture relationnelle conforme à certains critères de désirabilité suggérés par son environnement précoce (cette qualité est également présente chez d'autres pathologies, notamment dans le registre hystérique), force est de reconnaître que nombre d'individus TPN sont « réellement » sensibles et intelligents.

Mais leur talent s'exprimera malheureusement souvent sous la forme distordue d'une capacité à interagir pathologiquement avec les vulnérabilités du thérapeute, et sous celle d'une faculté unique à mettre en relief leurs talents. Néanmoins, on peut dire que ne développe pas un TPN qui veut, et que certaines prédispositions, disons intellectuelles et relationnelles, peuvent favoriser l'adoption d'une posture relationnelle grandiose, ainsi que le font ceux qui en souffrent. Cette précision permet d'éviter le piège idéologique d'un déterminisme environnemental strict dans l'étiologie du TPN. Mais l'objet du présent texte n'étant pas d'approfondir les enjeux liés à l'hérédité, la constitution ou le tempérament des TPN, nous n'élaborerons pas davantage sur le sujet. Nous souhaitons simplement souligner la nécessité de garder en point de mire cette portion de Self authentique et réelle, *potentiellement* offerte au contact par le TPN. Ces considérations s'avèrent particulièrement utiles au plan de l'intervention lorsqu'il s'agit de souligner et de faire alliance avec les systèmes de soutien et les ressources du client.

Dernière étape du cycle d'expériences, le retrait est à la fois source d'angoisse et de sécurité pour le TPN. Si, d'une part, il favorise l'évitement des heurts potentiels inhérents à la réalité du contact interpersonnel et que, ce faisant, il entretient les fantasmes grandioses, le retrait s'avère d'autre part douloureux lorsqu'il suit le pseudo-contact, parce qu'il prive de la gratification narcissique que représente le regard admiratif d'autrui et qu'il permet au vide intérieur de réémerger en figure. À nouveau, la notion de pseudo-contact est évoquée, pour rappeler que ce faisant, le sujet choisit paradoxalement de renoncer à la possibilité de parachever son expérience et de résoudre son dilemme de contact, ce qui laisse une situation intrapsychique inachevée que le sujet se condamne à reproduire perpétuellement.

Les modes de régulation du contact (d'après Polster et Polster, 1973) contribuent également au maintien d'un dilemme de contact chez le TPN. Ils sont caractérisés par une prédominance de projection, laquelle touche essentiellement aux aspects niés du Self, et

nourris des expériences de vulnérabilité d'envie. La nécessité d'une utilisation si rigide de ce mode de régulation émane du rapport pathologique qu'entretiennent ces individus avec les idéaux et les aspirations. En effet, non seulement peut-on penser qu'ils se considèrent souvent comme étant fondamentalement indignes de prétendre à quelque idéal que ce soit, mais, plus simplement encore, leur narcissisme déficient les prive parfois de la conviction intime, profonde et élémentaire qu'ils sont dignes de vivre et d'être aimés. C'est ainsi que la honte se substitue généralement chez ces personnes à l'expérience d'une culpabilité potentiellement saine et reposant sur une estime de soi plus viable. On ne s'étonnera donc pas de ce que l'expérience de la honte, vive et primitive, mobilise autant de défenses projectives chez le sujet narcissique pour en éviter l'awareness.

Le TPN, comme d'autres troubles de la personnalité d'un degré de sévérité comparable, utilise d'ailleurs la projection d'une manière particulièrement subtile et qui contribue efficacement à l'ajustement conservateur. Les cliniciens d'orientation analytique (e.g. Klein, 1946; Racker, 1953, 1957) soutiendront qu'il ne s'agit plus ici de projection simple, mais d'identification projective (IP). Ceci implique que le thérapeute (ou toute autre personne en interaction avec l'individu souffrant du TPN) s'identifie littéralement à ce qui est projeté, au point d'en faire l'expérience comme s'il s'agissait de la sienne propre.

Parce qu'en effet, ainsi qu'on le verra plus loin, le client narcissique projette des parties de son Self et contraint le thérapeute, par ce que l'on pourrait appeler des pressions interactionnelles, à se conformer au microchamp introjecté (cf. Delisle, 1998) qui structure son expérience pathologique passée, actuellement en processus de reproduction. Loin de nous l'idée de tracer le portrait historique plutôt complexe de la notion d'IP; nous nous bornerons pour l'instant à en souligner l'utilité comme moyen de reproduction de la configuration du champ caractéristique de la situation inachevée du client. Des détails seront ajoutés plus loin à cette notion et permettront de préciser davantage l'utilisation de l'ECT à des fins diagnostiques.

En ce qui concerne la réflexion, notons qu'elle s'exprime à deux niveaux qui, métaphoriquement, traduisent ensemble plutôt bien les enjeux centraux du narcissisme. D'ordre davantage pulsionnel ou libidinal, le premier niveau constitue celui étant lié à l'auto-gratification. Il consiste pour le TPN à se vouer à lui-même l'admiration qu'il incomberait aux autres de lui porter. L'investissement affectif des autres, propre aux rapports humains sains, est également massivement retourné vers le Self. Le TPN use ainsi de la réflexion afin de maintenir le déséquilibre relationnel – et c'est là le second

niveau – et cette asymétrie lui confère en retour une impression de contrôle omnipotent qui dissimule à son *awareness* toute forme de dépendance ou de vulnérabilité potentielle. La déflexion constitue pour le TPN un mode auxiliaire, moins central dans le fonctionnement dirions-nous, de régulation du contact, et sert à préserver les représentations grandioses de soi au sein du Self en minimisant l'impact et « la reconnaissance des formes d'affection et d'attraction qui ne sont pas colorées par l'admiration » (Delisle, 1993, p. 92).

b) Le TPN au pluriel : entre le diagnostic différentiel et les liens de parenté

Le TPN, tel qu'il figure souvent dans une littérature actuellement alignée sur les vues de courants fortement empreints de positivisme, semble relativement aisé à détecter en clinique, comme il l'est également à décrire en fonction de critères simples et positifs, pour une formulation diagnostique descriptive. Cependant, en plus du type manifestement grandiose auquel on est habitué, la recherche empirique contemporaine tend à démontrer la présence d'un type plus inhibé de TPN, dit « de placard » (*closet narcissist*; Cooper, 1981; Masterson, 1981), « hypervigilant » (*hypervigilant narcissist*; Gabbard, 1989, 1994), « compensatoire » (*compensatory narcissist*; Millon, 1998) ou « phallique » (*phallic-narcissistic character*; Lowen, 1985; Reich, 1933³).

Ce type couvert de TPN constituerait une forme plus subtile, en apparence différente, mais qui en réalité partage les mêmes composantes internes, nommément aux plans affectif, représentationnel et libidinal (Wink, 1991). Gabbard (1998) situe ce type à l'opposé du TPN classique sur un continuum de vulnérabilité narcissique subjective, ce qui n'est pas sans comporter de sérieuses répercussions sur le travail clinique. En effet, ces deux types de TPN, par les nuances qui les distinguent au plan intrapsychique et donc transférentiel, se distinguent particulièrement dans l'expérience contre-transférentielle qu'ils suscitent chez les thérapeutes, de même qu'en ce qui a trait à la démarche diagnostique requise pour les mettre à jour.

La représentation qu'offre Gabbard (1998) de la dichotomie « ouvert-couvert » du TPN semble bien correspondre aux vues gestaltistes en matière de personnalité. En effet, suivant cette proposition nosologique, on qualifiera d'hypervigilant ou d'insouciant (*oblivious*, en anglais) un TPN, selon l'*awareness* qu'il aura de sa vulnérabilité narcissique, donc selon le type de figure honteuse ou

3 Reich (1933) envisage la pathologie narcissique sous l'angle de la notion de caractère, et regroupe sous l'appellation de « caractère narcissique-phallique » tant les manifestations ouvertes que couvertes, toutes au service du maintien de représentations grandioses du Self.

grandiose qui émergera en priorité à sa conscience. On voit donc bien combien l'étape de la symbolisation est cruciale dans la phénoménologie du TPN. En revanche, la Gestalt classique ne tend pas à concevoir la pathologie d'un point de vue développemental, i.e. suivant les qualificatifs mature ou évolué, immature ou archaïque. Ceci signifie notamment que d'autres typologies des TPN, opposant par exemple oral à phallique en fonction du développement psychosexuel, ne s'appliqueraient guère en Gestalt, puisqu'elles relèvent d'une position épistémologique différente.

On ne dira donc pas, en Gestalt, que la qualité et le caractère plus ou moins socialement adapté des transactions du sujet narcissique avec son environnement constitueront le reflet quasi isomorphe du moment où il serait demeuré entravé ou interrompu dans son développement. On dira plutôt que l'expérience du TPN est marquée par différentes formes de résistance au contact, par exemple, tantôt davantage de rétroflexion chez l'inhibé, ce qui lui sert à se maintenir en échec, tantôt davantage de projection chez le grandiose, afin d'entretenir une représentation idéalisée de lui-même. Ces caractérisations des différents types de TPN selon les vicissitudes de leurs cycles d'expériences offrent la particularité de ne pas imprégner la typologie d'une gradation et d'un déterminisme développementaux, mais de les distinguer néanmoins en qualité. Il y a là, croyons-nous, la marque d'un choix conforme aux préceptes de la Gestalt-thérapie.

Si le point de vue descriptif, ainsi qu'il vient d'en être fait état, s'avère utile pour une certaine portion du volet diagnostique de notre compréhension des pathologies narcissiques, la rigueur du travail d'intervention clinique impose l'adoption d'un schème de compréhension globale comportant des postulats étiologiques. En effet, les constats de l'ordre de la phénoménologie relationnelle doivent impérativement être arrimés à une conceptualisation théorico-clinique, laquelle est essentielle à l'affinage de l'articulation diagnostique, et permettra éventuellement de déterminer les stratégies thérapeutiques à prioriser.

Devant la complexité et la multiplicité des diverses formes de TPN, la théorie de la Gestalt-thérapie classique laisse les cliniciens quelque peu démunis pour comprendre les dynamiques relationnelles à l'œuvre, et en tout premier lieu leur propre expérience dans une relation thérapeutique complexe comme c'est le cas avec le TPN. Or, la perspective développementale offre des ponts intéressants pour lier la configuration contemporaine de la relation thérapeutique à la pathogenèse du client, permettant notamment de suggérer que

l'expérience contre-transférentielle du thérapeute constitue une piste fidèle de la reproduction « réussie » d'un scénario relationnel chargé d'expériences passées.

3. LA PSYCHOTHÉRAPIE DU LIEN : POUR UNE OUVERTURE MULTIRÉFÉRENTIELLE DANS LA PRATIQUE CLINIQUE CONTEMPORAINE AVEC LE TPN

a) Considérations développementales

À la lumière des considérations qui précèdent, il appert qu'un simple entretien d'évaluation ne suffit généralement pas pour mettre à jour des formes plus subtiles de TPN, moins caractérisées par des symptômes manifestes et observables, ou du moins qui comportent un écart plus prononcé entre les traits « positifs » et les conflictualités intrapsychiques qu'on présume être à l'origine du trouble. Outre les éléments interactionnels contribuant à l'expérience du thérapeute dans la relation, ajoutons que la question de l'étiologie, essentielle dans l'élaboration d'une intervention auprès des troubles de la personnalité, demeure également en reste lorsqu'on envisage seulement la psychopathologie depuis une perspective descriptive-empirique comme celle du DSM.

La dimension étiologique des troubles cliniques comporte certes une part inférentielle et théoriquement ancrée et ne cadre pas, de ce fait, avec les vues du DSM, mais il nous paraît artificiellement restrictif et plutôt risqué de tendre à exclure d'une formulation diagnostique les particularités développementales et anamnestiques susceptibles de caractériser l'unicité de l'expérience de nos clients. C'est pourquoi nombre de cliniciens, particulièrement les gestaltistes, dont la pratique repose majoritairement sur la relation thérapeutique, cherchent à inclure dans leur compréhension clinique et diagnostique la totalité des champs expérientiels du client qui convergent dans l'ici-et-maintenant, auquel eux-mêmes participent. Dans cette optique, on tentera de lire aussi bien les trames transférentielle, herméneutique et réelle qui tissent le lien thérapeutique, et la lecture de la première de ces trames est fortement alimentée par l'inclusion d'un pan important de l'édifice des connaissances cliniques actuelles, nommément celui issu des traditions psychanalytique et développementale.

On ne s'étonnera donc pas de ce que des gestaltistes contemporains, parmi eux Gilles Delisle, aient proposé un modèle intégratif visant à allier certains avantages « communicationnels » d'un système diagnostique descriptif trans-théorique reconnu, le DSM, à la richesse

allouée par une ouverture multimodale sur une pluralité d'hypothèses étiologiques, intégrées au corps d'un modèle théorique de la personnalité pathologique et de son traitement. C'est dans ce contexte qu'émerge la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO ; Delisle, 1998), issue d'une révision de la Théorie du Self de Perls-Goodman (Perls et al, 1951) et de l'intégration d'une perspective psychanalytique de la relation d'objet (Fairbairn, 1954). Elle offre aux thérapeutes gestaltistes, spécialistes de l'immédiateté de l'expérience thérapeutique, du contact et de ses dérèglements, l'opportunité d'encadrer leurs aptitudes spécialisées en matière de relation thérapeutique dans un modèle intégré d'intervention, éclairé par des réflexions étiologiques développementales mises au service d'une approche phénoménologique. Cette approche s'avère propice à la psychothérapie dite « de fond », et au travail sur des processus à visée développementale ou transformative comme le traitement des troubles de la personnalité.

Prenant appui sur les préceptes « originels » de la Gestalt-thérapie, la PGRO conserve pour point de départ les contacts expérientiels actuels (ici et maintenant) et passés (ici à un autre moment) dans la relation thérapeutique. C'est d'ailleurs là que se déploieront les trois modes relationnels mentionnés plus haut (transférentiel, herméneutique, réel), à mesure que s'enclenchera un cycle thérapeutique de reproduction/reconnaissance/réparation. En accord avec la Gestalt classique sur le fait de l'existence de situations inachevées (SI) visant à se parachever dans la relation thérapeutique, la PGRO ajoute un niveau de complexité pour la compréhension des troubles de la personnalité. En effet, on y considère ces derniers comme des pathologies de fond, voire d'arrière-fond, où s'agitent des micro-champs introjectés (MI) constitués d'une somme de SI. Ce qui sera ainsi reproduit dans la relation thérapeutique n'est donc pas qu'une simple situation inachevée, et les « symptômes », en raison des introjects de l'arrière-fond, revêtiront un caractère éminemment « égossyn-tone » (subjectivement conforme aux représentations du moi) pour le client.

Conformément à une métaphore d'inspiration biologique, la PGRO tend à concevoir la personnalité comme un système psycho-immuno-métabolique (Delisle, 2002), situant santé et pathologie à l'intersection d'une constitution physiologique de base, d'une historicité jalonnée « d'enjeux développementaux » (ED), et de facteurs environnementaux de croissance comme de stress. La notion d'enjeu développemental renvoie à « chacun de ces axes de maturation, débutant plus ou moins tôt dans l'enfance, (...) qui nous

préparent à affronter les grandes questions de l'existence humaine » (Delisle, 2002, p. 29).

Dans cette optique, le trouble de la personnalité est envisagé comme un échec dans la métabolisation d'un ou de plusieurs enjeux développementaux, d'où découle une constellation d'ajustements conservateurs visant à donner forme et sens à l'« échec développemental », ce qui permet de métaboliser la réalité extérieure des facteurs environnementaux de manière à remettre en place des configurations expérientielles propres à condenser ces ED, tout en reproduisant l'impasse de contact. Il convient donc de parler de pathologie structurale, puisqu'en quelque sorte, elle fait fi d'une réalité externe, ou du moins y applique des pressions telles que l'ajustement créateur devient virtuellement impossible.

Dans la pratique clinique, une fois qu'il y aura eu **reproduction** transférentielle d'un ED, la dimension herméneutique de la relation thérapeutique consistera à mettre à jour les éléments phénoménologiques qui donnent sens et forme à la reproduction et qui justifient le choix des ajustements conservateurs. Le rôle du clinicien dans cette portion du travail thérapeutique consistera donc à « permettre une **reproduction** suffisante d'un enjeu développemental, assorti de ses corollaires expérientiels, représentationnels et comportementaux, et de favoriser la pleine **reconnaissance** de cette reproduction » (Delisle, 2002, p. 35). Enfin, il est postulé que la **réparation** surviendra lorsque le cycle thérapeutique débouchera « sur une forme de complétion de l'expérience telle que l'enjeu développemental qui forme le cœur du cycle se trouve achevé ».

À chaque trouble de personnalité correspondrait la prépondérance de l'échec d'au moins un ED plus que tous les autres⁴. La théorie de la PGRO avance que l'enjeu développemental principal chez le TPN concerne essentiellement l'estime de soi et le narcissisme dit « normal », et un corpus pratique, théorique et empirique grandissant soutient par ailleurs l'existence d'une pluralité de déclinaisons de ce trouble (Gabbard, 1989, 1998 ; Wink, 1991 ; Millon, 1998). Une hypothèse logique à formuler à partir de ces observations serait, du point de vue de la PGRO, de considérer qu'il existe en fait une pluralité d'enjeux distincts, ralliés sous le terme générique d'estime de soi. En d'autres termes, peut-être y aurait-il lieu de penser

4 La précision « plus que tous les autres » vise à admettre la forte probabilité que l'échec d'un ED donné comporte des répercussions handicapantes sur la capacité de l'individu à métaboliser d'autres ED ultérieurs dans le développement, tout en signifiant que cet échec « initial » devrait majoritairement colorer toute expérience ultérieure du client, et façonner des manifestations récurrentes dans la relation thérapeutique.

que l'enjeu développemental de l'estime de soi se décline en autant de manières que l'on tend à retrouver de sous-types relativement distincts de TPN dans la pratique clinique.

Il serait donc erroné de résumer à une causalité unique le rapport entre les MI et les enjeux développementaux, et ces simplifications outrancières nous sont d'un bien maigre secours pour formuler notre diagnostic d'une manière qui soit idiosyncrasique, dynamique et respectueuse des éléments phénoménologiques précis susceptibles de permettre à la « forme » du client de se compléter dans toute sa complexité. C'est pourquoi, par souci de spécificité et de respect pour l'unicité de l'expérience du client, la phase thérapeutique de reconnaissance devra se traduire par un dialogue herméneutique, une entreprise de co-construction du sens non seulement avec le client, mais également avec toutes les sources théoriques susceptibles de procurer des pistes explicatives. De ce fait, il deviendra possible d'alimenter la théorie des enjeux développementaux de la PGRO avec des éléments théoriques étayant une position diagnostique nuancée, rendant justice aux manifestations plurielles du TPN.

b) L'expérience du thérapeute dans l'immédiateté du lien

Avant même d'entamer, avec le recours à des sources théoriques diverses, une élaboration diagnostique des enjeux que le client tente inconsciemment de reproduire dans la relation thérapeutique, la phase de reconnaissance requiert d'abord, de la part du thérapeute, d'être bien au clair avec ce que cette relation l'amène à éprouver, a fortiori si l'on reconnaît que l'ECT renseigne bien davantage sur l'unicité du client que n'importe quelle théorie, développementale ou autre. Bien qu'une telle segmentation du processus thérapeutique paraisse quelque peu artificielle alors que la réflexivité constitue une activité ininterrompue et itérative, on peut affirmer que l'élaboration par le thérapeute de son expérience contre-transférentielle, à l'échelle de la fonction diagnostique qui lui est attribuée ici, s'insère entre les phases de reproduction transférentielle et de reconnaissance dialogique (et herméneutique).

En d'autres termes, l'ouverture multimodale suggérée par la PGRO souligne, outre l'ouverture à la complexité et à la singularité expérientielle du client dans la reproduction, juste en amont de l'ouverture aux références théoriques plurielles, qu'il importe d'inclure la réponse totale du thérapeute dans la caractérisation la plus complète d'une certaine configuration expérientielle du champ, représentative de chaque trouble de personnalité. Il est ainsi postulé que la lecture théorique développementale révélera son utilité au moment

où le thérapeute sera en mesure d'y rattacher les constats qu'il tire de sa propre expérience de la configuration du champ.

Devant le portrait clinique du TPN décrit plus haut, un certain nombre de réactions affectives sont typiquement possibles et envisageables de la part du thérapeute, dont les plus récurrentes sont le contrôle, la honte, l'ennui, la colère et l'omnipotence.

i) Le contrôle

Cette ECT désigne l'impression du thérapeute d'être contrôlé. En proie à cette expérience, le clinicien pourra sentir son activité mentale confinée à un répertoire étroit de pensées et d'actions, éprouvant parfois une peur de susciter une réaction contre-thérapeutique, hostile, réprobatrice ou résistante chez un client à l'attitude généralement hypervigilante. Ce type d'attention contrôlante et anxieuse de la part du client peut particulièrement survenir dans le cadre de dispositions transférentielles initiales, alors que l'alliance thérapeutique demeure encore fragile et assujettie aux vicissitudes des difficultés du client à s'attacher et à faire confiance à son thérapeute. Cette méfiance est par ailleurs chose omniprésente chez les TPN de tous types, mais émerge beaucoup plus en figure chez les types hypervigilants, qui manifestent plus particulièrement le besoin de contrôler et de surveiller les moindres faits, gestes et pensées du thérapeute, leur vulnérabilité narcissique affleurant davantage à leur *awareness*.

Paradoxalement, cette expérience surgit fréquemment alors que le thérapeute est idéalisé, placé en quelque sorte sur un piédestal. Mais en réalité il est, de ce fait, instrumentalisé, comme transformé en bibelot. Cette attitude caractéristique du client narcissique est en partie inhérente à la nature même du transfert d'objet-soi narcissique et sert au maintien de la cohésion de son Self, préciserait probablement un clinicien d'orientation kohutienne. « En ce sens, le transfert idéalisant partage avec le transfert du miroir cette même tendance chez le client à dénier l'indépendance du thérapeute comme entité distincte » (Schultz & Glickauf-Hugues, 1995, p. 604, traduction libre).

Kernberg (1974) insistera néanmoins sur le fait que le malaise du thérapeute face au transfert idéalisant soit en grande partie attribuable au caractère contrôlant de ce type de transfert, soutenant qu'une idéalisation « rigide » de la part du client, derrière une admiration et une soumission apparentes, traduit en fait une volonté fantasmatique de maintien omnipotent d'une asymétrie relationnelle où l'objet (thérapeute) est paralysé, impuissant. Le client hypervigilant s'accroche ainsi à son monde représentationnel où il corres-

pond à son idéal, et où nulle humiliation ne parvient à l'atteindre. En manifestant une certaine « pudeur », i.e. en respectant timidement la fragilité exhibée par son client narcissique, le thérapeute court le risque d'entretenir cette reproduction, et de faire collusion avec la fragilité narcissique de son client au détriment du processus de reconnaissance.

Les enjeux sous-jacents à de tels inconforts chez le thérapeute révèlent souvent une intolérance de ce dernier à l'agressivité, l'agression et l'hostilité, et cela risque de plonger le couple thérapeutique dans une dérive stérile et superficielle. Le clinicien peut et doit donc forcément se montrer « empathique à son propre égard » lorsqu'il élabore son expérience contre-transférentielle. En effet, par le biais d'une immersion de son *awareness* dans son expérience comme « sujet » au sein de l'interaction thérapeutique, il devrait être à même d'élucider ses contributions personnelles à cette expérience qui l'habite. Dans ce cas particulier, il lui incombera alors de démêler ce qui appartient chez lui à une intolérance à se sentir contrôlé ou, au contraire, à une tendance excessive à s'y soumettre.

Quelles que soient les origines des contributions du thérapeute à sa propre expérience en situation thérapeutique, le client demeure néanmoins un agent actif dans la co-construction du champ intersubjectif. Aussi l'expérience contre-transférentielle du thérapeute s'avère-t-elle une source particulièrement riche d'informations sur le monde phénoménologique du client. Plus précisément, malgré le fait que le thérapeute puisse présenter quelques points névralgiques le rendant plus susceptible de réagir d'une manière contre-thérapeutique à la forme ou au contenu de certains messages, ces derniers n'en demeurent pas moins des communications valables du client sur son expérience qu'il importe d'entendre à différents registres.

La notion kleinienne d'identification projective (IP) évoquée plus haut, a été proposée par Racker (1957) pour comprendre avec nuance les communications du client véhiculées à travers l'expérience contre-transférentielle du thérapeute, i.e. les positions relationnelles issues de son univers psychique qu'il contraint le thérapeute à endosser au moyen de pressions interactionnelles diverses. Plus précisément, Racker détaillait l'IP concordante, par laquelle le thérapeute éprouve en séance une expérience analogue à celle correspondant à la position du client dans son monde représentationnel; et l'IP complémentaire, dans laquelle le thérapeute éprouve en séance une expérience analogue à celle correspondant à la position de l'Autre dans le monde représentationnel du client.

Autrement dit, il arriverait au thérapeute de se sentir, en interaction avec le client, tantôt comme le client se sent souvent lui-même (IP concordante), et tantôt comme certaines personnes importantes au fil du développement du client ont pu se positionner afin que le client se sente dans une situation familière (IP complémentaire). Ces deux types d'IP constitueront ici des atouts récurrents pour l'interprétation des différentes ECT dans le travail avec le TPN.

Une identification projective adéquatement métabolisée par un thérapeute engagé dans une activité réflexive se soldera chez ce dernier par une compréhension accrue de l'univers du client. Toutefois, il est envisageable que le thérapeute ne réalise que tardivement qu'une part de son expérience est, dans une certaine mesure, le fruit d'une pression interactionnelle du client en ce sens. Il pourrait alors s'engager dans une activité réactive, i.e. qui procède d'une élaboration insuffisante, émanant, au fond, d'une activité contre-transférentielle entendue au sens classique.

Dans le cas de l'ECT de contrôle, il est envisageable que le thérapeute se sente contrôlé ainsi que ce fut le cas pour le client dans son développement, potentiellement confronté à une attitude parentale cédant peu de place au client pour se sentir adéquat, peu de possibilités pour se sentir inconditionnellement digne d'amour. L'IP concordante du thérapeute pourrait ainsi suggérer la possibilité que le client narcissique hypervigilant ait été validé narcissiquement d'une manière inadéquate et conditionnelle, quoique minimalement présente. Ou encore qu'il ait été entravé dans son développement par le constat d'une grande vulnérabilité, et qu'il se soit contrôlé et surveillé d'une manière excessive afin de se maintenir dans les bonnes grâces d'un parent idéalisé pathologiquement.

Si la réaction de « constriction » de la pensée et des facultés réflexives mentionnée ici est certes envisageable (souvent chez des thérapeutes plus « dociles » ou soumis, potentiellement débutants), celle d'une réaffirmation de la subjectivité et de l'individualité est également fort probable. Le risque encouru ici n'est plus la dérive stérile vers un pseudo-travail thérapeutique, mais la négation par le thérapeute de la légitimité de l'expérience intime de son client, i.e. le besoin narcissique fondamental exprimé à travers le transfert « contrôlant ».

La faille empathique menaçant dans ce cas la dyade thérapeutique pourrait par exemple prendre la forme d'une invitation du thérapeute à son client, à explorer la vision « partielle » que ce dernier a de lui, suggérant implicitement que sa propre perception le rend coupable de ses insatisfactions et de sa méfiance envers le thérapeute. Or, on

l'a dit, les TPN figurent justement parmi les clients les plus sensibles à toute forme – même subtile – de reproche, du fait de leur propension à l'expérience de la honte. Une faille empathique de la sorte équivaldrait potentiellement à reproduire une réponse parentale inadéquate dont on peut imaginer qu'elle ait contribué au façonnement même de la pathologie du client.

Il importera donc de saisir avec empathie la signification phénoménologique de l'attitude relationnelle du client, laquelle évoque, dans le cas du narcissique hypervigilant, un sentiment quasi traumatique de fragilité et l'appréhension insoutenable de figures d'apaisement inéluctablement faillibles. Précisons que cette impulsion d'affirmation de soi par le thérapeute serait d'entrée de jeu plus probable en présence d'un narcissique extraverti, lequel interagit différemment avec son thérapeute, ce qui suggère que l'expérience du contrôle par le thérapeute facilite déjà à elle seule une certaine différenciation entre les TPN, particulièrement en fonction de la réaction spontanément suscitée par une telle ECT.

Une intervention adéquate devrait, tout en reconnaissant avec une empathie appuyée le caractère vital que revêt ici le besoin de contrôler, cibler la terreur profonde du client face au potentiel blessant de l'autre et mettre cette frayeur en lien avec sa vulnérabilité narcissique. Éventuellement, l'élargissement du champ perceptuel du client face à la complexité de l'autre pourra constituer un objectif thérapeutique, mais beaucoup plus tardivement dans le processus de reconnaissance. En d'autres termes, aussi élémentaire que cette affirmation puisse sembler, l'empathie doit d'abord et avant tout caractériser la réponse du thérapeute, s'il est souhaité que le client retrouve ou développe éventuellement cette faculté, d'abord pour lui-même, ensuite dans son rapport à autrui.

ii) La honte

Toujours dans l'optique d'un mode relationnel potentiellement adopté par le client narcissique en début de thérapie, cette ECT est plus susceptible d'apparaître au contact de narcissiques grandioses. Cela apparaît d'emblée logique compte tenu du style interactionnel caractéristique de ce type de TPN. En effet, le thérapeute pourrait éventuellement éprouver un vif sentiment d'incompétence suite au contact prolongé avec un sujet qui est, d'une part, très imbu de sa personne ; qui, officiellement, ne formule aucune demande d'aide (ou du moins aucune qui soit réalisable) ; et qui, finalement, s'avère très critique et porte un regard dépréciateur sur le thérapeute et ses compétences.

Un clinicien au narcissisme fragile pourra assurément se sentir diminué lorsque confronté aux manifestations d'une estime de soi aussi flamboyante et exempte de doute. Même en l'absence de vulnérabilités narcissiques, tout thérapeute, en tant qu'être humain, dispose d'un certain seuil de tolérance à la condescendance et au mépris qui lui sont manifestés, et pourrait finir tôt ou tard par se laisser atteindre personnellement, d'une façon « réelle », par les projections du client⁵. L'ECT de honte risque donc fort d'émerger, au premier degré, comme conséquence d'une dévalorisation chronique de la part du client TPN.

Il est par ailleurs déroutant pour le thérapeute d'être tour à tour idéalisé puis dévalué, ce qui contribue à accroître son sentiment d'incompétence, surtout s'il lui est difficile de composer avec une certaine part d'incertitude et de mouvements relationnels à grande amplitude dans le contexte thérapeutique. Cela suggère, cette fois au second degré, que le thérapeute puisse éprouver une forme de honte composée d'impuissance et d'incompétence suite à une accumulation de fluctuations transférentielles narcissiques fortement polarisées.

Au premier comme au second degré, une lecture de la honte comme émanant d'une IP concordante est clairement envisageable. On l'a dit, le sujet narcissique régule de manière récurrente ses contacts au moyen de la projection, et une telle attitude remplit la fonction de protéger son *awareness* de l'émergence de représentations mauvaises ou vulnérables de lui-même. Ce faisant, elle sert le maintien et la reproduction des configurations caractérisant ses microchamps introjectés, lesquels trouvent écho dans l'ECT du thérapeute. C'est ainsi que le thérapeute peut éprouver le sentiment de honte que le client ne peut se permettre de contacter par crainte de se désorganiser ; la honte d'un vrai Self d'enfant humilié se sentant foncièrement indigne des exigences qu'on lui impose, constamment accusé et pris en flagrant délit d'incompétence ou d'inadéquation.

Advenant le cas où l'ECT serait mal contenue, le thérapeute est susceptible d'agir sous le poids de la colère ou de la soumission. En réponse à la dévaluation chronique par le client, le thérapeute pourra soit « punir », soit amorcer « le processus insidieux d'essayer de prouver [son] mérite thérapeutique au [client] » (Fischer, 1989, p. 352, traduction libre). Davantage sera dit plus loin au sujet de la colère comme ECT résultante d'autres ECT, et l'on peut déjà conclure que

⁵ Ceci n'est pas sans rappeler les propos de Winnicott sur la haine dite « objective » dans le contre-transfert (cf. Winnicott, 1947).

la honte s'avère particulièrement pénible à supporter psychologiquement et moralement pour quiconque, ce qui en rend l'expérience d'autant plus fugace par le thérapeute, qui s'en trouve d'autant plus susceptible d'agir de façon contre-transférentielle. Cette ECT est hautement réfractaire à la réflexivité, et confère un caractère « lame à double tranchant » au contre-transfert, en ce qu'elle comporte autant de risque de susciter un agir réactif qu'une élaboration empathique de la part du thérapeute.

S'il est plus difficile de l'envisager comme IP complémentaire, il demeure que le thérapeute puisse être amené à éprouver de la honte en ayant l'impression d'avoir blessé, humilié ou porté atteinte à la vulnérabilité déjà exacerbée du client. Ce genre de situation est davantage susceptible de survenir dans un processus thérapeutique relativement avancé, où le narcissique grandiose a déjà été en mesure de s'ouvrir un minimum et de dévoiler certaines portions de son vrai Self, ou auprès d'un client hypervigilant dont la dynamique relationnelle implique une part de victimisation et, dans une certaine mesure, de masochisme.

Dans ces cas, au lieu du sadisme, la pudeur peut constituer l'une des voies empruntées par l'agir contre-transférentiel pour se manifester, auquel cas il en résulterait une distance improductive pour la dyade. En insistant sur le rapport professionnel, le thérapeute risque également de s'attirer le mépris du client, ce dernier étant particulièrement intolérant à toute forme de différence entre les parties ou à la présence de l'« ordinaire » dans ses relations (Gabbard, 1998). Ceci étant, une certaine prudence respectueuse teintée d'empathie peut prévaloir, pourvu qu'elle n'empêche le thérapeute de s'approcher du monde affectif et représentationnel de son client.

iii) L'ennui

Le sentiment subjectif d'ennui que peut éprouver le thérapeute au contact du narcissique procède parfois d'une impression d'étrange passivité, d'avoir été mis à distance, de se voir relégué au plan d'« existence satellite » (Kernberg, 1970). Au plan expérientiel, avant même de pouvoir saisir la pleine profondeur des transactions implicites auquel il participe et dont son expérience témoigne, il est probable que le clinicien se sente par moments distrait ou inattentif, ces manifestations contre-transférentielles se présentant comme des formes plus « acceptables », plus admissibles pour un thérapeute lorsqu'il s'agit de reconnaître son désintéressement pour un client.

Si la distraction est certes possible et peut notamment être le fruit d'un état particulier de fatigue, l'évidence relationnelle impose

néanmoins le constat d'un manque d'ajustement au sein de la dyade, auquel il importe d'attribuer un sens. Une telle expérience n'est pas non plus exclusive au travail avec les TPN, mais devrait à tout le moins mettre le clinicien sur la piste d'une configuration relationnelle minimalement « entretenue », voire favorisée par le client, et pouvant s'interpréter à différents niveaux de « contextualité », en conjonction avec d'autres observations.

Les contributions du client à ce genre d'impression consisteraient ainsi à ne pas vouloir reconnaître au thérapeute une existence autonome, indépendante de la sienne. Dans les termes de la psychologie du soi, l'ennui pourrait être un sérieux indice du fait que le thérapeute soit peu à peu fait prisonnier de la fonction d'objet-soi miroir qu'il remplit. Le transfert de miroir kohutien pourrait d'ailleurs ici s'appliquer aussi bien au narcissique grandiose qu'à l'hypervigilant, parce qu'il remplit la même fonction dans les deux cas. Ce qui en distingue les manifestations selon le type de TPN réside plutôt dans la couleur qu'il revêt concrètement, davantage obsessionnelle, anxieuse et contenue chez l'hypervigilant, davantage théâtrale, détachée et insouciant chez le grandiose.

La fonction miroir du thérapeute, au-delà d'une « contextualité » immédiate, peut certainement s'envisager sous l'angle de l'identification projective complémentaire, laquelle nous indique que le client se campe dans un mode transférentiel grandiose, et qu'il s'y installe d'une manière persistante. Aussi, le narcissisme du thérapeute s'avère-t-il considérablement impliqué dans la réaction d'ennui, subissant en quelque sorte une « atrophie » (*narcissistic depletion*), imputable à une exposition prolongée au transfert de miroir (Altshul, 1977).

En effet, bon nombre de thérapeutes choisissent la profession avec le souhait latent d'être idéalisés, aimés et que l'on ait besoin d'eux (Finnel, 1985), mais c'est bien souvent l'inverse qui est manifesté par le client narcissique dans la dynamique transféro-contretransférentielle. Il paraît donc raisonnable d'entrevoir que le thérapeute se sente éventuellement las de ne se voir accorder guère d'attention ou de possibilité d'intervention par son client, qui s'octroie le monopole de la grandeur.

On comprend donc que le thérapeute éprouve dans l'ennui sa fonction de miroir poussée à l'extrême par un client pathologiquement résistant à l'internalisation de ces fonctions d'objet-soi. S'il adhère aux préceptes techniques de la psychologie du soi, le thérapeute se montrera relativement tolérant à cette expérience, en comprenant l'utilité qu'elle présente pour le client. Mais afin d'éviter

de tomber dans le piège de la satisfaction archaïque, il demeurera avant tout attentif à ces nombreuses fenêtres d'intervention où le client entretient pathologiquement sa « boulimie de miroir », exigeant de manière rigide la présence constante d'un tel objet-soi et incapable de s'auto-gratifier narcissiquement. Parce qu'en « rationalisant » son ennui sous le couvert de la fonction miroir, le thérapeute court le risque de faire collusion avec le besoin archaïque de grandeur du client, ce qui plonge la dyade dans la stagnation.

Si une lecture de type IP complémentaire suggère que le client, par ce transfert, refuse de dépendre du thérapeute en « l'instrumentalisant », une compréhension sous l'angle de l'IP concordante évoque une avenue interprétative plus « développementale » (Adler, 1986 ; Finnell, 1985 ; Gabbard, 1994). En effet, il se peut que le thérapeute se sente exclu ou voie son unicité niée, à la manière dont le client aurait pu être mis à distance ou exclu dans son enfance. La réaction d'ennui pourrait donc traduire les peurs archaïques de dissolution dans la fusion ou de la colère en regard du fait d'être utilisé (Hearst, 1988). On se souviendra de l'« enfant doué » d'A. Miller (1981) qui, dans pareille situation, voit ré-émerger ses propres sentiments archaïques d'avoir été le prolongement narcissique de ses parents. Dans cette optique, le thérapeute pourra entendre dans la résurgence de son ennui d'enfant doué, un écho attribuable à la communication par le client d'une portion de sa propre expérience d'ennui infantile, à savoir celle d'être narcissiquement négligé, de servir de faire-valoir ou de miroir à un parent narcissiquement carencé et non empathique, et ce à un moment de son développement où ses besoins narcissiques étaient justement opposés à une telle position.

Finalement, mentionnons que l'ennui peut être considéré dans tous ces cas comme une réaction adaptative à ce qui est au fond de la colère latente. En effet, une rétroflexion relativement saine peut, chez le client comme chez le thérapeute, consister à apaiser sa propre colère au moyen de l'ennui. Ainsi, à la manière dont le client a sans doute jadis « endormi » sa rage narcissique afin de préserver le lien avec le parent carencé, il est possible que le thérapeute choisisse inconsciemment de s'ennuyer pour éviter de formuler une intervention polarisée à l'opposé de l'expérience du client, par exemple réagir par de la culpabilisation, de l'ironie, voire du mépris, alors que le client cherche à se valoriser.

L'identification projective concordante touche donc ici un second niveau, celui-là davantage éloigné de l'*awareness* des participants. Ainsi, si les premiers pas d'une élaboration adéquate de l'expérience contre-transférentielle nous apprenaient que l'ennui du thérapeute

pouvait s'apparenter à celui du client à une époque antérieure, la poursuite de cette élaboration nous indiquerait à présent qu'à cet ennui correspond en filigrane une colère latente chez le client, qui trouve également écho chez le thérapeute.

Toujours dans l'optique d'une réaction adaptative, mentionnons que l'ennui peut permettre au thérapeute de prendre un certain recul, une distance temporaire face à l'objet de la colère, allouant éventuellement la possibilité d'élaborer des opérations défensives plus « saines ». Ce qui semble a priori être de l'ennui pourrait donc aussi s'inscrire dans le registre de l'activité mentale réflexive ou de l'attention flottante. À moins que l'on envisage le raisonnement sous l'angle inverse, et que l'on s'interroge sur la nature défensive de l'attention flottante... Parce qu'en effet, on peut l'envisager comme le résultat d'une opération défensive mise en œuvre par un thérapeute qui chercherait à exclure de la dyade tout élément d'agressivité et d'hostilité, ce qui procéderait d'une élaboration interrompue de manière précoce, ne reconnaissant pas les communications inconscientes que formule le client dans ses contributions à l'expérience affective du thérapeute.

Refuser au client la possibilité du contact et, particulièrement dans les troubles de personnalité, celle de reproduire suffisamment ses modes relationnels pathologiques dans la relation thérapeutique, c'est précisément contribuer à reproduire la frustration infligée par les premiers objets d'attachement et maintenir la gestalt du client dans son état d'incomplétude, de sorte que la thérapie se bute à des obstacles à la reconnaissance herméneutique.

iv) La colère

Ainsi qu'on l'a vu, la colère peut parfois être considérée comme la véritable émotion sous-jacente à l'ennui. On comprend donc que le transfert de miroir est hautement susceptible de générer de la colère, comme réaction ultime à la « narcissistic depletion » (Altshul, 1977). Mais la colère dispose d'un répertoire causal plus large que l'ennui, sans oublier qu'il soit plus difficile pour les thérapeutes d'en admettre authentiquement l'émergence à leur *awareness*. C'est pourquoi on peut difficilement en attribuer l'amorce à un type de TPN plutôt qu'à un autre, bien qu'elle paraisse a priori plus susceptible d'émerger auprès d'un narcissique grandiose.

En plus de l'irritation face à la « dévaluation » du thérapeute par le client (ce qui rejoint à nouveau Winnicott (1947) et les dimensions « objectives » que perçoit ce dernier dans l'ECT), il semblerait que la colère puisse émerger conjointement à l'envie, en réaction à

l'omnipotence du client (Fischer, 1989). En effet, c'est la propre omnipotence infantile du thérapeute qui peut réagir par de l'envie devant la facilité apparente avec laquelle le client se gratifie ou se protège narcissiquement. Elle succéderait ainsi à une forme de honte par laquelle le thérapeute prend conscience de la « petitesse » et de la fragilité apparentes de son propre narcissisme, en comparaison avec celui de son client.

Outre de sérieuses déficiences narcissiques chez le thérapeute, l'identification projective concordante constitue évidemment l'explication la plus probable et la voie interprétative la plus révélatrice, le thérapeute éprouvant en quelque sorte l'envie et la honte que le client désavoue pour lui-même et qui ont fait partie intégrante du paysage expérientiel de son développement. C'est ainsi que le thérapeute peut éprouver une portion de la rage narcissique de son client, celle d'une volonté infantile toute-puissante de réaffirmer une subjectivité unique qu'il sent constamment menacée d'humiliation ou de négation, mais aussi celle d'un Self primitif qui se voit impuissant et sans emprise sur l'environnement.

De plus, la colère peut émerger comme conséquence d'une complaisance du thérapeute dans le transfert idéalisant. Ici, les deux types d'IP peuvent être invoqués. Prisonnier de l'omnipotence dont l'investit le client, après avoir tout tenté pour être le thérapeute idéal et zélé, après être allé au bout de la collusion narcissique (voir plus loin), le thérapeute pourra éprouver de la colère devant l'absence d'évolution du processus thérapeutique. Le transfert idéalisant peut donc faire en sorte que le narcissisme du thérapeute lui fasse tenter à tout prix d'éviter la déception, donc la rage du narcissique, et qu'il atteigne un point de découragement colérique devant les exigences incessantes du client, combinées à son absence de gratitude. Ainsi, la colère peut constituer une réaction aux sentiments d'impuissance et d'incompétence qui succèdent à l'impression artificielle d'avoir été posé sur un piédestal. Cela suggère qu'une IP complémentaire d'idéalisation non élaborée par le thérapeute qui n'aura pas réalisé son endossement du rôle parental d'un scénario relationnel appartenant au client, peut mener à un renversement des rôles où son expérience deviendra ensuite le fruit d'une IP concordante évoquant l'expérience de rage impuissante du client.

Le type d'agir contre-transférentiel qui menace le thérapeute sous l'influence de la colère se situe sur un continuum de sadomasochisme allant de l'agir punitif sadique à la formation réactionnelle (Fischer, 1989). Autrement dit, le thérapeute peut sombrer dans la confrontation hargneuse, tout comme il peut faire montre

d'une conciliation benoîte et improductive, frôlant la soumission. Soulignons également le retrait narcissique comme manifestation potentielle de la colère, forme de mise à distance par laquelle le thérapeute se tire temporairement hors de l'eau chaude, et qui peut notamment se traduire par de l'ennui, ainsi qu'il en est fait mention plus haut.

v) *L'omnipotence : la collusion narcissique*

Le thérapeute peut ressentir une impression d'omnipotence, principalement devant le transfert idéalisant du client narcissique, et être ainsi directement flatté aux points névralgiques de son propre narcissisme. Il sera alors investi d'un sentiment d'autorité et de compétence, et de l'impression d'une alliance solide et d'une grande complicité avec le client. Les tenants d'une perspective kohutienne soutiennent que cette réaction affective du thérapeute traduit un besoin narcissique légitime chez le client. En effet, l'identification projective complémentaire suggère ici une tendance chez le client à s'apaiser dans le contact avec une figure parentale idéalisée, ce qui indique en partie où celui-ci serait rendu dans son développement narcissique.

Toutefois, en dépit de ce que disent parfois les partisans de la psychologie du soi (*Self psychology*) concernant la tolérance des transferts d'objets-soi narcissiques, la complaisance dans l'idéalisation demeure dangereuse pour le couple thérapeutique. En plus d'entretenir une certaine forme de dépendance chez le client, laquelle ne saurait être bénéfique pour l'efficacité de la thérapie en terme de durée, le thérapeute peut risquer d'en demeurer prisonnier, en tentant d'être à tout prix omnipotent dans sa qualité d'objet-soi apaisant.

Cette situation risque davantage de survenir chez un thérapeute à l'estime de soi précaire ou avec des problèmes narcissiques à proprement parler, ce qui résultera en l'alliance narcissique, une unité narcissique euphorique (Fischer, 1989). En tentant ainsi de porter la dyade sur ses épaules, c'est en fait sa propre dépendance que le thérapeute entretient, et cela ne peut ultimement mener qu'à un épuisement, puis à de la colère. Parce qu'en effet, les demandes du client narcissique augmentent constamment, et cette collusion est destinée à se désagréger.

En termes développementaux, il est inévitable que le parent soit faillible, afin que l'enfant puisse internaliser les fonctions apaisantes. Il convient donc de replacer cette expérience contre-transférentielle dans une séquence, et ainsi entrevoir les corollaires expérientiels des écueils auxquels le thérapeute risque d'être exposé. Prise sous cet angle séquentiel, l'expérience affective du thérapeute, envisagée

comme identification projective concordante auprès d'un client donné, pourrait par exemple évoquer l'expérience infantile de grandiosité du client, condamnée à se désagréger au profit du contrôle, de la honte et de la colère en raison d'une réponse parentale inadéquate et frustrante.

Gabbard (1998) soutient qu'une mauvaise réaction du thérapeute face à l'idéalisation émane fréquemment d'une intolérance à l'agressivité et à l'hostilité au sein de la dyade. C'est ainsi que le thérapeute pourra être anxieux devant le transfert idéalisant. Si le thérapeute se sent incapable de décevoir le client – ce qui est inévitable –, son acharnement à répondre aux exigences de ce dernier ne fera monter que l'envie chez le client, et cela rendra par ailleurs l'expression de l'agressivité impossible. Si l'on s'accorde à dire que le client projette une part considérable de ce qu'il désavoue sur le thérapeute et donc qu'une part des reproches adressés au thérapeute témoignent d'une résistance au contact, il faut également reconnaître qu'une part peut en être tout à fait légitime, et qu'il incombe au thérapeute de l'accueillir et d'y être empathique. On voit donc bien comment, sous l'influence d'enjeux narcissiques non résolus, le thérapeute pourra également réagir par le malaise et, par peur des représailles éventuelles, chercher à rejeter l'omnipotence dont cherche à le revêtir le client.

4. DE LA CONTRIBUTION DE L'EXPÉRIENCE CONTRE-TRANSFÉRENTIELLE À LA CONSTRUCTION DU SENS

En réponse aux complexités contre-transférentielles présentées par les TPN, les solutions offertes par la PGRO pour la construction du sens auprès de ces clients seraient essentiellement de deux ordres :

1. la possibilité clinique d'intégration ponctuelle de notions théoriques permettant d'étayer des constats phénoménologiques issus de l'expérience de l'immédiateté en thérapie ;
2. l'intégration théorique d'éléments empruntés à la perspective développementale afin d'asseoir le diagnostic différentiel.

Prenant pour point de départ le consensus clinique – aux confirmations empiriques croissantes – voulant que le TPN se présente sous de multiples facettes et que nombre d'entre elles nécessitent l'instauration d'une démarche processuelle de diagnostic au sein de la relation thérapeutique, nous avons vu comment les ECT de contrôle, de honte, d'ennui, de colère et d'omnipotence pouvaient orienter la compréhension et l'intervention empathiques dans le travail avec les TPN. Le recours à la notion d'identification projective nous a ainsi permis d'élucider nombre de significations possibles des ECT

suscitées par le TPN, suggérant que celles-ci constituent un reflet valide des microchamps introjectés qui structurent rigidelement l'expérience du client, et qui sont reproduits par ce dernier en thérapie.

Conformément à l'ouverture multimodale prescrite par la PGRO, notre recherche d'une compréhension diagnostique de la gestalt du client qui en respecte toute la complexité et l'historicité ne saurait toutefois être complète sans l'inclusion des considérations développementales évoquées plus haut. Des travaux subséquents nous paraissent nécessaires afin de déterminer les modalités d'arrimage et d'intégration des différents microchamps introjectés propres aux pathologies narcissiques, à des modèles développementaux de la pathogenèse narcissique qui organiseraient les différents troubles suivant une certaine linéarité. En outre, le point de vue développemental suppose non seulement la reproduction d'un dilemme de contact en thérapie, mais également celle d'une certaine trajectoire développementale, selon laquelle le client évoluerait au fil du processus thérapeutique.

Il y a donc lieu de penser que l'arrimage des ECT aux modèles théoriques étiologiques du TPN puisse nous renseigner sur nos clients à deux niveaux: structural et processuel, i.e. sur ses conflictualités propres, et sur son cheminement en thérapie. Dans l'attente de tels éclairages, nous pensons qu'il demeure néanmoins rassurant pour les cliniciens gestaltistes d'être davantage en mesure d'alimenter leur réflexivité pour accompagner pas à pas l'expérience que leurs clients narcissiques déploient dans le champ intersubjectif.

Références

- Adler, G. (1986). « Psychotherapy of the Narcissistic Personality Disorder Patient: Two Contrasting Approaches ». *American Journal of Psychiatry*, 143, 430-436.
- Altshul, V. A. (1977). « The So-Called Boring Client ». *American Journal of Psychotherapy*, 31, 533-545.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (4th Ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bordeleau, V., et Drouin, M.-S. (2005). *Reflexivity and Empathy in Counter-transference Experience with the Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic Considerations*. Paper presented at the 2005 Society for Psychotherapy Research International Meeting: A Lasting Effect!, Montréal, Qc, Canada.
- Cooper, A. (1981). *Narcissism*, in S. Arieti, H. Keith & H. Brodie (Eds.), *American Handbook of Psychiatry*, Vol. 4 (pp. 297-316). New York: Basic Books.
- Delisle, G. (1993). *Les troubles de la personnalité, perspective gestaltiste* (3^e édition.). Montréal: Les Éditions du Reflet.

- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2002). « Les enjeux développementaux dans le traitement des personnalités pathologiques ». *Revue québécoise de Gestalt*, 5, 27-39.
- Delisle, G. (2004). « Les pathologies de l'estime de soi ». In *Les pathologies de la personnalité, perspectives développementales* (pp. 113-148). Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Ellis, H. (1898). Auto-Erotism: a Psychological Study. *Alienist and Neurologist*, 19, 260-299.
- Fairbairn, W. R. D. (1954). *Études psychanalytiques de la personnalité*. Paris: Les Éditions du Monde Interne, 1997.
- Finnell, J. S. (1985). « Narcissistic Problems in Analysts ». *International Journal of Psychoanalysis*, 66, 433-445.
- Fischer, R. (1989). « Countertransference to Transference Acting Out of a Narcissistic Personality Disorder ». In J. F. Masterson & R. Klein (Eds.), *Psychotherapy of the Disorders of the Self: The Masterson Approach* (pp. 345-359). New York: Brunner/Mazel.
- Freud, S. (1910). « The Future Prospects for Psycho-Analytic Therapy ». In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 139-152). London: Hogarth Press, 1957.
- Gabbard, G. O. (1989). « Two Subtypes of Narcissistic Personality Disorder ». *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(6), 527-532.
- Gabbard, G. O. (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: The DSM-IV Edition*. Washington, DC, US: American Psychiatric Association.
- Gabbard, G. O. (1998). « Transference and Countertransference in the Treatment of Narcissistic Patients ». In E. F. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, Clinical and Empirical Implications* (pp. 125-145). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Ginger, S. (1992). *La Gestalt: une thérapie du contact* (4^e édition). Paris: Hommes et Groupes éditeurs.
- Hearst, L. E. (1988). « The Restoration of the Impaired Self in Group Psychoanalytic Treatment ». In N. Slavinska-Holy (Ed.), *Borderline and Narcissistic Clients in Therapy* (pp. 132-142). Wisconsin: International University Press.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology* (Vol. I). New York, NY, US: Henry Holt and Co, Inc.
- Kernberg, O. (1970). « Factors in the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personalities ». *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 51-85.
- Kernberg, O. (1974). « Further Contributions to the Treatment of Narcissistic Personalities ». *International Journal of Psycho-Analysis*, 55, 215.
- Klein, M. (1946). « Notes on Some Schizoid Mechanisms ». *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99-110.

- Kohut, H. (1971). *Le soi : la psychanalyse des transferts narcissiques* (4^e édition). Paris : Presses Universitaires de France, 2004.
- Kohut, H. (1976). *The Restoration of the Self*. New York : International Universities Press.
- Lowen, A. (1985). *Narcissism : Denial of the True Self*. New York : Touchstone, 1997.
- Masterson, J. (1981). *The Narcissistic and Borderline Disorders : an Integrated Developmental Approach*. New York : Brunner/Mazel.
- Miller, A. (1981). *Le drame de l'enfant doué. À la recherche du vrai soi*. Paris : PUF, 1983.
- Millon, T. (1998). « DSM Narcissistic Personality Disorder: Historical Reflections and Future Directions ». In E. F. Ronningstam (Ed.), *Disorders of Narcissism : Diagnostic, Clinical and Empirical Implications* (pp. 75-101). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Näcke, P. (1899). « Die sexuellen perversitäten in der irrenanstalt », *Psychiatrische en Neurologische*, 3, 122-149.
- Perls, F. S., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt thérapie. Vers une théorie du Self. Nouveauté, excitation et croissance*. Montréal : Stanké, 1979.
- Polster, E., et Polster, M. (1978). *La Gestalt, nouvelles perspectives théoriques et choix personnels et éducatifs*. Montréal : Le Jour, 1974.
- Racker, H. (1953). « Contribution to the Problem of Countertransference ». *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 313-324.
- Racker, H. (1957). « The Meanings and Uses of Countertransference ». *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.
- Reich, W. (1933). *Character-Analysis*. New York : Noonday Press.
- Schultz, R. & Glickauf-Hugues, C. (1995). « Countertransference in the Treatment of Pathological Narcissism ». *Psychotherapy*, 32, 4, Winter, pp. 601-607.
- Wink, P. (1991). « Two Faces of Narcissism ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 590-597.
- Winnicott, D. W. (1947). « La haine dans le contre-transfert ». In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 48-57). Paris : Payot, 1969.
- Zinker, J. (1977). *Se créer par la Gestalt*. Montréal : Éditions de l'Homme, 1981.

Abstract

Narcissistic personality disorder (NPD) can take several forms, each of which unfolds in the therapeutic process, into complex and plural relational modes reaching far beyond diagnostic criteria such as the DSM's. Narcissistic pathologies nonetheless share a likeliness to elicit intense affective reactions in their therapists, and these occur according to sequential and phenomenological conditions revealing specific client issues. Insisting on the importance of multimodal openness in the co-construction of meaning within the therapeutic relationship with narcissistic clients, the *Gestalt Psychotherapy of Object Relations* perspective is adopted here to suggest a diagnostic understanding of therapist's countertransference experience (CTE) with NPDs. The therapist's reflective elaboration of his *projective identification* experiences within the therapeutic relationship is proposed as a cornerstone for empathic comprehension and intervention, both considered the mainsprings of therapist contributions to the *acknowledgment* phase of the therapeutic process.

Trin piterenau -
Apech Autougece, chancuucet, influence

Une incursion dans un univers mystérieux

L'exploration du rêve
et de l'imaginaire suivant les théories
gestaltistes et jungiennes¹

Janine CORBEIL

Résumé

Le domaine du rêve a toujours été objet d'intérêt pour les humains, qui lui prêtaient tantôt des qualités divinatoires, tantôt des capacités de guérir les maladies. Le XX^e siècle en a fait un instrument systématique d'exploration du psychisme humain. Cet article présente deux théories psychologiques particulièrement attrayantes dans leur reconnaissance des qualités créatrices et guérisseuses du rêve, la Gestalt-thérapie et la Psychologie analytique jungienne. Après un bref parcours de chacune de ces théories, leur façon respective d'aborder l'univers du rêve sera présentée. Un rêve extrait d'une étude de différentes approches au rêve de même que l'interprétation gestaltiste et jungienne serviront d'illustration au propos. L'article met également en évidence les compatibilités et les complémentarités de ces deux approches.

INTRODUCTION

Nous sommes tous des hommes des cavernes. La caverne que nous habitons est notre cerveau, et notre conscience est une toute petite torche, faible et vacillante, qui peut tout au plus nous faire entrevoir quelques esquisses sur les murs les plus proches de notre caverne ou encore nous montrer le reflet d'une dangereuse rivière souterraine qui gronde bruyamment à nos pieds, de sorte que nous reculons, horrifiés, avant d'être engouffrés ; à mesure que nous explorons, nous découvrons souvent des formes remplies de beauté, des stalactites scintillantes, des bijoux incrustés dans les piliers, des animaux délicats et amis...

¹ Cet article fait suite à un cours/atelier donné au CIG, Montréal, en 2005.

Ce poème, cité par Rainette Fantz dans le livre sur l'interprétation des rêves dont il sera question plus loin, et traduit ici en français, illustre bien l'esprit avec lequel les humains ont toujours abordé avec un mélange de fascination, de curiosité et d'inquiétude, l'univers mystérieux de l'imaginaire et du rêve. Il rappelle également Platon, qui voyait les hommes comme étant enfermés au fond d'une caverne. Triste sort pour eux, car ces victimes ne sont pas conscientes de leur sort et vivent d'illusions. Elles n'ont pas d'autres repères que les ombres qu'elles perçoivent au fond de leur antre !

Les civilisations anciennes se sont, en effet, intéressées aux rêves et elles ont cherché des façons de décoder leurs messages. On les interrogeait pour leurs prédictions de l'avenir ou on les considérait comme des messages de l'au-delà. Chez les Grecs, à Épidaure entre autres, les malades, à la suite de divers rituels de purification, étaient invités au sommeil que l'on appelait période d'incubation ; pendant ce sommeil, *Asklépios*, le dieu de la médecine, apparaissait dans leurs rêves et donnait des conseils ; au réveil, les prêtres interprétaient ces rêves révélateurs des remèdes guérisseurs. Notons en passant qu'Épidaure, comme centre de guérison, possédait un théâtre (encore existant) qui, chez les Grecs, servait de rituel de purification.

Aristote (1995, p. 48 et 56) s'exprime ainsi sur l'univers onirique :

Il vaut d'autant plus qu'il a moins de raison d'être... Comme l'aurore, les rêves annoncent un jour nouveau avec une profondeur dans la clarté que ne connaîtra plus la vigilance du midi. (...) Entre l'esprit qui dort et celui qui veille, l'esprit qui rêve fait une expérience qui n'emprunte d'aucun autre sa lumière ou son génie. (...) Au plus obscur de la nuit, l'éclair du rêve est plus lumineux que la lumière du jour, et l'intuition qu'il emporte avec lui est la forme la plus élevée de connaissance.

Chez les Égyptiens, ces « grands maîtres de la science onirique », les rêves pouvaient représenter soit l'ombre, notre âme instinctive qui s'occupe à démêler l'écheveau de nos soucis quotidiens, ou encore, le *Ka*, notre double, chargé de sens profond... quand l'ombre fébrile s'est calmée et ne trouble plus la communication entre le double et le moi.

Cependant, avec le développement de la pensée logique, nous avons plus ou moins mis de côté cette dimension importante de notre psychisme. Nous avons déifié la quantification, l'efficacité et la rationalité (Houston, 1982 ; Von Franz, 1986). À ce sujet, Jung (1952) croyait que la résistance du conscient à la présence de l'inconscient avait eu sa raison d'être historiquement ; que la mise de côté de l'inconscient avait été une nécessité pour le développement du psychisme

humain car autrement, le cerveau conscient n'aurait jamais été capable de se distinguer de l'inconscient. Jung rappelait que nous en étions arrivés à oublier que la psyché est d'abord et avant tout inconsciente et autonome et que l'évocation de l'inconscient provoque un sentiment de panique chez les humains dits civilisés.

L'Église, de son côté, a été méfiante à l'égard du rêve. Elle considérait que le sommeil et le rêve éloignaient l'homme du bien, de Dieu et le livraient au mal et au démon (Crabbé, 2003). Sigmund Freud est celui qui a remis l'inconscient à l'honneur, ainsi que le chemin pour y accéder, le rêve. De nos jours, rares sont les approches thérapeutiques qui ne voient pas le rêve et l'imaginaire comme faisant partie du psychisme humain et comme guides indispensables à la découverte de soi, en même temps qu'instrument de guérison.

Nous nous attarderons ici à deux approches contemporaines qui, pour nous, ont le plus de signification et le plus de lien avec l'intégration et la créativité de la personne : la Gestalt thérapie et la thérapie analytique de C. G. Jung. Ces deux approches sont à la fois compatibles et complémentaires.

LA GESTALT THÉRAPIE ET LE RÊVE

F. S. Perls s'est particulièrement intéressé aux rêves. C'était, pour lui, la forme la plus spontanée d'expression de l'existence de l'être humain, sans interférence de la volonté ou de la pensée. Il voyait le rêve comme une œuvre d'art, supérieure au roman (1969, p. 71) : « il y a du mouvement, des batailles, des rencontres, toutes sortes de choses qui s'y passent ». Il a développé une façon très originale de les explorer thérapeutiquement. Il en a donné de multiples démonstrations dont quelques livres et vidéos font état. Ces démonstrations étaient, pour lui, sa méthode favorite d'explicitation de sa théorie. La GT a également développé un intérêt particulier pour l'exploration du rêve éveillé et pour le langage de la métaphore, ces deux univers, tout comme le rêve proprement dit, « plus intelligents que notre intelligence logique ».

Rappel historique sur l'utilisation du rêve en Gestalt-thérapie

Pour F. S. Perls, le travail thérapeutique du rêve se déroulait à la façon d'une pièce de théâtre. Soulignons qu'il s'agissait d'une méthode de travail en groupe, à une époque où il ne croyait plus tellement à l'efficacité de la thérapie individuelle (Clarkson et Mackewn, 1993). À la suite de son analyse avec Wihlem Reich, il a découvert l'importance du travail corporel et il ne croit alors plus à l'approche purement

verbale sans mise en action correspondante. Les verbalisations pures et simples lui semblent non seulement inefficaces, mais aussi, manipulateurs (Perls, 1973, pp. 85-101).

Outre cette expérience analytique avec Reich qui demeurera de la plus grande importance et pour lui et pour la Gestalt thérapie, on peut retracer deux autres influences majeures qui l'ont marqué et qui ont donné corps à sa créativité en thérapie de groupe et dans les rêves.

L'influence du théâtre

F. S. Perls a toujours été intéressé au théâtre. Sa sœur Grete se rappelle que dès le jeune âge, il s'intéressait au cirque et que, dans les réunions de famille où les enfants étaient laissés seuls pendant que les adultes mangeaient et parlaient, Fritz amusait sa sœur et les domestiques en jouant des personnages de théâtre ou en récitant de façon humoristique des poètes comme ceux de Goethe ou Schiller (Gaines, 1979, p.2). Au collège où ses parents le placent, après son renvoi d'une autre institution, le théâtre est très prisé. Il y rencontre Max Reinhart et travaille avec lui. Il se déniche aussi des petits rôles de figurants où il se fait quelques sous et il en est très fier, car son père ne fournit aucun argent de poche (Gaines, 1979).

Reinhart, acteur et metteur en scène allemand qui développe toute une tradition d'expression théâtrale qui fera sa marque, est considéré par certains comme le plus grand metteur en scène de l'Allemagne de l'époque. Pour lui, le ton de la voix autant que la gestuelle comme expression des émotions sont de la plus grande importance. Pagnarrubia (1994, pp. 33-34) explique: « Reinhart était tout écoute. Le meilleur de son attention allait au corps, à la posture et à la voix de l'acteur... Il apprenait à capter la personnalité optimale de celui-ci. »

Il est difficile de ne pas voir l'influence directe de cette formation avec Reinhart sur la façon dont l'élève Perls travaillera plus tard comme psychothérapeute. L'authenticité de l'acteur, l'importance du jeu comme catharsis et les dimensions corporelles et gestuelles seront au centre des choix thérapeutiques de F. S. Perls.

Durant toute sa vie, ce dernier est demeuré un fervent auditeur de théâtre et d'opéra. Lors de ses voyages en Europe, il assistait invariablement à des représentations d'opéra qui l'électrisaient. Pour lui, c'était la beauté à l'état pur et cela le consolait des horreurs de la guerre. Dans sa vieillesse, Perls (1976) se souvenait encore avec émotion de certains de ces spectacles:

Œdipe représenté dans un grand cirque avec des centaines de personnes appelant au secours à l'unisson, rythmées par un gong, révélant obstinément la faute sans culpabilité de l'homme. (...) Le songe d'une nuit d'été, ensorcelant comme un conte de fées.

Il appelait « cirque » ses groupes de fin de semaine à Esalen où il admettait entre 70 et 80 personnes. Il a transposé ce sens théâtral dans ses groupes et tout particulièrement dans le travail avec les rêves. Rappelons que ses vidéos sur le sujet sont du plus grand intérêt.

L'influence de Jacob Levy Moreno

F. S. Perls et J. Moreno se sont indéniablement influencés l'un l'autre, ce qu'ils ont à peu près nié à cause de leurs caractères semblables. Perls (1978, p.93) a toutefois reconnu explicitement l'influence de Moreno lorsqu'il a écrit qu'il a emprunté au psychodrame à cause de sa vitalité et de l'utilisation qu'il fait de la technique du changement de rôle.

Moreno, l'inventeur du sociodrame et du psychodrame, n'a par ailleurs jamais reconnu l'apport de F.S. Perls. Par la méthode du sociodrame, qui utilisait comédiens et auditoire et qui eut courte vie, Moreno visait le traitement dramatique de problèmes sociaux. Après quelques essais infructueux, il abandonna cette méthode (Marineau, 1990). Le psychodrame est un jeu que les enfants utilisent spontanément dans leur besoin spontané de mettre en scène les conflits de leur vie. Le film *Cria Cuervos* de Carlos Saura, où des enfants mettent en scène les conflits parentaux, en est un très bel exemple.

Moreno l'a mis en forme comme approche thérapeutique. Selon Marineau (1990) :

Il s'agit d'une méthode thérapeutique qui consiste à mettre en scène une situation conflictuelle, à revivre celle-ci plutôt que de se contenter d'en parler. Le psychodrame vise à mettre à jour la « vérité » du participant en rapport avec sa propre vie. Une session psychodramatique possède une structure : il se divise en trois parties, la *mise en train*, ou période de réchauffement, *l'action*, ou mise en scène du conflit, et le *retour*, phase où chacun est invité à exprimer en quoi le drame joué l'a rejoint.

Notons ici la ressemblance entre cette structure et la structure du rêve suivant l'approche jungienne dont nous parlerons plus loin. Les techniques utilisées en psychodrame ont une telle affinité avec celles que Perls utilisait qu'il vaut la peine de s'y attarder. Elles sont (Marineau, 1990, p. 292-295) :

- le *double*, participant qui joue le rôle du protagoniste ;
- le *renversement de rôle*, quand le protagoniste joue le rôle de l'autre (notre technique de la chaise vide, en somme) ;

- le *miroir*; lorsque le protagoniste est invité à regarder en face une autre personne qui prend son rôle (Virginia Satir utilisait beaucoup cette technique dans les reconstructions familiales) ;
- le *chœur*, sous-groupe ou egos auxiliaires qui, à la manière du théâtre antique, répètent de façon à amplifier ce que le protagoniste a dit ou agit ;
- le *soliloque*, où le protagoniste énonce à haute voix ce qu'il ressent intérieurement.

Les influences réciproques entre Perls et Moreno sont indéniables. Ils avaient en plus beaucoup de traits communs (Ginger, 1994, p. 43). Tous les deux sont de nationalité allemande/autrichienne, de culture juive, et vivent au milieu de l'effervescence culturelle allemande de l'époque. Ils sont tous les deux apatrides pour un temps et finalement exilés aux États-Unis pour la deuxième partie de leur carrière.

Tous les deux baignent dans le courant psychanalytique viennois, mais veulent se démarquer de Freud. Moreno, jeune étudiant, aurait dit à Freud : « Professeur, je commence là où vous finissez ». Quant à Perls, sa rencontre ratée avec Freud en 1936 fut pénible pour lui à plus d'un titre. Perls avait voyagé depuis Johannesburg dans le but de présenter au congrès de l'Association internationale de psychanalyse qui se tenait à Marienbad, en Tchécoslovaquie, un exposé intitulé *La résistance orale*. Pour Perls, il s'agissait d'une contribution importante à la théorie psychanalytique ; cependant, pour la psychanalyse, la résistance était considérée comme un mécanisme anal. Il espérait par là être reconnu comme un légitime porte-parole du mouvement en dehors de l'Europe. Il fut reçu très froidement et par le maître qui le regarda à peine et par la société de psychanalyse, cette dernière pour deux raisons : il était devenu suspect à cause de ses affinités avec Reich ; de plus, l'Association internationale de psychanalyse décida que tout analyste qui n'avait pas d'abord été formé comme didacticien en Europe ne pouvait se qualifier comme tel ailleurs dans le monde (Clarkson et Mackewn, 1993).

Perls et Moreno sont friands de théâtre ; tous les deux font leurs débuts comme acteurs et metteurs en scène dans leur jeune âge. Par des cheminements différents, ils comprendront que la dimension théâtrale est au centre du changement thérapeutique et développeront une méthode de psychothérapie de groupe qui utilisera le théâtre. Enfin, tous les deux sont des polémistes et anticonformistes dans leur façon de vivre. Ils possèdent chacun une incroyable créativité et du génie.

Entre Perls et Moreno, les principaux points théoriques et thérapeutiques peuvent se résumer ainsi :

- rôle actif du thérapeute ;
- accent mis sur la spontanéité et l'expérience telle que vécue dans le ici et maintenant ;
- la spontanéité pour Moreno et l'authenticité pour Perls sont un préalable à la créativité qui est une condition indéniable de santé psychique ;
- la dimension corporelle telle que jouée musculairement et sensoriellement est nouvelle et assez révolutionnaire par rapport à la méthode de l'époque, exclusivement verbale et allongée sur le divan. Les deux auteurs la mettent nettement de l'avant, quoique Perls y donne encore plus d'importance. (Rappelons que Perls travaillait à la façon psychanalytique au début de sa pratique à New York. C'est du moins ce dont témoignent ses premiers clients, entre autres Isadore Fromm) ;
- le fait de jouer, de se mettre en action plutôt que de simplement parler est considéré par Moreno et par Perls comme beaucoup plus thérapeutique et susceptible d'apporter des changements ;
- le jeu de rôle est au centre de l'approche. Quand Moreno parle de « d'entraînement à la spontanéité » et de rééducation (Mérineau, 1990, p.194), la Gestalt thérapie parle de soutien interne à la base du contact (Perls, 2001, pp 81-89).
- le client peut jouer autant son propre rôle que celui des autres personnages, parties de lui avec lesquelles il est en conflit. Pour Perls cependant, il est important que le client joue lui-même ses propres parties adverses ou ignorées.
- le travail en groupe apporte une dimension guérisseuse par son caractère cathartique entre autres, dimension inexistante dans la thérapie individuelle.

Postulats théoriques sur les rêves en Gestalt-thérapie

Le rêve a pour fonction l'intégration et la différenciation du psychisme humain. Comme dans la perspective jungienne, on le voit également comme un processus d'auto-guérison. Il sert à compléter les situations inachevées, vise à intégrer les polarités dichotomisées et à mettre en relief les parties de soi qui sont dans l'ombre ou demeurées ignorées. Perls trouve que la principale névrose de l'être humain consiste à se fuir soi-même ; le rêve offre sous forme de projections multiples ce que la personne éveillée veut ignorer d'elle-même.

Quelques énoncés résumant assez bien la théorie gestaltiste sur le rêve. Toutes les parties du rêve (personnages, objets, atmosphères, couleurs) sont des parties de soi. Nos rêves sont nous. Ils ne font pas que nous appartenir, ils sont ce que nous sommes dans notre totalité. Nous avons de nombreux nous que nous révèlent nos rêves (Downing, p. 8). Comme ils sont le reflet de nous-mêmes, on peut énoncer les affirmations suivantes :

- « Si vos rêves vous intéressent, c'est que vous vous intéressez à vous ; s'ils ne vous intéressent pas, c'est que vous ne vous intéressez pas à vous. » (Downing, 1973, p. 14) ;
- « Les personnes qui refusent de prendre leurs rêves en considération sont des personnes qui refusent de faire face à leur existence. » (Fantz, 1987, p. 194) ;
- nous sommes les décodeurs principaux de nos rêves ;

En Gestalt, nous sommes plus intéressés à l'expérience et à la découverte qu'à la compréhension, c'est-à-dire, à l'explication par les symboles.

- le rêve peut être vu comme une attaque directe à la non-existence du rêveur (R. Fantz, 1987, p. 194) ;
- l'objectif thérapeutique consiste à rendre le rêve vivant. À nous rendre plus vivants en agissant nos rêves ;
- il consiste également à libérer les parties inconnues, ennemies, frustrées de nous ; ces parties sont des parties vitales qui nous permettent d'entrer en contact avec plusieurs nous.

Ces parties vitales se présentent sous forme de vides, de trous ; ce sont des parties en conflit qui bloquent le processus d'intégration et de changement perpétuel qui se déroule chez nous comme êtres vivants. Ces trous présentent un portrait des besoins qui n'ont pas été satisfaits et ils referont surface aussi longtemps qu'ils auront été ignorés. Ils représentent également les polarités dans l'ombre ou les systèmes de soutien que nous possédons mais que nous ignorons.

Dans le premier rêve de Martha, la patiente dont nous parlerons plus loin, elle rêve qu'elle est perchée sur un balcon fragile et chancelant. On peut remarquer immédiatement que ce balcon est certainement accroché à la maison dont il fait partie. Quelles sont ces poutres qui soutiennent ce balcon et que Martha ignore dans ce rêve ? En d'autres mots, quelles sont ces parties d'elle-même dont Martha ignore la solidité ?

Perls affirmait que tout, dans un rêve (les difficultés existentielles, les parties qui manquent et qui limitent aussi bien que les parties pleinement intégrées) représentent le Self en miroir. Le rêve incor-

pore les parties saines, acceptées de nous en même temps que celles que nous rejetons. La mise en action est la principale voie, sinon la seule, qui permet une véritable identification avec les parties aliénées. C'est ce que l'on appelle en Gestalt-thérapie la réappropriation. Elle est de beaucoup supérieure à l'explication purement verbale.

Pour Freud, le rêve était une fenêtre sur l'inconscient; pour la Gestalt, le rêve est une fenêtre sur ce qui n'est pas intégré. Selon Perls (1969, p. 147): «on croyait regarder dans une fenêtre et on découvre que c'est dans un miroir que l'on regardait». Alors que pour lui, les diverses parties sont des projections que le rêveur doit s'approprier, Isadore From voit surtout le rêve comme un processus réflexif, comme le langage que le rêveur se tient à lui-même (Rosenberg, 1978). Les rêves que le client fait avant ou après ses sessions de thérapie servent ainsi de balises pour le travail accompli ou à accomplir; ils sont un indice que le processus thérapeutique se déroule de façon continue.

Quelques notes sur la métaphore et le rêve éveillé

R. Fantz (1983) écrit que la métaphore est un organe de perception. C'est une façon d'appréhender la réalité qui utilise la partie intuitive de notre cerveau et qui, en fait, permet de comprendre plus que nous ne pouvons le faire à première vue. C'est le processus primaire dont parlait Freud. Comme nous sommes de culture logique, nous avons besoin de traduire ces aperceptions en mots, de mettre un mot sur ce dont nous avons eu l'intuition. De plus, l'usage de la métaphore est extrêmement riche pour nos clients, pour notre compréhension de leur dynamique et pour notre contact avec eux.

Une métaphore exprime en raccourci une idée ou une perception plus forte que ce que l'on perçoit à prime abord. Elle permet de rallier des perceptions parce qu'elle offre un matériel plus ouvert qui relie et englobe.

On peut utiliser de façon thérapeutique la métaphore au cours d'un processus de groupe. Ces métaphores de tous et chacun contribuent à fournir une gestalt qui augmente l'*awareness* de ce qui se passe, rehausse le niveau d'énergie et fait ainsi rebondir le processus. De façon saisissante et vive, elles informent sur ce qui se passe.

À titre d'illustration, voici quelques-unes des métaphores de participants auxquels on demande de former une image qui décrirait leur perception du groupe: une ruche d'abeilles, une lumière qui éclaire le ciel, une rivière qui chante et scintille. Ces trois métaphores donnent déjà assez clairement une idée de l'atmosphère du groupe

à ce moment-là. Puis nous entendons : quelque chose de sirupeux comme du sirop d'érable, une boîte de sardines... Voilà qui donne une nouvelle perspective à ce groupe. Il y a de la lumière et de l'énergie, mais attention à l'excès de confluence !

La métaphore est également un instrument pédagogique astucieux dans la supervision des thérapeutes qui s'initient au travail avec les couples. Elle permet de mettre au premier plan le système, de voir plus clairement cette troisième entité qui est autre chose et plus que les deux individus en présence. Si, en écoutant un couple parler de ses problèmes, vous avez des images de pluie qui tombe tout doucement sur un toit de maison, votre diagnostic sur les problèmes de ce couple sera différent de celui où les images qui vous viennent sont celles d'un torrent qui déferle dans un ravin.

Le rêve éveillé constitue une des nombreuses fonctions auto-régulatrices du psychisme. Ce qui nous manque apparaîtra spontanément dans nos rêves éveillés. Une personne qui a faim rêvassera de plats de nourriture abondante, de mets succulents. Il est donc un excellent révélateur des besoins insatisfaits que nous avons. En psychothérapie, il peut être utilisé pour aider une personne à découvrir non seulement ses besoins présents, mais ses polarités inexplorées.

Un client se disait épuisé et vaguement déprimé. Tout, autour de lui, semblait mal aller. Il ressentait des tremblements dans ses membres, il était découragé. On l'invite à imaginer une situation idéale, où il choisirait de se retrouver. Après de multiples exhortations, dans un premier temps, à se centrer (il est très agité), ensuite à choisir une situation idéale pour lui en lui rappelant que ce n'est qu'en imagination, il se voit enfin dans un coquet petit restaurant en train de déguster un succulent repas en agréable compagnie.

Ce bref rêve éveillé lui permet de mettre le doigt sur certains de ses besoins : nourriture, intimité et temps, sans autre obligation que d'être présent à lui-même et à un être cher ; il permet aussi de souligner des polarités inexplorées dans son vécu actuel. Il se sent maintenant plus calme et plus vivant et commence à entrevoir de nouvelles perspectives sur sa vie. Le rêve peut permettre de réorganiser sa vie, de préparer le futur. Pérls disait du rêve éveillé qu'il contribuait à guérir, à rendre la vie plus harmonieuse quand cette dernière était difficile. Lui qui avait connu les horreurs de la Première Guerre mondiale sur les champs de bataille comme jeune médecin, et qui en avait beaucoup souffert, parlait sans doute en connaissance de cause (Gaines, 1979).

LE RÊVE SUIVANT LA PSYCHOLOGIE ANALYTIQUE DE C. G. JUNG

Les origines de C.G. Jung

Dès la première phrase de son autobiographie, Jung écrit : « Ma vie est l'histoire d'un inconscient qui a accompli sa réalisation. » Âgé de 88 ans, il précise (1973, p. 21) : « J'ai entrepris de raconter le mythe de ma vie. » D'origine allemande par ses ancêtres, Jung est né (en 1875) et décédé (en 1961) en Suisse. Son grand-père paternel, qui se nommait C. G. Jung comme lui, était un médecin chirurgien qui fut illustre dans le développement de la médecine suisse. À cause de troubles politiques en Allemagne, il avait dû s'exiler vers Paris dans un premier temps pour finalement obtenir un poste de professeur de médecine à Bâle, en 1821. Une légende veut que ce grand-père soit le fils illégitime de Goethe, légende qui laissait Jung ambivalent. D'une part, il en parlait avec une certaine complaisance et d'autre part, il lui arrivait de la trouver fâcheuse. Rien ne permet cependant, d'après les biographes, d'en vérifier l'authenticité.

C. G. Jung (le fils) était psychiatre et psychologue. Son grand-père maternel, ses oncles et son père étaient pasteurs. Il est né dans un presbytère et a vécu dans un environnement religieux où l'on parlait beaucoup de la Bible et de conversions religieuses. Comme il était un garçon curieux et tourmenté, il lisait tout ce qu'il pouvait trouver dans la bibliothèque paternelle sur Dieu, la Trinité, l'esprit, la conscience. Cette atmosphère de sermons et de foi qu'il finit par trouver servile, le fit opter pour la raison et pour la nécessité d'utiliser la pensée et de développer un sens critique.

Le choix d'une carrière

Au moment de choisir une orientation, Jung hésitait car son premier choix aurait été l'archéologie : il était fasciné par la mythologie égyptienne et babylonienne entre autres, mais sa famille, de condition matérielle modeste, ne pouvait lui permettre de telles études. Il hésitait donc entre les sciences naturelles, la philosophie, et même la théologie. Ses oncles croyaient qu'il se dirigerait vers cette dernière profession et son père fut sans doute déçu de le voir opter pour autre chose. Un jour, il comprit que son père était la proie de l'Église et de sa pensée théologique, pensée qui encourageait l'obéissance servile à des croyances et condamnait toute tentative de réflexion critique personnelle.

Fait à noter, ce sont, écrit-il, deux rêves qu'il fit à cette époque qui ont apporté la réponse à toutes ses hésitations. Ces deux rêves

lui ont fait comprendre que l'étude des sciences naturelles était la voie qu'il devait suivre.

Il opte pour la médecine et devient psychiatre. Dans le service où il travaille comme jeune psychiatre à Zurich, il constate que l'on se préoccupe des symptômes « et pas du tout de l'être humain qui souffre de ces symptômes ». La lecture des recherches de Freud sur la psychologie de l'hystérie et des rêves, ainsi que la technique de l'association préconisée par Freud, lui ouvrent la voie. Il découvre que chaque patient a une histoire, un secret, et qu'il faut écouter ce que ce patient a à révéler.

Rencontre avec Freud

Jung est amené à vérifier dans sa pratique clinique l'existence du concept de refoulement énoncé par Freud. Les faits observés corroborent la théorie freudienne du refoulement. Cependant, autant Jung est d'accord avec la théorie du refoulement, autant il est en désaccord avec le contenu du refoulement qui, pour Freud, ne peut être que sexuel. Dans l'expérience clinique de Jung, la sexualité ne jouait qu'un rôle secondaire dans le contenu des associations et des rêves de ses patients; l'adaptation sociale, l'oppression par des circonstances tragiques de la vie, les exigences du prestige... tous ces contenus pouvaient être révélateurs des drames parfois refoulés des patients.

Alors âgé de 32 ans, Jung envoie *Psychologie de la démence précoce* à Freud qui, en retour, l'invite à venir le rencontrer à Vienne en 1907. Ils discutent sans arrêt pendant treize heures. Jung est impressionné par l'intelligence et l'envergure de Freud, qui a 51 ans et qui prétend qu'il est encore trop jeune pour comprendre que la théorie du refoulement sexuel explique tout. Jung lui rétorque que cette théorie détruit toute civilisation. Toute œuvre d'art qui manifesterait un tant soit peu quelque spiritualité ne serait que la manifestation d'une sexualité refoulée, d'une psycho-sexualité refoulée. Freud le lui confirme (Jung, 1973, p. 177) : « Oui, il s'agit d'une malédiction du destin en face de laquelle nous sommes impuissants. »

Deux ans plus tard, les deux hommes sont invités, quoique par des sources différentes, à venir donner des conférences aux États-Unis sur les résultats du processus d'association. Ils décident de partir ensemble et Ferenczi est du voyage. En hommes de recherche qu'ils sont, ils conviennent de se raconter leurs rêves et de se les interpréter réciproquement. C'est pendant ce voyage de sept semaines qu'il devient de plus en plus évident pour Jung que certains points théoriques ne peuvent plus être abordés avec Freud.

Au cours de ce voyage, Jung fait des rêves dont il se sent obligé de cacher une partie à Freud. Un rêve, entre autres, où il se retrouve en dessous d'un sous-sol dans une grotte rocheuse. Dans l'épaisse poussière qui recouvre le sol gisent des ossements, des débris de vases, sortes de vestiges d'une civilisation primitive. « Je découvris deux crânes humains, probablement très vieux, à moitié désagrégés. » Pour Jung, c'est le monde de l'homme primitif, les restes d'une civilisation primitive. Ce rêve se déroule sur plusieurs étages : un premier étage, un rez-de-chaussée, un sous-sol, puis cette grotte cachée sous une pierre.

Pour Jung, ce rêve remonte, de toute évidence, jusqu'aux bases de l'histoire des civilisations, qui est une histoire de stades successifs de la conscience. Ce rêve le met sur une piste qu'il devait explorer tout le reste de sa vie. C'est lors de ce voyage qu'il fait l'hypothèse de l'inconscient collectif (Jung, 1973, p.186).

Le seul intérêt de Freud pour ce rêve, par contre, concerne les deux crânes humains. L'aspect historique, anthropologique et archéologique ne l'intéresse pas du tout, pas plus que l'histoire de l'évolution de la conscience à travers les âges. Il émet l'hypothèse que ces deux crânes symbolisent le désir de mort que Jung entretenait à son sujet. Ce dernier raconte qu'il ment alors à Freud dans ses associations sur le rêve.

Pendant longtemps ensuite, il hésita à dévoiler ce qu'il concevait, sachant que ses découvertes et hypothèses lui coûteraient son amitié avec Freud. La publication d'un chapitre portant sur le Sacrifice constitua la rupture définitive avec Freud, rupture dont il dit avoir beaucoup souffert. De son côté, Freud avait vu dans le jeune Jung un disciple dont le génie pourrait lui succéder, mais la condition en était, cependant, que le disciple reste entièrement fidèle aux théories du Maître.

La théorie de C. G. Jung sur la psychologie des rêves (1974)

Il est opportun d'énoncer, tout d'abord, quelques principes sur la posture thérapeutique de base de Jung dans l'analyse des rêves.

- Il est impossible de découvrir la signification d'un rêve sans la collaboration du rêveur. Comme il n'y a pas de signification symbolique universelle, il faut les associations du rêveur, la compréhension de son expérience pour interpréter les symboles du rêve.
- Il faut, en plus, beaucoup de tact pour ne pas violer l'intimité du rêveur.

- Il faut l'intelligence du cœur (en français dans le texte).
- La première attitude à avoir consiste à se dire qu'on ne sait rien, et ceci même si on a beaucoup d'expérience et de connaissances; il faut admettre son ignorance et se préparer à l'observation de quelque chose d'inattendu, de nouveau et de surprenant (en Gestalt, notre posture d'indifférence créatrice et notre approche phénoménologique).
- Il faut beaucoup de connaissance du monde (i.e. de la mythologie, des archétypes, etc.) et de l'être humain.

L'interprétation des rêves selon Jung

- Les interprétations stéréotypées (les dictionnaires de significations mécaniques) sont à éviter.
- La compréhension du contexte du rêveur est essentielle. Il y a le niveau objectif et le niveau subjectif.
- Chaque partie du rêve représente un aspect de la psyché. Parfois cependant, des éléments peuvent être associés au contexte extérieur du rêveur. À ce propos, Jung donne l'exemple des rêves d'un patient qui souffrait depuis quelque temps de symptômes compulsifs et d'anxiété. Ce patient se disait un heureux fiancé, mais il faisait à répétition des rêves dans lesquels sa fiancée avait toujours des rôles sordides. Après de nombreuses exhortations de la part de Jung pour que ce patient fasse quelques investigations sur la vie de cette fiancée, le jeune homme découvrit qu'en fait, cette fiancée menait une vie douteuse. Le rêveur découvrit enfin ce qui le perturbait vraiment et ses symptômes disparurent.
- Les mots, les objets du récit d'un rêve peuvent avoir plusieurs significations. Souvent, les clients arrivent avec leur propre interprétation des objets de leurs rêves. Ainsi, par exemple, un de mes clients voyait souvent un couteau dans ses rêves. Comme il avait suivi une longue psychanalyse freudienne, il avait son interprétation toute faite de la signification de ce couteau. Cependant, nos échanges ainsi que le contexte de sa vie et l'ensemble de ses rêves, parlaient plutôt de la fonction d'un couteau comme séparant, tranchant, établissant des différences, des frontières dans sa vie. Cela n'avait aucune signification hostile ou destructrice, mais plutôt une signification de transition, de coupure avec un passé qui lui avait été cher, mais qui n'avait plus sa raison d'être et dont il devait faire le deuil. Comme ce deuil était très difficile à faire, le couteau revenait comme message récurrent dans ses rêves.

La fonction du rêve dans le psychisme humain

Le rêve est la façon la plus manifeste et courante de l'expression de l'Inconscient ; à ce titre, il est une source très riche et privilégiée d'exploration de ce dernier. Un rêve ne vous dit jamais ce que vous savez déjà. Il vous présente la situation intérieure telle qu'elle est et non pas telle qu'on la souhaiterait. Il prend soin des points aveugles. C'est comme essayer de voir son propre dos. Même notre visage, nous ne le voyons jamais. C'est pourquoi on a besoin de quelqu'un d'autre pour nous dire ce qui en est.

Pour Jung, l'approche au rêve donne accès à une forme d'intelligence à la fois supérieure et archaïque. Le rêve présente une réalité objective, extérieure et intérieure qui corrige nos distorsions et points aveugles. Contrairement à la théorie freudienne, la théorie de Jung ne le voit pas comme un résultat de pathologie ou de répression. L'apparence illogique du rêve n'est pas due à une censure de pulsions inacceptables : elle est l'expression de strates psychiques pré-conceptuelles qui opèrent sous forme d'images plutôt que de pensées. Le rêve n'est pas une formation pathologique de symptômes, mais possède une fonction de guérison et d'équilibre. Il est une expression directe de l'Inconscient, qui a besoin d'être traduite d'images à concepts, mais il ne cache rien (Whitmont, 1987).

Conscient/Inconscient selon C. G. Jung

Pour Jung, l'Inconscient est autonome, c'est-à-dire qu'il s'exprime indépendamment du vouloir du rêveur et de son univers conscient, indépendamment du Moi. La psyché est faite de nombreux complexes. Ce sont les moteurs, les centres d'énergie du psychisme. Sans ces complexes, nous serions morts. C'est ce qui éveille notre intérêt, notre passion dans la vie, ce qui nous mobilise. Il s'agit d'un concept qui a un sens positif, mais on peut parler de complexes négatifs, i.e. d'énergie mobilisée inutilement et trop intensément à la même place ; autrement dit, une énergie qui tourne en rond.

La composition de l'Inconscient

L'Inconscient est composé de quatre éléments (ou aspects ou figures) : l'ombre, l'anima, l'animus et le Soi.

- **L'ombre** : Elle est, la plupart du temps, représentée dans les rêves par une figure du même sexe qui possède des traits opposés au Moi du rêveur. Cette ombre peut représenter une partie négative, non avouée de la personnalité, mais aussi une partie complémentaire. Si on se réfère au concept de polarités

en Gestalt, on peut comprendre en quoi consiste l'ombre selon Jung.

- **L'anima** : C'est la figure complémentaire chez l'homme, représentée par des figures féminines. Dans sa forme positive, elle représentera chez lui la réceptivité, la capacité d'être à l'écoute, de suivre son intuition. Dans sa forme négative, elle représentera chez lui la passivité, une forme de vanité de style féminin ; dans les rêves, elle se présentera sous forme de chaînes, de vampires, ou d'animaux qui enveloppent, empoisonnent.
- **L'animus** : C'est la figure complémentaire chez la femme, représentée sous la forme d'hommes. Dans sa forme positive, elle représente chez la femme la détermination, la capacité de passer à l'action ; dans sa forme négative, elle se présentera sous forme carrée, de manque de nuance, de brusquerie, et, dans les rêves, parfois sous forme de figures masculines destructrices.
- **Le Soi (Self)** : C'est le centre du psychisme, le cœur de notre être. Dans les rêves, il se présentera sous forme de cercles, de mandalas, de figures géométriques abstraites. Pour Jung, le Self, c'est le supranaturel, l'inconnu, le centre divin de la psyché que nous aurons à explorer toute notre vie. Personne ne peut connaître ce que ce centre est ou veut. Il n'y a que via les rêves que nous pouvons le lire.

En somme, nos rêves sont les lettres que le Self nous écrit chaque nuit. Il nous indique le chemin, dit quelle direction prendre. C'est ce vieux sage qui vit au fond de nous et que nous avons intérêt à écouter. On pourrait dire qu'il a un projet pour nous. Si on regarde rétrospectivement le tracé de notre vie, on peut y déceler un *pattern*, un plan, le tracé en somme de notre destinée. Ce tracé se retrouve dans ce que Jung appelle les grands rêves.

Relations conscient/inconscient et rêve

En vertu d'un principe auto-régulateur, l'Inconscient s'exprime chez la majorité des humains surtout dans leurs rêves ; il présente souvent des figures étranges, qui risquent de faire peur parce que bizarres, mais qui remplissent une fonction nécessaire et compensatoire pour l'équilibre psychique.

L'Inconscient est, pour Jung, cet homme intérieur, cette source primale créatrice qui est notre lien avec l'univers. Il est notre guide, il est plus intelligent que nous, nous dépasse, et nous ne pouvons pas toujours le comprendre. Il se dérobe à notre logique, non par

malice ou résistance, mais parce que notre cerveau conscient est trop limité pour vraiment le comprendre. Sa principale manifestation est, comme nous l'avons déjà mentionné, via les rêves. Il explique (1973, p. 189) :

Pour moi, les rêves sont comme la nature : cette dernière ne recèle pas la moindre intention trompeuse et dit ce qu'elle a à dire aussi bien qu'elle le peut, comme le fait une plante qui pousse ou un animal qui cherche sa pâture. Les yeux non plus ne cherchent pas à tromper : peut-être est-ce nous qui nous trompons parce que nous sommes myopes ! Ou bien entendons-nous mal parce que nos oreilles sont légèrement sourdes, mais ce ne sont pas nos oreilles qui veulent nous tromper... Je n'avais aucune raison de supposer que les ruses de la conscience s'étendissent au processus naturel de l'Inconscient. Au contraire, l'expérience m'apprit avec quelle résistance acharnée l'Inconscient s'oppose aux tendances du conscient.

Jung distingue deux couches à l'Inconscient. La première contient les complexes personnels, les mémoires et les contenus réprimés. La deuxième couche est ce qu'il a appelé l'Inconscient collectif, qui possède une même structure, les mêmes pensées, émotions, images, etc. chez tous les humains. Les grands rêves appartiennent à cette couche. Ce sont les rêves archétypaux. Les archétypes sont ces prédispositions innées ou types de comportements mentaux communs à l'espèce humaine.

Jung encourage les rêveurs à peindre leurs rêves, à en faire de la poésie, et même de la musique si la chose est possible. Il encourage évidemment à les écrire. Il y a les petits et les grands rêves. Les premiers n'ont d'autre fonction que de nettoyer, *processer* le quotidien. Les grands rêves sont d'une importance capitale. Ce sont ceux dans lesquels on trouve des images mythiques, des figures emblématiques comme le sont souvent les animaux, les événements cosmiques, ou autres. Ce sont ceux que l'on fait dans les périodes difficiles, dans les périodes de transition, dans les grandes épreuves, ceux dont on se souvient parfois toute la vie. Ils sont nos guides et Jung les utilisait pour orienter ses intérêts dans la vie, car de les suivre nous mène à ce qu'il appelle l'individuation.

Une cliente qui avait eu une vie très difficile, une enfance carencée, ne voyait sa vie et ses relations interpersonnelles que sous des couleurs sombres et dramatiques ; ses plaintes et récriminations avaient été plus que légitimes pendant toute une phase de la thérapie. Puis, alors qu'elle persistait dans ses gémissements, elle se mit à rêver qu'une fleur se cachait sous un tas de fumier.

Pour Jung, un rêve est comme un cristal que l'on conserve et examine sous tous ses angles pour en découvrir toutes les facettes à la lumière. Il est aussi le guide guérisseur que l'Inconscient possède.

La fonction compensatoire du rêve

Jung utilise le terme *compensation* pour parler de la fonction auto-régulatrice du rêve. Le rêve assure une fonction d'équilibre au psychisme; il offre au rêveur des perspectives différentes de celles que son univers conscient lui présente. Cette fonction compensatoire est particulièrement importante à observer dans le contexte d'une thérapie à long terme. On découvre alors que les éléments à première vue disparates que les différents rêves présentent forment un ensemble intégré (une gestalt) au service de la guérison du rêveur.

L'amplification est un autre terme que Jung utilise pour parler de ces associations, images et pensées qu'avec le temps, on peut ajouter à ce qui s'appelle un grand rêve. L'amplification enrichit l'image du rêve par les liens que l'on peut faire avec la mythologie, les contes de fée, l'art, la littérature.

Les niveaux objectif et subjectif

On peut interpréter un rêve à son niveau objectif ou subjectif en fonction du jugement clinique du moment. Le niveau objectif reflète une réalité extérieure ou comportementale. Le niveau subjectif s'adresse à la dimension intra-psychique. Si un client rêve qu'il brûle les feux rouges et qu'il ignore les indications routières, on peut décoder qu'il se met en danger par ses attitudes risquées. À un niveau intra-psychique, cela peut indiquer une personne qui a peu de considération pour ce qui ne sert pas les intérêts d'un Moi hypertrophié. Cette ignorance de la circulation interpersonnelle et intérieure présente un danger d'accidents somatiques ou de dépression. Habituellement, on analyse le premier niveau dans un premier temps et le deuxième ensuite.

La structure du rêve (Whitmont, 1987, p. 53 et suivantes)

Dans la psychologie jungienne, le rêve s'envisage comme une dramatique. Il possède successivement:

- un commencement, une introduction, une exposition. Généralement, la première phrase donne le cadre et introduit les principaux caractères;
- un déroulement, ou crise, où les péripéties ont lieu; c'est le titre, si l'on peut dire, à donner au rêve. C'est l'identification du problème et la manière dont le patient s'y prend pour transiger avec le dilemme. C'est là où le fait de donner un titre à son rêve peut aider à cerner la nature du conflit présenté (Hamel, 1993);

- un dénouement, ou lyse, c'est-à-dire une transformation, dissolution, dans laquelle se trouve souvent la solution, la réponse de l'Inconscient. S'il n'y a pas de réponse, c'est que l'Inconscient n'est pas prêt à donner la réponse. Si vous vous réveillez en pleurant, voilà la réponse. Autrement dit, vous aviez peut-être besoin de pleurer, mais vous ne le saviez pas.

On peut dire que la phase des péripéties réfère à la situation actuelle alors que la lysis ou dénouement réfère au futur.

Les symboles sexuels

Ils sont comme des formes archétypales (mythologiques, religieuses) d'expression de l'énergie. Les polarités mâle/femelle, le Yin et le Yang des philosophies orientales ont toujours été les symboles utilisés pour décrire des formes d'énergie. Le Yang, polarité mâle, est décrite comme active, agressive, analytique, abstraite. Elle est représentée dans les rêves et les arts par des symboles comme l'épée, le fusil, la tour, l'aigle, les éclairs et le tonnerre. Le Yin, polarité femelle, est concrétisée par les antres, les caves, les nacelles, les chats, la terre, etc.

Le transfert

Au niveau objectif, les rêves au sujet du thérapeute peuvent être vus comme une expression de sentiments refoulés pour le thérapeute. Au niveau subjectif, ils peuvent représenter le thérapeute « à l'intérieur » de la personne en thérapie. Les rêves que le thérapeute fait au sujet d'un client sont révélateurs de la relation thérapeutique sous-jacente et peuvent fournir des indices précieux au sujet des demandes implicites ou inconscientes du client vis-à-vis du thérapeute.

Je me souviens de ma première cliente en thérapie. Plus âgée que moi, d'une taille imposante, elle avait des enfants plus âgés que les miens. Il n'est pas faux de dire que je devais me sentir bien petite par rapport à la situation. Une nuit, j'ai rêvé que ma cliente était un bébé d'environ six mois et que j'avais à prendre soin d'elle. Ce rêve, assez saisissant, m'indiquait clairement que cette personne avait besoin de moi et à quel niveau.

Le rêve de Martha : illustration des deux approches

La façon la plus stimulante d'illustrer les affinités et complémentarités entre la Gestalt-thérapie et la Psychologie analytique jungienne dans leur analyse du rêve semble de présenter un rêve de Martha, fait après deux mois d'analyse. Ce rêve est tiré du livre *Dream Interpretation: A Comparative Study* (1987), où différentes Écoles offrent leur interprétation des mêmes rêves (qui sont au nombre de six). Nous présentons

ici la traduction française du premier rêve, suivi d'un résumé des commentaires de R. Fantz, thérapeute gestaltiste, et E. C. Whitmont, analyste jungien.

Martha (33 ans, célibataire, d'une famille juive, secrétaire exécutive, en analyse depuis deux mois) vient en consultation parce qu'elle a l'impression de ne pas contrôler sa vie. « Je ne semble pas capable de prendre des décisions et quand j'en prends, je ne donne pas suite et je n'ai pas l'énergie d'accomplir ce que je veux. » Elle dit avoir désespérément besoin d'aide. Elle a perdu son emploi d'éditeur quatre mois auparavant et elle trouve pénible de chercher un autre emploi. Elle poursuit également des études à temps partiel, mais dit ne pas se sentir sûre d'elle; elle souffre de beaucoup d'anxiété. Elle parle avec honte et pleurs de ses accès de gourmandise, avouant que, lorsqu'elle est trop anxieuse, elle se dirige vers le réfrigérateur. Ce problème alimentaire lui semble sans issue; elle se juge très négativement et se sent impuissante à le régler.

Rêve 1 apporté dans le deuxième mois d'analyse à deux fois par semaine

J'étais assise sur un balcon peu solide et chancelant. Tout le monde était habillé en costumes d'époque avec pantalons et robes longues. J'étais à l'opposé de ce que j'ai l'air. (Martha est obèse depuis son enfance, comme sa sœur et sa mère). J'étais longue et mince comme Katharine Hepburn, mais pas spécialement jolie. Je regardais en bas et je voyais des explosions et des écrans de fumée. Je regardais tout cela à partir du balcon. Il y avait des personnes qui sautaient en bas du balcon et tombaient dans les explosifs. J'ai averti une personne de ne pas sauter car cela semblait dangereux, mais elle ne m'a pas écoutée.

Je suis restée assise sur cette chaise pendant vingt ans. Quand je me suis décidée à descendre, j'avais 50 ans et toute cette activité était terminée. Je n'avais aucune émotion, et quand je suis descendue, j'ai regardé tout cela à distance. Quand je suis descendue, il fallait que je me sorte de cette chaise qui était sur un balcon fragile et chancelant. J'avais besoin d'aide pour sortir de cette chaise. Tout le monde semblait jeune et j'étais vue comme une personne âgée.

Un jeune homme portant un blouson sport ressemblant à celui que vous portez en ce moment (elle fait référence à celui du thérapeute) vint gracieusement me tendre la main. Il m'aida à sauter. Je pouvais le faire car 50 ans, ce n'est pas si vieux. Je portais une robe de mariée. Mon mari (Martha est célibataire) était parti. Le Premier Ministre grimpa et me demanda en mariage, mais j'ai refusé.

Je marchais maintenant sur la rue avec d'autres personnes. Ma robe de mariée m'apparaissait démodée, alors je l'ai coupée pour la raccourcir. Les gens étaient gentils et amicaux. Je me suis informée des enfants et des maris, mais ils étaient tous morts. Ils avaient des petits-enfants et des nièces et cela me plut.

Edward C. Whitmong, analyste jungien

Un premier rêve offre généralement une vue d'ensemble sur le diagnostic et le pronostic par rapport au problème présenté. La phase du rêve appelée développement, ou crise, éclaire sur la nature des dilemmes. Le rêve fournit également des indices quant aux attitudes à adopter pour la démarche thérapeutique.

Le rêve de Martha se présente avec une image de la rêveuse comme « élevée » et isolée, dans une position « chancelante et étroite », regardant « d'en haut » un monde qu'elle perçoit comme extrêmement dangereux ; en d'autres mots, regardant de haut une vie qu'elle perçoit comme explosive et dangereuse alors que la position intérieure est instable, voire fragile, ceci vraisemblablement dû à une identification idéalisée de Soi et à des idéaux irréalistes.

Par ailleurs, inconsciemment et en dépit d'elle-même, il y a un désir de s'impliquer ; divers éléments de sa libido font montre d'explosivité (les gens qui sautent en bas du balcon et courent vers l'explosion). Si ceci ne devient pas conscient (via la thérapie) et contrôlé volontairement, elle pourrait, de façon inconsciente et compulsive, être sujette à des explosions.

La robe d'époque réfère sans doute à une vision romantique, mais d'un niveau d'adaptation anachronique. Les vêtements, les costumes ou les uniformes que l'on porte (la « persona » en termes jungiens) constituent les façons de se présenter au monde tout autant que de s'en protéger. À partir des rêves subséquents, il faudra voir si cette adaptation ne représente pas un code moral dépassé de comportements sexuels. Le thérapeute devra faire préciser à quelle période exactement ces vêtements se rattachent. Également, plus d'information sur ce qui l'impressionne exactement chez Katharine Hepburn.

Sa position de passivité depuis les vingt dernières années requiert des associations avec le chiffre 20. Quels furent les événements intérieurs ou extérieurs qui furent marquants lorsqu'elle avait 20 ans ou qui datent de vingt années ? Cela permettrait d'éliciter des événements traumatiques qui conditionnent son détachement actuel ou encore des attentes de cette époque qui sont encore actives et expliquent son détachement.

Pour elle, 50 ans est un âge privilégié et toute action est terminée lorsqu'elle descend finalement en bas. Cela implique qu'elle s'attend à un sort privilégié avec peu de responsabilités et d'implications dans la bataille pour la vie comme condition préalable et sans risque à un engagement de sa part. Ses conditions d'implication font en sorte qu'elle n'est plus dans le jeu. Il y a plein de contes de fées et de légendes du jeune qui se laisse séduire par le chant d'une sirène qui l'attire dans un monde enchanté (Lorelei qui attirait les marins) et qui racontent que lorsqu'il retourne sur sa terre natale, il est devenu un vieillard ; tout son monde est disparu après ce qui lui semblait un court séjour. Personne ne le reconnaît, le monde où il revient lui est étranger. Il ne cadre plus.

Le motif archétypal appartient à un thème général du genre humain. Ici, une tentation et ses dangers sont présentés.

Si et quand elle se lève enfin de sa chaise, elle a besoin de l'aide de la thérapie. Le fait que ce thérapeute est habillé en vêtements contemporains indique son besoin que ce dernier la ramène dans la vie actuelle.

Les thèmes du mariage et du Premier Ministre ont besoin d'associations supplémentaires. Que trouve-t-elle de si dangereux au mariage ? Probablement la nécessité d'une implication émotive, mais aussi peut-être dans son cas, une menace à son code démodé de morale. Le mariage, union des opposés, est un des plus vieux symboles du processus d'individuation, celui de devenir une personne entière. J'interpréterais ce sujet à un niveau archétypal, mais aussi au niveau de la réalité objective à cause de la proposition du Premier Ministre. Ce dernier est l'équivalent du Prince Charmant ou du Roi des contes de fées, une figure prestigieuse.

Au niveau de la réalité objective, cela représenterait des attentes irréalistes au sujet du mariage comme si celui-ci pouvait offrir le prestige. Au niveau subjectif, cela révèle qu'elle est coincée avec une figure interne irréaliste, ici une figure de vedette et de prestige. Pour répondre à cette attente, elle devrait être du type Katharine Hepburn. Le prestigieux Premier Ministre est à l'opposé d'attentes réalistes (le mari ordinaire qui a quitté dans le rêve). Son refus de la proposition est de bon pronostic. Cela annonce un dénouement (lysis) plus prometteur. Elle se débrouille pour finalement descendre à terre, même si cela arrive un peu tard. Elle raccourcit sa robe de noce, c'est-à-dire coupe court à ses attentes exagérées, pompeuses et anachroniques et réussit ainsi une sorte d'adaptation.

Cependant, la lysis est ambiguë car il est « trop tard », l'implication étant qu'elle a raté quelque chose de sa propre génération. Il y

a une certaine réussite, mais quelque chose de vital semble perdu ou absent.

Interprétation de R. Fantz, thérapeute gestaltiste

Si l'on considère que ce premier rêve est révélateur de la façon dont Martha s'expérimente à son entrée en thérapie, et si on fait le postulat que chaque partie du rêve est une partie d'elle, on trouve dans ce rêve plusieurs éléments dignes de notre attention. On peut voir Martha peu sûre d'elle (fragile et chancelante), en désaccord avec son époque (costumes anciens), dissimulée plutôt qu'ouverte et transparente (portant pantalons et longues robes), et certainement peu synchronisée par rapport à son temps (la robe de mariée en étant un exemple).

Rien de tout cela n'est inconsistant avec sa façon de se présenter au thérapeute lors de son entrevue initiale. Si une personne se voit comme fragile et chancelante, il est vraisemblable qu'elle soit anxieuse et larmoyante. D'emblée, nous sommes en présence d'un « trou ». Martha rêve d'un balcon chancelant et fragile, mais elle ne rêve pas de piliers solides qui le supporteraient, ni d'une maison bien bâtie à laquelle les soliveaux du balcon seraient rivés. Où sont ses soutiens ? En a-t-elle déjà eus, et si oui, néglige-t-elle de les considérer ?

Dans le rêve, Martha se voit élancée et mince comme Katherine Hepburn, mais pas particulièrement attirante : à l'opposé de ce qu'elle a l'air. Une polarité intéressante à explorer. À mon point de vue, la présence de M^{me} Hepburn dans le rêve de Martha suggère un potentiel de compétence et d'affirmation en même temps qu'une difficulté à s'identifier à cette partie d'elle-même. Sa vision d'elle-même est celle d'une vieille femme, donc, retirée de l'action. En réalité, elle n'a que 33 ans et l'action dont elle s'est retirée est perçue comme explosive et dangereuse.

Il y a de multiples polarités à explorer dans le rêve de Martha. Son immobilisme par rapport à la situation explosive ; sa peur de l'explosion en même temps que son attrait pour celle-ci ; son impression que tout est fini par opposition à un sens de commencement (mariage) ; son sentiment d'être morte contrebalancé par quelque chose qui bourgeonne (les petits-enfants). Il y a constamment une oscillation entre restriction et expansion. Une véritable mine d'or à explorer.

Finalement, nous apprenons que dans l'esprit de Martha à ce stade-ci, l'âge vous met dans une situation privilégiée sans les responsabilités qui vont avec. Il est intéressant de noter que, dans sa façon démodée de s'habiller et avec son excès de poids, elle se débrouille

pour paraître plus âgée que 33 ans. Dans l'espoir, peut-être, de se laisser aller de façon plus ou moins responsable? Chose certaine, elle mange trop, ce qui fait que ce n'est pas de sa faute si elle n'est pas attirante.

CONCLUSION

Le rêve de Martha tel qu'expliqué par une thérapeute gestaltiste et un analyste jungien met en évidence la fascination que la démarche thérapeutique peut avoir pour l'univers onirique des clients qui entreprennent une psychothérapie; il illustre en même temps l'intérêt et la nécessité de recourir à ce mode de connaissance. Les commentaires des deux approches illustrent également les affinités qui existent entre la Gestalt thérapie et la Psychologie analytique de C. G. Jung.

Dès ce tout premier rêve, nous avons une présentation spectaculaire de la nature des conflits qui amènent Martha à consulter. Cette jeune femme est enfermée dans un monde intérieur d'introjections et de réflexions qui l'empêchent de se mobiliser pour vivre sa vie: pour la recherche d'un emploi, pour se construire une vie amoureuse en rapport avec ses souhaits, pour apprivoiser et canaliser toute l'énergie et la passion qu'elle contemple de loin et de haut. Elle est consciente de problèmes, mais en ignore autant les causes que toute l'importance vitale du message qui est livré dès ce premier rêve.

Comme les Grecs qui allaient consulter à Épidaure pour soigner leurs maux et qui trouvaient les remèdes dans les rêves que les prêtres leur décodaient, elle a besoin d'entendre ce sage qui repose à l'intérieur d'elle-même, mais dont elle ne connaît pas encore le langage. Comme les hommes de la caverne de Platon, elle ne voit que des ombres et elle a peur des explosions, inconsciente du feu qui l'habite, de cette merveilleuse énergie qu'elle possède et que la thérapie lui aidera à s'approprier.

Le rêve nous permet de nous regarder dans un miroir pour nous y découvrir. Tant pour Jung que pour Perls, il constitue un processus d'équilibre du psychisme, processus intégrateur et guérisseur. Il offre une ouverture sur soi (Perls) ou sur l'Inconscient (Jung), ce qui veut dire la même chose.

Les deux approches ne conçoivent pas de travailler un rêve sans la collaboration active du rêveur. La Gestalt-thérapie utilise des techniques issues du psychodrame alors que Jung encourage ses patients à écrire leurs rêves et ne construit un sens à un rêve qu'avec les associations du rêveur. Pour les deux, le rêve ouvre sur un univers infiniment plus grand que ce que le rêveur peut soupçonner.

Pour Jung, un rêve restait toujours ouvert à une nouvelle compréhension. Il avait cinquante ans lorsqu'une nouvelle compréhension d'un rêve d'enfance s'est présentée à lui par des lectures (Von Franz, 1985, p. 32). Perls, de son côté, avait découvert la puissance de l'agir musculaire par son analyse avec W. Reich (Ginger, 1994, p. 47) : « Sa géniale intuition lui avait fait pressentir ce que les recherches en neuroscience ont confirmé plus tard sur l'importance de l'hémisphère droit, en relation directe, via la voie perforante, avec les structures limbiques profondes sous-corticales où sont engrammées les émotions. »

Perls favorisait le travail de groupe, plus propice à la dimension théâtrale, cathartique et guérissante; par contre, Jung, par la lecture archétypale des rêves, donne accès à l'histoire de l'humanité, perspective qui peut être très guérissante également.

Au-delà de tout, ce que ces deux approches ont en commun, c'est surtout de nous faire apprécier l'univers merveilleux, quoique parfois effrayant, du rêve. Ce dernier est notre meilleur conseiller et il est de notre intérêt de nous faire un ami de cet étranger qui fait partie de nous.

De plus, cette perspective rejoint tout le courant de la pensée humaniste développé en psychologie depuis plus d'un demi-siècle.

Références

- Aristote. *La Vérité des songes : de la divination dans le sommeil*. Traduit du grec et présenté par Jackie Pigeaud (1995). Paris : Payot.
- Clarkson, P. & Mackewn, J. (1993). *Fritz Perls*. Londres : Sage Publication.
- Crabbé, J.-M. (2003). *Sommeil et rêves : psychique et physiologique, les deux faces de notre vie*. Paris : Ellébore.
- Downing, J. & Marmorstein, R. (1973). *Dreams and Nightmares. A Book of Gestalt Therapy Sessions*. N.Y: Perennial Library.
- Fantz, R. E. (1987). « Gestalt Approach (to dreams) ». In Fosshage et Loew, Eds: *Dream Interpretation: A comparative Study*.
- Fantz, R.E. (1983). « The Use of Metaphore and Fantasy as an Additional Exploration of Awareness ». *The Gestalt Journal*, vol. VI, n° 2.
- Fosshage, J.L. et Loew, C.A., Eds. (1997). *Dream Interpretation: A Comparative Study*. N.Y: PMA Publishing Corp.
- Gaines, J. (1979). *Fritz Perls; Here & Now*. Californie, Celestial Arts.
- Ginger, A. (1994). « Des parallèles divergentes : Perls et Moreno : deux frères ennemis ». *Gestalt*. Vol. 6.
- Hamel, J. (1993). *De l'autre côté du miroir : journal de croissance personnelle par le rêve et l'art*. Montréal : Éditions du Jour.

- Houston, J. (1982). *The Possible Human*. Los Angeles: J.P. Tarcher inc.
- Jung, C. G. (1952). *Psychologie de l'Inconscient*. Genève: Librairie de l'Université.
- Jung C. G. (1973). *Ma vie*. Paris: Gallimard.
- Jung, C. G. (1974). *Dreams*. Princeton: Princeton University Press.
- Marineau, R. (1990). *J. L. Moreno: Sa vie, son œuvre*. Montréal: Les Éditions Saint-Martin.
- Perls, F. S. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Moab, Utah: Real People Press.
- Perls, F. S. (1973). *The Gestalt Approach & Eye Witness to Therapy*. USA: Bantham Book.
- Perls, L. (2001). *Vivre à la frontière*. Bordeaux: L'exprimerie.
- Pegnamubia, P. (1994). «Fritz Perls et le théâtre». *Gestalt*. Vol. 6.
- Rosenfeld, E. (1978). «A Conversation with Isadore From». *The Gestalt Journal*. Automne, vol. 1, n° 2.
- Von Franz, M-L. (1984). *Les rêves et la mort*. Paris: Fayard.
- Von Franz, M-L. (1985). *Dreams: a Study of the Dreams of Jung, Descartes, Socrates, and Other Historical Figures*. Boston: Shambala Publications.
- Von Franz, M-L. (1985). *Rêves d'hier et d'aujourd'hui; de Thémistocles à Descartes et à C. G. Jung*. Paris: Albin Michel.
- Von Franz, M.-L. (1986). *La psychologie de la divination: le hasard signifiant*. Paris: Éditions Poiesis.
- Whitmont, M. D. (1987). «Jungian Approach to Dreams». In Fosshage et Loew, Eds.

Abstract

Through centuries, the domain of dreams has always fascinated human beings either for their divinatory qualities or their healing powers. The XXth century has made of this part of our brain a systematic instrument of Self discovery and psychological healing. This article will present two psychological approaches which have been especially creative in the study of the dream world: Gestalt Therapy and Jungian Analytic Psychology. A summary of the theoretical background and the way each one of them has explored dreams in the therapeutic situation will be presented. It will, at the same time, elicit how those two theories are both compatible and complementary.

Mots clés;

Anima, Animus, conscient/inconscient, jeu de rôle, métaphore, ombre, polarités, psychodrame, rêve, rêve éveillé, Self.

Key Words;

Anima, Animus, conscious/unconscious, dream, fantasy, metaphore, polarities, psychodrama, role playing, Self, shade.