

# Si je pense, est-ce que je suis ?

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

Joanne CYR

## Résumé

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

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

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

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

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

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

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

## PREMIÈRE PARTIE

### Vignette 1 : Aline

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## EXPÉRIENCE EN PSYCHOTHÉRAPIE

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

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

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

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

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

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

- *Aménagement du cadre:*

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

- *Déni de l'Autre:*

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

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

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

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

### RÉFLEXIONS SUR LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

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

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

### ÉTIOPATHOGENÈSE DU TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

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

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

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

#### 1 – Facteurs constitutionnels

- Génétique

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

- Neurobiologique

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

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

- De tempérament

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

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

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

## 2 – Facteurs environnementaux

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

## 3 – Facteurs socioculturels

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

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

## L'ENJEU D'ATTACHEMENT

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

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

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

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

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

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

### 1 – Attachement et régulation des processus physiologiques et émotionnels

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

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

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

### 2 – Attachement et mentalisation

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

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

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

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

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

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

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

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

*B) Phase mentalistiche* (position intentionnelle de Dennett) :

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

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

### 3 – Attachement et acquisition de la capacité réflexive

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

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

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

### 4 – Trouble de personnalité limite et mentalisation

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

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

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

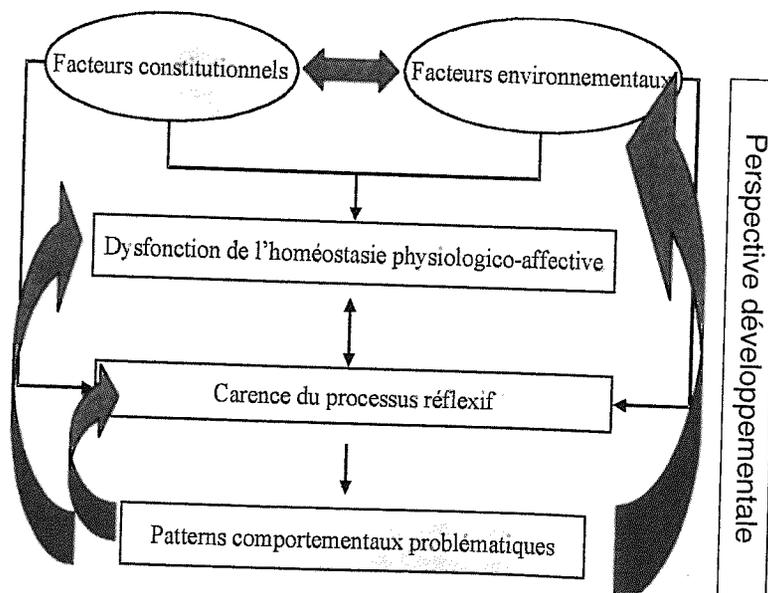


Figure 1 : Psychopathogénèse du trouble limite (inspiré de Linehan)

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

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

#### LA MÉTAPSYCHOLOGIE DE WINNICOTT

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

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

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

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

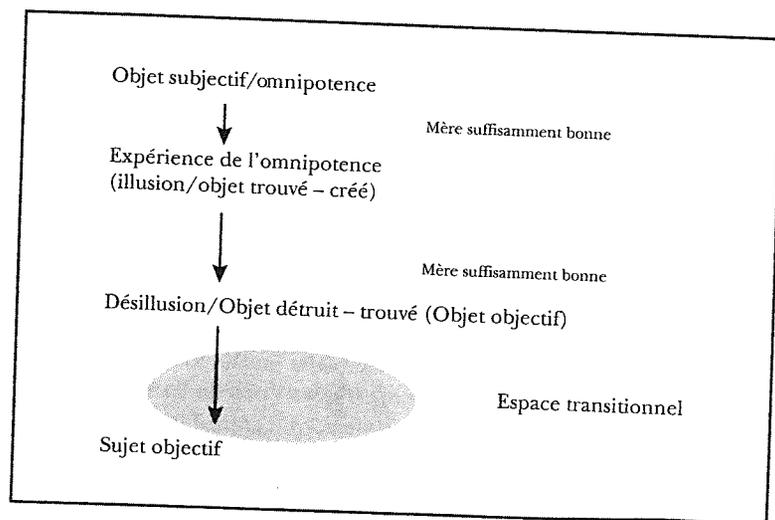


Figure 2 : Métapsychologie de Winnicott (tiré de Reid)

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

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

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

## DEUXIÈME PARTIE

### DÉVELOPPEMENT DU SELF ET PGRO

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

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

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

### 1 – Théorie du champ

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

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

### 2 – Étapes développementales du Self

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

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

#### A) Self naissant

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

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

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

#### B) Self mature

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

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

### 3 – Espace transitionnel

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

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

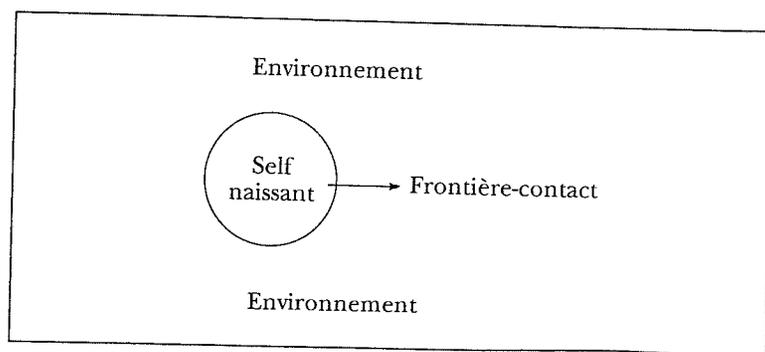


Figure 3

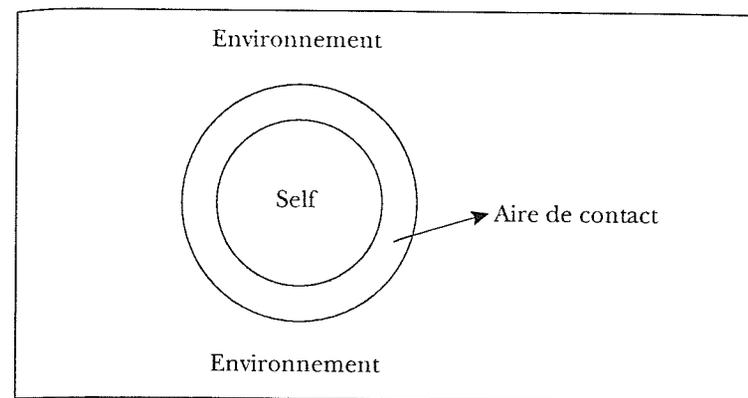


Figure 4

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

### 4 – Constitution du Self limite

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

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

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

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

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

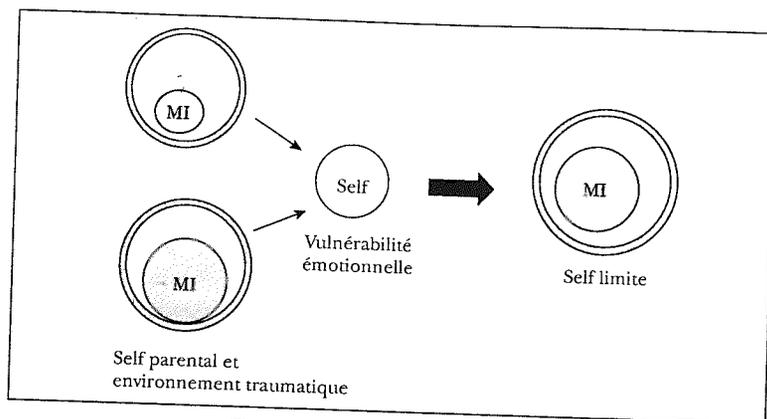


Figure 5 : Constitution du Self limite

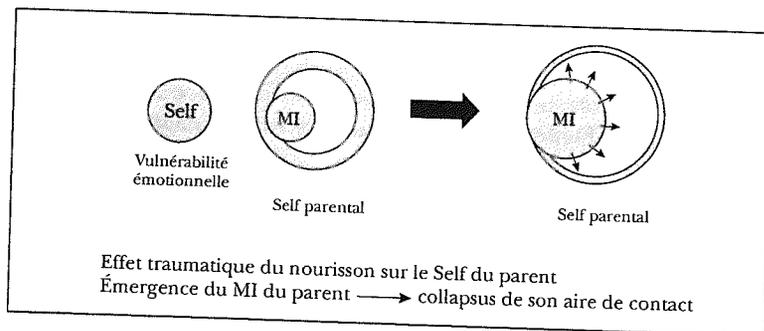


Figure 6 : Constitution du Self limite

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

## 5 - Dynamique du champ phénoménologique

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

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

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

## 6 - Visées thérapeutiques - Quoi faire?

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

### Fonction contenante :

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

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

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

#### **Introduire la réalité:**

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

#### **Activer le processus réflexif:**

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

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

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

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

## **CONCLUSION**

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

## **Références**

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

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

Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité – L'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

Yontef, G.M. (1993). *Awareness, Dialogue and Process : Essays on Gestalt Therapy*. Highland, NY : The Gestalt Journal Press Inc.

Zanarini, M.C. (2000). « Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder », *The Psychiatric Clinics of North America*, vol. 23, n° 1, pp. 89-101.

### Abstract

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