

La convergence de la philosophie existentielle et de la psychanalyse traditionnelle a donné naissance à une psychanalyse dite humaniste, où se retrouvent les influences fondatrices de Kierkegaard, Husserl, Sartre et Buber, tout autant que celles des analystes de la première heure, Freud, Reich et Rank. Plutôt que les avatars de la pulsion et de son interdit, ce sont les vicissitudes des relations entre soi et l'autre, l'émergence d'un «Je», qui intéressent le psychanalyste humaniste contemporain. Les progrès de l'étude psychanalytique des relations d'objet, en particulier chez Fairbairn, obligent aussi à élargir la portée de la théorie humaniste originale. Dans cette perspective renouvelée, les significations émergent plutôt de l'interaction entre l'intrapsychique et l'interpersonnel; le passé se reconstruit au présent; la mauvaise foi remplace l'inconscient; le transfert devient l'occasion de la rencontre. Cet ouvrage propose ainsi une véritable phénoménologie clinique de la manière dont le Je se développe et construit son expérience concrète à travers le contact, le rêve, le langage et la relation thérapeutique.

Marc-André Bouchard a d'abord étudié la psychologie à l'Université de Montréal. Il a ensuite reçu une formation double, de chercheur en psychophysiologie humaine, et de clinicien en approche comportementale. Il est le co-auteur avec R. Ladouceur et L. Granger, de *Principes et applications des thérapies comportementales*. Il a travaillé comme psychologue au Behavior Therapy Unit au Allan Memorial Institute et à l'hôpital Charles-Lemoyne. Élève de E. et M. Polster, I. From et S. Saros, il est diplômé du Gestalt Counseling and Training Center et du San Diego Gestalt Training Center. Par la suite, il a reçu une formation à la psychothérapie analytique à l'hôpital Général juif de Montréal. Il est actuellement professeur de psychologie clinique à l'Université de Montréal et psychologue, en pratique privée, à la Clinique Psychosomatique Cherrier, à Montréal.

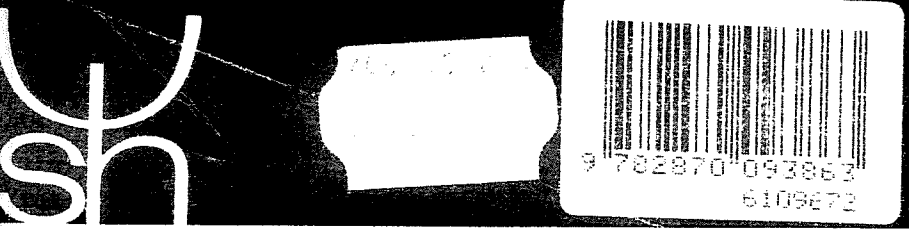
Collection dirigée par Marc Richelle

I.S.B.N. 2-87009-386-1 / Prix public TTC : FF 195

# Marc-André Bouchard

## de la phénoménologie à la psychanalyse

### Freud et les existentialistes américains



## Chapitre 2

### Le contact est une rencontre

#### LA PERSONNE ET SON ENVIRONNEMENT : LE CONTACT

En psychothérapie phénoménologique-existentielle, le principal de l'activité clinique consiste à cultiver l'émergence d'expériences de contact. Le contact est la notion fondamentale. Selon Perls *et al.* (I.1.) l'expérience phénoménologique est produite par le fonctionnement de la frontière-contact (*contact-boundary*) entre l'organisme et son environnement. Selon eux, le contact est le toucher qui touche quelque chose (X.2.). La respiration est une fonction du contact qui implique la rencontre entre les poumons et l'air, et l'un sans l'autre n'ont pas le même sens. Un élève pose une question et s'il obtient une réponse, sa curiosité est satisfaite. Il y a un acte de contact, une rencontre entre son self et l'explication d'un professeur attentif qui pouvait satisfaire sa curiosité. Le contact, c'est la rencontre d'une différence, qui est par le fait même un retour à soi.

Pour définir un contact, on doit nécessairement se référer à un contexte et préciser de quel contact il s'agit. A titre d'exemple, la personne qui a faim et qui prend de la nourriture complète une Gestalt et établit un contact à ce niveau. Mais l'anorexique-boulimique peut manger avec

excès lorsqu'elle se sent vide, angoissée ou en colère. Par exemple, si elle vient de mettre fin à une liaison amoureuse, consommer de la nourriture est alors un faux contact, pour apaiser souvent sans succès une angoisse de séparation. Cette patiente devra graduellement ressentir, reconnaître et contenir son angoisse, sa rage, sa recherche de fusion, faire contact avec cette situation affective et objectale, plutôt que de maintenir un faux contact, par et avec la nourriture. Au fur et à mesure qu'elle pourra faire face à son ambivalence intense, et faire le deuil de cette relation amoureuse, et des relations archaïques de son histoire, ainsi pourra-t-elle libérer l'arrière-fond, pour permettre aux figures actuelles de se construire.

### LA FLUIDITE DU CONTACT

La frontière-contact est en changement continu. Le contact s'établit à partir d'événements qui se suivent avec aisance et fluidité, au moment où le désir qui émerge, la conscience, l'émotion et l'action s'unifient en un tout harmonieux. Ainsi, un enfant a de la peine et veut être consolé. Il voit son père ou sa mère, il se rapproche. L'adulte le prend dans ses bras et lui parle d'une voix douce et chaleureuse, il y a contact. Cependant, si chaque élément (désir, conscience, émotion ou action) pris isolément peut conduire à créer un contact avec autrui, il peut aussi l'en distancier, lorsque cela est nécessaire. Dans une telle situation, l'agressivité contribue généralement à créer une distance, et sert par le fait même à réduire le contact. L'enfant qui fait une colère affirme qu'il veut qu'on le laisse tranquille. Il y a alors retrait.

Mais à l'inverse, l'agressivité peut tout aussi bien servir à l'expression et créer un contact, une figure forte. Par exemple, une mère répond au téléphone et tente de «filtrer» les copains de sa fille adolescente en leur posant des questions personnelles. Celle-ci, éventuellement exaspérée, fait une colère à sa mère en lui disant qu'elle doit cesser de s'immiscer dans sa vie privée. Quoique blessée au début, la mère écoute sa fille et exprime ses craintes quant à l'abus de drogues, etc. La fille reconnaît la bonne intention de sa mère, mais réaffirme son besoin d'intimité. La mère, consciente des limites personnelles de sa fille, change d'attitude. Dans ce cas-ci, la colère a servi à créer le contact, face au besoin de préserver l'intimité, plutôt que de contribuer au retrait.

Que des analystes expriment en des termes convergents le travail analytique réussi ne devrait pas surprendre. Ainsi Baranger et Baranger (1969/1985, p. 1551) disent ceci :

Les séances où l'analyste a l'impression «d'avoir bien travaillé» illustrent ce fonctionnement car il s'agit d'occasions où le dialogue s'est déroulé selon, pour ainsi dire, une courbe ascendante. L'analysant a fini par exprimer un conflit, l'analyste a compris le point d'urgence et l'a interprété. L'analysant réagit à l'interprétation en produisant un nouveau matériel où l'analyste peut comprendre un autre point d'urgence, différent du premier mais lié à celui-ci. Et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on arrive au point d'urgence principal de la séance, dont la compréhension embrasse rétrospectivement les interprétations et le matériel précédents, les clarifiant et permettant de les intégrer à une *Gestalt* adéquate... Et tout d'un coup le matériel devient plus riche, les souvenirs surgissent plus librement, les affects se manifestent avec moins de blocages.

### L'EMSPAN DE CE QUI EST EN FIGURE

L'ampleur de ce que le patient et le thérapeute choisissent d'identifier comme «figure» d'intérêt varie constamment. Lors de l'évaluation, si la situation actuelle du patient est analysée en termes trop englobants, ou inversement, si les termes sont trop spécifiques et que l'on est réduit à ne travailler que ce qui est trivial, le patient ne peut créer des figures optimales de contact. Pour illustrer ce point — dans le cas d'un patient qui pose son problème comme suit : «Je veux tenter de comprendre ce qu'est le sens de la vie» —, Isadore From propose qu'une étape possiblement fructueuse serait que le thérapeute tente de convaincre le patient de réduire l'empan du problème en lui répondant, par exemple : «Je vous propose de travailler à comprendre avec vous le sens de *votre* vie», etc. Le but consiste à cerner des enjeux à la fois concrets et accessibles sans se confiner à l'analyse de détails sans importance.

Par contre, il est souvent pertinent de sélectionner une figure d'intérêt dont l'empan semble très étroit. Une part importante des interventions d'un thérapeute phénoménologique-existential a pour but de diriger l'attention du patient sur ce qu'il fait, sur ce qu'il dit ou ressent en ce moment, pour le mettre en figure. On relèvera souvent des questions ou commentaires relatifs à l'expérience immédiate, par exemple, qu'est-ce qui se passe en ce moment? Ou encore, celle dont l'empan est moins ouvert : qu'est-ce que vous ressentez en ce moment? Ou plus spécifiquement ; que «ressentent» vos mâchoires en ce moment? Etc. Chacune de ces interventions, en cherchant à infléchir l'attention du patient, affecte ce qu'il perçoit et l'ampleur de ce qu'il pourra créer comme figure. La zone de contact se caractérise donc par la grande variabilité dans l'étendue de ce qui peut être mis en figure.

## LA PSYCHE, LE SELF ET L'ORGANISME

Perls *et al.* (I.6.) ont défini le contact comme la formation d'une figure d'intérêt en regard de l'arrière-fond (*ground*) du champ. Tout ce qui est de l'ordre de la psyché concerne le contact, c'est-à-dire le système d'interaction transitoire avec la nouveauté (XIII.9.) qui n'est nulle autre que la conscience (*awareness*) du *self* créateur. Quant au reste, il est le propre de l'*organisme* et comprend la biologie et l'arrière-fond conservateur. Par exemple, la mémoire est une connaissance emmagasinée de façon organisée et appartient à l'arrière-fond. Cependant, un souvenir est déjà l'émergence d'une figure, une imagination dans le présent.

Le fond est la donnée de base (*the basic given of a situation*) qui se dissout en ses possibilités lors des premiers stades du contact. Fera donc partie du fond tout élément susceptible de façonner l'expérience et également d'être perçu, c'est-à-dire par définition propre à faire partie d'une figure. Il inclut les excitations et les proprioceptions organiques (appétits, besoins, désirs, vitalités, etc.), les expériences accumulées (la mémoire, la connaissance, la familiarité donnée par diverses *Gestalten* complétées par le passé). Les expériences inachevées (*unfinished past situations*), les structures stables de la personnalité, la névrose infantile, les relations d'objet intériorisées, etc. appartiennent au fond, dans la mesure où elles peuvent faciliter un contact immédiat et procéder du *self*. Par contre, si elles sont inaccessibles à la conscience et clivées, elles appartiennent à l'*organisme* (voir chapitre 6).

### Exemple 1 : Un retour à la fluidité figure-fond

Yalom (1980, p. 436) donne l'exemple d'un musicien-compositeur qui venait en thérapie parce que l'approche de ses 55 ans l'avait amené à tracer un bilan plutôt sévère quant à sa contribution dans le domaine de la musique. Il ressentait péniblement que tous ses efforts futurs seraient vains et sa vie n'avait plus de but. Il venait en thérapie pour augmenter sa créativité musicale, en sachant pertinemment que ses talents de compositeur étaient limités. En transposant cela dans le vocabulaire des cycles du contact, on constate deux choses. En premier, le problème tel qu'il est présent constitue une figure étroite, quelque peu rigide et répétitive : augmenter sa créativité musicale. Ensuite, et de manière directement liée, l'arrière-fond de ses ressources était négligé (sa grande vitalité, son sens de l'humour, sa sensibilité interpersonnelle, ses capacités pédagogiques, etc.). La thérapie n'a pu engendrer de changement tant que ces rigidités de la figure et du fond n'ont pas été assouplies. La percée d'une

perspective élargie de sa créativité, pour l'ensemble de sa vie, fut particulièrement utile. Il a constaté jusqu'à quel point sa vie était en attente de réussite dans plusieurs domaines, dont son mariage insatisfaisant depuis trente ans. Le problème principal s'est transformé en une autre figure : faire de sa vie personnelle quelque chose de créatif. Comment pouvait-il user de créativité en se bâtissant une vie meilleure ? Les polarités mutuellement inaccessibles définies par la création musicale, d'une part, et sa vie personnelle, d'autre part, ont pu ensuite s'influencer réciproquement et de manière plus fluide.

### Exemple 2 : Le «poteau de vieillesse»

L'arrière-fond contient les situations inachevées que le patient ne peut transformer en des figures vivantes. Ainsi, Lucie, une femme de 53 ans, célibataire récemment amoureuse pour la première fois, consulte pour des difficultés sexuelles. Son nouvel ami et elle s'entendent assez bien sur plusieurs plans sauf sur certains aspects de leur vie sexuelle. Elle croyait être en mesure de lui en parler et que celui-ci l'écouterait, mais elle préférait attendre et s'ajuster à lui, craignant que s'il répondait à ses demandes d'être plus doux et de renoncer à certaines caresses, il ne le fasse que de mauvaise foi. Selon elle, son partenaire accepterait même de venir en thérapie pour parler de ces différends et tenter de résoudre ce problème somme toute mineur, les deux faisant l'expérience d'orgasmes satisfaisants. Elle le croyait, mais désemparée, elle refusait néanmoins cette alternative. Il y avait là un problème assez délimité et qui présentait toutes les conditions favorables à sa résolution et pourtant c'était l'impasse. Voilà une première figure qui de toute évidence n'arrive pas à se compléter.

D'autre part, elle évoquait sans cesse au cours des entrevues et sans parvenir à en parler directement, ni à en reconnaître la pertinence pour le problème sexuel, une situation complexe et inachevée avec ses parents. A 53 ans, elle avait depuis quelques années la charge de ses parents. Elle avait appris à se percevoir comme le «poteau de vieillesse» de ses parents et ceux-ci comptaient, en effet, sur sa présence pour le reste de leur existence. Cette situation n'était pas vraiment le choix de Lucie. Ses frères et sœurs, tous mariés, tenaient également pour acquis qu'elle devait être la personne-ressource pour leurs parents.

Cette situation, amenée du fond à la surface, a été examinée en thérapie, ce qui a occasionné tout d'abord un grand désarroi. Pour Lucie, prendre la place qui lui revenait et vivre sa relation amoureuse engendrait des jugements de la part de ses parents et de sa famille. Mais ce qui a

été encore plus difficile pour elle, c'est de réaliser ce qu'elle avait introjecté et «avalé tout rond» : elle était le poteau de vieillesse, la bonne et douce fille, qui craignait d'être perçue et traitée comme l'ingrate, l'égoïste, la dure, etc. La thérapie aida Lucie non seulement à défaire ces introjections (voir chapitre 5), c'est-à-dire à clarifier ce qui provenait de ses parents et de sa famille, et ce qui était sa propre opinion, mais aussi, avec l'aide de son ami, cette démarche l'aida à leur communiquer les limites de ce qu'elle pouvait donner et s'aménager un lieu et un temps pour son propre couple.

## DEUX PRINCIPES FONDAMENTAUX POUR LA THERAPIE

Chacun des épisodes de contact crée une figure vivante et constitue un tout unifié de perception, de réponse motrice et d'émotion : un contact est une *Gestalt* qui se complète. L'acte de contact se produit en surface, là où il peut être observé par le thérapeute et perçu par le patient (voir Perls *et al.*, III.4.). Si toutes les psychothérapies visent une meilleure conscience de soi, l'originalité de la Gestalt-thérapie découle du choix de la frontière-contact à la fois comme foyer d'observation pour le thérapeute et comme véhicule de changement pour le patient. Toute la démarche thérapeutique découle donc des deux principes suivants :

1. L'expérience phénoménologique, concrète et actuelle, est le fruit de la mise en action de la frontière-contact.
2. Tout dysfonctionnement psychologique s'observe et se vit à la frontière-contact, là, devant et avec nous.

Si l'acte de contact (l'expérience psychologique) a lieu à la surface, tout dysfonctionnement, névrotique, limite ou psychotique, peut aussi être observé et vécu (*experienced*) à cette même frontière-contact.

Le thérapeute de l'approche phénoménologique-existentielle tente d'observer avec soin la forme concrète que prennent les interruptions à la zone de contact. Son travail se fonde davantage sur l'observation et l'écoute de la surface que sur la divination ou l'écoute des profondeurs : tout écart à la zone de contact est observable<sup>1</sup>. Voyons maintenant deux exemples qui illustrent ce double travail, d'observation par le thérapeute, et d'expérimentation par le patient, dans l'ici-et-maintenant...

### Exemple 3 : Albert, au début d'une séance de groupe<sup>2</sup>

C 1 : Je sentais une catastrophe arriver, en étant assis là, en souffrant. Je la sens encore, de temps à autre. La nuit dernière, à deux heures du matin, je me suis levé... en fait tout ça a commencé plus tôt. J'ai commencé à avoir des rougeurs, dans l'aine vous savez. J'ai d'abord pensé que ça pourrait être une puce, parce que nous venons de recevoir de nouveaux chiens. Mais je n'ai pas trouvé de puce. Rendu à quatre heures du matin, j'avais des rougeurs ici et là... puis dans la tête, et je n'arrivais pas à dormir. Ça me démangeait. Alors j'ai pris des antihistaminiques. Vers huit ou neuf heures du matin, le malaise est parti et en venant ici, j'ai commencé à sentir cette douleur à la poitrine.

T 1 : Et que se passe-t-il en ce moment ?

C 2 : Je transpire. Je transpire et j'ai chaud.

T 2 : Qu'est-il arrivé avec votre voix ?

C 3 : Elle a baissé. Elle est devenue chaude et hésitante...

T 3 : Et maintenant ?

C 4 : Je sens une tension que je traîne souvent avec moi ici en haut — un bandeau qui me prend la tête comme ça (fait le geste).

T 4 : Devenez le bandeau qui serre sur vous : «Je suis le bandeau d'Albert et je...», etc.

### Commentaire

On peut d'abord remarquer que la plupart des énoncés en C 1 concernent des sensations, des malaises physiques de la veille, qui n'ont pas lieu en ce moment comme en témoigne, par exemple, la conjugaison des verbes. L'intervention en T 1 est dans la foulée de la recommandation de Perls citée plus haut et vise à aider Albert à diriger son attention sur l'immédiat de son expérience. La réponse en C 2 reflète cette re-direction de l'attention, dans la mesure où nous voyons émerger une expérience actuelle. Les interventions en T 2 et T 3 découlent de l'observation de la frontière-contact par le thérapeute (la voix a baissé, et le patient a peut-être plissé le front), et visent à préciser la figure qui émerge du fond de somatisations. A partir de T 4 la suggestion de devenir le bandeau est aussi une tentative d'aider le patient à «assimiler» une projection actuelle (c'est le bandeau qui me serre la tête, ce n'est pas moi qui me crée cette tension). Nous reprendrons cet exemple au prochain chapitre. Voici un autre exemple.

**Exemple 4 : Un exercice de prise de conscience dans un groupe<sup>3</sup>**

- C 1 : Hum, j'ai immédiatement conscience que vous m'avez regardé, que ma voix semble tremblotante. Je sens aussi comme une feuille qui tremble dans ma poitrine. Le tremblement me monte à la gorge... Je regarde le tapis.
- T 1 : Vous vous rendez compte que vous évitez de me regarder ou de regarder quiconque ?
- C 2 : Oui. Je ne regarde pas — pas avant maintenant — les gens semblent très tendus, un peu suspendus. Mais très réels.
- T 2 : Vous pouvez peut-être continuer à passer d'une attention portée vers vous à une attention portée vers les gens du groupe.
- C 3 : (toux) Je me sens une grande tension ici (pointe sa gorge). Ma bouche est sèche.
- T 3 : Maintenant portez votre attention à l'extérieur.
- C 4 : Je semble vouloir porter attention à...
- T 4 : Votre attention se porte sur votre processus interne et non sur ce qu'il y a en ce moment, là devant vous.
- C 5 : Hum. Gilles, je te regarde et tu me sembles à la fois très confiant, mais un peu féroce (sourires).
- T 5 : Maintenant vous l'avez vu. Et que se passe-t-il ?
- C 6 : Cela me rend plus assuré moi-même que Gilles soit confiant (rires).

**Commentaire**

En C 1 plusieurs perceptions immédiates sont évoquées : «ma voix tremblotante», «une feuille qui tremble», etc. Perls, qui a observé le regard qui évite, le souligne au patient pour que celui-ci puisse prendre conscience de la manière dont il s'interrompt à la zone de contact. En C 2, le patient réalise qu'en ce moment il ne regarde ni les autres membres du groupe ni le thérapeute. C'est déjà un pas de plus que de constater passivement : «je regarde le tapis» (en C 1). L'intervention en T 2 cherche vraisemblablement à établir le rythme entre l'expérience de soi et l'expérience du monde; une manière d'appuyer les passages des sensations au tremblement de la voix, à la tension perçue chez les autres, à une figure précise (Gilles), qui immédiatement crée une expérience nouvelle avec tension (un plein contact en C 5), suivie d'apaisement (un post-contact en C 6).

Cet exemple provient d'une démonstration et Perls cherchait à illustrer par un exercice de prise de conscience l'émergence d'un contact simple, d'une rencontre entre «l'intérieur» et «l'extérieur», qui aboutit précisément à l'abolition de cette distinction. On ne peut donc parler ici de psychothérapie, car l'ensemble de ce cycle ne porte pas à grande conséquence. Ici, nous souhaitons seulement donner un exemple d'une expérience de contact simple. A la suite de cette interaction, le patient semble du moins approcher plus nettement le sens de ce qu'il recherche dans ce groupe : le soutien et la confiance de certains membres, pour apaiser sa propre angoisse, à propos de laquelle nous ne savons toutefois rien encore.

**TROIS REGISTRES FONDAMENTAUX DE L'EXPERIENCE EN PSYCHOTHERAPIE**

Le contact se manifeste à travers trois registres de l'expérience du patient en psychothérapie : ce sont ceux de la *situation courante*, qui ne concernent pas la relation thérapeutique, de *l'histoire passée* et de la *relation immédiate* (transfert) entre le patient et le thérapeute. Ces distinctions sont bien connues des analystes (v.g. Malan, 1979, p. 80; Meininger & Holzman, 1973, p. 149), mais nous les adaptons au contexte de la thérapie phénoménologique-existentielle proposée ici.

Il est très utile au thérapeute de pouvoir suivre de près, en tout temps, l'état du contact dans chacun de ces registres, qui nous serviront en quelque sorte de grille d'analyse tout au long de ce travail. Voyons maintenant un exemple où il sera possible de retracer le jeu de chacun de ces registres.

**Exemple 5 : Les parents intrusifs : le respect des frontières par le thérapeute**

Claude est un homme d'affaires de 50 ans et participe à une thérapie de groupe. Il est irrité par les échanges répétitifs qui se produisent entre deux membres du groupe qui se plaignent de ne pas avoir suffisamment d'autonomie alors même qu'il les trouve très peu conscients de leur propre dépendance. Pour se préserver des émotions pénibles que suscite en lui l'impasse de cette dyade qui renvoie à une autre, de son passé, il devient agressif, ce qui lui est d'abord utile de plusieurs manières : il réprime ses émotions face à ce qu'il perçoit, il n'exprime rien de ce qu'il ressent et il se tient droit et rigide. Cependant, son visage, ses yeux en

particulier, dégagent une tristesse et sa mâchoire est légèrement affaissée. L'animateur du groupe, qui observe ces écarts à la zone de contact, lui fait alors porter attention à ce qu'il ressent dans son visage et au contraste entre celui-ci (vulnérable et mou) et le reste de sa posture (fermée et dure). Claude prend alors plus nettement conscience de la différence entre sa tristesse (sans la laisser émerger) et sa position agressive et fermée, puis il se retire davantage, en affirmant qu'il désire qu'on le laisse tranquille pour le moment. L'animateur respecte ce choix et ne l'interprète pas comme une résistance : à ce moment même, l'agressivité est plus accessible, et moins angoissante pour Claude. Il y trouve un soutien, à partir duquel il peut exprimer son désir de ne pas poursuivre l'échange au-delà de ce point. Ici le contact a été fait à partir de la capacité de mobiliser son agressivité pour définir ses limites.

### Commentaire

Le fait que Claude puisse exprimer sa tristesse l'exposait vraisemblablement à une menace plus grande encore, celle d'être envahi et de ne plus pouvoir mettre fin à l'interaction à sa convenance, comme jadis avec son père. Celui-ci réclamait constamment de sa femme une plus grande autonomie, qu'il était incapable de prendre par lui-même, préférant répéter son rôle de victime de la vie, en prenant Claude à la fois comme cause et témoin de ses malheurs dans le couple. La pertinence de cette compréhension, fondée sur une certaine connaissance du contexte familial de Claude, a été confirmée quelques semaines plus tard lorsqu'il se sentit capable d'aborder avec toute la charge émotionnelle requise cette situation inachevée de son passé. En particulier, il rappela alors combien le fait que le thérapeute ait accepté son refus antérieur d'explorer tout de suite sa détresse face à son père intrusif lui avait permis de réaliser qu'il pouvait dire «non» et mettre des limites, et ainsi commencer à défaire le cercle vicieux de son impuissance face à une «figure parentale».

Dans cet exemple se trouvent réunis chacun des trois registres fondamentaux de l'expérience psychothérapeutique :

a) Le contenu de la *situation courante* ou *contemporaine*. Dans ce cas, Claude réfère aux problèmes vécus couramment et de manière répétée dans le groupe, quant à l'incapacité d'assumer une autonomie par ailleurs réclamée avec force. Dans un premier registre, il réagit fortement à cette situation actuelle : «ici-et-maintenant, dans ce groupe, ces deux-là me sont insupportables».

b) Le contenu de l'*histoire passée* et des *situations inachevées*. Pour Claude, la situation courante observée dans le groupe a un lien direct,

plus ou moins conscient, avec sa situation passée et inachevée avec ses parents : la structure de l'un évoque la structure de l'autre. Sur un deuxième registre, cette situation inachevée contient, parce que précisément inachevée, toute la charge émotionnelle qui était associée à cette expérience pourtant aujourd'hui ancienne. Mise en pleine lumière, cette expérience aurait pu ressembler à ceci : «ici-et-maintenant, je réagis de la même manière qu'à l'époque, en présence de mon père : c'était insupportable, et ce l'est encore, de me souvenir de cela, et c'est pourquoi je réagis si fortement lorsque je vois ces deux-là dans le groupe faire la même chose; je me sens aussi démuné avec eux que dans ma famille».

c) Le processus de la *relation immédiate* entre le patient et le thérapeute. C'est le registre de la rencontre et du transfert; du contact patient-thérapeute et de ses difficultés. Dans l'exemple qui nous occupe, il se produit, dans la nature même de la relation entre Claude et l'animateur du groupe, quelque chose d'anodin en apparence, mais qui pour Claude revêt un caractère fondamental. Pour Claude, l'animateur risquait, en insistant d'avantage, d'être assimilé à son père intrusif et irrespectueux des limites de son fils. Exprimé à partir de la perspective de Claude, s'il avait pu en prendre pleinement conscience, on dirait : «ici-et-maintenant, toi l'animateur, tu vas me pousser à revivre la même impuissance et la même détresse que celle dans laquelle me plongeait mon père; serais-tu donc comme lui? Ou bien, es-tu de mon côté?» Devant une telle incertitude, Claude s'était tout d'abord replié davantage sur lui-même, face au thérapeute, de manière analogue à ce qu'il ressentait face à ses parents.

### Exemple 6 : Le regard retourné

L'exemple qui suit décrit une situation où la patiente, une adolescente, renvoie au thérapeute, de manière dramatique et amplifiée, une attitude qu'elle perçoit au départ chez celui-ci. Cette vignette illustre comment il est possible, sur le plan de la relation immédiate, de clarifier une intrication, pour retrouver un contact. On voit aussi dans quelle mesure la présence du thérapeute, ses gestes, ses silences, son ton de voix et autres, appartiennent au fond.

Diane est une jeune patiente de 16 ans qui arrive en retard à son rendez-vous. Elle semble très tendue. Après quelques moments de silence, tout en fuyant le thérapeute du regard, elle lance brusquement :

— Pourquoi me fixez-vous du regard comme cela ?



Tout en lui lançant des regards furieux, elle lui fait comprendre par allusion qu'elle se sent persécutée par son regard direct et lui demande expressément de regarder vers la fenêtre plutôt qu'elle.

Le thérapeute tente alors en vain de l'amener à s'interroger sur ce que représente ce regard fixe et à préciser le pourquoi de ce malaise. Il en résulte qu'elle s'enferme dans un silence rempli d'hostilité.

Durant ce silence, Diane se met à dessiner ce qui allait devenir une caricature méchante du thérapeute. Absorbée par son dessin, son humeur change, des sourires espiègles se manifestent et font place à des éclats de rire malicieux à mesure que son dessin prend forme. Les coups d'œil rapides qu'elle jette vers le thérapeute pour en arriver à faire sa caricature font ensuite place à un regard de plus en plus soutenu. D'abord lentement, puis avec plus d'intensité, elle commence à mimer chacune de ses postures et chacun de ses mouvements. Les tentatives, par le thérapeute, de s'adresser à ce qui se passe ne sont accueillies que par l'écho de ses propres questions. Cela se poursuit pendant plusieurs minutes.

Enfin, les rires et les moqueries de Diane cessent au moment où elle reprend son dessin.

Le thérapeute intervient alors :

— Aujourd'hui, lorsque nous avons commencé la séance, je pense que tu as essayé de me faire comprendre que je te rendais très mal à l'aise et coincée, quand je te regarde de manière directe. Et je crois que tu as ressenti que ton message n'a pas été entendu. Alors, au lieu de me le répéter par des mots, j'ai l'impression que tu as tenté de me le faire comprendre en ayant recours à ma propre pratique.

Après une brève pause, elle lui répond :

— Et vous, ce n'est pas ce que vous feriez ?

Après cet échange, le reste de la séance se déroula dans un climat de collaboration.

### Commentaire

Tout d'abord, il ne faut pas oublier l'âge de la patiente, l'adolescence expliquant en partie le caractère excessif de sa réaction. Le regard du thérapeute est persécuteur; on peut penser qu'elle projette sur lui sa propre hostilité. Il tente, sans succès, de faire contact avec cette expérience. Puis il accepte, malgré l'inconfort probable que l'expérience a pu susciter chez lui, qu'elle exprime en gestes, par un dessin, et en l'imitant

lui, son expérience d'être persécutée. En somme, son message n'est pas d'interpréter la projection : «Je pense que tu projettes ton hostilité et c'est pour cette raison que tu sens mon regard comme persécuteur, qui n'est que direct». Il cherche plutôt à s'approcher de la patiente, en parlant avec elle de son expérience de projection, selon une attitude phénoménologique descriptive : «Je pense que tu as essayé de me faire comprendre que je te rendais très mal à l'aise, coincée quand je te regarde de manière directe». De là, plus loin, plus tard, avec la répétition de la distorsion, on suppose que la conscience de la patiente s'ouvrira vers le contenu de la projection.

Après avoir fait la distinction entre les trois registres, de la *situation courante*, de l'*histoire passée* et de la *relation immédiate*, il est maintenant possible d'approfondir notre compréhension de l'un d'entre eux, celui qui concerne la relation immédiate, c'est-à-dire la rencontre (*encounter*) entre le patient et le thérapeute. Pour ce faire, il faut démontrer l'apport de Buber et de sa philosophie du dialogue. Sa contribution est fondamentale, à la fois parce qu'elle permet de situer le contact sur le plan le plus riche, soit celui de la rencontre interpersonnelle, et aussi parce qu'elle permettra l'assise des fondements de notre vision de la relation thérapeutique (voir chapitre 9).

### L'APPORT DE MARTIN BUBER : LE CONTACT EST UNE RENCONTRE

Martin Buber<sup>4</sup> (1957) a élaboré une véritable philosophie du dialogue entre l'homme et la nature, entre l'homme et l'homme, et entre l'homme et le toi-éternel (l'être spirituel). La lecture de Buber invite à la réflexion et à la méditation, et à elle seule permet au psychothérapeute de développer une attitude profonde d'ouverture à la rencontre. On dit couramment que la psychothérapie est une science et un art. Quant à nous, nous croyons plus fructueux de considérer qu'elle est plutôt une philosophie et un art.

Pour Buber, la rencontre ne se trouve ni dans l'un des deux partenaires ni dans les deux combinés, mais seulement dans leur dialogue. Ici, l'individu se situe au second plan tandis que le dialogue est au premier. Ce dialogue se développe dans le royaume de l'entre-deux et se remarque par ses deux polarités, qui sont les mots-principes Je-Tu et Je-Cela. L'attitude de l'homme est double. En vertu de la dualité des mots-principes, qui ne sont pas des mots isolés mais des couples de mots : dire Tu, c'est



dire en même temps le Je du couple Je-Tu et dire Cela, c'est dire en même temps le Je du couple Je-Cela. Il n'y a pas de Je en soi.

Le mot-principe Je-Tu ne peut être prononcé que par l'être entier et le mot-principe Je-Cela ne peut jamais être prononcé par l'être entier (Buber, 1957, p. 7). La différence entre les deux attitudes est essentielle à saisir. L'empire du Cela est composé d'activités qui ont une chose pour objet : percevoir une chose, éprouver une chose, représenter une chose, vouloir une chose, sentir une chose, penser une chose, etc. Toutes ces choses et d'autres semblables fondent l'empire du Cela, qui est le règne absolu de la causalité. L'empire du Tu a un autre fondement. Dire Tu, c'est n'avoir aucune chose pour objet, car où il y a une chose, il y a une autre chose. Chaque Cela confine à un autre Cela, alors que Tu ne confine à rien. «Celui qui dit Tu n'a aucune chose, il n'a rien. Mais il est dans la relation» (Buber, 1957, p. 8).

En transposant ces idées, il est possible de voir qu'une thérapie peut se situer surtout dans les registres de la situation contemporaine ou de l'histoire passée, ce qui confine au monde du Je-Cela. Mais le seul fait d'être présent, dans la relation immédiate, permet d'avoir accès au monde du Je-Tu.

Laissons encore Buber (1957, p. 10) évoquer les différences entre les deux mondes. Le monde en tant que connaissance empirique, en tant qu'expérience, relève du mot-principe Je-Cela; le mot-principe Je-Tu fonde le monde de la relation. Que les expériences soient «internes» ou «externes», «manifestes» ou «secrètes», cela ne changera rien. Choses externes ou choses internes, ce sont des choses parmi les choses (Buber, 1957, p. 9). Dire Je-Cela, c'est être observateur devant les personnes au lieu de se confronter avec elles dans l'échange vivant des «fluides mutuels» (p. 26). L'intelligence (scientifique et esthétique) a un rôle à jouer, mais elle doit fidèlement faire son œuvre pour ensuite s'abîmer dans la vérité super-intelligible de la relation, qui enveloppe tout l'intelligible.

«Je considère un arbre. Je peux le percevoir en tant qu'image : pilier rigide sous l'assaut de la lumière, ou verdure jaillissante inondée par l'azur argenté qui lui sert de fond. Je peux le sentir comme un mouvement... Je peux le ranger comme une espèce... L'arbre n'a pas cessé d'être mon objet, il a gardé sa place dans l'espace et dans le temps, sa nature et sa composition. Mais il peut aussi se faire que de propos délibéré et en même temps par l'inspiration d'une grâce, en considérant cet arbre, je sois amené à entrer en relation avec lui. Il cesse alors d'être un Cela. La puissance de ce qu'il a d'exclusif m'a saisi» (p. 10). On ne peut

imposer une rencontre, un dialogue authentique. On ne l'obtient pas en la cherchant, elle vient par la grâce.

«Que sait-on du Tu? Tout ou rien. Car on ne sait rien de partiel à son sujet» (p. 13). Si le Tu vient à moi, à ma rencontre, c'est par grâce. Mais c'est moi qui entre en relation immédiate avec lui : c'est une rencontre à la fois passive et active.

Dans la rencontre, il ne s'interpose aucun concept, aucun schéma ou effort d'imagination. La mémoire, transformée en souvenir spontané, passe brusquement du morcellement à la totalité. «Les essences sont vécues dans le présent, les objets dans le passé» (p. 14). S'il persiste des buts, des appétits, des anticipations, des moyens, alors il y a obstacle au Je-Tu. Le contact se produit seulement quand tous les moyens, toutes les intentions, ont été abolis.

Pourquoi est-ce si difficile de pénétrer le monde du Tu, demande Buber? Parce que le monde du Cela est cohérent, dans l'espace et dans le temps, alors que le monde du Tu ne l'est ni dans l'espace ni dans le temps. De plus, une fois le processus de relation terminé, chaque Tu devient forcément un Cela. A côté de cette cohérence du Cela, les moments où se réalisent le Tu sont éphémères, singuliers, privilégiés. Ils sont «lyrico-dramatiques, d'un charme séducteur», mais ils sont notre sécurité. Ils sont aussi inquiétants qu'indispensables, car on ne peut vivre dans la seule présence, elle nous dévorait... mais on peut vivre dans le passé uniquement.

Ni le thérapeute ni le patient ne sauraient soutenir l'intensité de leur relation immédiate : le contact au sein de la relation thérapeutique doit faire place à des contenus, ceux de la situation contemporaine et ceux du passé; ils serviront de fond pour les prochaines figures du contact. Chaque contenu dont le patient parle, à propos de sa situation contemporaine ou ancienne, peut couler dans la relation immédiate, servir à la rencontre. On ne peut vivre sans le Cela : c'est le monde dans lequel nous devons vivre, qui nous offre toutes sortes d'attraits et de stimulants, d'activités et de connaissances. Mais «qui vit seulement avec le Cela n'est pas l'homme» (p. 29).

Enfin, Buber (1957, p. 49) nous met en garde contre les formes du langage verbal qui ne prouvent rien : «Bien des Tu exprimés ne signifient au fond qu'un Cela auquel on dit Tu par habitude et par apathie, et beaucoup de Cela signifient un Tu dont on a gardé au fond de soi un souvenir lointain».

## Chapitre 3

### Le self et les moments du contact

Le self et le contact sont des configurations étroitement liées. Ils assurent l'adaptation créatrice. Dans ce chapitre, nous décrivons les étapes du contact : pré-contact, contact, plein contact et post-contact. Nous voyons aussi comment chacun des moments du contact<sup>1</sup> est mis en jeu par l'un des systèmes partiels du self : la fonction-ça, la fonction-je et la fonction-personnalité. Enfin, à l'aide de l'analyse du verbatim d'un entretien, nous tentons d'illustrer la phénoménologie de ces diverses fonctions dans le travail clinique.

#### **SELF, CONTACT ET ADAPTATION CREATRICE**

Le self est le système des contacts (I.1.). Il est un processus avant d'être un contenu. Il est en fait la frontière-contact à l'œuvre (I.11.). Son activité est de former figures et fonds. Le self n'est donc pas la figure qu'il crée, mais la création même de la figure (XII.8.). Il est la frontière dont l'activité consiste à faire contact avec le présent de manière continue. Le self ne peut exister qu'en ce moment présent. Les notions de self et de contact sont inextricablement liées.

Définir le self, c'est tracer le profil de l'ensemble des contacts possibles en ce moment pour la personne. Mais la théorie du self ne cherche pas à rendre compte des contenus associés à une personne. L'histoire en tant que telle, le « caractère » en tant que structure, le comportement en soi, ne sont pas le self; ce sont des contenus qui permettent au psychothérapeute de s'orienter (I.12.).

**NOTIONS DE SELF, DE ÇA, DE JE ET DE PERSONNALITE**

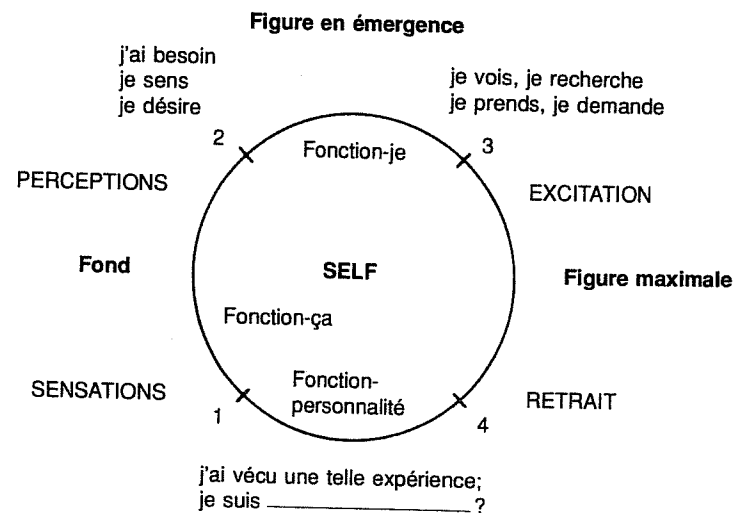
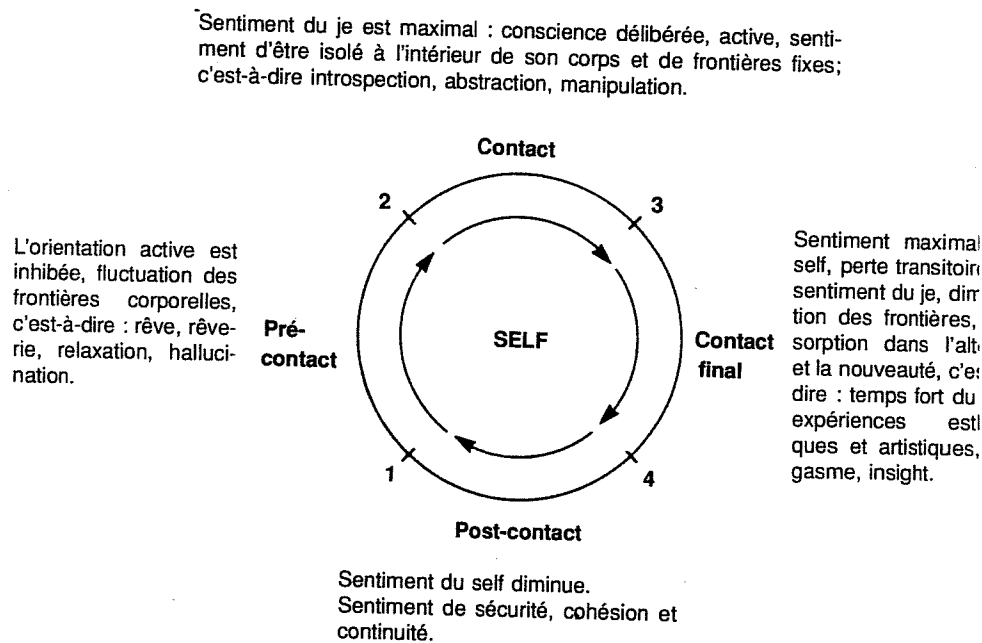
Un acte de contact spontané se déroule selon certaines étapes : étape du pré-contact, étape du contact, étape du plein contact et étape du post-contact (voir figure 3.1., cercle inférieur). Plusieurs auteurs ont discuté de ce cycle selon des termes apparentés (Harmon, 1984, pp. 178-184; Perls, 1969, pp. 33-47; Polster et Polster, 1974, p. 112; Zinker, 1978, p. 90 et pp. 97-113). On peut détailler ce cycle ainsi : retrait (fond) → émergence d'une sensation → perception d'un besoin → mobilisation de l'énergie afin de trouver satisfaction dans l'environnement → figure claire et nette → retrait (fond). Dans une perspective parallèle (voir figure 3.1., cercle supérieur), le self élabore des systèmes spécialisés, à des fins particulières, qui correspondent aux exigences de ces étapes.

La fonction-ça, la fonction-je et la fonction-personnalité sont des systèmes partiels du self. Il s'agit dans chaque cas du self lui-même, dans des activités et des états de conscience différents. Le self ne peut être confondu ou réduit à l'une de ces fonctions.

L'activité du self consiste à s'engager dans une situation actuelle qui soulève son intérêt spontané. Pour reprendre les mots-principes de Buber (X.4.), le Je est en polarité avec le Tu et le Cela. Le Cela est l'aperception de ce qui est disponible, des tendances et de l'arrière-fond. Le Tu correspond à l'objet d'intérêt et le Je au sujet actif, identifié avec ce qu'il fait et à ce qu'il désire, rejetant le reste. Le self a comme fonction principale d'actualiser le potentiel (Cela) en s'engageant (Je) dans des activités intéressantes (Tu).

Dans un premier temps, nous examinons ces trois fonctions du self. Dans un second temps, nous analyserons un entretien à la lumière de ces notions, liées aux étapes du contact, pour illustrer la manière dont elles s'appliquent à une situation concrète.

FIGURE 3.1. — Représentation schématique des notions de contact et de self comme processus temporel, en fonction des quatre étapes du contact.



## LA FONCTION-ÇA

La fonction-ça renseigne la personne sur ses besoins et ses désirs. Le corps sert de fond alors que le désir ou l'objet se constituent et forment la figure. Son action correspond au pré-contact, la proprioception domine, le self semble être éparpillé, passif et irrationnel. Des images surviennent, des fantasmes, des souvenirs apparaissent. Le self ressent alors sa situation actuelle, ce qui lui manque, l'arrière-fond disponible, la situation inachevée émerge, etc. Si elle n'est pas interrompue, cette expérience contribue à former des *Gestalten*. Un thérapeute cherchera à écouter et à reconnaître les besoins, les désirs et les appétits implicites de son patient. Il ira vers ce qu'on a appelé le point d'urgence. Voyons quelques exemples de manifestations de la fonction-ça.

### Exemple 1 : Le Bandeau d'Albert<sup>2</sup>

Nous sommes au début d'une séance dans un atelier de formation qui durera un week-end.

A 1 : Je sentais une catastrophe arriver, en étant assis là, en souffrant. Je la sens encore, de temps à autre. La nuit dernière, à deux heures du matin, je me suis levé... en fait tout ça a commencé plus tôt. J'ai commencé à rougir, dans l'aine vous savez. J'ai pensé que ce pourrait être une puce, parce que nous venons de recevoir de nouveaux chiens. Mais je n'ai pas trouvé de puce. Rendu à quatre heures du matin, je rougissais ici et là [montrant l'aine du doigt]... puis dans la tête, et je n'arrivais pas à dormir. Ça me démangeait. Alors j'ai pris des antihistaminiques. Vers huit ou neuf heures du matin, le malaise est parti et en venant ici, j'ai commencé à sentir cette douleur à la poitrine.

T 1 : Et que se passe-t-il en ce moment ?

A 2 : Je transpire. Je transpire et j'ai chaud.

T 2 : Qu'est-il arrivé à votre voix ?

A 3 : Elle a baissé, elle est devenue chaude et hésitante.

T 3 : Et maintenant ?

A 4 : Je sens la tension que je traîne souvent avec moi ici en haut — un bandeau qui me prend la tête comme ça et me fait paraître comme confus.

T 4 : Devenez le bandeau qui tire sur vous : «Je suis le bandeau d'Albert et je...»

A 5 : Je suis le bandeau d'Albert et je te renferme. Je suis sa mégalomanie qui veut mener le monde à sa façon.

T 5 : Pourriez-vous dire à Albert quelles sont vos objections au fait qu'il mène le monde à sa manière.

A 6 : Il est fou... de penser qu'il peut mener le monde à sa façon. Ou alors, c'est qu'il est un enfant, etc.

### Commentaire

La plupart des énoncés en A 1 sont de nature proprioceptive, car il s'agit de sensations, de malaises physiques, typiques de la fonction-ça : «J'ai commencé à rougir», «ça me démangeait», «je n'arrivais pas à dormir». Mais on doit observer qu'il s'agit d'un rapport verbal d'une expérience de la veille, donc qui n'est pas actuelle (noter la conjugaison des verbes). Ainsi, l'intervention en T 1 aide Albert à s'orienter sur l'immédiat de son expérience. La réponse en A 2 reflète cette évolution et nous voyons émerger un pré-contact. De même, les interventions en T 2 et T 3, sur la voix et sur la tension, cherchent à préciser la figure qui émerge du fond des somatisations.

A partir de T 4, Simkin cherche à favoriser le passage du pré-contact au contact, de la fonction-ça à la fonction-je. La suggestion de devenir le bandeau correspond à une tentative d'aider Albert à se réappropriier la responsabilité «projetée» dans le bandeau : c'est le bandeau qui me retient à l'intérieur, ce n'est pas moi. Cela permet à Albert de découvrir ce qu'il retient : sa mégalomanie et son pôle inverse, l'enfant, qui seront au cœur de l'entretien à partir de ce moment.

Cet exemple illustre un travail type de démonstration en groupe, où le registre de la situation contemporaine domine et où le cadre du travail est toujours à court terme. La situation est toute autre en psychothérapie individuelle ou de groupe mais intensive à long terme. Les registres du passé et de la relation immédiate y prennent une place plus significative. La régularité des rencontres, l'intensité du lien, la régression, tout cela assure les conditions de base d'un travail à chacun des trois niveaux : contemporain, passé, relation actuelle. L'exemple qui suit fait état d'une autre facette du rôle de la fonction-ça, mais cette fois dans la reprise des situations inachevées.

### Exemple 2 : La thérapeute qui pourrait disparaître par magie

Fleming (1975), en empruntant sa compréhension des phénomènes au modèle du développement de Mahler (Mahler, 1968; Mahler *et al.*,

1975), donne un exemple qui illustre comment une séparation prématurée à l'âge de quatre ans a laissé des séquelles d'abord manifestées dans la relation avec le thérapeute avant d'être reprise dans le travail de la fonction-ça.

Frank est un homme d'affaires de 32 ans. Il est intelligent et il réussit bien sur le plan professionnel. Il se sent par contre profondément seul et inapte dans ses relations sociales. Après un mariage qui n'a pas fonctionné, il a vécu une succession de relations amoureuses intenses, insatisfaisantes et brèves, autant avec des hommes qu'avec des femmes et auxquelles il mettait toujours fin.

Les quatre premières années de sa vie se sont déroulées normalement. Il a vécu une relation agréable et intense avec sa mère, d'où il semblait avoir tiré un certain sentiment stable de sa valeur propre. Mais à l'âge de 4 ans, sa mère fut hospitalisée pour une maladie chronique et il vécut chez ses grands-parents maternels durant cinq années et sa mère ne le reprit qu'une fois rétablie. Au cours de cette période, son lien affectif premier était sa grand-mère, une femme à la fois forte et chaleureuse.

Face aux interruptions de la thérapie et face à sa performance au cours des séances, il présenta dès les débuts une réaction d'angoisse très forte, car il craignait de déplaire à la thérapeute.

Encouragé à apprivoiser sa peur et à laisser apparaître ses fantasmes quant il était seul et qu'il se sentait menacé, il les décrivait ainsi : «J'ai l'impression de me désagrèger» et «je ne sais pas où se trouve ma tête». Après quelques mois, l'idée angoissante de ne pas trouver la thérapeute lors de la prochaine séance venait le troubler de manière récurrente. La crainte était : «Elle pourrait faire pouf! et disparaître». L'angoisse diminuant, il se rappela que cette image représentait son sentiment face à l'absence de sa mère, soudainement disparue. Il constata que sa crainte le protégeait de l'attachement à la thérapeute, celle-ci pouvant «faire pouf! et disparaître» comme ce fut le cas pour sa mère.

En apprivoisant graduellement sa détresse face à son état de séparation, il se sentait entre les séances comme «suspendu et en attente». En puisant dans cette expérience nouvelle, il s'est souvenu comment, au cours des premiers mois chez sa grand-mère, il s'assoyait sur la branche d'un arbre tout en regardant l'étang, en tentant de se remémorer le visage de sa mère. Il se rappela ensuite comment il a été rassuré, après une visite à l'hôpital, quand, après l'avoir vue, il a pu enfin la visualiser à nouveau, l'imaginant au lit dans sa chambre d'hôpital. En d'autres termes, il utilisait sa capacité d'évoquer l'image de sa mère pour apaiser son besoin.

Ces images et ces souvenirs de la situation inachevée de séparation brutale qu'il a vécu avec sa mère résultent de la fonction-ça.

### Les perturbations de la fonction-ça

Les perturbations de la fonction-ça résultent d'une dysfonction du système d'aperception. Ce mal fonctionnement peut être de nature biologique, comme dans le cas de la schizophrénie, des problèmes affectifs majeurs, etc.; il peut aussi être de nature secondaire, c'est-à-dire acquis, par exemple dans le cas de l'anorexie-boulimie, où la distorsion du besoin de manger et celle de l'image du corps sont parfois dramatiquement affectés.

Pour Rank (1936/1976), l'essence même de la névrose consiste d'ailleurs à ne pas être capable de «vouloir ce que l'on veut». Combien de patients disent de manière directe ou indirecte : «Je ne sais pas ce que je veux». Il manifestent ainsi un trouble combiné de la fonction-ça et de la fonction-je. On comprend dès lors le sens des interventions qui invitent le patient à porter attention à ce qu'il vit en ce moment, pour servir d'appui à la fonction-ça. Par exemple, on l'invite à se centrer sur les sensations de sa gorge serrée, ou encore sur celles qui émanent de son cœur battant, ou à simplement laisser venir les images qui veulent émerger (y perçoit-il une excitation? un intérêt?). Ici le but est de favoriser une reprise dans la perception du besoin et l'émergence du désir. Ce dernier doit ensuite être reconnu par le Je.

### LA FONCTION-JE

La fonction-je, c'est le self impliqué dans une activité intéressante qui reconnaît le Cela de la situation présente. Le self est ici l'acteur qui désire, qui entrevoit l'objet et qui transforme la situation. Si le moi de la psychanalyse est surtout conçu comme une entité, la fonction-je est mieux comprise comme une structure temporelle et même temporaire d'identifications et d'aliénations face aux possibilités. Son rôle consiste à distinguer entre le «moi/non-moi», le «pour-moi/pas pour-moi». Par exemple, en disant j'aime/je n'aime pas, je comprends/je ne comprends pas, ou je veux/je ne veux pas. C'est ici que l'intention émerge et sert d'appui à l'action en cours.

A cette étape, l'expérience du sujet est celle d'un Je en train de faire la situation (X.6.), de l'utiliser et de maîtriser les moyens disponibles; le self est alors un Je qui agit, qui agresse, qui défait et qui manipule

l'environnement. Le contact est en voie de réalisation. L'objet est visible ou recherché, mais il n'y a pas encore d'unité dans la rencontre du Je et du Tu : le plein contact n'est pas atteint. Un écart entre soi et sa propre situation reste à combler.

### Les perturbations de la fonction-je

La névrose suppose un je stable et bien formé. Certaines perturbations structurales, présentes chez les états limites ou chez les psychotiques, appartiennent à ce que Perls-Goodman appellent l'organisme. Le self, diminué, clivé, ou virtuellement détruit, tente alors désespérément de s'adapter à ces troubles. Ne considérant ici que la névrose, nous la définissons à la fois comme une fixation dans l'état du Je orienté vers un but et comme une perte de clarté dans le contact entre le self et l'environnement. Ces troubles dans la clarté du contact prennent quatre formes : confluence, introjection, projection et réflexion. Ces perturbations de la conscience correspondent exactement à une perte de la fonction-je, donc à l'expérience de la névrose. Nous en reparlerons au chapitre 5. Pour l'instant, notre intérêt concerne le cycle de contact à travers la mise en action de la fonction-je.

### Exemple 3 : L'attachement de Michel à sa mère et vice-versa<sup>3</sup>

Michel prend conscience de sa façon de s'accrocher à ceux qu'il aime, mais aussi à l'inverse, de son sentiment d'être étouffé par sa femme, puis par la tristesse de sa mère (l'entretien est déjà commencé).

C 1 : Tu m'étouffes (comme s'il s'adressait à sa femme).

T 1 : Oui. Dites-le à nouveau.

C 2 : Tu m'étouffes avec ta manière de me serrer. Et tout... (pause).

T 2 : Est-ce qu'elle vous écoute ?

C 3 : Non.

T 3 : Pouvez-vous le dire d'une manière qui lui communique ce que vous voulez lui dire ?

C 4 : J'aimerais me mettre en colère, parce que c'est la manière dont je me sens par rapport à cela.

T 4 : Dites-lui cela maintenant.

C 5 : J'aimerais me fâcher après toi, mais je ne peux pas parce que... tu vas pleurer (rires). Tu ne me le permets pas... vous savez, j'aimerais maintenant m'adresser à ma mère.

T 5 : Très bien. Que se passe-t-il avec votre mère ?

C 6 : Maman, il y a quelque chose à propos de ton manque de bonheur qui m'étouffe...

T 6 : Qu'est-ce qu'elle répond ?

C 7 : Je ne sais pas ce que tu veux dire, etc.

Le travail se poursuit.

### Commentaire

En C 1, le patient exprime clairement qu'il se sent étouffé par sa femme. Dans la mesure où il reconnaît ses sensations (une sensation d'étouffement dans la poitrine, qu'il évoquait plus tôt dans la séance) et qu'il s'y identifie, il exerce sa fonction-je : c'est moi, je me sens étouffé. L'énoncé «tu m'étouffes» peut aussi indiquer une expérience interrompue, i.e. une interruption de la fonction-je, par projection du sentiment «je tiens à t'étouffer».

D'autres, comme Gill (voir chapitre 9) pourront penser que ce commentaire fait aussi allusion à la perception de la relation immédiate par le patient : le thérapeute est-il étouffant ? Le patient se sent-il en colère mais aussi impuissant contre lui ?

Les interventions en T 2 et en T 3 sont bien caractéristiques de la manière de Perls d'appuyer la continuité du contact par l'expression de la fonction-je particulièrement en T 3 lorsqu'il énonce «... qui lui communique ce que vous voulez lui dire». Il fait explicitement appel à l'intentionnalité inhérente à la fonction-je. De même en T 4, le thérapeute cherche à favoriser l'expression et le passage du contact au plein contact, toujours à partir de la fonction-je. En C 5, le patient affirme son désir de changer d'objet, de sa femme à sa mère : «J'aimerais m'adresser maintenant à ma mère», dit-il, offrant par là une expression spontanée et non sollicitée de sa fonction-je, que Perls dans ce cas appuie et confirme en T 5. Le travail reprend en C 6, cette fois en rapport avec la mère, et se poursuit jusqu'à la fin de l'entretien.

En termes des registres présentés au chapitre 2, il est clair que le patient établit un rapport spontané entre celui de la situation contemporaine avec sa femme et ce qui se passait avec sa mère (en C 5); le niveau proprement transférentiel, de la relation immédiate avec le thérapeute, n'est pas par contre abordé dans cet extrait. Au plus peut-on supposer qu'il y est fait allusion, de C 1 à C 4.

## LA FONCTION-PERSONNALITE

La fonction-personnalité est la «réplique verbale du self» (X.8.). Héritière des relations d'objet des deux premières années, cette fonction apparaît avec le langage (VII.1.). C'est la parole intérieure, le self parlé, qui s'exprime à travers le langage.

La fonction-personnalité correspond à la partie responsable, autonome et reconnue de la personne (X.8.); c'est la structure même de l'*insight* et de la transparence de soi. La fonction-personnalité n'évolue pas dans l'univers de la nouveauté, mais dans celui de ce qui est déjà assimilé et reconnu. Les descriptions de soi produites par la fonction-personnalité correspondent à l'aboutissement du contact, au Je-Tu de la rencontre, devenu un Cela, comme l'affirmait Buber. On peut aussi reconnaître les influences combinées de Rank, Sartre et Sullivan qui ont permis à Goodman de mettre en lumière, de manière profondément originale, cet aspect de l'expérience de soi.

On s'interroge : «Je me demande parfois qui je suis». En réponse, on prétend à quelque chose à partir d'une certaine lucidité. On exerce alors la fonction-personnalité.

Les patients verbalisent leur névrose et énoncent des phrases issues de leur fonction-personnalité, qui peut ou non manifester un trouble de cette lucidité, par exemple, dans les diverses formes de la dépression : «Tout est de ma faute, je suis un minable», «je me prends pour superman, mais je me sens comme Linus», «je ne suis plus moi-même», «je suis comme une poupée mécanique dont le ressort s'est défait», «je ne vaud plus grand-chose, une vraie loque», «je suis une personne désespérée», «je suis un(e) incapable dans la vie», «je suis la victime», «je me sens comme une horloge démontée».

Avec des personnalités de style obsessionnel, nous entendons plutôt des énoncés comme : «Je suis (je cherche à être toujours) parfaitement efficace, à l'ordre et fiable», «je cherche toujours à être parfaite et parfaitement en contrôle», «je ne suis pas une personne agressive», «je suis parfaitement respectueuse de l'autorité», «si je ne sais pas tout, je suis bon pour la poubelle», «si je ne satisfais pas ma femme, je ne suis pas vraiment un homme».

Par ailleurs, avec des patients de type hystérique, nous entendons un langage dramatisant, excessif à leur égard : «Je suis tellement content(e)», «je ne comprends absolument pas ce que vous me demandez de faire, je me sens complètement démunie». Dans le processus de thé-

rapie, après un travail de prise de conscience, nous avons à un moment ou l'autre accès à des verbalisations comme «je suis émotive et sensible, et j'ai toujours besoin de l'attention des autres, d'être le centre d'intérêt, sinon, en-dedans de moi, je ne sais pas qui je suis». C'est ce type d'*insight* qui est recherché.

### Les perturbations de la fonction-personnalité

Une personnalité qui envahit le self entraîne inévitablement un ensemble d'attitudes fixes, une loyauté néfaste à des personnages (objets) du passé. Dans la pathologie, la personnalité a une activité d'imitation et produit un langage qui est insensible, inflexible, abstrait, vague et monotone, en porte-à-faux. Il s'agit d'une personnalité empruntée, introjectée, qui n'offre aucun appui à l'individu, car ce n'est qu'un substitut. Cette notion est apparentée à celles du faux-self et du vrai-self de Winnicott (1960). D'autre part, dans le cas d'un état limite, le clivage des images de soi se reflète au niveau d'un trouble de la fonction-personnalité. Ainsi, une patiente de 32 ans, célibataire, alcoolique, confuse dans son identité sexuelle, et n'ayant pratiquement vécu que des rapports amoureux très chaotiques et conflictuels dit d'elle-même : «Mon image de moi-même? C'est clair : ou bien je suis celle qui est excessive, qui boit pas mal, et qui passe d'un amant à l'autre... parce que je m'en fous, ou bien je me sens comme une petite fille qui a peur... et dont il faut prendre soin».

#### Exemple 4 : Je suis un poète

Pour reprendre à Isadore From un exemple simplifié sans doute mais didactique d'un patient qui affirme qu'il est un poète, mais qui n'agit pas comme tel, c'est-à-dire qui n'écrit pas, qui ne lit pas de poésie, etc., cela peut refléter une perturbation de la fonction-personnalité. La description que ce patient se fait de lui-même est alors inexacte, en porte-à-faux, sur une structure imaginaire non appuyée. Et il peut s'agir en réalité de plusieurs choses distinctes : je dois devenir un poète (pour être aimé); je me sens trop minable pour ne pas maintenir l'illusion d'être un poète non encore reconnu; mon père a raté sa carrière, il voulait devenir artiste; je suis une personne très sensible, etc. Le travail thérapeutique consiste à clarifier ces écarts qui constituent un obstacle au contact.

On peut imaginer la séquence suivante d'un processus de plusieurs mois condensé en quelques phrases :

C 1 : Je suis un poète (énoncé d'un trouble de la fonction-personnalité).



T 1 : Vous dites que vous êtes poète, mais vous n'avez jamais encore écrit. Je crois qu'il serait plus exact de dire que vous voulez écrire.

C 2 : Ah!... (silence). Je veux écrire, en effet. C'est très important pour moi (énoncé de la fonction-je)... (silence).

T 2 : Et maintenant, que ressentez-vous? (énoncé dont la réponse ferait appel à la fonction-ça).

C 3 : Une grande fatigue (fonction-ça, travail de deuil de l'illusion de l'image idéalisée de soi). Je ne sais pas pourquoi (fonction-je), j'ai toujours imaginé que le bonheur résidait dans le fait d'être poète ou écrivain (fonction-personnalité). En fait, je suis un minable (fonction-personnalité en contact avec le «vrai-self»).

T 3 : On peut peut-être essayer de retrouver avec qui vous vous êtes ainsi senti minable. Ou bien : «Qui était minable dans votre vie?», ou encore : «Vous est-il arrivé de vous sentir minable ici avec moi?», etc.

Plusieurs mois plus tard :

C 4 : En fait, je me sens plus solide en-dedans maintenant; j'ai plus le sentiment d'être à la recherche de moi-même; je ne sais pas encore tout à fait qui je suis, mais je sais que c'est moi qui cherche et pas d'autres. Je suis peut-être plus honnête face à mon moi profond... (sorte d'*insight*-bilan, issu d'un exercice plus lucide et juste de la fonction-personnalité : ni poète ni minable, mais honnêtement en quête de soi).

## LE RETOUR AU SELF

Nous avons présenté trois structures partielles du self en ce qu'elles apparaissent comme étant tout le self à divers moments du déroulement d'un épisode de contact. Nous reprenons maintenant ces descriptions en évoquant le self au travers de ses sous-systèmes.

Le pré-contact émerge comme le fruit de la fonction-ça. Par exemple, un désir sexuel émerge, ce qui peut conduire à séduire par la conversation, l'humour, ou à offrir des caresses, etc. L'impatience, le dégoût, l'angoisse sont des manifestations de perturbations à cette étape. L'interruption du pré-contact peut prendre la forme d'éviter du regard certaines parties du corps, ou subtilement, d'éviter certains regards, etc.

A l'étape du contact, une figure apparaît, un objet d'intérêt est en vue (le Tu, du couple Je-Tu). Sur le plan sexuel, la perception de l'autre devient plus intense et claire, la fonction-je conduit à vouloir telle activité sexuelle, ou encore, tel fantasme se découvre, suivi d'une action concrète. Le champ du possible se resserre, car il y a un choix et une élimination des alternatives.

Avec le plein contact, on retrouve le self à son niveau maximum d'excitation et de perception : il s'est absorbé dans la figure du Tu; la rencontre est à son point le plus intense. Le but est atteint. La figure du contact, le self, constitue ici une *Gestalt* forte, complète, une unité spontanée dans l'action, comprenant une perception, un mouvement et une émotion. L'excitation, l'aperception (*awareness*) sont à leur plus haut niveau. Sexuellement, c'est l'expérience de l'orgasme accompagné d'une expérience d'unité entre le Je et le Tu, «comme si» ils n'étaient qu'un (une confluence). Au-delà de ce point, le contact, c'est-à-dire la rencontre dans la différence revient.

Enfin, au post-contact, l'interaction se poursuit et le jeu de cette figure sur ce fond s'achève, cet épisode va se terminer. Il y a retrait de ce contact. La rencontre sexuelle perd de son intensité, les deux personnes continuent à être en présence, mais de manière différente : les surfaces de contact sexuel tendent à se rétracter et à s'apaiser; le self n'est plus la figure, il devient la fonction-personnalité qui s'enrichit de cette expérience. Il y a ensuite place pour qu'émerge un nouveau besoin et une nouvelle figure associés à un nouvel épisode de contact.

## Exemple 5 : Marie : le contact avec la passivité

Nous allons maintenant analyser une démonstration, par J. Simkin, d'un type particulier de Gestalt-thérapie, tel qu'il se pratiquait à Esalen au milieu des années soixante. Cela nous donnera l'occasion d'utiliser les notions présentées jusqu'à maintenant dans les chapitres 2 et 3, et qui sont résumées à la figure 3.1. dans une situation concrète.

La situation est la suivante : un petit groupe de personnes, souvent des professionnels de la santé, des thérapeutes en formation, sont réunis pour un atelier-séminaire alliant la théorie aux illustrations concrètes et qui est animé par un thérapeute-formateur. La durée de ces ateliers varie de quelques heures à un mois intensif de formation. Il ne s'agit donc pas de psychothérapie, mais d'une variante des groupes de rencontre, où l'intérêt didactique des démonstrations prime souvent sur le suivi de l'intervention individuelle. Ces démonstrations ont souvent un caractère spec-

taculaire puisqu'on cherche à extérioriser un conflit, son éclatement et une résolution, parfois prématurée et fragile. On sait aussi que la confrontation des manipulations névrotiques est souvent la marque de commerce du style de J. Simkin, émulant en cela F. Perls; d'autres, tels E. et M. Polster, adoptent par exemple un style plus empathique, centré sur les ressources de la personne. Enfin, en psychothérapie, le travail est souvent beaucoup plus lent, cyclique et répétitif; les participants y sont nécessairement impliqués dans une relation interpersonnelle intense, ce qui n'est pas toujours le cas de ces démonstrations. Néanmoins, plusieurs aspects du self et des cycles de contact se retrouvent, en condensé, dans le travail qui suit.

M 1 : J'avais conscience, lorsque je me suis assise sur la chaise et que j'ai porté mes mains juste ici (sur la chaise), de la chaleur de Leo<sup>4</sup> qui était encore là et de sentir la chaleur sur mes mains froides [d'une voix monotone]. Et... je transpire et... mon cœur bat vite, et je me sens... j'avale, je retiens mon souffle. [Pause]. Une sensation, une raideur dans mes épaules, et...».

T 1 : Il semble que vous vous mettez beaucoup de pression.

M 2 : Oui, je me presse, je me presse en-dedans.

T 2 : Pouvez-vous suivre votre action vers le dedans, ou l'inverse?

M 3 : En pressant et en me repliant à l'intérieur. En étant très fer-fermée... comme un nœud. [Soupir, la voix tremblante]. Et, lorsque je ne peux m'ouvrir [les bras dépliés, les jambes décroisées], lorsque je ne suis pas comme ça, je sens que je laisse les gens — la pièce — entrer, et je peux me rendre compte de ce qui se passe dans la pièce ou je peux prendre conscience de la présence de Jim, Leo, Bill, et tous les autres, et puis lorsque je suis comme ça [les bras pliés, les jambes décroisées], alors le reste de ça — vous autres — commencez à disparaître. J'ai seulement conscience de moi-même.

3 : Oui. Qu'est-ce que vous venez tout juste de faire?

T 4 : J'ai avalé. Et j'ai senti mon souffle se couper, et la tension ici et ici [pointe sa poitrine].

4 : [En s'adressant de manière ostensible au groupe]. Je suis toujours frappé par ce phénomène que je vois encore et encore — quelqu'un apprend quelque chose à propos de lui/elle-même : s'il fait ceci, quelque chose survient; s'il fait cela, autre chose arrive — et puis il/elle met aussitôt de côté ce qu'il/elle vient d'apprendre. Je ne comprends pas.

### Commentaire

La participante commence en essayant de suivre la «règle fondamentale» en Gestalt-thérapie qui consiste à exprimer le flot continu de la conscience immédiate des choses [qui prend la forme de «Maintenant, j'ai conscience de...», «*Now I am aware of...*»].

Au début, elle emploie l'imparfait (j'avais conscience de), puis son attention se porte rapidement sur le présent. Nous sommes à l'étape du pré-contact. La plupart des commentaires en M 1, M 5 et M 7 expriment une tension physique, la fonction-ça renseignant Marie sur sa situation actuelle; elle se fait beaucoup de pression; elle a les mains froides, son cœur bat vite, elle transpire, elle bloque sa respiration, etc. En termes des interruptions du cycle de contact, on dit qu'elle fait de la réflexion (voir chapitre 5) : elle retourne son énergie sur elle-même et se coince, au lieu de la tourner vers l'extérieur. Simkin lui communique, en T 1, qu'il a noté cette «résistance», et lui suggère, en T 2, de l'amplifier ou de faire l'inverse, emboitant le pas, pour la dissoudre au lieu de chercher à l'interpréter.

Puis, en M 5, Marie dit comment elle laisse ou non entrer les gens en elle, les jambes et les bras ouverts. Sera-t-elle ouverte ou fermée à Simkin? Lui fera-t-elle confiance? L'allusion au registre de leur relation immédiate est assez claire, de même qu'on peut aussi y entendre une métaphore sexuelle, mais Simkin ignore ce registre et préfère celui de la situation contemporaine, en tant que contemporaine : il ne cherche pas à attribuer aux mots une autre signification que celle que Marie semble lui donner, au premier degré. Il choisit donc de confronter ce qu'il perçoit être une résistance, en s'adressant, en apparence à des fins didactiques, au groupe, mais en s'adressant à la fois aussi indirectement à elle.

A notre avis, cette confrontation n'est pas la plus utile à Marie, qui en est encore, de manière raisonnable, à établir sa confiance, c'est-à-dire l'alliance thérapeutique.

M 5 : C'est un évènement remarquable.

T 5 : Oui. Je m'y mettrai demain. Je vais le mettre dans mon ordinateur et l'explorer la semaine prochaine.

M 6 : Hmh. Hmh. Hmh. [Pause]. Et ça me laisse toujours avec une situation inachevée.

T 6 : Ça?

M 7 : Je me laisse moi-même en situation inachevée.

T 7 : De quelle manière?

M 8 : En ne restant pas près de mes sentiments.

T 8 : J'aimerais souligner votre ceci et votre cela [parlant des gestes d'ouverture et de fermeture de Marie, en M 3]. Et je m'objecte au fait que vous évitiez l'expérience. [Pause]. Maintenant, je suis bloqué. Si je ne fais rien, Marie va rester assise là. [Soupirs]. Un piège parfait.

M 9 : Vous, êtes-vous en train de me dire de poursuivre l'expérience, de continuer à me coincer, avec les sentiments qui viennent avec, que j'ai en le faisant?

T 9 : J'aimerais bien avoir la cigarette de Fritz [pour faire passer l'attente de l'impuissance apparente de Marie].

### Commentaire

Les deux participants en sont encore à trouver un terrain d'entente sur lequel travailler. Marie n'a pas résolu son dilemme de confiance, Simkin résiste à ce qu'il perçoit être la posture fermée et passive de Marie. Son commentaire précédent, en T 4, qui le place comme observateur plutôt que participant avec elle, semble avoir influencé Marie qui, en M 5 et M 6, parle aussi d'elle-même d'une position d'observateur détaché. On peut dire aussi qu'elle répète ce qu'elle a appris dans les séances précédentes de Gestalt-thérapie, dont elle emploie le jargon (évitement, situation inachevée). Il n'y a pas de contact ici. On peut même affirmer que de M 1 à M 4 Marie et Simkin étaient plus en pré-contact qu'en ce moment. L'échange en M 6, T 6 et M 7 n'est qu'un «jeu» de Gestalt, dont le contenu est pertinent, mais qui marque surtout le non-progrès; l'idée du commentaire en T 6 est vraisemblablement de confronter Marie avec le fait que si elle dit «ça», ou «cela» (en parlant de l'évitement), c'est qu'elle désavoue, par projection (voir chapitre 5), sa responsabilité dans le fait de ne pas avancer. C'est l'évitement qui fait qu'elle évite, ce n'est pas elle-même. Ce thème est bien sûr au cœur de l'impasse de cet entretien à date, mais la réponse que Marie fait en M 7 montre seulement qu'elle a bien appris sa leçon de gestaltiste et qu'elle remplace le Ça par un Je, suivant en cela la règle. Mais on a l'impression que ce n'est qu'un accord de surface.

Avec l'intervention en T 7 Simkin abandonne sa position de confrontation et invite Marie à reprendre le travail de prise de conscience (*awareness*), par un *comment* et non un *quoi*. Mais la réponse de Marie, en M 8, est aussi détachée que les précédentes et elle explique ce qui ne va pas, et qu'elle sait parfaitement bien. En T 8, le thérapeute reprend bien son travail en précisant la manière dont il a perçu le dilemme de Marie. C'est sa façon de lui communiquer ce qu'il a vu du comment de la

difficulté de Marie à la zone de contact. Mais il réalise du coup l'impasse dans laquelle il se trouve, car si c'est lui qui suggère à Marie de faire quelque chose, alors ce n'est pas elle-même qui le fait, ce qui ne ferait qu'encourager la tendance de Marie à se conformer aux consignes plutôt que de suivre sa propre voie.

Les thèmes implicites de ce conflit touchent à la passivité, à la séduction d'une figure d'autorité, ou parentale, peut-être même au masochisme. Mais pour l'heure, le problème est toujours posé, à savoir de quelle manière Marie et Simkin vont travailler ensemble. En M 9 Marie répète ce qui est son problème depuis le début, à savoir qu'elle préfère se faire dire quoi faire que de risquer quelque chose elle-même. En T 9, Simkin, cabotin et détaché, évoque tout en l'illustrant la manière dont Perls aurait réagi en telle circonstance.

M 10 : Je ne sais pas où aller à partir d'ici.

T 10 : [Il amorce un dialogue avec lui-même]. Jim, est-ce que Marie devrait continuer à se coincer? Oui, mais si tu demandes à Marie de le faire, alors *elle-même* ne fait rien. Elle ne fait que ce que *tu* lui demandes. Alors Jim, comment Marie peut-elle se sortir de son dilemme? Au diable Marie, comment puis-je sortir de *mon* impasse. [Rire généralisé et doux]. Tu t'es piégé *toi-même*. [Longue pause.] Qu'est-ce que vous ressentez maintenant?»

M 11 : J'ai conscience de vouloir... vous donner le pouvoir... de me sortir de mon dilemme... et je me sens impuissante et... Qu'est-ce que *je* fais maintenant?

T 11 : Que *faites*-vous en ce moment?

M 12 : Je suis assise ici, sur la chaise, et ma jambe gauche est croisée par-dessus ma jambe droite, et je vous regarde. [T. : Mhm. Mhm]. Et j'ai avalé. Et ma main se déplace en va-et-vient au-dessus du bras de la chaise. [Pause]. Je veux — je veux repousser, me remuer. [Pause]. Je veux que *vous* étendiez le bras et que vous me rameniez à l'intérieur.

T 12 : Je sais. C'est ce que j'ai ressenti avec vous depuis le tout début. Et je pense que c'est là la *clef* qui explique comment je suis bloqué avec vous et comment vous devenez bloquée. Ce que vous voulez de moi, c'est que je vous ramène en tirant. Ce que je veux de vous, c'est que vous vous souteniez vous-même. Alors, je vous propose de faire une expérience où vous pourrez apprendre à vous donner du soutien et à faire quelque chose pour vous-même, et je m'installe dans mon fauteuil et je me dis : «Ah! Maintenant Marie va travailler sur ça».

Mais [en riant], Marie veut que Jim la ramène. [Pause]. Alors, vos attentes et les miennes ne se rencontrent tout simplement pas.

M 13 : Elles ne peuvent pas. [Rires]. Au moins, j'ai conscience de cela et ce dont je ne m'étais pas rendue compte avant. [Sa voix est plus forte]. Et cela, clairement, j'aimerais essayer à nouveau et voir si je peux trouver si je *peux* me donner mon propre soutien.

T 13 : Je suis tout à fait disposé.

M 14 : [Pause]. Je me soutiens, ici, dans la chaise. [T. : Mhm. Mhm]. Et je respire de moi-même et toutes les parties de ça dans mon corps, je le fais de moi-même.

T 14 : Toutes les parties de ça vous les faites de vous-même?

M 15 : Pour moi. Respirer, faire battre mon cœur — ça n'est pas comme je fais en ce moment.

T 15 : Et qu'est-ce que vous faites, maintenant?

M 16 : Bizarre, lorsque je réponds pour vous plaire — pour obtenir une reconnaissance de cette façon [d'un ton pensif].

T 16 : OK, voulez-vous ma reconnaissance?

M 17 : Euh... oui.

T 17 : Je suis disposé à vous répondre et à vous reconnaître, lorsque vous ferez l'expérience.

M 18 : OK. [Pause]. Pourriez-vous me dire encore quelle est l'expérience que vous voulez que je fasse?

T 18 : Oh non! Absolument pas. Je vous l'ai dit une fois déjà.

### Commentaire

En M 10, Marie se dit encore impuissante, ce qui amène Simkin à préciser davantage ce qu'il a vu du problème, mais à nouveau en ne s'adressant pas directement à elle, et en mimant un autre «jeu gestaltiste», celui des polarités entre le Jim qui veut l'aider et celui qui est bloqué. En M 11, Marie répond de manière constructive en lui faisant part de ce qu'elle sent de sa propre passivité. Mais à la fin de M 11, elle retourne en position d'attente, Simkin reprend son travail, celui de l'inviter à prendre conscience de ce qui se passe en ce moment (l'ici-et-maintenant). Il est intéressant de noter qu'en M 12, elle reprend de la même manière dont elle avait commencé l'entretien, en M 1, en se conformant à la «règle gestaltiste», par une série de «maintenant j'ai conscience de»; de ceux-ci, il ne se dégage pas beaucoup d'implication : la chaise, ma jambe, le regarder, avaler, la main. A la fin de M 12, après

une pause, elle reconnaît son désir qu'il la tire par le bras et lui vienne en aide, ce qui est plus fructueux. En T 12, la longue intervention ne fait que préciser la nature de l'impasse, comme Simkin la cerne.

En M 13, Marie répète sa bonne foi qui bien sûr n'est pas vraiment en cause, comme chez tous les patients qui résistent. A nouveau devant de bonnes intentions, en T 13, Simkin ne peut que répéter les siennes, mais le tango se poursuit. En M 14, on peut discerner une certaine colère contenue de la part de Marie, qui affirme contrairement aux prétentions de Simkin en T 12, qu'elle peut parfaitement bien se soutenir elle-même. En T 14, il y a, à notre avis, de la part de Simkin, une répétition inutile de l'idée de la projection dans le «Ça». Heureusement, en M 16, Marie se rend compte que lorsqu'elle cherche à lui plaire, elle se décentre de son expérience immédiate. Cette prise de conscience, même limitée, correspond néanmoins à l'étape de contact, la fonction-je s'exerçant de façon directe : je cherche à obtenir votre approbation. En T 16, Simkin la prend au mot et fixe, de façon unilatérale, les conditions dans lesquelles il sera prêt à continuer à travailler avec elle et la reconnaître. Cette intervention est à double tranchant, car d'un côté elle vise à créer à nouveau des conditions de bon contact, mais de l'autre, comme Simkin le craignait lui-même en T 10, si elle se plie à ses conditions et se prête à l'expérience, l'histoire de son manque d'initiative et de sa tendance à se conformer pour être reconnue ne feront que se répéter. C'est ce que Levenson (1972) rappelle que les patients cherchent à faire, en nous transformant pour tenir un rôle complémentaire de leur propre position de vie, dans leurs scénarios multiples. Enfin, on constate en M 18 une dernière tentative de la part de Marie pour tenir son rôle passif, plutôt que d'aller de l'avant d'elle-même, ce à quoi Simkin s'objecte de manière cohérente. Cet échange met fin à la négociation du contrat implicite entre les deux partenaires : chacun sait à quoi s'en tenir et on voit que Marie va pouvoir enfin progresser dans l'exploration de quelque chose d'un peu plus significatif.

M 19 : [Longue pause, puis de façon très rapide]. Bien, je ne suis pas certaine en ce moment, mais je pense qu'il s'agit, pour faire cette expérience, de faire un retour et de prendre conscience de ce que je ressens lorsque je suis toute, bien, lorsque je suis tendue et toute ficelée comme ça. [Enveloppe ses bras autour de son corps, puis prend une pause]. Et lorsque je suis ici, toute rentrée vers l'intérieur... et avec mes yeux fermés... c'est le sentiment que c'est noir.

T 19 : C'est noir?

M 20 : Je suis noire. Je suis seule [Pause]. Et j'ai peur.

T 20 : C'est ça.

M 21 : [Pause]. Je veux crier mais d'une manière ou d'une autre, je ne peux pas [sa voix devient étranglée].

T 21 : Avez-vous une idée de ce que vous voulez crier?

M 22 : [Pause]. A L'AIDE! A L'AIDE!

T 22 : Avez-vous vu ce que vous avez fait avec vos pieds en criant «à l'aide»?

M 23 : Je les ai remontés.

T 23 : Faites ce mouvement à nouveau.

M 24 : [Elle ramène ses pieds vers elle. Longue pause]. D'une voix effrayée : Mes mains sont attachées.

T 24 : Oui.

M 25 : [En pleurant]. Je ne peux pas m'échapper. Quelqu'un me bat. Je crie [elle reprend son souffle], mais même si je crie, personne ne m'entend. [Après un sanglot, elle prend une respiration brusque. Elle pleure]. Et j'ai le sentiment — je me souviens d'être attachée à un poteau [sanglotant]... lorsque j'étais petite.[Pause. Continue à pleurer]. Et ils me laissent là. Et je ne peux pas me libérer.

### Commentaire

Il est évident qu'en M 19, Marie, pour reprendre ses mots, rentre à l'intérieur, pour en parler et en sortir d'elle-même. Le travail est productif au niveau du pré-contact. L'intervention en T 19 qui consiste à défaire une projection a cette fois un effet plus significatif. La phrase : «Je suis noire, j'ai peur», véhicule une charge émotive plus grande, un énoncé significatif de la fonction-je, à l'étape du contact, révélant par là les progrès rapides dans la séquence. En M 21, la figure se précise, l'émotion gagne la voix. En T 21, le thérapeute ne fait qu'accentuer le mouvement en cherchant à ajouter les mots à l'émotion qui pointe. On pourrait dire que l'étape du contact-final apparaît en M 22, ce que Simkin cherche à accentuer par un retour au non verbal (les pieds repliés sur elle), puis en répétant le mouvement (T 22 et T 23). A la suite de quoi, en M 24 et M 25, l'expérience est à son maximum et elle s'accompagne, comme souvent, de l'émergence de souvenirs de la situation inachevée avec les émotions intenses associées. C'est le contact-final au cours duquel Marie change spontanément de registre en passant de la situation contemporaine en tant que telle à l'histoire passée.

T 25 : [D'une voix très douce]. Ça c'est quand vous étiez petite. Oui?

M 26 : Mhm. Mhm.

T 26 : Etes-vous encore une petite fille?

M 27 : [D'une voix plus forte]. Non, mais...

T 27 : Pouvez-vous défaire vos liens vous-même?

M 28 : [Elle se mouche]. Oui, je peux me délier moi-même.

T 28 : J'aimerais vous voir le faire.

M 29 : [Longue pause, puis d'une voix contrôlée]. Maintenant, je suis de retour ici dans cette pièce, mais je suis encore une petite fille toute attachée.

T 29 : C'est ça.

M 30 : Je suis renfermée — seule.

T 30 : [D'une voix douce]. Maintenant, je voudrais que vous parliez à votre petite fille — que vous disiez à votre petite fille qu'elle connaît exactement la manière de se défaire des cordes qui la lient et qu'elle sait comment s'ouvrir, et j'ai trop de considération pour cette petite fille pour faire quoi que ce soit qui pourrait l'empêcher de le faire d'elle-même.

M 31 : Mhm. Mhm. [Longue pause]. Petite fille, tu ne... tu as été... tu n'as plus besoin de rester attachée. OK. Maintenant, ouvre les yeux.

### Commentaire

Il est remarquable que Simkin, dans une approche typique de la Gestalt-thérapie, ait pu en aussi peu de temps aider Marie à s'identifier à la succession des images et des sensations qui émergeaient à partir de M 20 : «Je suis noire. Je suis seule. Et j'ai peur». C'est un exemple de la «voie royale» du flot de la conscience (*awareness*) qui permet en Gestalt-thérapie le contact, par une reconnaissance de la structure même de la situation immédiate. Malheureusement, en T 25, Simkin rappelle à Marie, trop rapidement il nous semble, que le registre du passé n'est pas celui de la situation contemporaine, en coupant court à la régression et en ne laissant pas le temps à Marie de raconter son histoire, de résoudre et d'assumer ces affects étouffés depuis si longtemps, et à peine retrouvés. Ce choix de couper court à la régression ne découle pas de la théorie de Perls-Goodman; il ne représente qu'une manière de travailler, assez typique, des disciples immédiats de Perls. D'autres gestalt-thérapeutes en accord avec le modèle des trois registres présenté ici (voir chapitre 1) prendront le temps d'explorer la situation passée pour mieux établir l

liens avec la situation actuelle. Par exemple, Marie a donné quelques éléments d'une situation où petite elle se retrouve attachée à un poteau.

On pourrait chercher à en savoir plus sur la nature de cette expérience; elle a les mains liées, elle crie et elle pleure; quel est son vécu? Est-elle humiliée et enragée? A-t-elle honte de ne pas s'être défaire de ces liens? Quelle est la part du symbolique ici? Cette situation est-elle venue lui faire découvrir des fantasmes masochistes, ou de passivité, où elle prend plaisir à donner aux autres le pouvoir et le contrôle? N'est-ce pas ce qu'elle a cherché désespérément à faire avec Simkin? Perls *et al.*, consacrent un chapitre important relativement au problème de la compulsion de répétition, du souvenir et de l'anticipation, comme expériences actuelles, en démontrant bien que le passé a toute sa place dans une approche gestaltiste.

Mais en revenant à notre entretien, on constate que Simkin lui rappelle le poids de la réalité en coupant court au fantasme transférentiel (voir chapitre 9) : elle n'est plus une petite fille. Et Marie de répondre par une première protestation : «Non, mais», en voulant peut-être dire : je le sais bien, mais maintenant que je me suis ouverte, vous ne voulez plus en savoir plus long? Vous ne voulez plus de moi? Et qu'est-ce que cela répète du rapport sadique-masochiste?

En M 28, Marie reconnaît, maintenant en accord avec la perspective à laquelle l'a invité Simkin, qui est celle des «adultes raisonnables» qu'elle peut en effet se délier elle-même, non sans protester à nouveau en M 29 et M 30 : «Je suis de retour dans la pièce, une adulte, en apparence, comme vous le demandez, mais à l'intérieur, je suis encore la petite fille, je me suis à nouveau repliée sur moi-même, je suis seule». En entendant cette fois ces commentaires comme une allusion à leur relation immédiate, on peut se demander si Marie n'exprime pas alors indirectement à Simkin qu'elle s'est refermée parce qu'il l'a laissée seule, petite fille dont il ne veut pas entendre l'angoisse et la peur.

L'intervention qui suit, en T 30, semble reconnaître indirectement cet appel à s'occuper de la petite fille, et il exprime directement sa tendresse et le soin qu'il veut prendre de cette petite fille. Mais, paradoxalement, il lui dit qu'elle devra se débrouiller sans lui, qui, soi-disant, ne voudrait pas interférer. Ce double message reflète une ambivalence de la part de Simkin, qui a contribué à atténuer, malheureusement croyons-nous, l'intensité de cette rencontre, entre Je et Tu, dans toute la force de la relation immédiate. Mais ce Tu n'en était pas un d'adulte raisonnable, mais bien celui d'une petite fille. La réponse de Marie, en M 31, nous apparaît alors comme à nouveau une manière, assez inévitable compte tenu de la rela-

tive fermeture de Simkin, de se résigner à faire ce qui lui est demandé : elle confirme à la petite fille en elle qu'il est temps d'ouvrir les yeux et de cesser de jouer à être attachée. Ce dénouement ne peut nous apparaître que prématuré et forcé peut-être par la pression qui s'exerce dans cette situation de démonstration d'arriver à une résolution. En psychothérapie, les participants ont plus le loisir de travailler à trouver les solutions du plein contact, à travers une exploration parallèle des trois registres.

#### NOTES

<sup>1</sup> Les termes «self», «personnalité», «ça» et «moi» englobent des références traditionnelles assez précises. Ces mêmes termes ne signifieront cependant pas la même chose ici, car le modèle proposé est différent. Dans ce contexte-ci le terme «self» fait référence au concept le plus large et le terme «personnalité» n'est qu'un moment du self, soit le self au post-contact. Les termes «ça» et «moi» (Je, das Ich) dans la théorie freudienne renvoient à des instances et à des structures psychiques, alors que nous parlerons ici de fonction-ça et de fonction-je, qui correspondent à des moments du cycle de contact.

<sup>2</sup> Adaptation de J. SIMKIN (1980), *Gestalt-therapy mini-lectures*, Millbrae, CA., «Celestial Arts», pp. 20-26.

<sup>3</sup> Adaptation de BAUMGARDNER P.E., PERLS F. (1975), *Gifts from Lake Cowichan & Legacy from Fritz*, Palo-Alto, CA, «Science & Behavior Books», pp. 210-214.

<sup>4</sup> Le participant qui la précédait sur la chaise (le fameux «hot seat»).

## Chapitre 5

### Les figures troublées de la névrose

#### LA STRUCTURE DU CONTACT NEVROTIQUE

La personne «névrosée» est isolée de son environnement par un ensemble d'interférences quotidiennes, chroniques et importunes. Sa croissance est interrompue, elle perd le sens de son identité et se retrouve aliénée. Pour Perls la personne névrosée répète couramment des actes d'auto-agression qui conduisent à interrompre le cycle du contact spontané et créateur. Ces interruptions névrotiques ont été créées pour s'adapter à un champ conflictuel dans le passé et elles sont actuellement maintenues dans la vie courante de la personne. La personne névrosée est peu en rapport avec son self véritable. Comme les situations nouvelles ne sont pas reconnues comme telles, on assiste à la répétition d'une adaptation autrefois créatrice, mais actuellement non pertinente. Il s'agit toujours d'une interruption ou d'une distorsion de la conscience (*awareness*) dans le cycle d'un contact. En thérapie phénoménologique-existentielle, on met l'accent sur trois caractéristiques de la névrose :

1. l'histoire des relations inachevées, des non-contacts;
2. l'interruption du self, qui est avant tout une conscience déployée et active;
3. la perception (*awareness*) délibérément réduite du champ total, devenue chronique.



Pour Perls *et al.* (III, 9, 11; IV, 1) le contact névrotique (ou le «non-contact») se présente comme une persistance excessive dans l'intention (*excess of deliberateness*), un mode d'attention fixe, accompagné d'une musculature plutôt rigide et stéréotypée. Certains besoins et leurs objets sont maintenus dans l'arrière-fond, ils sont réprimés. Le self ne crée pas d'ajustements nouveaux en face des situations inédites de la vie; il se répète plutôt de manière compulsive et rigide. Enfin, l'excitation et l'énergie sont liées à une tâche archaïque, non actuelle.

### L'ORIGINE DES PERTURBATIONS A LA FRONTIERE-CONTACT

La théorie du self propose une compréhension fonctionnaliste du développement humain et suggère de reprendre pour chacun, en thérapie, une démarche qui vise à ré-expérimenter la manière dont les rigidités «caractérielles» sont des interruptions actuellement maintenues à l'ajustement créateur. On reconnaît ici l'influence de Reich, qui fut l'analyste de Perls. On peut résumer ainsi les éléments de base de la théorie de la névrose :

1. en situation de tension chronique à la surface sensible, il devient nécessaire d'agir pour retrouver l'équilibre et corriger l'état du champ à la frontière-contact. Le self doit tenter de réduire les demandes proprioceptives (la frustration) et rencontrer les pressions environnementales (le danger, d'abord réel, puis imaginé);
2. le self apprend un ensemble d'habitudes dont la caractéristique est de découler d'une détermination fixe et inflexible;
3. plus tard, si les tensions des deux côtés de la surface sensible persistent, le self perd contact avec ces habitudes inhibitrices et délibérées. Elles deviennent une «seconde nature» conservatrice et font partie de l'arrière-fond. C'est le refoulement;
4. le type particulier d'inhibition et d'interruption, qui correspond aux quatre mécanismes de confluence, d'introjection, de projection et de réflexion, définit la forme concrète et observable des habitudes d'auto-interruption au contact, la manière dont la fonction-je est aliénée;
5. peu importe la façon d'interrompre le processus de contact, l'excitation ne peut être réprimée (contrairement à l'hypothèse freudienne), d'où la coloration douloureuse de la névrose;
6. les actes d'inhibition ne peuvent être relâchés, car l'excitation revenant en pleine lumière, la menace réapparaît et doit être confrontée : il y a angoisse.

### LA NEVROSE EST UNE HABITUDE

En situation de danger et de frustration chroniques, la personne produit des actions d'auto-contrôle. Ce qui est figural est alors l'excitation interrompue ou la réaction à la situation. L'expérience est douloureuse et la figure n'est pas complétée. Le contrôle n'est relâché que relativement à la diminution des tensions (danger ou frustration). Si la situation est chronique (v.g. les interactions familiales se maintiennent selon un certain patron), le contrôle est en conséquence maintenu. Une nouvelle situation (besoin ou stimulation) se présente et il faut lui porter attention. La première relation/interaction non terminée doit être mise hors du champ perceptuel, c'est-à-dire étouffée (*suppressed*). On renonce au besoin, on retient ses pleurs, on ne dit pas que l'on aime, etc. Bref, la situation non complétée est reléguée activement en arrière-fond, de telle sorte que la nouvelle transaction doit se faire avec un fond déjà chargé de l'excitation douloureuse antécédente et de l'action concernant sa suppression. C'est donc un arrière-fond trouble qui immobilise la fonction-je. Mais le besoin persiste et réapparaît, et l'excitation de même, l'attention lui étant simplement retirée. Et si l'excitation ne peut être oubliée, le contrôle volontariste et l'auto-interruption, ne peuvent se faire oublier et demeurer hors du champ de la conscience. L'auto-inhibition, analogue à un comportement moteur, est alors apprise et intégrée sous la forme d'une habitude. N'étant plus une adaptation créatrice le self l'intègre en une sorte de «physiologie secondaire». Les puissances motrices et perceptives impliquées dans l'inhibition ne sont dès lors plus accessibles à la fonction-je, mais deviennent des «états de tension corporelle» (Perls *et al.*, XIV, 1), une partie intégrante de l'arrière-fond, de plus en plus rigide.

### LA THEORIE DE L'ORIGINE DE L'ANGOISSE

Selon la théorie du self, l'angoisse a une double origine qui laisse apparaître la double influence des premiers modèles psychodynamiques (Freud et Reich) et des modèles existentiels (Tillich). L'angoisse, d'un point de vue énergétique, est d'abord une excitation bloquée. La tension maximale du plein contact n'est en effet tolérable que si l'excitation «coule dans la formation de la figure nouvelle» (I, 8); dans le cas contraire, cette tension bloquée devient angoisse. Cette hypothèse correspond à peu près à la première théorie de l'angoisse formulée par Freud. Ensuite, d'un point de vue existentiel, l'angoisse est la crainte (*dread*) de l'audace de soi (*one's own daring*) (I, 8). L'angoisse nourrit alors la non-existence, le manque de réalisation de soi, qui conduit à la culpabi-

lité existentielle de n'avoir pas été à la mesure de ce qu'on sait que l'on pouvait être (Bugental, 1965; Tillich, 1952; Yalom, 1980). En ce sens, l'angoisse névrotique (statique, douloureuse et en porte-à-faux) est à l'inverse de l'excitation donnée par le risque de la création d'un contact nouveau.

L'angoisse névrotique est aussi observable dans l'interruption de la respiration, une des façons les plus accessibles d'interrompre l'excitation. En effet, la respiration est un des systèmes de base du soutien de soi, en ce qu'elle permet de mieux ressentir l'excitation de l'intérêt. Mais chez une personne qui craint l'expérience intéressante, une restriction de la respiration sert à se protéger, mais aussi à transformer l'excitation en angoisse. Comme le suggère Miriam Polster (1975, p. 118), la personne angoissée craint souvent de ressentir ses propres capacités d'expansion, de croître au-delà de ses limites habituelles. Elle associe l'expansion à ses conséquences explosives et dramatiques et doit apprendre, à travers le rythme de la respiration, le cycle de l'expansion-contraction, c'est-à-dire du contact-excitation suivi du retrait-apaisement.

Laura Perls (voir Oral History, p. 25) sous-tend que l'angoisse origine d'un déséquilibre entre les fonctions de soutien et les fonctions de contact. Par exemple, l'enfant à qui on demande de marcher avant que sa colonne et sa musculature ne soient assez fortes pour agir avec un minimum d'assurance : s'il est doué, il réussit la tâche, mais ne se sent jamais à la hauteur. Ces notions, transposées à la situation thérapeutique, impliquent que le patient a besoin d'un thérapeute-observateur pour noter et confronter les interruptions à la zone de contact, mais qu'il a tout autant besoin d'un thérapeute-participant qui puisse s'impliquer personnellement avec lui pour offrir le soutien nécessaire au changement. Nous reviendrons plus loin sur cet aspect dans la discussion de la relation thérapeutique (voir chapitre 9); certains patients, par exemple, les patients souffrant de troubles dans la régulation de leur narcissisme, nécessitent plus d'implication et de soutien que d'autres. Le thérapeute doit alors investir davantage de son écoute attentive et discrète que dans le cas d'une personne souffrant d'un trouble névrotique.

### L'ADAPTATION CREATRICE ET SES INTERRUPTIONS

La névrose est une perte de la fonction-je, c'est-à-dire une interruption entre le pré-contact et le plein contact (figure 3.1). La personne désavoue sa situation de base, certains désirs, certains souvenirs, certains fantasmes, transforme et réduit son expérience phénoménologique, par l'une des quatre façons : la confluence, l'introjection, la projection ou la rétro-

flexion. Certains de ces termes proviennent de la psychologie dynamique, mais ils sont redéfinis ici comme des expériences phénoménologiques de désaveu, des manières de ne pas ressentir pleinement le Je dans sa situation propre. Ce sont les mécanismes de défense tels que définis à partir de la perspective du sujet. C'est la manière dont la mauvaise foi réussit à se construire et à se maintenir. Une large part du travail d'un thérapeute existentiel consiste à favoriser une meilleure prise de conscience de la façon dont le patient s'interrompt à la zone de contact, par l'un ou l'autre de ces mécanismes, le plus souvent combinés.

### LA CONFLUENCE

La confluence est l'expérience d'une confusion entre les frontières du Je, du Cela et du Tu. Dans la névrose, cette expérience est fonctionnelle et réversible, car la personne maintient un sens généralement stable de son Je, qui est différencié de l'Autre, alors que la confluence structurale, inhérente à la pathologie du fond, décrit précisément que le sens de l'identité entre soi et les objets n'est pas assez différencié, ou qu'il est clivé en relations exagérément idéalisées ou menaçantes et frustrantes (voir le prochain chapitre). C'est de la confluence névrotique, donc spontanément réversible, dont il sera ici question.

Par exemple, le port de vêtements est souvent confluent avec le corps. Un humoriste, fin observateur des points de contact de la vie quotidienne, présente le court scénario suivant : «Avez-vous remarqué ce qui arrive lorsque vous portez un chapeau? C'est curieux, dit-il, avez-vous remarqué qu'après l'avoir bien placé, on le sent à l'intérieur, et tout le tour de la tête? Et cette sensation ne dure que 15 minutes, après on l'oublie. Mais le plus curieux, poursuit-il, c'est qu'après l'avoir enlevé, on sent encore le chapeau, qui n'est plus là, pendant encore 15 minutes!» Cette blague rappelle qu'un contact qui persiste au-delà d'une certaine limite, devient un non-contact, par perte des sensations : le chapeau et le self ne font plus qu'un. Cette expérience d'apparente confusion alors qu'il existe une différence, c'est la confluence.

Balint (1968/1977, p. 92) présente la situation sous un angle plus constructif, lorsqu'il nous donne l'exemple suivant : «Un exemple important de ce mélange harmonieux par interpénétration nous est fourni par le poisson dans la mer (un des symboles les plus archaïques et les plus largement répandus). Il est vain de se demander si l'eau qui est dans les branchies du poisson fait partie de la mer ou du poisson; il en est exactement de même pour le fœtus. Le fœtus, le liquide amniotique et le placenta constituent une interpénétration si complexe du fœtus et de l'en-

vironnement-mère que leur histologie et leur physiologie font partie des questions les plus redoutées aux examens de médecine».

La rencontre sexuelle comprend habituellement des moments de confluence : les deux corps se vivent comme un seul et momentanément, il n'y a plus de contact. L'enfant doit être confluent avec son environnement nourricier pour se développer. L'angoisse de séparation est une manière de ne pas avoir assouvi ou complété de façon satisfaisante le besoin de confluence. A l'inverse, la peur de la confluence (c'est-à-dire d'être engouffré) peut empêcher tout contact.

Parfois, un parent maintient une confluence alors que l'enfant lutte pour se séparer. Ainsi Viorst (1986) donne l'exemple d'une mère qui accompagne son petit garçon le premier jour de l'école; chemin faisant ils croisent des voisins et la mère ne cesse de leur dire fièrement : «*nous* allons à l'école, c'est *notre* première journée, *nous* allons faire de beaux devoirs, etc. L'enfant, cherchant à maintenir l'intégrité de sa frontière-contact, lui répondit alors : «non maman, ce n'est pas *nous* qui allons à l'école, c'est *moi* qui vais à l'école».

L'amour romantique, l'amour passion, comportent une expérience de confluence : les partenaires, pourtant réellement différents, font l'expérience d'une totale harmonie de points de vues : le «*nous*» remplace le «*je*» et le «*tu*». Le discours devient «*nous*» avons fait ceci ou cela, «*nous*» aimons ceci... Mais le contact est une rencontre, entre le Je et le Tu, entre deux sensibilités différentes.

On peut aussi être confluent avec soi-même, comme c'est le cas de nombreux problèmes de nature psychosomatique. Le migraineux se confond, au moment de la douleur, avec son mal de tête, l'ulcéreux avec son estomac acidulé, l'obèse englobe dans un même tout, l'environnement-nourriture, et ses affects de joie, de solitude ou d'agressivité.

Les approches systémiques nous enseignent l'importance de la confluence en montrant l'interpénétration des éléments par rapport au système auquel ils appartiennent. Un enfant de sept ans souffre d'encoprésie, mais seulement dans sa famille, alors qu'à l'école il sait aller à la toilette. A l'école, un intervenant est appelé à faire une consultation et suggère d'abord d'apprendre à l'enfant une méthode de rétention, mais l'intervention échoue lamentablement. On décide alors de référer en clinique et le nouvel intervenant prend rendez-vous avec le reste de la famille. Il découvre avec étonnement que les trois autres enfants, plus âgés, souffrent du même défaut. Il tente une nouvelle intervention et s'assure de leur collaboration, mais le traitement échoue. Enfin, il réalise

avec stupeur que le père souffre du même problème de contrôle des sphincters. L'enfant est en confluence, son problème et celui de sa famille se confondent.

Pour Perls *et al.* (XV, 4), toutes les habitudes et tous les apprentissages sont confluents. Quelqu'un a pris l'habitude de prendre des marches quotidiennement, il devient difficile de départager le self et cette habitude : il y a confluence. Par contre, certaines confluences deviennent pathologiques lorsqu'elles ne peuvent facilement faire partie de l'expérience : elles sont activement inhibées et cette inhibition est oubliée, c'est-à-dire que la création de cette confluence est refoulée. La confluence névrotique est donc assimilable à une forme «d'accrochement» (*clinging*) à la non-conscience de ce qui est nouveau.

Ainsi, on reconnaît que la mémoire d'une langue est saine, dans la mesure où elle est accessible. Mais le choix de son utilisation peut révéler une confluence névrotique. Par exemple, un patient anglophone, d'origine juive orthodoxe, maîtrise encore les bases du yiddish; c'est une richesse de son arrière-fond, dont le self peut se servir. Mais en thérapie, notre patient se surprend à vouloir parler yiddish en certaines occasions troublantes, à son thérapeute francophone bilingue, avec qui il parlait habituellement en anglais. Ces poussées soudaines de mots en yiddish l'étonnèrent d'abord. Puis il réalisa qu'il faisait avec son thérapeute ce que sa mère lui faisait. Lorsqu'elle voulait que son enfant ne comprenne pas, elle et son mari se mettaient à parler rapidement en yiddish. Ils se servaient du yiddish comme d'une langue secrète, pour camoufler des vérités intéressantes mais jugées indiscretes à ses jeunes oreilles. Ce transfert d'une relation passée à la relation immédiate avec le thérapeute résulte en partie d'une confluence. Les implications de ces phénomènes complexes seront discutées plus en détails au chapitre 9.

Comme le soulignent Polster et Polster (1974, p. 93), la continuité des rapports est fragile si elle se développe sur une harmonie ininterrompue et factice, au lieu d'être ponctuée de discorde occasionnelle. Ainsi, la femme qui ne comprend pas pourquoi son conjoint l'a quittée, parce qu'ils «ne se sont jamais chicanés en vingt ans de mariage», n'a pas pu reconnaître la confluence pathogène de son couple. Ses intentions étaient dirigées vers la conservation du contrat relationnel : rien de nouveau ne doit arriver, rien ne doit changer, tout doit être comme avant, c'est-à-dire comme «toujours». Mais comme la situation d'avant n'est plus, il ne peut y avoir en ce moment de satisfaction, mais seulement l'illusion de la sécurité. La confluence dans les rapports interpersonnels intimes est cliniquement des plus significatives, car il est évident que l'on est en

confluence avec tout ce dont on dépend : une famille, un partenaire, l'univers, etc.

Par la confluence, on tente de composer avec la peur et la frustration en prévenant l'arrivée de la nouvelle excitation, seule donnée par et dans l'abandon à la différence de la nouveauté. Comme elle se place dans la situation d'un «comme si il n'y avait pas de différence», la personne confluente réussit temporairement à rétablir un équilibre, mais au prix d'une rigidité de plus en plus grande.

### Style fusionnel et style séparateur<sup>1</sup>

Un des enjeux les plus significatifs de tous les humains est celui de la quête de l'identité, d'un je séparé et autonome. Cette autonomie s'acquiert dans un premier temps par une relation confluente avec un objet significatif. Au fur et à mesure que l'enfant s'individualise et qu'il sort de la phase symbiotique, selon les termes de Mahler, deux tendances polaires semblent émerger dans la manière dont l'enfant structure son monde d'objets. Balint (1959; 1968/1977, p. 94) a proposé de distinguer les formes d'investissement ocnophiles et philobates de l'univers : «Dans l'univers ocnophile, l'investissement primaire, encore que mêlé à une grande quantité d'angoisse, semble s'attacher aux objets en voie d'émergence; ces derniers sont ressentis comme dignes de confiance et rassurants tandis que les espaces qui les séparent sont menaçants et effrayants. Dans l'univers philobate ce sont les espaces vides d'objets qui retiennent l'investissement primaire originaire et sont vécus comme sûrs et bienveillants, alors que les objets sont ressentis comme des dangers perfides».

L'ocnophile s'agrippe aux objets en les introjectant, car sans eux il se sent désemparé; le philobate subvient seul à ses besoins, avec une aide minime, voire nulle, de la part des objets.

En cas de difficultés, on retrouve, à un pôle, un adulte qui n'a pu assouvir ses besoins de dépendance, avec la peur correspondante de l'abandon, et le ressentiment dû à la frustration de ces besoins normaux; tandis qu'à l'autre pôle, on reconnaîtra la personne qui a peur de l'engouffrement, dont la séparation avec le parent nourricier n'a pas reçu suffisamment d'appui, ce qui a contribué à créer un sentiment de culpabilité se traduisant par l'impression d'avoir manqué au «contrat» implicite de confluence. A chacune de ces peurs, on peut relier un style particulier, qu'il peut être utile de reconnaître dans ses manifestations à la zone de contact. Le style «fusionnel» (ou ocnophile) correspond à la recherche de la confluence, et le style «séparateur» (ou philobate) renvoie à l'évitement d'une proximité perçue comme menaçante.

Le style «fusionnel» se caractérise pas une ténacité globale dans l'interaction avec les autres, les énoncés concernent les bases communes d'opinion ou de sentiments. Ces personnes ressentent un réconfort par le simple fait d'être en présence d'autres personnes, de regarder et d'être regardés, d'être touchés, etc. On a l'impression qu'elles remplissent l'espace de leur perception du rapport, du rapprochement. La distance est menaçante et agressive, leur crainte est de ne pas pouvoir satisfaire leur besoin de présence, de dépendance, de fusion.

Ces personnes vont parfois être prématurément en accord avec autrui, introjectant les manières de fusionner. Parfois, elles ne peuvent arrêter de demander, d'autant plus qu'elles ressentent leur angoisse d'être abandonnées; elles ne se rendent pas compte qu'elles reçoivent en fait ce dont elles affirment manquer.

Le style «séparateur» se caractérise par un effort de créer des frontières, de garder sa spécificité, par la dimension cognitive et analytique. Ces individus conservent en quelque sorte leurs «radars» en alerte. Ils se fondent sur leur propre capacité à voir, mais ils se sentent facilement définis par autrui. Des expériences de projection sont actives ici : ils ne partagent que peu d'eux-mêmes, mais ils sentent plutôt l'environnement comme froid et distant; ils ont conscience des regards d'autrui sans reconnaître leur propre tendance à regarder. Invités à reporter leur attention à leur intériorité, ils ressentiront d'abord «un blanc» ou «un vide» défensifs.

Leur crainte est d'être définis par les autres, d'où leur besoin de ressentir leur identité distincte, de différencier le «Je» et le «Tu». Ces personnes ont fréquemment de la difficulté à demander, le travail thérapeutique étant souvent de les aider à obtenir ce dont elles ont besoin et de les accompagner dans le fait d'apprendre que pour autant elles n'ont pas à être emprisonnées par une relation, comme sans doute ce fut le cas antérieurement dans leur vie.

Leur comportement énonce typiquement le message immédiat suivant : je n'ai pas besoin de vous. Cependant, une analyse du contexte plus large permet souvent de reconnaître l'un ou l'autre des messages supplémentaires parmi lesquels : a) j'ai peur d'être étouffé par cette relation; b) je ne veux pas être défini; c) j'ai peur de me sentir coupable. La relation avec le parent nourricier aura sans doute été satisfaisante dans un premier temps, mais les tentatives du jeune enfant pour exprimer sa différence, se distancier, jouer dehors avec les amis, dans une autre rue, etc., auront été transformées, manipulées, redéfinies et émotivement étouffées, d'où la peur de l'engouffrement, où l'enfant aura été puni, d'où aussi la culpabilité, qui est une auto-punition, et la rage.

*peur de l'engouffrement  
pas d'appui  
de la part des autres*

Ces styles sont très souvent à la base de tensions dans les couples. Aux deux extrêmes, on retrouvera un couple où les deux membres présentent un style séparateur : leurs vies sont parallèles, sans contact et donc confluentes, paradoxalement, en ce sens ; ou bien, on rencontrera deux conjoints au style fusionnel, qui parlent l'un pour l'autre, partageant toute activité, se parlant entre eux plus qu'avec autrui, etc. Dans les deux cas, on retrouve une atténuation du contact par une érosion artificielle des différences réelles entre les deux. On rencontrera aussi fréquemment le cas d'un amour passionné entre deux personnes dont le style est complémentaire. Pour reprendre l'archétype culturel de notre société, on imaginera aisément le cas d'une femme dont l'angoisse d'abandon ne fait que nourrir l'angoisse de la confluence de son conjoint et vice-versa. Chacun doit pouvoir développer une meilleure tolérance et explorer, pour l'un la distance, pour l'autre la proximité.

Il est entendu que de telles catégories, comme toutes les typologies, sont abstraites et inexactes en ce sens qu'aucun être humain concret ne correspond point à point à de telles descriptions, chacun pouvant tantôt ressentir les choses à partir du pôle de recherche de la fusion, et tantôt, à partir de celui de la recherche de la séparation, ce qui ne peut que favoriser le contact.

## INTERIORISATION ET INTROJECTION

La théorie psychanalytique des relations d'objet propose, contrairement à la théorie de Perls-Goodman, que le développement de la vie intrapsychique dépend d'une suite d'*intérieurisations structurantes* (voir chapitre 6). C'est le terme générique pour parler du processus par lequel des rapports avec l'environnement sont transformés en relations à l'intérieur même de la psyché : par exemple, la relation d'autorité entre le père et l'enfant sera intériorisée, dans la relation du surmoi au moi (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 206). L'intériorisation est donc un processus fondamental par lequel s'opère une différenciation structurale au sein de la personne, de telle sorte que la qualité de l'organisation intrapsychique dépend de la qualité des premières relations d'objet et réciproquement, les relations d'objet futures dépendent de la capacité de vivre au niveau intrapsychique les conflits et les relations (Meissner, 1981). Par exemple, il est plus facile de tolérer l'absence, et les risques inhérents à l'intimité, si on a pu conserver en dedans de soi les souvenirs d'une présence suffisamment stable et nourrissante (*good-enough mother*, Winnicott). Et cette capacité permet en retour d'aimer pleinement ce qui implique un

engagement au risque de perdre l'autre, le sentiment d'un Je propre pouvant survivre à cette perte éventuelle.

Les théories psychanalytiques distinguent trois niveaux d'intériorisation : l'incorporation, l'introjection et l'identification. L'incorporation correspond à la phase orale cannibalique, au cours de laquelle l'objet est détruit en tant qu'objet en une tentative de conserver à l'intérieur de soi les qualités de l'objet (v.g. *je t'aime tellement que je pourrais te manger*). Ces expériences correspondent aussi à la séparation entre l'intérieur et l'extérieur, là où l'on n'est pas vraiment convaincu qu'il y a quelque chose en dedans de nous excepté ce dont on nous gave, de l'extérieur.

Avec l'introjection, l'objet est introduit en soi, mais il continue à exister en tant qu'objet ; c'est un objet senti de l'intérieur, souvent un objet partiel, c'est-à-dire un objet «tout bon», idéalisé, ou «tout mauvais», terrifiant et persécuteur (v.g. un patient psychotique se rappelle : *c'est la voix du diable lui-même qui m'a ordonné de le faire*). Un patient ressentira à l'intérieur, le thérapeute comme intrusif, et cherchera à l'expulser pour s'en protéger (introjection d'un objet intrusif, ensuite projeté à l'extérieur).

Enfin, l'identification est une appropriation des objets totaux, parents, personnes de l'entourage ou personnages, qui deviennent des personnes psychiques, modifiant le centre même du self. L'identification, c'est ce qui fait que l'on est obstiné, amusant, entreprenant mais grossier comme son père et cultivé, empathique, équitable mais timide comme sa mère. Comme le rappellent Laplanche et Pontalis (1967, p. 188), les effets du complexe d'Edipe sont décrits en termes d'identification, c'est-à-dire en termes d'intériorisation des relations d'objet.

### Assimiler pour intérioriser

Pour Frederick et Laura Perls, par contre, il est ressorti très tôt que le modèle freudien confondait l'assimilation véritable et l'intériorisation. Perls (1969, p. 130), à la suite d'Alexander et plusieurs autres, distingue trois moments dans la prise «au-dedans» du monde extérieur : l'introjection totale, l'introjection partielle et l'assimilation. L'ensemble du texte *Ego, Hunger and Aggression* (écrit entre 1945 et 1947) baigne d'ailleurs dans cette idée générale du «métabolisme mental» qui sert à présenter l'argumentation.

L'archétype de l'introjection totale correspondrait au moment où l'enfant n'a pas encore développé ses dents. Ici, en effet, il est normal que l'enfant suce et accepte de façon non critique ce qui lui est donné, sa

survie est en jeu. L'introjection partielle est une étape intermédiaire qui correspond, pour Perls, à l'apparition des premières dents (incisives) : l'enfant peut accepter le sein, mais il peut aussi le refuser et le mordre. La possibilité d'assimilation est préfigurée par la présence de la dentition complète (molaires) et ainsi par la possibilité de destruction préalable de la nourriture avant toute assimilation.

Le nourrisson accepte donc tout ce qu'il ne perçoit pas comme immédiatement toxique. Ses choix consistent à accepter intégralement ou à refuser. Il ne peut donc pas transformer l'objet à sa convenance. Son besoin de prendre les choses intégralement, ou de les rejeter telles quelles, est incontournable. Et, en effet, si l'environnement est nourrissant et protecteur, le matériel sera assimilé.

Le mode d'apprentissage par introjection est donc efficace et sert à appuyer la croissance à la condition expresse que l'environnement se profile exactement aux besoins de la personne. Dès que cette harmonie est rompue, et il est inévitable qu'il en soit ainsi, l'enfant doit exercer ses capacités d'agression (dentaire) et transformer ce qui lui est proposé de manière à mieux satisfaire ses propres demandes. Enfin, à l'âge adulte, le conflit entre l'introjection et l'assimilation se présente, selon Perls, dans le choix entre accepter les situations, les gens, «la vie» telle qu'elle est, d'une part, et mobiliser ses énergies, ses ressources, pour modifier l'environnement et ainsi l'assimiler, d'autre part.

Dans la conception gestaltiste, la persistance à introjecter au-delà de la période nécessaire n'a donc pas de valeur dans le développement du moi, lequel, comme on l'a vu, n'est pas tant un conglomérat d'introjects et d'identifications (une substance) qu'une fonction du self dont le potentiel de choix et d'agression doit être exercé pleinement. Pour Perls-Goodman, ce n'est pas le self qui se développe, mais l'organisme, qui récolte les fruits des bons contacts. Ce processus est une assimilation. Il ne résulte pas d'une introjection (que l'on parle d'incorporation, d'introjection, ou d'identification, au sens psychanalytique). L'introjection, au sens de Perls-Goodman, renvoie toujours à un processus d'intériorisation structurante et pathologique, alors que l'assimilation correspond à ce qu'on pourrait appeler une intériorisation non structurante, selon les termes de Fairbairn (voir Rubens, 1984 et chapitre 6).

Dans toute introjection (au-delà de l'étape de la phase orale pré-dentaire), il y a donc un évitement de la destruction nécessaire et l'assimilation n'a pas lieu. La situation demeure incomplète (Perls, 1969, p. 131) : on retrouve un matériel étranger à la personne, l'objet ayant préservé sa structure propre. Heimann (1952/1980) parle ainsi de l'enfant

«trop bon», qui absorbe sans discrimination, qu'elle compare alors à une coquille pleine de rôles et d'imitations, sans «personnalité propre». L'introjection est pathologique, car elle est un pseudo-métabolisme, une accumulation de matériel, d'attitudes, de croyances, de comportements, qui ne «nourrissent» pas le self, mais qui encombrant son arrière-fond et perpétuent, par le processus continu d'introjection, la perte de la fonction-je.

### Obstacles anciens et contemporains

L'assimilation est donc une structure flexible dont l'exercice continu est d'accepter ou de refuser ce qui provient de l'environnement pour ce qui est étranger devienne soi. Par exemple, un enfant peut être triste, ou en colère, ou il peut s'éloigner sans que son père ou sa mère ne l'en empêchent automatiquement par une migraine, une froideur soudaine, une punition sévère, etc. Cela suppose aussi qu'il n'a pas à jouer la bonne humeur, pour alléger le climat de la maison familiale, etc. Ses besoins occupent donc une place réelle. Winnicott (1951/1969) exprime cela en ces termes : «Je peux détruire l'objet et constater qu'il survit à mes attaques».

L'assimilation comporte aussi plusieurs obstacles contemporains qu'il est opportun de connaître (voir Polster et Polster, 1974, p. 78). Le goût de la recette toute faite, le choix de lectures «faciles», le simplisme et, en général, le «prêt à consommer» (incluant les psychothérapies) de notre culture, l'illusion que la bonne pédagogie permettra de vaincre toutes les difficultés, la paresse, sont autant de conditions qui entretiennent la tendance à l'introjection. Au contraire, l'exigence du choix, de l'opinion personnelle, de la critique, sont caractéristiques de l'assimilation. De même, l'avidité et l'impatience sont des raccourcis qui découlent d'un mode introjectif : lire plus, pour avoir l'impression d'avoir «tout lu», sans s'arrêter pour mettre en doute, approfondir ou élargir, trouver des contre-exemples ; rencontrer beaucoup de gens, mais les connaître peu, etc., on pourrait multiplier les exemples. Pour résumer, on dira que l'introjection est l'expérience de prendre comme appartenant à soi ce qui provient de l'environnement.

### Le contenu des introjections

C'est à Karen Horney<sup>2</sup> que Perls a emprunté l'observation des rapports entre le processus d'introjection et l'une de ses manifestations concrètes sous la forme des «il faut» (et des «il ne faut pas») : il faut être un bon garçon, il ne faut pas dire non à ses parents, il ne faut pas exhiber son

sexe, il faut être raisonnable, etc. Certains thérapeutes d'orientation cognitive ont même fait de ces «croyances irrationnelles», la base de leur perspective thérapeutique. Ainsi, Ellis (1962, 1973) propose une liste de ces contenus irrationnels et bien enracinés : il faut que j'aime tout le monde, il faut que tout le monde soit gentil avec moi; je dois me faire aimer de tous(tes); l'échec est terrible, car il faut que je réussisse parfaitement dans tout ce que j'entreprends; il ne faut pas que je commette d'erreurs, etc.

Certains introjects proviennent d'évaluations portées par des parents, des professeurs, ou des pairs, que la personne continue d'endosser et de répéter. Par exemple : «je suis bon à rien» était souvent à l'origine : «tu es un bon à rien»; de même, «je ne suis pas séduisant» provient d'un : «oh regarde comme il est gauche et laid»; «je suis une personne douce, je n'aime pas me choquer» a pu être dérivé de «au moins, toi tu es douce, jamais tu ne te choques»; «je suis une fille tranquille» a pu être «tu es sage et raisonnable<sup>3</sup>».

D'autres introjects, souvent mieux établis, proviennent d'une défense contre des sentiments archaïques d'avoir été abandonnés (Miller, 1979, p. 50) : «Je dois toujours être bon et correspondre aux normes, alors seulement il n'y a pas de risque (d'être abandonné)»; «je sens que les demandes sur moi sont trop fortes, mais je n'y peux rien, je dois toujours réussir mieux que les autres». De telles introjections se manifesteront aussi dans la relation avec le thérapeute (voir chapitre 9).

L'introjection est la manière par excellence d'interrompre le passage spontané entre le désir et la mobilisation de l'énergie requise au contact. L'introjection est la raison de l'inhibition par la fausse reconnaissance du désir propre.

Ainsi, quelqu'un ressent une tension génitale, un désir, mais l'affect est renversé, car la personne a introjecté : «je ne suis pas séduisant(e)», alors je ne peux risquer de séduire. Ou encore : «je suis une personne tranquille», qui n'interrompt pas son travail pour aller faire l'amour, etc. Après deux ans de psychothérapie intensive, un patient obsessionnel dans la quarantaine, a commencé à apercevoir et à exprimer sa «vraie nature», plus enjouée et énergique que sa personnalité introjectée-empruntée, plutôt rangée, constante, prévisible et sans relief. Ces progrès ont suivi l'exploration graduelle et systématique des introjects inhérents à la situation historique avec sa mère, qui, à toutes les fois où il s'animait, et se passionnait pour un jeu quelconque, lui rappelait «d'arrêter de faire le fou».

Par l'introjection, on ressent comme dégoûtant, immature, frivole, ou déplacé, ce que l'on désire en fait; et on en vient à «vouloir», c'est-à-dire ressentir comme «bon pour nous», ce qui est une norme étrangère à soi.

Plusieurs personnes se sentent déprimées et incapables d'action à la suite du blocage de leur énergie propre à ce moment du processus. Ils rencontrent le plus souvent une peur de l'excitation ou des émotions fortes : sexualité, agressivité, tendresse, amour, affirmation de soi. La peur est entretenue par diverses introjections, dont l'origine doit être retracée. Ainsi, exprimer sa colère est impossible si on a introjecté que cela équivaut à détruire l'autre; ou s'abandonner à son désir sexuel si cela correspond à être égoïste, maniaque, pervers, ou débauché; et si dire son amour implique une trop grande faiblesse.

Pour permettre au patient d'avoir accès aux introjects les plus anciens, donc les plus néfastes, le thérapeute sera attentif à ce dont la personne se souvient le plus aisément d'abord, ce qui permettra plus tard d'accéder au matériel plus archaïque. Par exemple, un participant dans un groupe constate qu'il lui est impossible, malgré son intense curiosité, de poser des questions directes à un autre membre du groupe, plus âgé, sur la perte de la puissance sexuelle, et ses rapports avec le plaisir. Invité à élaborer sur ce blocage, il se rappelle vaguement qu'on lui avait souvent dit qu'«il faut s'occuper de ses propres affaires». Le besoin d'être rassuré [«je vieillis et j'ai peur de perdre ma virilité»] devient [«j'aimerais savoir comment cette personne ressent ce problème»], mais ce qui est vécu ressemble plus à [«il ne faut pas envahir la vie privée des gens»] et résulte, sur le registre contemporain, d'une introjection claire.

Mais au-delà de ce premier niveau, il est nécessaire de retracer les origines de ces introjections courantes. Ainsi dans l'exemple qui nous occupe, le thérapeute suggère ensuite de dire tout ce qui vient aisément en mémoire au sujet de ce type d'interdits, afin de permettre d'explorer les liens possibles avec des situations inachevées, sur le registre de l'histoire passée. A l'école, vers l'âge de sept ans, une maîtresse l'avait réduit au silence alors qu'il prenait la défense d'un de ses amis injustement puni; après plusieurs explorations sur ce thème, il vint à se rappeler un événement précis, à savoir que sa mère avait brutalement interrompu sa curiosité intense concernant la séparation d'un oncle et d'une tante, apparemment pour des raisons de conflit sexuel, en lui répondant «d'arrêter de lui poser des questions, qu'il ne fallait pas s'occuper des affaires des autres». Plus tard, il se souviendra de l'embarras suscité chez ses parents par sa curiosité sexuelle et son exhibitionnisme. Enfin, beaucoup plus tard, il confia son désir de pouvoir parler librement, cette fois sur le



registre de la relation immédiate, avec le thérapeute (dans la soixantaine), de sa sexualité à lui, mais qu'il craignait de le mettre dans l'embarras et de se faire répondre de se mêler de ses affaires.

### L'introjection comme processus actuel

Tant que la personne persiste dans son processus continu d'introjection, il est nécessaire de lui montrer comment elle «avale tout rond». La forme de l'interruption est souvent tout aussi importante à considérer que son contenu. Par exemple, une femme qui a déjà suivi des ateliers de formation en Gestalt-thérapie dit : «En ce moment, j'ai mal à la tête, et au fond je sais que c'est moi-même qui me fait cela». Le thérapeute note que cette remarque de la cliente semble correspondre à un matériel introjecté lors d'un atelier précédent : on lui a dit que si elle a mal à la tête, c'est possiblement une forme d'action tournée contre elle-même, une réflexion. Et comme elle a accepté cette interprétation, sans en vérifier la pertinence pour elle, cela ne fait que rajouter un introject inutile : «je fais de la réflexion...». En poursuivant l'échange, le thérapeute lui suggère : «Vous semblez avoir appris (introjecté) cela. Qu'en pensez-vous?» Cela constitue une ouverture possible pour lui permettre d'exercer son opinion critique. Plus tard dans l'interaction, en explorant les contextes d'origine des maux de tête, le thérapeute pose une question à propos de la mère de la cliente, en cherchant à savoir si elle se plaignait de ses enfants qui lui donnent mal à la tête (une hypothèse parmi d'autres). La patiente interrompt avant la fin de la phrase et commence à dire que oui, il en était exactement ainsi, etc. Sur quoi le thérapeute lui suggéra à nouveau de prendre le temps de vérifier si, à son avis à elle, elle venait de répéter, maintenant, le fait d'accepter prématurément une suggestion de sa part, comme elle l'avait fait dans le cas de la réflexion. Cette intervention permet ensuite d'investiguer les liens entre les situations actuelles où se maintiennent ces actes d'introjection continue, et qui surviennent en rapport avec des hommes en position d'autorité, et l'histoire passée, où elle recherchait désespérément la reconnaissance de son père, quitte à nier son individualité propre.

### L'introjection de la thérapie

La Gestalt-thérapie ne manque pas de matériel susceptible d'introjection, comme l'ont noté à juste titre divers critiques (voir par exemple Dolliver, 1981, pp. 40-41; Naranjo, 1969/1971, p. 49). Les gestaltistes véhiculent eux aussi un code d'éthique :

1. il faut vivre dans l'ici-et-le maintenant;
2. il faut s'exprimer au lieu de manipuler;

3. il faut prendre la pleine responsabilité de ses actions, de ses sentiments, de ses pensées;
4. il faut s'abandonner à être ce que l'on est;
5. il faut cesser de penser à moins que ce ne soit absolument nécessaire;
6. il faut prendre des risques.

Mieux vaut sans doute reconnaître ces règles implicites, ce qui permettra peut-être de les voir agir dans le processus d'intervention.

### LA PROJECTION

Avec la projection, le self fait l'expérience hors de soi, dans l'environnement, chez quelqu'un d'autre, ou même dans son corps, de quelque chose qui origine de lui. C'est une sorte d'expulsion psychique, mais le sentiment est vécu comme provenant de l'environnement et comme dirigé vers soi (Perls *et al.* XIV, 6). Une différence importante entre la projection névrotique et la projection créatrice découle de ce que cette dernière projection se fait en pleine lumière quant à sa source : la personne sait qu'elle projette (*aware's projecting*). Chaque écrivain, par exemple, connaît le pouvoir de projection contenu dans l'imaginaire.

Le rêve est aussi fait de projection, si l'on part du principe que chaque élément contient une partie désavouée du self<sup>4</sup>. On peut projeter ses désirs sexuels interrompus par introjection : la pruderie résulte fréquemment de telles introjections, accompagnées de projection de ses propres fantasmes sur autrui. La jalousie a depuis longtemps été reconnue comme pouvant résulter de la projection de désirs d'infidélité. On peut projeter : tu ne me donnes pas de tendresse, alors qu'en réalité c'est soi-même qui n'en donne pas. Quelqu'un projette son sens critique, et se trouve tendu face à l'exigence perçue chez les autres : son regard critique, projeté, devient le regard inquisiteur de l'autre.

Projeter se reflète dans le langage comme une façon de désavouer sa propre responsabilité. Par exemple, dans la phrase suivante : «des pensées suicidaires m'ont traversé l'esprit», l'esprit sert d'écran de projection. Le chapitre 6 présente d'ailleurs plus en détail les avantages de porter attention à la manière de parler comme véhicule de contact et d'interruption.

La personne qui projette se sent un avec l'objet de la projection. De telles projections dans le contexte thérapeutique sont évidemment cruciales à corriger si l'on espère le moindre changement, d'autant plus que dans tel ou tel cas, le patient tente d'amener le thérapeute à se conformer au fantasme et donc à se transformer. Par exemple, un patient affirme en

thérapie : «vous me détestez», alors que le thérapeute, au meilleur de sa conscience des choses, n'a pas de raison de croire à une autre hypothèse que celle d'une projection. Il peut alors demander : «qu'est-ce qui vous amène à croire que je vous déteste?». Il a alors peut-être quelque chance d'avoir accès à l'intériorité du patient et, de là, à la source du dysfonctionnement. A l'occasion, cette ouverture conduira le patient à dire des choses vraies et sans doute désagréables, qui servent de résidu pour la projection : par exemple, cette personne impatiente vraiment son thérapeute, qui n'arrive pas à l'aider, et qui se défend de cette «dépression» en cherchant, de manière impulsive, «à faire bouger les choses». L'impatience «réelle» du thérapeute se conjugue au désir de persécution projeté par le patient.

Mais, comme le rappelle Isadore From, la suggestion de demander au patient de renverser ses énoncés est rarement thérapeutique en soi. Enjoindre le patient de dire : «je vous déteste» au lieu de «vous me détestez» comporte trois inconvénients de taille : d'abord, cette inférence pourrait ne pas être fondée; ensuite, elle n'a pour effet principal que de favoriser une hausse non productive de l'anxiété; enfin, elle ne favorise pas un partage, lequel seul permettra de clarifier l'origine du dysfonctionnement. On n'a accès à ce qui est projeté qu'au prix d'une attention aussi sensible que soutenue.

## LA RETROFLECTION

La réflexion est le premier acte de la névrose : le self, face aux tensions, aux frustrations et aux obstacles, agit sur lui-même au lieu d'agir sur l'environnement. Dans l'acte de réfléchir, une partie de la personne prend une autre partie comme un environnement (Perls *et al.*, XV, 12). C'est une fonction hermaphrodite (Polster et Polster, 1974, p. 82). On interagit ainsi avec soi-même, sans en avoir conscience, d'une manière qui correspond à ce à quoi on s'attend de la part de son environnement.

Par exemple, on se frotte les épaules alors que le désir est qu'on nous touche. Dans une autre situation, lorsque l'attention est réfléchie, la personne tente avec effort d'anticiper ce que les autres attendent ou souhaitent afin de trouver ce qui est approprié, ce qui est une façon d'ignorer l'autre; car si je *me* demande ce que vous voulez, je ne *vous* le demande pas. Une telle personne ne dira que ce qui est «correct», en fonction de ce qu'elle pense que l'on veut entendre, ce qui revient à ne pas faire contact.

On peut aussi diriger vers soi ce qui à l'origine était dirigé vers quelqu'un; on peut s'adresser à soi-même des reproches dirigés au départ à un parent, comme dans le cas de la culpabilité. Certains rêves sont des réflexions adressables au contexte de la thérapie : par exemple, le patient rêve, à la veille d'une séance, que deux personnages se disputent pour des questions d'argent, et se dit ainsi quelque chose qui est en fait destiné à être dévoilé dans le contexte de la relation avec le thérapeute et concerne un point non résolu : le patient trouve injustifié que le thérapeute annonce une hausse de tarif. La réflexion s'observe aussi à l'occasion dans la dépression. L'agressivité contre l'objet perdu est retournée contre soi. Les gestes suicidaires de certains états-limites peuvent parfois être considérés comme une forme extrême de réflexion : on s'ouvre les veines sur le palier de l'être aimé, qui nous a rejeté, par vengeance.

## Les autres manifestations de la réflexion

Le développement des armures corporelles, du caractère et des troubles psychosomatiques implique une action du self sur le corps propre. Quelqu'un développe un ulcère d'estomac parce qu'il retourne sur soi les reproches, l'exigence, le questionnement et le doute qu'il n'adresse pas à son patron, à son conjoint, à ses parents (actuels et historiques), à son thérapeute. Se tenir obsessionnellement occupé, informé et bien orienté face à la situation constitue aussi une forme de réflexion.

Dans le langage (chapitre 7), la réflexion se manifeste parfois par l'emploi de qualificatifs comme : beaucoup, vraiment, très, etc., et renvoie alors à des effets non reconnus. Par exemple, «je ne suis pas *très* certain de ce que tu viens de dire». Dans cet énoncé, le *très* est une réflexion. Si le thérapeute lui porte attention et que l'anxiété du client augmente de façon significative, il pourra alors peut-être avoir accès au contenu affectif de la réflexion qui se précisera graduellement. Ainsi, le patient pourra s'exprimer, en succession, de la manière suivante : «je ne suis pas du tout certain», puis «je ne sais pas», ensuite «vous ne savez pas», ou «vous n'êtes pas clair», et enfin, «je suis frustré de ce que vous ne soyez pas clair dans vos interventions». L'expression de la frustration confirme que le patient l'avait précisément réfléchi, préférant ainsi introduire des qualificatifs dans son propre langage : modifier son discours, plutôt que de modifier celui du thérapeute.

Des expressions comme «je *me* demande», «je *me* souviens», «je *me* dis que», «je *me* retiens», «je *m'* observe», contiennent parfois des réflexions pertinentes à souligner. Par exemple, un des conjoints dans un

couple se pose des questions et n'en pose jamais à l'autre; il réfléchit et peut avoir besoin de soutien pour tenter l'expérience (nouvelle) d'en poser à l'autre et ainsi, créer un contact.

Les actes de réflexion sont plus faciles à observer, car de par leur nature, ils sont publics et complets; il ne leur manque rien. Imaginons que le patient se frotte la poitrine en parlant d'une voix tendue et voilée, tout est là : l'acte de réflexion est évident, comme nous l'avons vu au chapitre 3 avec le cas de Marie. Mais en invitant le patient à porter attention à ce qui se produit à cette zone de contact, on pourra découvrir d'autres interruptions. Par exemple, un patient rapporte qu'il entend souvent, de chez lui, un voisin jouer du piano, avec grâce et émotion; mais cela le remplit toujours de tristesse. Incapable de mobiliser ses ressources pour apprendre lui-même à jouer, il réfléchit cette énergie et minimise ses chances. Il dit : «je voudrais bien apprendre à jouer du piano». Mais dans sa phrase on aurait l'impression que le «je» est inscrit en minuscules, et PIANO en majuscules. Il a ainsi développé une envie de ceux qui jouent. En poussant plus loin le travail, on constate cependant que la condition principale qui conduit ce patient à réfléchir, c'est qu'il a introjecté une demande familiale du type «seuls les gens cultivés sont intéressants et valables». Celle-ci s'est transformée pour devenir : «pour être intéressant et valable, je dois être cultivé, or je ne sais pas jouer du piano, alors je ne suis pas intéressant et valable». Ce qui à l'origine était un intérêt authentique pour la musique devient une forme d'auto-dépréciation. Seule la clarification de cette zone de contact, à travers la dissolution des réflexions et des introjections, permettrait à cette expérience inachevée de se créer en décidant, par exemple, d'apprendre le saxophone, pour s'amuser, ou en devenant mélomane averti, etc.

## RESUME

La névrose est une perte de la fonction-je, c'est-à-dire une interruption entre le pré-contact et le plein contact. La situation inachevée est reléguée activement à l'arrière-fond, qui vient troubler et immobiliser la fonction-je. Cette auto-inhibition devient une habitude, intégrée en une sorte de seconde nature. La personne désavoue sa situation de base, certains désirs, certains souvenirs, certains fantasmes, transforme et réduit son expérience phénoménologique, par l'une des quatre façons : la confluence, l'introjection, la projection ou la réflexion. Ces termes sont redéfinis ici comme des expériences phénoménologiques de désaveu, des manières de ne pas ressentir pleinement le Je dans sa situation propre. Ce sont les mécanismes de défense tels que définis à partir de la perspective du sujet.

La confluence est l'expérience d'une confusion entre les frontières du Je, du Cela et du Tu. Dans la névrose, cette expérience est fonctionnelle et réversible, car la personne maintient un sens généralement stable de son Je, qui est différencié de l'Autre, alors que la confluence structurale, inhérente à la pathologie du fond, décrit précisément que le sens de l'identité entre soi et les objets n'est pas assez différencié. Cet enjeu fondamental conduit à développer l'une des deux tendances, de recherche ou de fuite de la confluence. Le style fusionnel, ou onophile, recherche la confluence avec les objets, car sans eux il se sent désemparé; alors que le philobate développe un style séparateur, et subvient seul à ses besoins, avec une aide minime, voire nulle, de la part des objets.

Les théories psychanalytiques proposent que l'appareil psychique se développe par un processus complexe d'intériorisations structurantes, par lequel des rapports avec l'environnement sont transformés en relations à l'intérieur même de la psyché, de telle sorte que la qualité de l'organisation intrapsychique dépend de la qualité des premières relations d'objet et réciproquement. Dans la conception gestaltiste, on insiste pour distinguer l'intériorisation structurante (introjection) de l'assimilation (intériorisation non-structurante). Dans toute introjection on retrouve une matière étrangère à la personne, l'objet ayant gardé sa structure propre. Avec l'introjection, le Je expérimente comme appartenant à soi quelque chose qui origine de l'environnement. Mais l'introjection est un pseudo-métabolisme, une accumulation qui ne nourrit pas le self, qui encombre l'arrière-fond et qui perpétue la perte de la fonction-je. L'assimilation réelle est le fruit d'un bon contact, et non pas d'une introjection.

Avec la projection, le self fait l'expérience hors de soi, dans l'environnement, chez quelqu'un d'autre, ou même dans son corps, de quelque chose qui origine de lui. C'est une sorte d'expulsion psychique, mais le sentiment est vécu comme provenant de l'environnement et comme dirigé vers soi. Enfin, la réflexion est le premier acte de la névrose : le self, face aux tensions, aux frustrations et aux obstacles, agit sur lui-même au lieu d'agir sur l'environnement. Dans l'acte de réfléchir, une partie de la personne prend une autre partie comme un environnement. On interagit ainsi avec soi-même, sans en avoir conscience, d'une manière qui correspond à ce à quoi on s'attend de la part de son environnement.