

LA HONTE EN PSYCHOTHÉRAPIE

Richard Fillion, psychologue

Résumé

La honte est une émotion difficile et douloureuse qui contribue à bien des difficultés pour lesquelles les clients viennent en thérapie. En considérant divers aspects théoriques de la honte comme son développement et son intériorisation dans les pathologies du self, le présent article propose l'application de différents modèles psychothérapeutiques comme la psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet ainsi que les modèles de Schore sur la régulation affective et de Kaufman sur le développement interpersonnel parce que ces modèles offrent des perspectives éclairantes à la fois sur le développement de la honte intériorisée et son traitement.

INTRODUCTION

La plupart d'entre nous avons souffert à un moment ou à un autre de notre vie de sentiments d'insuffisance, d'incompétence et d'infériorité en lien avec une expérience d'échec ou d'imperfection. Si ces sentiments sont douloureux, ils ne sont pas comparables à ce qu'un individu peut vivre lorsqu'il se retrouve dans une expérience de honte. Pour Pfeiffer (2010), la honte est parmi l'un des affects humains les plus souffrants. Pas surprenant que cet affect parce que trop souvent intolérable et douloureux soit gardé secret et inconscient. À ce titre, le poème de Victor Hugo dans lequel « *Caïn ne peut échapper, même dans la tombe au regard accablant de Dieu, illustre bien l'aspect caché propre à la honte et dans lequel le sujet se sent transpercer par le regard d'un autre tout-puissant* » (Tisserond, 2007, p.18).

La honte a un double visage : la honte saine ou la pudeur et la honte comme sentiment de disgrâce qualifiée de honte toxique (Bradshaw, 2005). La honte saine, est ressentie avant

l'agir et joue un rôle d'avertissement. Elle peut donc être une source puissante de motivation et de socialisation (Schore, 2008).

Si la honte a fait l'objet de plusieurs recherches et publications au cours des dernières décennies, rarement a-t-elle, cependant, reçu une attention particulière quant à l'impact de nos interventions psychothérapeutiques. Probablement parce que le mot « honte » en lui-même dérange (Dearing & Tangney 2011). D'autant plus, que la honte par nature comme le souligne M. Lewis (1992) implique un désir de dissimulation et de retrait du contact.

Pas surprenant non plus que les sentiments de honte soient si fréquemment cachés ou évités durant les séances thérapeutiques (Dearing & Tangney, 2002; H.B. Lewis, 1971; Lindsey-Hartz, 1984). L'énorme souffrance émotionnelle associée à la honte fait souvent en sorte que les clients évitent de parler de l'expérience de honte, et ce même si ces expériences contiennent du matériel clinique riche et pertinent.

Pour traiter efficacement le phénomène de la honte, il faut d'abord lui donner une définition afin de mieux saisir comment elle se développe et s'intériorise comme une représentation d'un self négatif et défectueux.

Définition de la honte

La honte est un sentiment inhérent d'être une mauvaise personne, expérience accompagnée de la peur d'être mis à nu ainsi que d'une rage protectrice (Kaufman, 1989). Cet énoncé de Kaufman nous rappelle que la honte est presque toujours une tentative de protection contre soi et contre l'autre.

Pour Cozolino (2008), les personnes souffrant de la honte intériorisée passent une grande partie de leur vie à essayer de remédier "au péché" dont ils n'ont aucun souvenir. La honte c'est le poison de l'âme. Pour Cyrulnick (2010), la honte est importante, car elle signifie que je tiens compte de l'existence de l'autre. Ces affirmations font ressortir la

souffrance associée au contact de l'autre. Sans l'autre, il n'y aurait probablement pas de honte ni de réparation possible.

La honte est souvent associée à un sentiment d'impuissance, une sensation de réduction, un sentiment de petitesse, d'être exposé et de vouloir disparaître. Les gens qui expérimentent une honte excessive et souffrante évaluent leurs erreurs, leur faux pas comme une preuve d'un self défectueux. Par exemple, une cliente peut ressentir de la honte après avoir reçu un reproche de son patron. En extrapolant, elle peut conclure qu'elle est une *mauvaise* employée ou en arriver à entretenir l'idée qu'elle est un *échec* comme personne.

La honte comme affect central

Gilbert (1998) soutient que les expériences de honte sont d'abord des expériences émotionnelles, lesquelles se produisent à des moments spécifiques. À ce titre, la honte est une expérience non désirée et difficilement contrôlable. Et laquelle expérience peut contenir plusieurs émotions tels la colère, l'humiliation, le dégoût, etc. qui interagissent individuellement ou conjointement.

Lors d'un séminaire sur le *narcissisme et l'estime de soi*, Delisle (2011) présente la honte comme un affect central. La honte serait au centre des émotions négatives que sont *la rage*, une colère dysrégulée servant de défense contre la honte, *le mépris*, c'est l'Identification projective servant à induire la honte dans l'objet et *l'envie* définit comme un fantasme défensif : à savoir si j'avais telles ou telles choses, je serai une personne admirable que l'auteur présente sous l'acronyme HERM «la honte; l'envie; la rage, et le mépris».

La honte comme affect inhibiteur

Quand les gens vivent de la honte, leur expérience agit comme un inhibiteur de la joie et de leur intérêt envers quelque chose. Cette expérience s'accompagne du désir de

disparaître, de se cacher ou se briser en pièces «fragmentation» (Kaufman, 1989). Pour lui, la honte est vécue comme un sentiment qui dérange et qu'il est sans doute préférable de mettre en arrière fond. La honte, c'est un jugement de ce que nous sommes. C'est la douloureuse constatation que nous ne sommes pas ou n'avons pas été à la hauteur de nos standards ou de nos représentations. Les expériences honteuses répétitives et intenses favorisent l'intériorisation au sein de laquelle l'individu se sent mauvais ou défectueux au plus profond de lui-même (Kaufman, 1989).

La honte comme affect neurodynamiques

Schore (2008) présente un modèle de la relation objectale ainsi que du rôle de la honte au cours de la période de mise en pratique décrite par Mahler (1975). Ce modèle examine le rôle de la honte dans le développement socioémotionnel.

Durant la période de mise en pratique, on dénote entre autres l'apparition de la locomotion et l'émergence de changements affectifs importants (Fox et Davidson, 1984). Durant cette période comme le souligne Mahler (1975, 1979), le narcissisme primaire est à son point culminant. L'enfant découvre de nouvelles stimulations et il est exulté (excité et joyeux). Pour Parkin (1985), l'enfant durant cette période fait preuve d'un Moi idéalisé gonflé à bloc. Comme la honte survient durant la période de mise en pratique laquelle est associée à une hyperactivation limbique, l'expérience de honte durant cette période permet l'évolution progressive d'un mécanisme de contrôle inhibiteur cortical des états d'hyperstimulation excessive, facilitant le développement d'une régulation de ces états hyperstimulés au sein de la relation objectale mère-enfant (Schore, 2008).

Cette régulation se fait de façon progressive. En d'autres mots, la régulation des affects n'est possible que si les étapes précédentes ont été franchies. Une régulation progressive permettra un ajustement de l'aspect grandiose de l'enfant et contribuera à sa capacité à tolérer des niveaux d'excitation ou de frustrations plus grands.

L'expérience négative de la honte se produit quand l'enfant s'attend à être reconnu comme un être grandiose et ce n'est pas cela qu'il reçoit. Cette expérience négative dans la relation objet maternant-enfant a un impact directement observable sur le système nerveux autonome (SNA) et plus particulièrement au niveau des systèmes sympathiques et parasympathiques.

La honte comme affect interne et externe

La honte peut-être vécue comme une expérience à la fois interne et externe, Gilbert (1998). Comme il le souligne, être dans le monde à titre d'un self non désiré, d'un self dont le self lui-même ne veut pas, s'avère une expérience douloureuse et souffrante.

Cette autoévaluation négative fait référence à l'aspect subjectif du self donc à une expérience de honte interne, l'individu se voyant comme méchant, défectueux et sans valeur. L'aspect externe pour Gilbert, c'est quand l'individu se sent jugé négativement (aux yeux) de l'autre. Il a le sentiment de ne pas être en mesure de créer une image positive auprès de l'autre.

La honte comme un affect inconscient

Rares sont les individus qui consultent pour traiter explicitement leur problématique de honte. Plus souvent, d'autres motifs de consultation sont amenés comme le fait de se sentir mal dans leur peau, envahis, ridiculisés, etc. (Dearing & Tangney, 2011). La honte en psychothérapie, comme nous le verrons plus loin dans la phase traitement, est rarement un phénomène explicite au début du processus thérapeutique. Parce qu'amener cela à la conscience risque d'être souffrant, il est donc préférable de garder la honte inconsciente ou d'apparaître dans son faux self pour se protéger de reproduire des envahissements honteux.

La honte lorsqu'elle est vécue comme blessure profonde et durable provoque le renfermement de la personne sur elle-même. Pour Kaufman (1989) si cette blessure se

reproduit fréquemment, elle risque de s'intérioriser et contribuer à un état permanent de honte (Shame Based Identity). Un état de honte que l'on pourrait qualifier de pathologique.

ORIGINES DE LA HONTE INTÉRIORISÉE

Le processus par lequel le self intériorise la honte et ce faisant reproduit ses propres expériences de honte est central au développement et au fonctionnement du self, (Kaufman, 1989). Le processus d'intériorisation de la honte prend racine dans les relations interpersonnelles précoces et influence les interactions avec les parents et l'entourage familial et subséquemment dans la vie adulte par exemple dans les enjeux amoureux et la vie au travail (Harper & Hoopes 1990); Kaufman (1996).

L'intériorisation de la honte est aussi reliée à l'absence de certains processus familiaux (Harper & Hoopes, 1990). Ces processus sont l'imputabilité, l'intimité et une dépendance appropriée ou saine. Quand l'un ou l'autre de ces processus est déficient ou manquant, l'individu risque alors d'être davantage vulnérable à l'expérience de honte et à son intériorisation.

Dans la genèse de la de honte, l'attitude du parent envers l'enfant est souvent une rejection colérique contre l'enfant lui-même. Le parent craint et rejette la dépendance de l'enfant et masque la peur (de cette dépendance) avec de la colère. La punition est utilisée sous forme d'humiliation et le parent vit la transgression de l'enfant comme un indice de la méchanceté innée de l'enfant. L'enfant qui vit ces charges colériques et intenses de façon répétitive risque de développer une attitude d'humiliation qui l'amène à se considérer comme ayant moins de valeur personnelle que son parent. Il craint alors l'abandon, son propre ressentiment et souffre d'une baisse de confiance de ses propres capacités. La réaction négative du parent laisse l'enfant souffrant et à distance. L'enfant est ainsi laissé à lui-même pour résoudre (aussi en lui-même) ces tensions dans une souffrante solitude (Cloke, 1998).

En ce qui a trait à la genèse de la honte intériorisée, plusieurs modèles théoriques et cliniques se sont intéressés au développement de la honte. Dans le cadre de cet article, les modèles de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) ainsi que les modèles de Schore sur la régulation affective et de Kaufman sur la théorie du développement interpersonnel et l'impact de la honte intériorisée sur celui-ci, ont été retenus parce qu'ils offrent des perspectives éclairantes à la fois sur le développement de la honte intériorisée et son traitement.

Intériorisation de la honte selon le modèle de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO).

Selon ce modèle, le développement du self est lié au processus d'intériorisation (Delisle, 1998). À titre d'exemple, un nourrisson qui expérimente une expérience répétée après avoir fait une erreur et qui fait face à des parents réagissant de façon colérique à cette erreur génère une intériorisation d'un objet fâché même humiliant en relation avec un self non contenu, maladroit et honteux. C'est donc la représentation de ce self honteux et déficient qui est intériorisé et laquelle représentation contribue à façonner une Matrice des Représentations du Champ (MRC) où le soi est perçu et vécu comme négatif.

Dans ces jumelages «pairages Soi – Autre», le monde interne a un impact sur le fonctionnement relationnel de trois différentes façons :

1. À travers les projections inconscientes des représentations du monde interne sur la réalité externe ; ainsi pour *le honteux, quelqu'un le regarde d'une manière où il se sent évalué – représentation de soi : je suis défectueux, pas correct.*
Ou l'autre : qui est cette personne pour me juger. Conséquemment cela risque d'affecter la qualité du contact avec l'autre.
2. À travers des choix inconscients en ce qui a trait aux relations à l'autre et lesquels choix relationnels permettent la reproduction des drames internes ;
3. À travers l'identification projective.

De ses composantes émergent des modèles (patterns) relationnels (soi-autre) complexes (Delisle, 1998).

Dans un article sur la honte et la gestalt, parue sur son site Web (www.art-Gestalt.com). Coussein (2008), souligne l'importance de la projection chez l'individu habité par la honte. Pour lui, la projection est une façon de reproduire ce que l'individu déplore le plus. Tisseron (2007) mentionne que la honte est affect social qui requiert la présence de l'autre dans le champ. Et la composition du champ est-elle que l'expérience est à la fois indispensable et intolérable donc inassimilable. La seule solution pour l'individu est d'introjecter (intériorisation structurante) l'expérience honteuse pour pouvoir garder l'indispensable sans avoir l'intolérable.¹

Les situations inachevées émergeant de ces situations relationnelles créent des Microchamps Introjectés (MI)² qui entraînent de nouvelles situations inachevées (si).

Les situations inachevées (si) sont chargées d'énergie parce qu'elles veulent se compléter et que pour y arriver, le «Je» dont la fonction est de réguler le contact, recherche à son insu, des configurations dans le champ susceptible de les satisfaire (rencontrer de nouvelles personnes et vivre des situations réparatrices permettant de compléter là où les situations inachevées).

Et la somme des Microchamps Introjectés (MI) constitue le Champ Introjecté (CI) (Delisle, 1998). Et dans la honte intériorisée le CI pourrait correspondre à plusieurs domaines (affectif, sexuel et/ou social) selon Coussein.

Chez les individus souffrant d'une honte intériorisée, le Champ Introjecté (CI) prend de la place dans le monde interne et contamine les émergences du Ça (excitations,

¹ Dans la terminologie de la PGRO, une situation inachevée résulte de l'introjection primaire qui interrompt le cycle de contact, alors que le self naissant se trouve confronté à un dilemme de contact, c'est-à-dire à une configuration du champ est-elle qu'un élément de l'environnement est vécu à la fois comme indispensable et intolérable (Delisle, 1998).

Dans la terminologie de la PGRO, les Microchamps Introjectés sont des expériences relationnelles durables, introjectés en réponse à un dilemme de contact (Delisle, 2004). Les Microchamps Introjectés sont maintenus hors de la conscience en raison de leurs contenus intolérables, mais demeurent dynamiques en raison de leur contenu indispensable.

sensations, sentiments, images, pensées, etc.). Et plus le self honteux porte en lui des Microchamps Introjectés (MI), plus les pressions inconscientes provenant des structures clivées seront importantes.

Et le self honteux recherchera dans son environnement, les expériences toxiques (réintérieurisation d'expériences de honte) pour réactualiser les Microchamps Introjectés (MI). Il fait cela par l'entremise de la fonction «Je».

Et cette fonction «Je» par l'entremise d'opérations défensives (introjection, projection, rétroflexion, déflexion, confluence) recherche des constellations qui peuvent amener chez le honteux des configurations conformes à la projection, c'est-à-dire que le champ externe (CE) correspond au champ interne (CI). Ainsi, l'individu honteux dans la relation réagit comme si l'expérience actuelle du champ était la même que celle correspondant aux Microchamps Introjectés (Self honteux et défectueux). Ce faisant, pour l'individu honteux le dehors est comme le dedans. L'autre devient aussi mauvais que lui. Le monde étant aussi perçu et vécu comme mauvais, il faut alors l'éviter ou s'en retirer.

Intériorisation de la honte selon le modèle de Schore

Schore (2008) trace les origines de la honte aux relations d'attachement primaire. Il souligne que durant ce stade du développement social, la nature des échanges est altérée et à partir de ce moment, la réunion de la dyade (mère – enfant) engendre du stress et des dysrégulations intenses. Izard (1991) remarque que les rencontres face-à-face qui jusque-là suscitaient presque uniquement de la joie favorisent maintenant les expériences de honte. La honte à ce stade du développement est un affect visuel et non verbal (Erikson, 1950) typiquement associé à un moment inattendu (Lynd, 1958) déclenché par la reconnaissance et l'évaluation des changements faciaux chez l'autre.

Schore (2008) présente un modèle de relation objectale ainsi que du rôle de la honte au cours de la période de mise en pratique (séparation-individuation) décrite par Mahler

(1975). Un modèle qui examine le rôle de la honte dans le développement socioémotionnel. Ce système joue un rôle déterminant dans la régulation de la honte.

Mahler (1979) observe que durant la période de mise en pratique l'enfant absorbé dans ses propres plaisirs narcissiques dès qu'il maîtrise certaines fonctions d'autonomie devient également conscient de son besoin d'acceptation et de participation avec la mère. Les réponses de la mère optimale de la période symbiotique ne sont pas les mêmes que la mère optimale de la période de mise en pratique.

La mère suffisamment bonne (Winnicott, 1971) de la fin de la période de mise en pratique est celle qui est capable d'induire et de tolérer des transactions de socialisation stressantes pour l'enfant.

Winnicott (1958a) fait remarquer que la fonction «en miroir de la mère» s'estompe et laisse émerger une mère capable de gérer les échecs d'adaptation gradués et que cette évolution est essentielle dans la capacité de l'enfant à se séparer et se différencier de la mère.

L'enfant s'attend à être dans un accordage affectif positif avec la mère, mais sans y être préparé rencontre un visage exprimant plutôt un désaccord qui provoque un désaccordage affectif dans leur relation. Ce désaccordage affectif déclenche une réaction de déflation (diminution) d'affects narcissiques soudains.

L'enfant est alors projeté dans un état d'excitation et lequel état, il arrive difficilement à autoréguler. Cette relation objectale mère-enfant a un impact directement observable sur le système nerveux autonome (SNA) et plus particulièrement au niveau des systèmes sympathiques et parasympathiques. La honte représente donc, selon ce modèle, une transition rapide d'un état d'hyperactivation à un état d'hypoactivation.

Bien que l'origine de la honte soit dyadique et externe, l'expérience d'être regardée par l'autre (Wright, 1991), sous des conditions optimales est intériorisée, comme l'œil du self regardant vers l'intérieur (Morrison, 1987). À partir de ce moment, la stimulation de cet affect (honte) ne requiert plus la présence d'une personne externe. Ainsi, un signal interne

alerte l'individu de la possibilité qu'une circonstance externe peut évoquer une expérience de honte intense et douloureuse. Le message opératoire pouvant être le suivant «Arrête : tu n'es pas bon ou correct» (M. Lewis, 1992). C'est ce que Horowitz (1983) et Kaufman (1989) ont décrit comme un mécanisme inhibiteur.

La capacité à accéder à ses représentations intériorisées permet à l'enfant de réguler ces comportements impulsifs en anticipant la réponse émotionnelle de la mère. Nathanson (1987a) affirme que la honte agit comme une force majeure dans le façonnement du self de l'enfant. Kohut (1971, 1977) propose que la honte maternelle induite par des échecs empathiques serve de stimulus permettant l'établissement de structures autorégulatrices internes. Effectivement, les événements de socialisation par l'utilisation de dose ajustée de honte favorisent le syndrome d'adaptation générale, SAG (Selye, 1956).

Cette régulation se fait de façon progressive. En d'autres mots, la régulation des affects n'est possible que si les étapes précédentes ont été négociées. En d'autres mots, une régulation progressive permettra un ajustement de l'aspect grandiose de l'enfant et contribuera à la capacité de l'enfant à tolérer des niveaux plus grands d'excitations et de frustrations.

L'expérience négative de la honte prend racine quand l'enfant est en contact avec des formes inadéquates de maternage lesquelles inhibent l'identification de l'enfant à la toute-puissance de l'objet idéalisé. Par conséquent le Moi idéalisé de l'enfant est sous-investi (Schoore, 2008).

Le stress d'une rencontre inattendue vient briser l'illusion que la mère est toujours disponible pour l'enfant. Quand cela se produit, la fonction de miroir de la mère disparaît soudainement et cela donne lieu à une perte rapide d'énergie affective, à une désactivation du système d'attachement, à une diminution de l'intérêt-excitation. Par conséquent, ces bris d'attachement amènent une réponse de stress résultant de la séparation induite, en présence de la mère et par la mère (Schoore, 2008).

L'expérience individuelle subjective et consciente de cet affect, c'est comme une transition soudaine, inattendue et rapide de ce que Freud appelait «le narcissisme primaire» soit un sentiment d'être le centre de l'univers et à ce que Sartre (1957) a décrit comme une honte déclenchée par une fissure dans cet univers.

Les expériences de honte arrivent à ponctionner l'illusion d'une cognition grandiose que la mère est constamment disponible dans sa fonction de miroir (Sherwood, 1989).

La figure 1 représente une schématisation de l'apparition du dilemme de contact et son traitement dans l'expérience de honte.

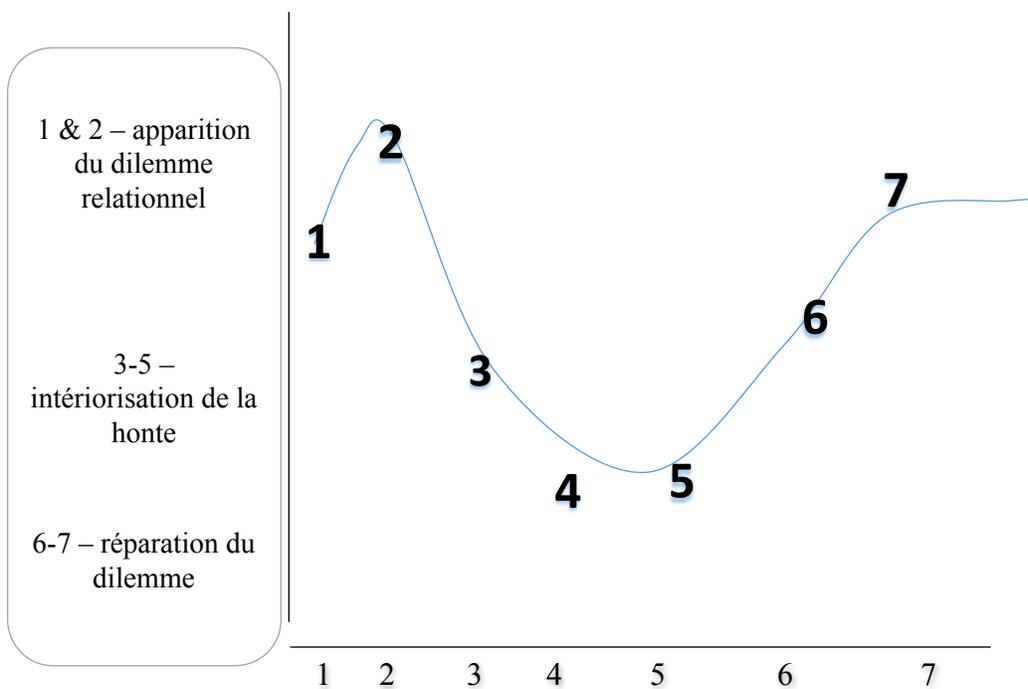


Figure 1 : schématisation de l'apparition du dilemme de contact et son traitement dans l'expérience de la honte, selon le modèle de Schore et son application à la PGRO (Lapointe, séminaire neurodynamique des relations d'objet, 2011).

Étapes 1 et 2: Correspond à la notion d'indispensable et d'intolérable que l'on retrouve en Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'objet (PGRO) soit le besoin de retrouver un état accordé d'excitation et de joie dans la dyade. La dyade est en accordage affectif. Il y a coupure du contact de façon inattendue, l'enfant ou le client en expérience de honte est

soudainement en contact sans préparation avec une expérience de non-coopération de la part de l'autre. C'est l'apparition du dilemme de contact.

Étapes 3 à 5 : Le sujet passe d'une prédominance sympathique où l'excitation émotionnelle est investie narcissiquement à une prédominance parasympathique qui amène un changement de ton dans l'humeur, des changements au niveau de l'activité motrice, et à une hypersensibilité.

En conséquence, on dénote une diminution de l'intérêt, une perte d'énergie affective, une désactivation du système d'attachement. C'est l'étape de rabatement, l'individu devient centré sur lui-même et émet des messages de honte dans son expression faciale «retournement du regard, des rougissements apparaissent, etc. Cela correspond à l'intériorisation de la honte et dans ce modèle, c'est le conflit entre l'idéal et le réel qui se joue, et les représentations de soi, est en fonction de l'évaluation de l'autre. La dyade (objet maternant-enfant) est en désaccordage affectif.

Étapes 6 et 7 : La figure maternante ou le thérapeute perçoit la honte ou ses manifestations chez l'enfant ou le client et pose des gestes réparateurs en ajustant la modulation affective pour rétablir la connexion, le raccordage affectif et rétablir le lien. Corresponds aux représentations intériorisées des interactions de régulation de l'affect et à la réparation du dilemme de contact en lien avec l'expérience de honte.

Intériorisation de la honte selon le modèle de Kaufman

Pour Kaufman (1996) les besoins interpersonnels comme : Le besoin relationnel, le besoin de toucher et de contenir, le besoin d'identification, le besoin de différenciation, le besoin d'affirmation, le besoin d'être nourri (nurture) et le besoin de pouvoir, sont innés et universels.

Avoir des besoins interpersonnels, c'est selon Kaufman (1989) imaginer une scène impliquant une autre personne centrale/significative dans son monde à soi. La scène représente l'expérience telle qu'elle est vécue. L'affect fusionnant et amplifiant la scène.

Il y a là, une similitude avec la formation des représentations internes propres au modèle de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO).

Dans le modèle de Kaufman, nous avons une triade : affect, imagerie et langage qui représentent les blocs permettant le façonnement du self et de la personnalité. Les scènes qui régissent la honte subissent un agrandissement par l'imagerie et des transformations ultérieures par le langage. Ces processus sont centraux dans le développement de la personnalité. Comme ils le sont aussi dans les distorsions pathologiques du self. De même, sont-ils tout aussi importants dans la psychothérapie.

Le processus par lequel le self intériorise et reproduit ainsi sa propre expérience est central dans la compréhension du fonctionnement et du développement du self lui-même. Même, s'il est un processus complexe contenant plusieurs facettes, l'intériorisation pour Kaufman (1996) est en fait une idée simple.

Les scènes intériorisées ont trois aspects à la fois distincts et interreliées. Premièrement, la scène a une composante affect-croyance composée d'étiquettes cognitives que le self réexpérimente en même temps qu'il réexpérimente la honte. Les affects activés sont ainsi en lien avec l'événement original intériorisé, de même que tout message communiqué à ce moment-là (tel que le message « stupide », « nul » fusionne à la scène initialement intériorisée).

L'enfant, par exemple, qui entend l'objet maternant lui dire qu'il est « stupide et nul » intériorisera l'entière scène, c'est-à-dire le regard de dégoût de la mère, le ton de voix possiblement agressif et le message verbal lui-même. L'enfant exposé à ce genre de scène de façon répétitive va grandir en entendant à l'intérieur de lui-même une voix lui disant qu'il est « stupide » comme l'a fait l'objet maternant antérieurement.

La scène intériorisée dans le modèle de Kaufman (1989) comprend également un schème d'images interactives, par exemple le blâme pour les erreurs. Ces schèmes ne sont pas uniquement des auto appréciations cognitives négatives telles qu'inutile, stupide ou

déficient. Bien au contraire, elles comportent également une dimension relationnelle analogue à celle vécue dans la relation originale. C'est l'image de ces interactions qui est également emmagasinée en tant que scène.

La scène est ainsi imprimée dans l'appareil psychique par l'affect et le langage. Un enfant qui, par exemple est constamment blâmé pour ses erreurs intériorisera une image d'un parent blâmant. Il grandira, en se blâmant lui-même quand les choses n'iront pas bien.

Enfin, l'intériorisation de la scène comporte également l'intériorisation de l'autre. Parfois le self expérimente une voix intérieure qui réprimande ou dénigre le self. Alors qu'à d'autres occasions, c'est un partenaire interactif distinctif le blâmant pour sa réaction de rage qui sera expérimentée.

Peu importe, chaque possibilité est enracinée dans une scène et graduellement fusionne et forme une ou des images identiques en fonction d'un ou des deux parents. Habituellement, la scène comme telle s'éloigne de la conscience. Toutefois, ce qui demeure à la conscience, c'est cette petite voix en dedans toujours prête à refaire surface et à réactiver la scène intériorisée. Cette voix, en fait, représente la partie auditive ou le langage associé à la scène.

Ce que décrit Kaufman s'apparente au concept du mauvais objet intériorisé de Fairbairn et ce même si d'importantes différences existent entre ces deux élaborations. Le postulat de Fairbairn (1952), c'est que seul le mauvais objet est intériorisé, et ce dans le but de le contrôler, et ce faisant de permettre à la figure parentale de demeurer idéalisée comme un bon objet. Kaufman (1996), lui soutient que ce sont les images autant positives que négatives qui sont intériorisées. Il ne voit pas non plus l'intériorisation comme un effort de contrôle de quoi que ce soit, mais beaucoup plus comme une croissance anormale d'identification.

L'intériorisation de la honte est accomplie par l'intériorisation des images: les scènes de honte deviennent alors des sources principales d'identité. Ces scènes deviennent directement imprimées avec la honte quand l'expression d'affects, de pulsions ou de

besoins interpersonnels est accompagnée d'une expérience de honte. Il faut une répétition fréquente et intense de ces affects négatifs pour favoriser l'intériorisation de la honte.

Et quand cela se produit, les expériences ultérieures de ces affects, pulsions ou besoins réactiveront la honte, déclenchant ainsi la reproduction de la scène entière.

Selon Kaufman (1996), les individus procèdent à travers différentes étapes pour en arriver à intérioriser la honte. Dans la première étape, ils exhibent du mépris, de l'autoblâme et des comparaisons négatives d'eux-mêmes par rapport aux autres. En continuant d'investir de l'énergie sur ces pensées et comportements, ils en arrivent à la deuxième étape au cours de laquelle, ils désavouent leurs besoins d'attachement et leurs propres sentiments. Éventuellement, les individus en arrivent à la troisième étape durant laquelle le clivage s'installe et où par conséquent, ils se perçoivent comme complètement négatifs et l'autre comme tout positif. L'étape finale (d'intériorisation) dans ce modèle, c'est quand l'individu entier base son identité sur la honte.

En ayant intériorisé ces étapes, l'individu en arrive à la conclusion qu'il est préférable de recevoir une affirmation qu'il est mauvais plutôt que de ne recevoir aucune reconnaissance.

L'ADVERSAIRE INTIME DE LA HONTE INTÉRIORISÉE : LES DÉFENSES

Les individus enclins à la honte parce qu'ils l'ont intériorisée luttent contre leurs sentiments de honte en utilisant des stratégies ou des comportements plutôt malsains. La honte est fréquemment masquée derrière plusieurs défenses parmi lesquelles figurent les plus connues comme la colère et la rage. La relation entre la honte, la colère et la rage nous ramène au lien significatif entre la honte et le narcissisme. Ainsi, une source majeure de colère est souvent un assaut ou une blessure au self.

Kohut (1987a) utilise le terme *rage narcissique* en parlant de cette forme de blessure. Il indique que la colère est alors une réponse à une blessure narcissique. Et cette blessure narcissique reflète un choc au self et à l'estime de soi, causant d'abord une virulente

expérience de honte, laquelle génère alors de la rage (H.B. Lewis, 1971; Piers et Singer (1953).

Parce que, la colère est une émotion plus visible et acceptée et aussi parce qu'elle a également pour objectif de camoufler la honte, c'est donc souvent la colère que l'on observe et traite alors que la honte, elle, reste sous-jacente et ignorée (Dearing & Tangney, 2011).

Une autre défense classique contre la honte est le mépris. Il n'est pas rare que le client en thérapie dissimule sa propre honte en la projetant sur l'autre qui se sent alors diminuer ou ridiculiser. À travers l'identification projective, la personne se libère du fardeau de la honte en l'attribuant aux échecs et aux incapacités de l'autre. L'objectif étant alors de déplacer sa propre incompetence dans l'autre qui n'est pas adéquat. Le but du mépris est essentiellement de débarrasser le self de la honte en l'attribuant à l'autre, en adoptant par exemple, une attitude de supériorité en comparaison à l'autre (Dearing & Tangney, 2011).

Pour Kaufman (1989), les défenses peuvent demeurer flexibles, temporaires ou devenir intériorisées et rigides. La honte n'a pas besoin d'être intériorisée avant que le self mette en place des défenses permanentes pour traiter des occurrences futures de honte.

Mais lorsque la honte est intériorisée, le self recherche désespérément un mécanisme pour restaurer une forme de paix intérieure.

Kaufman (1996) présente deux catégories de défense contenant à leur tour différentes stratégies défensives. La première catégorie est celle de la prévention de la honte et les stratégies qu'elle contient protègent le self contre toutes marques, gestes, comportements d'inattention, de manque de considération, d'inattention et de jugements pouvant émerger de la part de l'autre. C'est ainsi qu'on y retrouve les stratégies suivantes : *la recherche du pouvoir* dans le but de réduire le nombre d'événements, de situations où le self pourrait se sentir défectueux ou sans valeur.

Le perfectionnisme représente une stratégie par laquelle le self tente de compenser d'un sentiment défectueux interne, d'une perception de soi comme n'étant jamais assez valable

pour mériter d'être en relation et appartenir. Une source de honte pour les perfectionnistes comme nous l'avons décrit antérieurement est la comparaison. En utilisant la stratégie perfectionniste, le self espère atteindre son but : c'est-à-dire de développer un sentiment d'appartenance et d'être en relation. Le retrait, l'évitement pour prévenir la conscientisation de l'expérience de honte (Nathanson, 2006), et la temporisation représentent d'autres stratégies défensives pour prévenir la honte.

La deuxième catégorie de défenses contient les stratégies de transfert de la honte pour qu'effectivement la honte soit relocalisée quand elle est ressentie ou vécue parce qu'intolérable. Il s'agit donc d'extérioriser via le transfert ce qui est intériorisé et intolérable. Parmi les stratégies de transfert, que nous avons déjà examinées, se trouvent la rage, le mépris, le blâme, l'envie... Ces stratégies visent à garder clivées les parties du self qui cherchent à émerger pour se compléter.

Une dernière défense pour se protéger de la honte est la grandiosité et le sentiment d'être quelqu'un d'uniquement extraordinaire. Ici, c'est l'aspect hautain de supériorité qui est déployé pour dissimuler la honte et un sentiment d'infériorité derrière un bouclier d'arrogance (Morrison, 1987).

En lien avec les défenses contre la honte, il est important de reconnaître la possibilité de la présence de honte qui se dissimule derrière certains qualificatifs tels : *«Je suis pathétique, je me sens ridicule, nul, je suis un «loser», je suis défectueux et sans valeur, etc.»* que les clients se lancent à eux-mêmes durant le cours des séances thérapeutiques (Morrison, 2011).

Si la définition et la genèse de la honte intériorisée permettent la compréhension des blessures pathologiques du self, c'est dans le traitement de cette honte intériorisée que la restauration d'un self moins honteux et mieux ajusté sur le plan relationnel et social devient possible.

TRAITEMENT DE LA HONTE INTÉRIORISÉE

Si la plupart des gens ressentent de la honte de temps à autre, il y a des gens pour qui la honte est une expérience régulière et souffrante. Cette propension à la honte intériorisée amène ces gens à revivre des expériences de honte dans plusieurs situations de leur vie.

La propension à la honte a été empiriquement liée à des problèmes telles l'hostilité, la colère, l'agressivité et à l'extériorisation du blâme (Ahmed & Braithwaite, 2004; Andrews, Brewin, Rose & Kirk, 2000; Bennet, Sullivan & Lewis, 2005; Harper & Arias, 2004 ; Dearing & Tangney, 2011). En d'autres mots, la honte mène vers le blâme, lequel à son tour mène au comportement agressif, et cela contribue à une détérioration dans les relations sociales tant au travail avec les collègues, qu'avec les amis de même qu'avec les gens qui sont chers et proches.

Il n'est donc pas surprenant non plus que la honte soit liée également au spectre des symptômes tels; la dépression, l'anxiété, l'état de stress post-traumatique (ESPT), les troubles alimentaires et les problèmes de toxicomanie (Andrews, 2000; Ashby, Rice & Martin, 2006; Crosseley & Rockett, 2005; Dearing, Stuewig, & Tangney, 2005; Feiring & Taska, 2005; Tangney & Dearing, 2002; et Tangney et al. 2007 a).

La honte intériorisée est souvent présente dans les différents styles de personnalité (Friedman, 1999). Des études cliniques ont établi une relation entre la honte et les psychopathologies du Groupe B, dont la personnalité narcissique et la personnalité limite (Borderline) du DSM-IV (Broueck, 1991; Kaufman, 1989; Kohut 1987a; H.B. Lewis, 1971, Masterson, 1981). Pour Schoenleber & Berenbaum (2010) la honte joue un rôle important en ce qui a trait aux désordres de la personnalité. Par exemple, dans une étude empirique, les auteurs ont découvert qu'une prédisposition à la honte ainsi qu'une aversion à la honte étaient toutes les deux des facteurs de prédiction importants en ce qui a trait aux personnalités du groupe C (dimension de l'anxiété) et comprennent la personnalité évitante, la personnalité dépendante et la personnalité obsessionnelle compulsive.

Les individus prédisposés à la honte risquent également d'exprimer plus de pessimisme. Ces gens croient que les choses vont mal aller pour eux. Ils sont habituellement «insécures» dans leurs relations parce qu'ils sont hypervigilants par crainte que leur honte soit découverte. Ces gens vont, soit rejeter les autres ou se retirer afin d'éviter le rejet qu'ils anticipent (Harper & Hoopes, 1990)

Pour favoriser des interventions efficaces, les thérapeutes ont également besoin de devenir doués à évaluer les tendances de leurs clients à ressentir la honte et à reconnaître les indicateurs souvent fournis implicitement par le client.

Le traitement de la honte vise plus spécifiquement la transformation de la honte intériorisée (Jacobs, 1996 ; Kaufman, 1985 ; Morrison, 1998 ; Yontef, 1993), en une meilleure capacité d'accepter et d'aimer ce qui jusqu'ici a été inacceptable pour le self. On cherche à transformer la honte à une expérience de connexion et de développement de nouvelles habiletés (et modalités pouvant supporter cette transformation en cours), dans la vie courante du client (Wheeler, 1995).

La honte intériorisée est une expérience douloureuse qui bien souvent a contribué à un arrêt développemental sur le plan relationnel. C'est donc, dans l'espoir de réactiver ce qui a été bloqué, clivé que nous avons retenu les modèles cliniques de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'objet (PGRO), de la régulation affective de Schore et du développement interpersonnel de Kaufman puisque chaque modèle offre à la fois des perspectives communes et complémentaires dans le traitement de la honte intériorisée.

Pour Delisle & Girard (2012), en Gestalt Thérapie des Relations d'Objet (PGRO), le traitement thérapeutique «doit permettre au processus pathologique du client de se déployer, d'être rendu accessible à la conscience et à la prise de sens et enfin être dénoué» (p.37).

Ce processus se réalise par l'entremise de trois modes relationnels à la fois distincts et interreliés soit : le mode relationnel transférentiel, le mode relationnel herméneutique et le mode relationnel réel. Nous croyons que ces modes relationnels sont tout aussi

applicables au traitement de la honte intériorisée selon les modèles proposés par Schore et Kaufman.

Les enjeux thérapeutiques

En Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'objet (PGRO), l'enjeu thérapeutique doit permettre d'accéder aux Microchamps Introjectés (MI) de la honte intériorisée, d'en comprendre le sens et l'effet sur l'expérience courante et de contribuer à la dissolution des Microchamps Introjectés associées à la honte.

Pour Schore (2008), la psychothérapie doit fournir l'opportunité de retranscrire des expériences traumatiques passées (c'est-à-dire, des souvenirs chargés d'affect) en sorte qu'ils acquièrent de nouvelles significations, alors le réapprentissage des affects devient donc la réparation d'un déficit biologique. Les phénomènes de répétition et de recontextualisation qui impliquent une mosaïque de catégories d'affects dont la honte intériorisée correspond alors à l'opération biologique opérée (dans la relation client-thérapeute) de transformation de souvenirs purement procéduraux en souvenirs sémantiques. Pour Gedo (2004), le moment du traitement à partir duquel le client encode ses transactions traumatisantes sous forme verbale dénote un changement crucial au niveau de l'organisation biologique du cerveau.

Il s'agit par l'entremise de trois modes relationnels de repérer d'abord les indices (implicites et/ou explicites) ayant activé ou réactivé l'expérience de honte et laquelle a permis la reproduction de la dysrégulation affective et de favoriser via les modes relationnels herméneutique et réel, le raccordage affectif, la régulation et la réparation du lien.

Pour Kaufman (1996), le but de la thérapie est de réactiver la croissance identitaire «Identity-Rebirth» à travers un processus qu'il appelle «Reparenting» et cela pour réparer les scènes de honte intériorisée. Comme il a déjà été mentionné antérieurement, la honte intériorisée doit être amenée à la consciente de façon progressive pour être réparée. Parce que des modèles relationnels mésadaptés ont été intériorisés à travers l'identification, de

nouvelles expériences d'identification entre le client et le thérapeute peuvent réparer la honte intériorisée et ainsi restaurer l'espoir.

Le processus d'identification pour créer de nouvelles scènes expliciter se fait, en autres à travers l'imagerie. Le client intériorise son thérapeute comme un allié (un autre intériorisé positif). L'imagerie engagée entre le client et son thérapeute, contribue à un processus qui génère de nouvelles scènes (affects positifs) dérivées de la relation client-thérapeute. Le processus se concrétise à travers l'imagerie, l'affect et le langage. Le client par ce processus développe de nouveaux mots pour lui-même et de nouvelles scènes pour remplacer les anciennes.

Traitement de la honte intériorisée et les modes relationnels

La PGRO et le mode relationnel transférentiel

En Psychothérapie des Relations d'Objet (PGRO, à travers le mode relationnel transférentiel, le client honteux doit pouvoir reproduire les impasses relationnelles porteuses de la blessure, comme celle du désir d'être vu et reconnu dans ce qu'il est.

Il s'agit de permettre et de repérer les reproductions d'impasse de honte et de les décoder. Ces reproductions pourraient être mieux comprises et mieux travaillées sous forme de questionnements tels : comment le client s'arrange-t-il pour ne pas être vu, donc non reconnu? Qu'est-ce que le client utilise dans son environnement pour maintenir l'attachement à ses objets internes? Quelles sont les opérations défensives du self, dans la fonction «Je» et la fonction «Matrice des Représentations du Champ» qui contribuent à la reproduction de l'expérience de honte.

Et quelle pourrait être la contribution du thérapeute dans ce mode relationnel transférentiel? Par rapport à l'enjeu de honte, c'est en autres, de tolérer les charges transférentielles du client ; de métaboliser cette charge et de la transformer en énergie de contact. Par exemple, dans le traitement empathique du transfert – l'identification projective est retournée à la conscience du client pour que cela devienne assimilable pour lui.

Schore et le mode relationnel transférentiel

Pour Schore (2008), les circuits neuronaux issus de l'histoire du client à partir des relations significatives du passé ont encodé un modèle mental qui prédispose le client à percevoir son monde à travers le filtre de la honte, du désespoir et de l'angoisse (Cozolino, 2006).

«Sur le plan neurodynamiques la situation de contact est mal évaluée (au niveau des structures préfrontal-orbito frontal) et l'activation de cette situation n'est pas régulée et ce faisant contribue à la reproduction de l'expérience de honte» (Delisle, 2011). La reproduction de ce qui a été précédemment imprimé reproduit une situation de dysrégulation affective qui vient affecter, en autres, la capacité du self à réguler et à mentaliser l'affect de honte. Cela fait revivre une situation de désaccordage affectif (Schore, 2008).

Le transfert d'affects de honte intériorisée par l'entremise des défenses du client peut se faire consciemment (rage et colère) ou inconsciemment (somatisation, dissociation). L'identification projective est alors une défense émanant du cerveau droit (implicite) pour éviter d'être en contact avec un affect de honte intolérable. Comme thérapeute, il est important de surveiller le transfert des indices de désaccordage affectifs lorsqu'on traite des enjeux de honte intériorisée.

Kaufman et le mode relationnel transférentiel

Les scènes de honte ayant contribué à des modèles relationnels mésadaptés qui ont été intériorisés à travers l'identification se rejouent et doivent être récupérées en les amenant à la conscience du client. Le thérapeute et le client travaillent ensemble pour retrouver les scènes qui gouvernent la reproduction de la honte intériorisée. Lorsque ces scènes deviennent progressivement accessibles à la conscience du client, l'affect gravé dans les scènes de honte intériorisée est libéré et cette libération est importante dans le processus de régulation et de mentalisation de cet affect.

La PGRO et le mode relationnel herméneutique

Dans ce mode relationnel, il s'agit pour le thérapeute d'amener progressivement le matériel associé à la honte à la conscience du client. Hamel (2012) mentionne que *«la régulation affective, la mentalisation et l'herméneutique sont trois construits qui s'imbriquent les uns aux autres en toute cohérence avec le modèle de la PGRO»* (p.136). Ces construits par rapport à la honte intériorisée cherchent à activer un processus développemental qui s'appuie sur le sens et la conscience *«réguler, ici, les affects de honte en donnant du sens à l'expérience émotionnelle du client, restaurer la capacité de construire du sens par la mentalisation et construire le sens de l'expérience de honte par le dialogue herméneutique»*

Le thérapeute devra porter une attention particulière à sa compétence affective lorsqu'il est en mode relationnel herméneutique avec son client. Pour Hamel (2012), *« la compétence interactive est étroitement liée aux habiletés du thérapeute à mettre en mots l'élaboration interne créée par ces compétences affective et réflexive et à les destiner à son client»* (p.143). Comme l'affect de honte est rarement accessible à la conscience, il faut que le thérapeute et le client se donnent du temps, puisque comme le mentionne Hamel (2012) *«la lenteur du dialogue et le silence permet de mieux syntoniser le monde implicite, favorisant ainsi la montée de l'inconscient dans le discours du client»* (p.145).

Prenons l'exemple d'un client qui a vécu une expérience traumatisante de honte. Lorsqu'il veut en parler, il peut être rapidement envahi par l'émotion et se sentir *«trop»* pour l'autre, et cela devient tellement intolérable que ses seuls recours sont la dissociation ou le désir de partir (idéation suicidaire). Quel sens pourrait avoir pour ce client, cette expérience d'être trop pour l'autre ? Dans cet exemple, il y a lieu de se demander si le client est en mesure de réguler et mentaliser son expérience. Et ça aussi, le thérapeute doit en tenir compte et s'y adapter.

Somme toute, le processus de régulation interactive affective a pour objectif de donner du sens à l'expérience émotionnelle de honte du client. Autrement dit, favoriser un état de résonance empathique comme le souligne Hamel (2012). Puisqu'en éprouvant l'affect dissocié du client, ici, la honte, le thérapeute la tolère suffisamment longtemps pour

qu'elle devienne progressivement accessible à la conscience du client. Tranquillement, ce qui était maintenu hors de la conscience (parce qu'intolérable) devient accessible et mieux toléré.

Schore et le mode relationnel herméneutique

Pour Schore (2008) dans le mode relationnel herméneutique, la conséquence la plus significative d'un trauma ou d'une expérience de honte intériorisée est la perte de l'habileté à réguler l'intensité et la durée des affects, Schore (2008).

Il s'agit ici, d'encourager une empathie thérapeutique sous forme de transactions synchronisées affectivement, une synchronicité affective qui représente un cycle relationnel de stimulation et d'apaisement (Hamel, 2012). Le psychothérapeute en mesure de s'ajuster à ce rythme cyclique d'accordage, de désaccordage et de raccordage affectif du client favorise une interaction plus synchronisée (Schore, 2008), celle-ci introduit un éclairage nouveau sur l'expérience immédiate du client en termes de besoins affectifs non reconnus par l'autre et contribuant à la dysrégulation affective qui affecte les fonctions du Self.

Par la suite, il importe d'explorer conjointement comment l'affect de honte contribue à ces bris d'accordage (bris du lien d'attachement) pour éventuellement donner un sens aux désaccordages et expliquer (favoriser la mentalisation) l'expérience de honte éprouvée par le client.

Kaufman et le mode relationnel herméneutique

Kaufman (1989), indique que la différenciation du self est une tâche développementale de même qu'un objectif thérapeutique. Et cette différenciation devient possible en favorisant l'observation de scènes de honte intériorisée (à savoir comment ces scènes se façonnent et se maintiennent en place).

Dans le cadre de la relation thérapeutique, il s'agit, par exemple, d'inviter le client à porter attention à ses voix internes (*Inner Voices*) pour avoir accès à comment il se traite et se sent à l'intérieur de lui-même.

Dans ce processus, le thérapeute doit apprendre et apprendre au client à reconnaître et distinguer les tendances à l'autoblâme, à la comparaison et au mépris. Qui plus est, l'observation de ces voix internes dans le lien thérapeutique (le processus implique que le client se questionne sur les voies internes qui lui parlent et à qui appartiennent ces voix ?). Ces observations et questionnements dans le lien permettent éventuellement d'accéder aux scènes de honte intériorisée. Être capable de consciemment nommer les scènes et leur impact devient un outil qui favorise un meilleur éclairage sur les états internes du client (Kaufman, 1989).

Le client est également invité à se rappeler des situations où quelque chose de similaire aurait pu être expérimenté afin d'en identifier l'origine. De plus, les scènes revécues permettent le déblocage des affects implantés dans la scène honteuse intériorisée

Cette conscientisation progressive des scènes intériorisées fournit non seulement des indices sur l'histoire de honte intériorisée du client, mais aussi des pistes possibles de transformation quant à la trajectoire développementale de scènes de honte intériorisées

La PGRO et le mode relationnel réel.

La dissolution des Microchamps Introjectés (MI) en fonction de la honte vient de la possibilité qu'a le client de reproduire une situation inachevée dans une relation éclairée par l'effort herméneutique. Dans le mode relationnel réel, le thérapeute communique son expérience subjective au profit de la relation et de la réparation ; le thérapeute s'investit dans la *cocréation* d'une sortie des impasses de la honte. Le client a moins peur de ce qu'il est, moins peur du rejet de l'autre, et est en mesure de mieux s'affirmer. Il devient aussi plus compatissant envers lui-même et envers l'autre, se réconcilie avec les parties

de Soi clivées, rejetées – comme celle d’avoir le besoin de dépendre sainement de l’autre dans la relation.

Schore et le mode relationnel réel.

Le thérapeute investit dans la *cocréation* à rétablir le lien d’attachement. En outre par son écoute empathique le thérapeute encourage le raccordage, la reconnaissance des besoins affectifs non reconnus et la restauration de la capacité du client à l’autorégulation de l’affect de honte à travers l’interaction avec une personne (hétérorégulation) ou seul.

Cela sert à la réorganisation du monde interne et à la réparation de la partie du self qui se vit comme honteuse. Ainsi, le self devient plus cohérent et continu (Delisle, 1998). Il s’agit, ici, d’un self, en mesure de mieux réguler et assimiler son expérience de honte.

Kaufman et le mode relationnel réel

Pour Kaufman (1989) les modèles (patterns) relationnels mésadaptés sont intériorisés par l’identification et ce faisant, c’est à travers de nouvelles expériences d’identification dans le lien du mode relationnel réel, que l’espoir est restauré, qu’une libération de l’expérience traumatique du passé et qu’une réparation de l’expérience de honte intériorisée deviennent possibles.

Dans le processus thérapeutique, il y a des moments où le client a besoin de connaître le thérapeute de l’intérieur, de se sentir identifié avec lui, de se sentir unifié avec lui. C’est à travers l’imagerie que le client intériorise le thérapeute comme un nouvel allié, un autre intériorisé solide et positif.

Parce que l’imagerie est directement engageante, ce processus génère de nouvelles scènes d’affects positifs émanant de la relation thérapeutique. Pour remplacer le dialogue associé aux scènes d’identification négative, le client avec l’aide du thérapeute crée de nouveaux dialogues d’affirmation pour remplacer les dialogues négatifs.

Par exemple, un scénario d’autoblâme peut être remplacé par le droit inaliénable de faire des erreurs. Un scénario de mépris peut être remplacé par un respect de soi plus reconnu

et actif. Pour Kaufman (1989), le langage dans le lien est une dimension importante dans le mode relationnel réel, mais ce n'est pas la seule. Pour lui, l'imagerie et l'affect demeurent tout aussi importants. Au sein de ce mode relationnel, le client doit avoir accès à de nouveaux mots à se dire à lui-même, expérimenter de nouveaux sentiments positifs envers lui-même et créer de nouvelles scènes pour remplacer les anciennes.

Par un engagement actif de l'affect, l'imagerie et le langage au sein du processus relationnel le client cocrée des scènes de respect, d'amabilité pour lui-même, et d'affects positifs investit dans le self. Pour Kaufman (1989), les trois dimensions doivent être directement impliquées dans le processus de changement pas uniquement le langage.

Par rapport au processus thérapeutique, le thérapeute doit être capable de tolérer les affects intenses et négatifs du client pour aider celui-ci, à tolérer par la suite les affects négatifs sans lui-même se sentir envahi ou nul (défectueux). Qui plus est, la répétition de ce geste thérapeutique encourage non seulement une régulation de l'affect de honte, mais aussi au fil de l'expérience thérapeutique une réappropriation des parties rejetées par le «Reparenting», Kaufman (1996).

Au sein de ce processus de traitement de la honte, le client se réapproprie progressivement les parties refoulées et rejetées de lui. Pour éventuellement être capable de les accueillir, les réguler, les mentaliser et ainsi accéder à une meilleure unification du self.

Enfin, dans le traitement de la honte intériorisée il y a aussi des implications cliniques importantes à considérer.

IMPLICATIONS CLINIQUES

Greenberg & Iwakabe (2011), proposent quelques éléments importants qu'il y a lieu de considérer dans le traitement des enjeux de honte intériorisée. Les auteurs parlent de l'importance d'une validation relationnelle. Ainsi, un premier objectif pour contrer la

honte intériorisée consiste à développer une relation thérapeutique à la fois valable, empathique et accordée sur le plan affectif. Comme, la honte intériorisée provient de nos relations interpersonnelles, c'est donc d'une relation interpersonnelle qu'elle aura besoin pour être traitée et réparée. Pour surmonter la honte intériorisée qui nuit à l'acceptation de soi, les clients ont besoin de sortir de leur dissimulation et de défaire leurs tendances à contourner et éviter l'expérience de honte (Nathanson, 1992).

La honte intériorisée est souvent inconsciente; il faut être alerte, comme thérapeute, aux indices verbaux ou non verbaux reliés à l'expérience de honte intériorisée durant la séance.

Le thérapeute doit être attentif aux indices faciaux (rougissements, expression d'inconfort, de stupeur...) et non verbaux (perte de tonus du corps, des muscles faciaux, fonnement des sourcils, perte de sourire, regard détourné ou vers le bas, posture corporelle affaissée, désir de retrait, d'évitement...). L'immédiateté avec laquelle le thérapeute s'occupe de ces indices aura un impact positif ou négatif sur l'alliance thérapeutique. La possibilité de se sentir honteux durant une séance thérapeutique dépend également de la qualité de la relation thérapeutique. Activer la honte intériorisée chez un client occasionne des ruptures d'alliance thérapeutique (Horvath & Bedi, 2005). La réparation de ces ruptures relationnelles et la correction des mésententes peuvent donc être très thérapeutiques (Rhodes, Hill, Thompson & Elliot, 1994; Watson & Greenberg, 1995).

La honte intériorisée peut également être présente quand le client désire mettre fin prématurément à la thérapie. Avec ces clients, il est donc important d'explorer et de valider si effectivement la honte a été activée et que dans pareil cas, le client pourrait vouloir s'en échapper en mettant fin prématurément à son suivi thérapeutique.

Il importe également d'aider le client à reconnaître chez lui les sentiments associés à la honte. Il va de soi que cette reconnaissance doit se faire de manière progressive. En effet, les clients ont tendance à éviter et défléchir automatiquement l'expérience de honte parce qu'elle est trop souffrante (Nathanson, 1992). L'évitement de la honte se manifeste

dans l'incapacité des clients honteux à s'occuper de leur expérience interne. Le thérapeute a besoin de guider les clients progressivement à s'occuper et à reconnaître la honte qui les habite et à s'en occuper.

La régulation de la honte intériorisée représente pour Greenberg & Iwakabe (2011), un autre élément d'importance. Pour eux, il y a d'une part la régulation implicite émanant de l'hémisphère droit et d'autre part la régulation explicite provenant de l'hémisphère gauche. Chez les individus enclins à la honte, le problème se situe plus souvent au niveau de l'implicite, soit une forme de régulation de la honte qui module l'intensité de l'affect à partir d'un processus inconscient et non verbal (Schoe, 2008).

Chez ces individus, le processus psychothérapeutique cherche à leur apprendre à réguler automatiquement l'intensité de leur activation émotionnelle afin que la honte ne devienne pas accablante.

Pour les clients qui se sentent en perte de contrôle émotionnel, il est sans doute préférable d'amorcer le travail de régulation de la honte intériorisée en favorisant l'apprentissage de la régulation explicite (Greenberg & Iwakabe, 2011). Celle-ci implique un processus par lequel le client apprend à contrôler volontairement les déclencheurs de honte et l'intensité de sa réaction de honte. Éventuellement, c'est la régulation émotionnelle implicite qu'il y a lieu de considérer et de développer avec le client enclin à des expériences de honte intériorisées (Schoe, 2008).

Pour Cozolino (2010), un autre élément important c'est que la relation thérapeutique doit faciliter un équilibre stress-sécurité. Enfin, le thérapeute doit cultiver et maintenir ou rétablir une position herméneutique réflexive dans le but d'activer ou réactiver un lien réparateur des enjeux de honte intériorisée pour le client (Hamel, 2012).

Au cours du processus thérapeutique, des clients avec de puissants enjeux de honte intériorisée peuvent contribuer à activer la honte chez le thérapeute (Ashback, 2003).

LA HONTE DU THÉRAPEUTE

La honte en thérapie est une dynamique bidirectionnelle, Dearing & Tangney (2011). Elle peut interpeller autant le client que le thérapeute. Kulp, Klinger et Ladany (2007) définissent la honte du thérapeute comme une réaction intense et durable à l'identité du thérapeute.

Des sentiments d'inaptitude, d'inefficacité ou de honte reliée à l'échec peuvent survenir en traitement spécialement avec des clients difficiles (Morrison, 2008). Même les thérapeutes expérimentés ne sont pas immunisés contre la honte. Par exemple, en réponse à des efforts infructueux de moduler ou modifier la honte du client, quand le thérapeute se fait dire qu'il n'est pas aussi bon que le dernier thérapeute consulté, que le travail thérapeutique n'avance pas ou que le client pense faire une plainte à l'Ordre des psychologues, le thérapeute peut devenir vulnérable à des éruptions de honte, surtout si ses propres enjeux de honte intériorisée n'ont pas été explorés et régulés (Pope et al. 2006).

La façon dont le thérapeute métabolise l'identification projective aura un impact sur le processus et sur le résultat thérapeutique (Safran & Muran, 2000). L'approche psychanalytique considère la honte du thérapeute comme la résultante de la divergence entre le moi idéalisé «le moi professionnel en termes d'efficacité» et le moi réel «perception du thérapeute de ne pas rencontrer ses aspirations professionnelles» (Morrison, 2011).

Gelso & Hayes (2007) indiquent que certaines qualités du thérapeute peuvent minimiser l'impact du contretransfert négatif potentiellement nuisible au processus et à l'arrêt de relation thérapeutique. Parmi ces qualités, il y a «l'awareness du thérapeute», c'est-à-dire se connaître et connaître ses expériences de honte de même que ses propres défenses. Un thérapeute doit aussi avoir suffisamment d'awareness pour saisir qu'il est en train d'expérimenter des sentiments de contretransfert et d'avoir la capacité de les conceptualiser pour savoir quoi faire avec ses réactions.

L'empathie demeure une qualité fondamentale. Ainsi, le thérapeute empathique peut anticiper les conséquences de ses propres comportements sur son client et ce faisant se restreindre de les agir.

L'intégration du self est une autre qualité essentielle et fait référence à une identité stable chez le thérapeute lui permettant d'être capable de se différencier. Il doit aussi être capable de définir et conserver la bonne distance (les frontières du contact) dans la relation thérapeutique et être en mesure de gérer adéquatement l'anxiété.

Le thérapeute qui gère bien son anxiété risque de moins expérimenter des comportements de contretransfert négatifs quand ses conflits et ses vulnérabilités sont activés. Le thérapeute doit également considérer des stratégies pour éviter la dysrégulation lorsqu'il est exposé à une situation chargée d'affects négatifs et intenses (Dunn, 2010). Ce processus d'anti-dysrégulation lorsqu'on l'applique à des enjeux de honte, sert à nommer l'expérience du thérapeute ébranlé en recadrant la dysrégulation dans la dynamique transférentielle, et cela en tenant compte des représentations internes du client aux prises avec un enjeu de honte, de ses projections, de sa matrice des représentations du champ (MRC), de ses identifications projectives et de ses défenses contre la honte (rage, attaquer le self, attaquer l'autre, se blâmer, blâmer l'autre... (Nathanson, 2006).

L'effet thérapeutique, c'est l'installation relationnelle d'un contenant (thérapeute-client). Avec des clients qui ont un enjeu de honte intériorisée, cela s'avère nécessaire dans la transformation d'une expérience de honte pathologique vers une expérience de honte adaptative facilitant des relations interpersonnelles plus riches et satisfaisantes.

CONCLUSION

La honte est une émotion douloureuse et fréquente dans le quotidien de bien des gens. Qui plus est, elle peut contribuer à de nombreuses difficultés psychologiques qui amènent les gens en thérapie. Parce que l'expérience de honte est intense et accablante, elle a suscité l'intérêt des nombreux chercheurs et cliniciens au cours des dernières décennies.

Pour H.B. Lewis (1971) une pionnière dans le domaine de la recherche sur la honte, on parle de honte lorsque l'attention est orientée vers le self plutôt que sur le comportement comme dans le cas de la culpabilité.

Les travaux de Lewin ont inspiré directement ou indirectement de nombreuses recherches empiriques au cours des vingt dernières années. Ces recherches ont contribué à meilleure compréhension des dynamiques intrapersonnelles et interpersonnelles qui distinguent ces deux émotions.

Plus spécifiquement, les données empiriques sur la honte recueillies au cours de cette période confirment ce qui de longue date a été recensé dans la littérature clinique, à savoir que l'expérience de honte fréquente contribue à la vulnérabilité individuelle et à la détresse psychologique (Dearing & Tangney, 2011). Par contre, les études ou recherches cliniques sur la honte qui ont fait état de l'impact de nos interventions thérapeutiques dans son traitement ont été rarissimes. Pourtant, le rôle du thérapeute dans la reconnaissance, l'activation, la régulation et la réparation de l'expérience de honte en thérapie s'avère d'une très grande importance.

Comme la honte s'intériorise des conséquences de blessures relationnelles, il nous semble à propos de considérer une approche relationnelle dans son traitement. Les enjeux thérapeutiques d'une approche relationnelle doivent comme en Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) permettre d'accéder aux Microchamps Introjectés (MI) de la honte intériorisée, d'en comprendre le sens et l'effet sur l'expérience courante et de contribuer à la dissolution des Microchamps Introjectés associés à la honte intériorisée (Delisle, 1998).

La contribution des neurosciences affectives et plus spécifiquement des travaux de Schore (2008) nous permettent de mieux saisir l'impact de la honte intériorisée sur les connexions neuronales. Mais aussi, qu'une relation thérapeutique sécurisante et soutenante contribue à la réactivation neuronale et à la réparation d'un lien à la fois biologique et affectif.

Tisseron (2007) dans la cure de la honte propose la médiation des images comme approche thérapeutique. Pour lui, l'émotion de honte «*reste vécue dans le corps, sans trouver de traduction mentale*» (p.149), sans mot pour faire sens. Il n'est pas rare non plus, de ce dont se plaint le client soit exprimé en image. Mais des images inanimées par exemple «je suis en pierre», «je suis en bois». L'image, selon Tisseron, permet de réintroduire «*le corps et les émotions qui le mobilisent*». (p.150)

Ce que suggère Tisseron, Kaufman (1989) en tient compte dans son modèle thérapeutique quand il parle d'imagerie mentale comme d'un élément important dans le processus d'identification pour créer de nouvelles scènes. Ce sont ces nouvelles scènes qui contribuent à la réparation des scènes de honte intériorisées et à réactiver la croissance identitaire. Au sein d'un processus relationnel de traitement de la honte intériorisée, le client se réapproprie progressivement les parties refoulées et rejetées de lui. Pour éventuellement être capable de les accueillir, les réguler, les mentaliser et ainsi accéder à une meilleure unification du self.

En résumé, la honte constitue un facteur déterminant qui amène les clients en thérapie. Le processus thérapeutique lui-même peut éliciter la honte autant chez les clients que chez les thérapeutes. Il est donc impératif que les thérapeutes saisissent bien ce phénomène en thérapie afin d'être mieux outillés à traiter les enjeux de honte quand ceux-ci émergent chez les clients ou en eux-mêmes.

Références

- Ahmed, E., & Braithwaite, V. (2004). "What, me ashamed?": Shame management and school bullying. *Journal of research in Crime and Delinquency*, 41, 269-294.
- Andrews, B., Brewin, C.R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69-73.
- Ashback, C. (2003). Persecutory objects, guilt, and shame. In J.S. Scharff & S.A. Tsigounis (Eds.), *Self-hatred in psychoanalysis* (pp 69-87). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Ashby J.S., Rice, K.G., & Martin, J.L. (2006). Perfectionism, shame and depressive symptoms. *Journal of Counseling and Development*, 84, 148-156.

- Bennett, D.S., Sullivan, M.W., & Lewis, M. (2005). Young children's adjustment as a function of maltreatment, shame and anger. *Child Maltreatment: Journal of American Professional Society on the abuse of Children*, 10, 311-323.
- Bradshaw, J. (2005). *Healing the Shame That Binds You*. Deerfield Beach, FL: Health Communications, 2nd Ed.
- Broueck, F.J. *Shame and the Self*. New York: Guilford Press, 1991.
- Cloke, W. (1998). "Rage, Shame and the death of love" Copyright, W. Cloke, Ph.D.
- Coussein, R. (2008). *Honte et Gestalt*. Article publié sur : www.art-gestalt.com
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: attachment and the developing social brain*. New York: Norton.
- Cozolino, L. (2008). *The Healthy Aging Brain: Sustaining Attachment, Attaining Wisdom*, WW Norton & Company, New York
- Cozolino, L. (2010). *The Neuroscience of Psychotherapy*, Second Edition. New York. NY: Norton & Company.
- Crossely, D., & Rockett, The experience of shame in older psychiatric patients: A preliminary enquiry. *Aging & Mental Health*, 9, 368-373. (2005).
- Cyrułnick, B. (2010). *Mourir de le dire*. Paris: Odile Jacob
- Dearing, R.L., & Tangney, J.P. (2002). *Shame and guilt*. New York, NY: Guilford Press.
- Dearing, R.L., Stuewig, J., & Tangney, J.P. (2005). On the importance of distinguishing between shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug abuse. *Addiction Behaviors*, 30, 1392-1404.
- Dearing, R.L., & Tangney, J.P. (2011). *Shame in the Therapy Hour*. American Psychological Association. Washington. D.C.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt Thérapie*. Montréal : Les Éditions du Reflet
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité, perspectives développementales*. Montréal : les éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2011), *Narcissisme et Estime de soi, Aspects neurodéveloppementaux et implications pour la psychothérapie*. Séminaire présenté à Montréal en mai 2001.
- Delisle, G. & Girard, L. (2012). La psychothérapie gestaltiste des relations d'objet : état des lieux. In, *La psychothérapie du lien, Genèse et continuité*. Montréal: Les Éditions du CIG.
- Dunn, S. (2010). Autorégulation du thérapeute en situation critique. *Revue québécoise de Gestalt*, Vol.12, p.155-161.
- Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.

- Fairbairn, W.R.D. (1952). *An object relations theory of personality*. New York., NY: Basic Books.
- Freidman, F. (1999). Correlations of shame and guilt to personality styles” *Dissertation Abstracts International: section B: The sciences and Engineering*, 60 (6-B), 3001.
- Freiring, C., & Taska, L. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10, 337-339.
- Fox, N.A. and Davidson, R.J. (1984), Hemispheric substrates of affect: A developmental model. In N.A. Fox and R.J. Davidson (Eds), *The psychobiology of affective development* (p.353-381). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Gedo, J.E. (2004) *Psychoanalysis as Biological Science: A Comprehensive Theory*, The Johns Hopkins University Press, p. 34
- Gelso, C. J., & Hayes, J.A. (2007). *Countertransference and the Therapist’s Inner Experience*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Gilbert, P. (1998). *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*. New York. NY: Oxford University Press
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focus therapy: The distinctive features*. London, England: Routledge.
- Greenberg, L.S. & S. Iwakabe (2011). Emotion-Focused Therapy and Shame. In *Shame in the Therapy Hour*, (pp.69-90), published by the American Psychological Association, Washington, DC.
- Hamel, C. (2012). Le dialogue herméneutique, la régulation affective et la mentalisation. In, *La psychothérapie du lien, Genèse et continuité*, (p. 35-164). Montréal: Les Éditions du CIG.
- Harper, F.W.K., & Arias, I. (2004). The role of shame in predicting adult anger and depressive among victims of child psychological maltreatment. *Journal of Family Violence*, 19, 367-375.
- Harper, J.M., & Hoopes, M.H. (1990). *Uncovering shame: Integrating individuals with their family systems*. New York: Norton
- Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2005). The Alliance. In J.C. Norcross (Ed.) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-70). New York: Oxford University Press
- Horowitz, M.J. (1983). *Image formation and psychopathology*. New York: Jason Aronson
- Izard, C.E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Jacobs, L. (1996). Shame in the Therapeutic dialogue. In R. Lee & G. Wheeler (Eds), *The voices of shame: Silence and connection in psychotherapy* (pp. 297-314). San Francisco: Jossey-Bass.

- Kaufman, G. (1985). *Shame: the Power of Caring*. 2nd Ed. Cambridge, MA: Schenkman Publishing Co.
- Kaufman, G. (1989). *The Psychology of Shame: Theory and Treatment of Shame based Syndromes*. New York: Springer Publishing Co.
- Kaufman, G. (1996) *The Psychology of Shame*, (2ed edition). NY: Springer
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the self*. New York: International Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Press.
- Kohut, H. (1987a). Thought on narcissism and narcissistic rage. In P. Ornstein (Ed.) *The search for the self*. New York: International Press.
- Kulp, L. Klinger, R., & Ladany, N. (2007). *Embarrassment, humiliation and shame in therapy and supervision*. Poster presented at the meeting of the mid Atlantic Society for Psychotherapy Research, New York, NY.
- Lewis, H.B. (1971). Lewis, Helen B. *Shame and Guilt in Neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The Exposed Self*. New York: The Free Press.
- Lindsey-Hartz, J. (1984). Contrasting experiences of shame and guilt. *American Behavioral Scientist*, 27, 689-704.
- Lynd, H.M. (1958). *On shame and the search for identity*. New York: Harcourt, Brace and Company
- Masterson, J.F. (1981). *The Narcissistic and Borderline disorders*, Routledge, New York
- Mahler, M. (1975). *Psychose infantile - Symbiose et individuation*, Ed: Payot-Rivages, Coll.: PBP N°30, 2001.
- Mahler, M. (1979). Notes on the development of basic moods: The depressive affect. In M.S Mahler, *The selected papers of Margaret Mahler* (pp.59-75).
- Morrison, A.P. (1987). "The Eye Turned Inward: Shame and the Self." In *The Many Faces of Shame*. Ed. D. L. Nathanson. New York: Guilford Press.
- Morrison. A.P. (1998). *The culture of shame*. Northvale, NJ: Jason Aronson
- Morrison, A.P. (2008). The analyst's shame. *Contemporary Psychoanalysis*, 44 (1), 65-82
- Morrison, A.P. (2011). *The Psychodynamics of Shame*. In *Shame in the Therapy Hour*, published by the American Psychological Association, Washington, DC.
- Nathanson, D.L. (1987a). A timetable for shame. In D.L. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame*, (pp.1-63), New York: Guilford Press.
- Nathanson, D.L. (1992). *Shame and pride: Affect, sex and the birth of the self*. New York: Norton

- Nathanson, D.L. (2006). Compass Shame. In Jeff Elison, *An Empirical Study of Compass Shame. Social Behavior and Personality*, 2006, 34(2), 161-168.
- Pfeiffer, R. (2010). *Overcoming Shame*. Health Communications, Growth Central, Sedona, Az.
- Piers, G. & Singer, M. (1953). *Shame and guilt*. Springfield, Il: Thomas.
- Parkin, A. (1985). Narcissism: Its structures, systems and affects. *International journal of Psycho-Analysis*. 66, 143-156.
- Pope, K.S., & al. (2006). *What therapists don't talk about and why: Understanding taboos that hurts us and our clients* (2nd ed.), Washington, DC: American psychological Association.
- Rhodes, R.H., Hill, C.E. Thompson, B.J, & Elliot, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 473-483.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: N.Y: Guilford Press.
- Sartre, J.P. (1957). *Being and nothingness*. London: Methuen.
- Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2010). Shame aversion and shame proneness in cluster C personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 197-205
- Schore, A. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal, Les Éditions du CIG.
- Schore J.R. & A.N. Schore (2008). Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9-20.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: Mc Graw Hill.
- Sherwood, V.R. (1989). Object constancy: The illusion of being seen. *Psychoanalytic Psychology*, 6, 15-30.
- Tangney, J.P. et al. (2007a). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345-372.
- Tisserond, S. (2007). *La honte, Psychanalyse d'un lien social*, Dundod, 2ed, Paris, France
- Watson, J.C., & Greenberg, L.S. (1995). Alliance ruptures and repairs in experiential therapy. *In session: Psychotherapy in Praticce*, 1, 19-31.
- Wheeler, G. (1995). Shame in two paradigms of therapy. *The British Gestalt Journal*, 4(2), 76-85
- Winnicott, D. (1958a). The capacity to be alone. *International journal of Psychoanalysis*. 39, 416-420.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and reality*, New York: Basic books.

Wright, K. (1991). *Vision and separation: Between mother and baby*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Yontef, G. (1993). Shame. In *Awareness, dialogue and process: Essays on Gestalt Therapy*. New York: The gestalt Journal Press.

Abstract

Shame is a common emotion that contributes to many problems that bring clients into therapy. While considering various aspects of shame such as its internalization and its repercussion in many pathologies of the self, the following article proposes an application of three therapeutic models: Delisle Therapeutic model of Object Relation in Gestalt Psychotherapy, Schore Affect Regulation model and Kaufman Interpersonal Development model because these models provide insightful perspectives into internalized shame and its treatment.