

Le processus de réparation dans la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet

Élizabeth DRAULT et Jean-François GRAVOUIL

Résumé

Le processus de réparation dans la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet fait l'objet d'une réflexion théorico-clinique. Ce texte porte successivement sur la place et le sens du concept, la transformation recherchée par la réparation, les obstacles à la réparation générés par le client et par le thérapeute, les modalités de la réparation et le profil du thérapeute réparateur. Des exemples tirés de la pratique et de nombreuses citations d'auteurs complètent le propos. Des insertions intitulées *Éléments repères pour la position du thérapeute* donnent des indications sur la conduite clinique du travail de réparation.

INTRODUCTION

La réflexion développée dans le texte qui suit s'inscrit comme l'approfondissement d'un des trois mouvements de la relation thérapeutique, *reproduction, reconnaissance, réparation*, tels qu'ils ont été développés par Gilles Delisle dans le cadre de la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet dont il est le fondateur. Docteur en psychologie clinique de l'Université de Montréal et directeur du Centre d'intervention gestaltiste de Montréal, Gilles Delisle, dans une thèse de psychologie soutenue en 1995, s'est engagé dans *Une révision de la théorie du Self de Perls, Hefferline et Goodman et de ses prolongements cliniques*.

Au-delà de l'écriture de sa thèse, cette démarche de recherche l'a conduit à élaborer, au fil du temps, une théorie nouvelle des relations d'objet en psychothérapie et un modèle théorique et clinique nouveau de psychothérapie, appelé tantôt psychothérapie gestaltiste des relations d'objet et tantôt psychothérapie du lien, les deux appellations coexistant pour l'instant dans les discours et les écrits. Dans un article intitulé *De la relation clinique à la relation thérapeutique*, Gilles Delisle (1992) évoque...

... le triple enjeu de la relation : reproduction, reconnaissance et réparation. La destination de l'itinéraire thérapeutique, c'est la réparation. Non pas la « mécanique-réparation » par laquelle l'un des partenaires est le bénéficiaire de l'action réparatrice de l'autre, mais bien cette action convergente, sans être toujours conjointe, d'où renaissent la cohérence, la continuité, l'altérité.

Bien que retenu par Delisle, le terme de réparation n'est pas satisfaisant. Comme celui-ci le notait déjà en refusant une « mécanique-réparation », le terme de réparation possède un caractère matériel et finaliste qui convient mal pour décrire le processus complexe de transformation et de reprise de croissance qui se construit au fil de la thérapie. De surcroît, l'action qui répare et le résultat de cette action sont nommés par le même terme et cela contribue à rendre incertain ce dont on parle, même si, comme pour le mot « guérir », le fait que le processus et le résultat soient nommés de façon identique invite à considérer qu'ils sont intimement liés.

Les autres mots envisagés dans ce champ sémantique sont tous insatisfaisants. Aucun d'eux n'a une capacité descriptive complète du phénomène de réparation. Que l'on parle de récupération, de restauration, de reconstruction, de réaménagement, de rétablissement, de régénération ou de reviviscence, une part de ce qui constitue le cœur de la relation réparatrice échappe à la définition.

On peut aussi proposer des formulations plus élaborées. Toutefois, celles qui suivent ne rendent également compte que d'un aspect des choses :

- Réactivation du développement met l'accent sur la reprise du processus de développement.
- Réouverture du champ fait porter l'attention sur les échanges à la frontière-contact.
- Remaniement de la Matrice des représentations du champ (MRC)¹ invite à s'intéresser aux processus identitaires.
- Diminution de la pression du Microchamp introjecté (MI) souligne la dynamique psychique interne.

Ainsi donc, face à cet échec à trouver un vocable plus adéquat, nous utiliserons provisoirement le terme réparation en gardant en mémoire ses limitations.

La réparation, autre difficulté, constitue une entreprise ambiguë. Comment pouvons-nous évaluer la gravité des carences de développement et leur caractère réparable ? Quelle a été l'ampleur des dégâts ?

¹ Tous les mots soulignés et en italiques renvoient au lexique en fin d'article.

Sont-ils ou non permanents ? Existe-t-il une chance de reprise de croissance ? Faut-il engager le client à y croire ou à accepter de vivre avec des limitations et à faire le deuil d'une récupération de son potentiel de développement ? Toutes ces questions marquent l'incertitude de cette entreprise de réparation.

L'ambiguïté d'une telle démarche de réparation est présente tout au long de l'histoire de la psychanalyse et des psychothérapies. Freud écrit (cité par Delaroche, 2003, p. 62) que le but à atteindre dans le traitement est « la guérison pratique du malade, la récupération de ses facultés d'agir et de jouir de l'existence » et que « la guérison renvoie à la capacité de se séparer des fixations aux parents et aux idéaux (...) pour pouvoir aimer et travailler ». Néanmoins, ses successeurs sont divisés entre, d'abord, ceux qui affirment que seule l'analyse guérit de façon radicale puisqu'elle traite la cause sans en rester au symptôme, puis ceux qui parlent d'une guérison relative qui soigne la personne, guérissant le symptôme sans forcément guérir la structure psychopathologique et ceux qui excluent la guérison des objectifs de l'analyse. Fages (1997, p. 110) explique : « Si Lacan clinicien garde encore la préoccupation de faire progresser le sujet qui se confie à lui, des « épigones » plus intransigeants vont jusqu'à dire leur indifférence vis-à-vis de cette progression et jusqu'à parachever la liquidation du sujet. »

On peut aussi reprendre l'expression de « guérison pathologique » employée par Canguilhem pour l'appliquer à la psychothérapie. Le rétablissement de la personne peut-il entraîner plus de mal que de bien ? Jusqu'à quel point l'ordre névrotique, figé dans ses ajustements conservateurs, est-il moins désirable que la somme des ruptures, des remises en question, des dérangements et des renoncements provoqués par le travail de réparation ?

Ce problème éthique est difficile à résoudre, sachant qu'il existe une grande incertitude en début de thérapie sur l'aboutissement de la démarche et sur le niveau de réparation qui pourra être achevé. Cela justifie d'autant l'acquisition, par les thérapeutes, de repères psychopathologiques suffisants pour ne pas engager des personnes dans des parcours thérapeutiques destructeurs.

Même si la pertinence de la démarche thérapeutique de réparation serait établie, les résultats obtenus sont difficiles à évaluer. Le caractère singulier de chaque personne, la diversité des représentations culturelles et philosophiques sur les notions de santé et d'épanouissement font de l'évaluation de la qualité de la réparation et de son caractère plus ou moins complet une tâche aléatoire. Toutefois, Perls et Goodman (2001, pp. 53-54) nous renvoient à un critère

autonome de profondeur et de réalité de l'expérience qui permet d'évaluer la vitalité des ajustements créateurs.

La psychologie de l'anormalité, c'est l'étude de l'interruption, de l'inhibition ou autres accidents dans le cours de l'ajustement créateur. (...) Le fait que la Gestalt possède des propriétés psychologiques spécifiques observables est d'une importance capitale en psychothérapie, car c'est ce qui nous donne un critère autonome de profondeur et de réalité de l'expérience. (...) Lorsque la figure est terne, confuse, dépourvue de grâce et d'énergie (une « Gestalt faible »), on peut être certain qu'il y a un manque de contact, que quelque chose de l'environnement n'est pas pris en compte, qu'un besoin organique vital n'est pas exprimé. La personne n'est pas totalement là.

Même si elle nous fournit des repères, une telle appréciation de la santé relève d'une esthétique des cycles de contact et des ajustements à la frontière-contact et demeure, bien entendu, subjective.

I - PLACE ET SENS DU CONCEPT DE RÉPARATION EN PGRO

Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction, pour Gilles Delisle, la réparation s'inscrit dans une relation thérapeutique de long terme à visée de développement et participe d'une combinaison d'expériences de trois types: reproduction, reconnaissance et réparation. Ces trois modes relationnels sont en lien dynamique et s'entremêlent tout au long de la thérapie.

La reproduction se décline selon un processus qui peut être décrit de la façon suivante dans les termes de la PGRO.

Dans l'expérience du jeune enfant, la présence simultanée d'éléments à la fois indispensables et intolérables crée des situations originelles de dilemme de contact. C'est ce qui crée la Situation Inachevée (SI) qui, selon Delisle (1998, p. 128), « résulte de l'introjection primaire qui interrompt le cycle de contact, alors que le Self naissant se trouve confronté au dilemme de contact ». La gestion de l'indispensable et de l'intolérable est réalisée par clivage et par introjection de microchamps, qui contiennent un ensemble d'éléments appartenant à la situation indispensable et intolérable: représentations et affects du client, représentations des personnes significatives et du contexte présents dans ces expériences et représentation du lien qui le relie à ces personnes et à cet environnement, avec les affects qui l'accompagnent.

En créant des situations inachevées, les expériences de dilemme de contact originelles interrompent ou perturbent le développement sain de la personne. Les microchamps contaminent les émergences

du ÇA et s'introduisent de façon déguisée dans les situations présentes en les déformant et en provoquant de façon répétée des impasses de contact. Ils cherchent simultanément à se résoudre en dépassant la situation inachevée et à se perpétuer en confirmant l'échec initial à métaboliser la situation.

Le client sélectionne, voire suscite dans l'environnement les seuls éléments en lien avec le microchamp introjecté. Il est dans l'incapacité à voir autre chose, autrement. Le monde interne et le monde externe sont confondus à l'endroit du microchamp introjecté. Dans ces espaces, le client introduit des déformations massives de l'environnement qui entraînent des transactions très perturbées à la frontière-contact. Dans la matrice de représentation du champ du client, la répétition des impasses de contact inscrit une vision de lui-même et du monde qui favorise et rend de plus en plus probables les reproductions ultérieures.

La reproduction porte aussi plusieurs caractéristiques complémentaires. Les expériences de reproduction se manifestent dans les différents contextes de la vie de la personne, y compris dans la relation thérapeutique, ce qui donne au thérapeute un accès direct au processus de reproduction et à son déploiement. Elles sont vécues sur un mode relationnel à dominante transférentielle, dans lequel le monde interne de la personne se surimpose fréquemment à la réalité externe. Le client organise le champ de telle sorte que ses impasses de contact habituelles s'actualisent. C'est lui qui initialise l'expérience et la construit activement même si cet engagement actif dans la reproduction se fait à l'insu de sa volonté consciente.

Le travail de reconnaissance est un autre des trois mouvements du travail thérapeutique. En prenant notamment appui sur l'expérience de sa relation avec le thérapeute et des reproductions qui s'y développent, le client prend progressivement conscience des situations de reproduction dans les différents contextes de sa vie. Il fait le lien entre des situations différentes en apparence, mais dont la structure sous-jacente et les déterminants psychoaffectifs sont semblables. Il élabore le sens de ces expériences en référence à son passé de développement et prend peu à peu conscience de son implication active à produire ce dont il souffre et, donc, de sa responsabilité. La reconnaissance se déroule sur un mode relationnel à dominante herméneutique de co-construction de sens. Elle est le fruit d'un travail conjoint psychothérapeute et client. Ce dernier apprend progressivement à faire seul ce travail de mise en sens.

La réparation, quant à elle, se construit de la façon suivante. Parce qu'elle repose sur une réponse adaptée de l'environnement

aux besoins du client, elle est plus largement à l'initiative du thérapeute. Elle se déroule sur un mode relationnel à dominante de relation réelle, dans lequel le thérapeute est rencontré comme personne réelle et pas seulement comme support de projections transférentielles. Le thérapeute s'efforce de rejoindre son client dans une expérience qui contient des éléments semblables à ceux des situations originelles dans lesquelles s'est interrompu son développement psychoaffectif: «quelque chose que le client n'a pas su faire: se séparer, s'identifier, se modéliser, etc.²».

Il transforme la situation de reproduction en créant avec son client une relation d'accueil empathique mais aussi confrontante, afin que l'intolérable et l'indispensable du dilemme initial puissent être contactés consciemment, puis supportés. Il apporte à son client, dans la relation présente, une réponse nouvelle qui permet à ce dernier d'être reconnu et rejoint dans la souffrance attachée aux situations de dilemme de contact originelles. Le client peut recevoir l'indispensable sans avoir à subir l'intolérable et réinterroger aujourd'hui ce qui constitue de l'indispensable et de l'intolérable. Ce faisant, il peut reprendre son processus de développement là où il a été interrompu.

II – LA TRANSFORMATION RECHERCHÉE PAR LA RÉPARATION

Quelle est la visée du travail de réparation?

La réparation agit dans le présent: elle propose au client de faire le deuil de l'impossible réparation du passé pour pouvoir accueillir les possibles actuels. Delisle (1998) ajoute: «Ce qui doit être «réparé», ce n'est pas le manque du temps jadis, c'est la capacité à contacter le champ actuel avec ce qu'il porte de possibilités et de menaces.»

D'une façon générale, on peut dire que la réparation vise à:

- a) favoriser un retour au Self unitaire en favorisant la réintégration des parties clivées.
- b) restaurer la fluidité du cycle et la capacité primitive au «contacter». Comme le croit J.-M. Robine (1998, pp. 62-63):

Le contact ne désigne pas encore un investissement d'un objet ou d'un autrui. Il désigne ce qu'on pourrait appeler un schème sensori-moteur, des modes de sentir et de se mouvoir, d'un «aller vers et prendre» (...). La Gestalt- thérapie, (...) en se centrant sur le «contact» et le «contacter», aborde le sujet dans une direction fondamentale et originale, dans un registre extrêmement primitif, archaïque, puisqu'il s'agit

des premiers mouvements, des premières «motions pulsionnelles» dans le champ organisme-environnement.

Pour le même auteur, de cette capacité première au contacter dépendent le bon développement des relations d'objet et des relations d'intimité «Je-Tu».

- c) restaurer la capacité du client à l'adaptation créatrice. Écoutons de nouveau Robine (pp. 42 et 57):

Qu'est-ce qui fait que ça prend forme plutôt dans un symptôme ou plutôt dans une création. Qu'est-ce qui, dans la relation thérapeutique, va permettre le passage de cette formation, de cette création d'échec qu'est le symptôme, à une formation, à une création réussie. (...) L'ajustement garantit la dimension du réel et de l'adaptation, la création ouvre à la dimension de la fantaisie et de l'élargissement des possibles.

- d) restaurer la capacité de dialogue: pouvoir gérer la fusion/séparation et savoir inclure l'autre dans son expérience. Comme l'estime Delisle (1998, p. 261): «Le cœur de la maturité, c'est la capacité à établir des relations intimes et mutuelles à l'autre.»
- e) restaurer la capacité à gérer les données existentielles. Salathé (1995, p. 57) ajoute: «C'est au niveau des problèmes existentiels que l'on arrive à saisir la raison d'être fondamentale de toute l'organisation de chaque personnalité.»
- f) passer de l'attachement aux objets internes toxiques à la capacité d'attachement à des objets externes sains.

Si on resitue la réparation par rapport aux différents concepts clés de la PGRO, on peut en décrire le processus de réparation de la façon suivante:

Dilemme de contact: chercher à dépasser le dilemme de contact initial par plusieurs voies simultanées: obtenir l'indispensable sans l'intolérable, rendre l'intolérable plus supportable, relativiser l'indispensable.

Situation inachevée: compléter les situations inachevées, défaire l'acrocroche au manque et l'immobilisation dans une demande répétitive.

Microchamps introjectés: désamorcer, désactiver, éroder, dissoudre les MI, diminuer la pression qu'ils exercent et les déformations du champ qu'ils induisent. On favorisera le passage de l'attachement aux objets internes à la prise de contact avec les objets externes.

Enjeux de développement: susciter la reprise du développement psychoaffectif là où il a été empêché de se compléter.

Impasses de contact: permettre au client de repérer en temps réel les impasses de contact en cours de formation, d'en comprendre les

² Noël K Salathé, réflexion faite au sein du groupe Artex.

fondements dynamiques et de les transformer en expériences constructives, en s'appuyant sur un fonctionnement du JE plus novateur que conservateur.

Matrice des représentations du champ : assouplir et enrichir la Matrice des représentations du champ à partir d'expériences assimilées introduisant de la nouveauté dans les échanges et dans les résultats qui en découlent, ainsi que d'une lecture différente des événements vécus par le client mettant en lumière d'autres aspects de la situation et des significations nouvelles.

III – LES OBSTACLES À LA RÉPARATION GÉNÉRÉS PAR LE CLIENT

La puissance de la reproduction et l'incapacité à la reconnaître constituent les premiers obstacles à la réparation produits par le client. D'autres obstacles nombreux, énumérés ci-dessous, viennent entraver le processus de réparation.

1 – L'accrochage illusoire à la réparation du passé constitue un obstacle majeur du processus de réparation.

En effet, le client refuse la réparation possible dans le présent pour ne pas renoncer à sa demande d'être réparé dans son enfant intérieurisé. C'est là qu'il veut être rejoint, reconnu dans sa souffrance et dans son manque, et recevoir ce qu'il n'a pas obtenu alors. La réparation dans le présent est vécue comme un ersatz qui ne saurait ni effacer ni compenser la blessure initiale. Ceci est irréaliste. La souffrance présente liée à la blessure originelle peut être soignée, mais cette dernière ne peut qu'être reconnue avec compassion.

Lowen dit très justement que l'amour d'une mère ne peut être remplacé. Et même si c'était possible de le remplacer, le problème n'en serait pas, pour autant, résolu car la personne en cause n'est plus un enfant et son besoin actuel, dont elle n'a pas conscience, bloquée comme elle l'est par la Gestalt inachevée de cette enfance douloureuse, n'est plus le même. Le paradoxe qu'elle véhicule, et qui pourrait se formuler ainsi : « je ne changerai pas tant que, lorsque j'avais deux ans, je n'aurai pas été aimé autrement et mieux », est impossible. Ce qu'il faut, c'est lui fournir un modèle adulte de fonctionnement.³

La vie ne vaut d'être vécue que si le défaut fondamental est réparé (ce qui est impossible). Le client pense qu'il ne peut coopérer que quand ce qui a été détraqué aura été réparé, sinon mieux vaut mourir ou être fou.⁴

³ Salathé (1995), p. 116.

⁴ Balint (1977), p. 122.

Les blessures anciennes ne se réparent pas, mais elles sont constamment remaniées par rapport à la place, le sens, l'intensité que le client leur donne dans sa vie actuelle. C'est à cette réorganisation que nous participons activement. Elle exige du client un processus d'exploration réflexive de soi-même et de son mode d'être, d'inventer les modalités concrètes de réalisation de ses choix existentiels, en quelque sorte, inventer sa vie. Il appartient au sujet de comprendre le passé, de confronter le présent pour construire l'avenir.⁵

Dans l'attente du patient, il y a toujours un leurre : celui que l'objet réel coïncide avec l'objet interne fantasmé.

Exemple : Une cliente passe d'une relation amoureuse à une autre. Dès que la fusion passionnelle s'estompe, elle rompt, dans l'espoir de trouver enfin l'objet sans faille, inconditionnellement bon.

2 – Les phénomènes d'attache identitaire fondent la résistance au changement.

Le fonctionnement pathologique du client est le seul qu'il connaisse et qui donne sens à son existence ; c'est sa façon singulière d'être au monde. Vouloir le transformer est violent/violant. Selon Nathan (1994, p. 13), « Guérir est toujours un acte de pure violence contre l'ordre de l'univers. Et nulle thérapeutique n'est plus violente que celle qui entreprend de guérir l'âme. » La pathologie s'est installée dans un but adaptatif, pour maintenir la cohésion, assurer la survie du self, même si c'est à l'inverse qu'elle aboutit. Le changement identitaire entraîne peur et angoisse. On peut qualifier ainsi, avec Brun (2003, p. 30), la peur de ne plus être soi : « La guérison rend caduque l'identité trouvée dans la maladie. » Par ailleurs, selon Delaroche cité par Brun (2003, p. 30), « accepter le changement, c'est comme changer de passé, changer d'enfance et changer de parents ».

Expression d'une cliente : « Je deviens une étrangère pour moi-même. »

La peur du vide liée à la disparition de la souffrance et au détachement des objets internes est souvent évoquée.

⁵ Delourme (1997), p. 202.

Expression d'une cliente: « Il faudrait que je tue ma mère interne pour m'en sortir, mais c'est impossible, car alors il n'y a plus rien. »

La peur de l'inconnu, de la nouvelle forme émergente, est aussi présente. L'accès à un inconnu moins souffrant est considéré par le client comme plus difficile et dangereux que le maintien dans la souffrance et les limitations actuelles connues et aménagées. Dans ce moment de crise, selon Kaes (1997, p. 23), « l'expérience de la rupture vient mettre douloureusement en cause la continuité du soi, l'organisation de ses identifications et de ses idéaux, l'usage de ses mécanismes de défense, la cohérence de son mode personnel de sentir, d'agir et de penser ». Nacht (1971, p. 49) ajoute: « Ils croient qu'ils veulent guérir. En réalité, ils tiennent malgré eux à leur névrose comme à une sorte de refuge. »

La peur de transgresser des introjects et de perdre l'estime et l'amour de personnes significatives émerge fréquemment au moment où le client pourrait commencer à changer, dans le réel, ses façons d'être et de faire. Changer peut être vécu comme une trahison, une déloyauté (envers une personne aimée, un maître, un chef, un ascendant même décédé, etc.), voire conduire dans la réalité à des conflits et des ruptures de liens qui peuvent bouleverser la vie.

Expressions de clients:

« Devenir intelligente, ce serait désobéir au message de ma grand-mère que j'aimais tant. »

« Si je mets des limites à l'intrusion de ma mère, elle m'abandonnera. »

La peur de remettre en question des relations affectives qui tiennent une place importante dans la vie du sujet, même si elles sont toxiques, freine la transformation.

Expression d'un client: « Chaque fois que je la vois, je descends un peu plus profond dans l'enfer, et pourtant, je ne peux me passer d'elle. »

On rencontre aussi la peur de n'être rien si l'on renonce à être le produit d'un traumatisme qui légitime une façon de vivre et d'être. La MRC est limitée et rigidifiée. L'identité est confondue à quelques

composantes réductrices censées expliquer et justifier la façon d'être de la personne. Le trait de comportement, l'identification du client à une partie traumatique de son histoire sont considérés comme vrais, absolus, objectifs et ne laissent pas place au questionnement, à la relativisation, à la distanciation.

Expressions de clients:

« Je suis quelqu'un d'agressif, je suis comme ça et on ne peut rien y changer; ça fait partie de moi. »

« Je suis un enfant battu. »

« Je suis une femme violée. »

« Je suis un fils d'alcoolique. »

Cette attache identitaire intervient aussi dans la thérapie au moment où, l'éclairage herméneutique de ce qui fonde les impasses de contact du client étant suffisamment complété, ce dernier se trouve seul devant le choix crucial de vivre ou de poursuivre dans une survie étriquée. Pour éviter cette crise du choix, du passage et du changement, le client peut se maintenir dans une recherche herméneutique artificielle et se dérober à la confrontation avec sa vie réelle.

Éléments repère pour la position du thérapeute

Il est important que le thérapeute reconnaisse la légitimité de l'attache identitaire et le besoin de sécurité qui la sous-tend.

Expression d'un client: « Comme si j'avais besoin de refaire un petit tour dans la dépression, comme s'il y avait là-dedans une certaine nostalgie. »

La confrontation à l'accroche identitaire sollicite la patience et la ténacité du thérapeute. Le client fait de nombreux allers et retours entre son ancienne identité et son identité émergente. Il se décourage lorsque le MI envahit à nouveau le champ et qu'il en est conscient, sans pour autant pouvoir agir de façon créative. La métaphore de la digue en cours d'élévation, submergée par une forte marée, mais déjà capable de contenir des marées moins fortes, est de nature à rassurer le client.

Face à la crise du choix, il est tentant pour le thérapeute de considérer l'hésitation ou le refus de son client comme une défense et de le pousser à prendre le risque de vivre. Jusqu'où faut-il encourager, stimuler, tout en respectant la liberté du client et son éventuel renoncement à changer plus

complètement? Jusqu'où le besoin de réussite et d'accomplissement du thérapeute peut-il prendre le pas sur le désir et sur la liberté du client?

Lorsque le thérapeute est confronté à un attachement à une MRC limitée et rigidifiée, il lui appartient de venir interroger à quoi sert cette réduction identitaire, ce qu'elle vient empêcher, interrompre, alimenter, etc. (en particulier la victimisation et l'évitement de la responsabilité), sans se laisser arrêter par l'évidence du « c'est comme ça » du client. Il est aussi nécessaire de travailler sur les autres dimensions de la MRC, sinon, une fois enlevée, l'étiquette limitative à laquelle le client s'est identifié, c'est le néant. Il faut encore faire évoluer les ajustements conservateurs qui entretiennent une MRC réductrice.

3 – Une attente magique, grandiose ou trop spécifique vis-à-vis de la thérapie peut fournir un bon moyen d'éviter un engagement dans le travail.

En résumant bien les paroles de personnes en thérapie, on pourrait dire: « Si je n'obtiens pas exactement ce que je veux (du travail, une femme/un homme qui m'aime, la disparition de mes tics, la reconnaissance de leurs torts par mes parents, une restauration entière de mon potentiel, etc.), alors la thérapie n'a pas d'intérêt ni de valeur ! »

Comme le dit M. Korb (1984), « les clients doivent décider parfois plus d'une fois en faveur de la vie qui leur a été donnée, dans le corps qui leur a été donné, avec les talents qui leur ont été donnés, (...) ce chemin comprend des hauts et des bas, des changements constants et des stress endémiques. » Sacha Nacht (1971, p. 71) disait aussi: « Quiconque peut regretter, même après l'analyse, de n'être que soi-même. »

Expression d'un client: « Ma vie est beaucoup plus satisfaisante et pourtant, je dois renoncer à cet imaginaire (« quand j'irai mieux, tout sera formidable ! ») qui rendait mon mal-être un peu plus supportable. »

Le client doit progressivement accepter le caractère partiellement irréductible du dilemme de contact avec la fragilité durable et les limitations qu'il entraîne. Il a besoin d'apprendre à devenir indulgent à son dilemme de contact et à vivre avec, à savoir prendre les mesures qui en réduisent les nuisances et à utiliser les compétences positives produites par les adaptations de survie à ce dilemme. De sur-

croît, le dilemme de contact condense des significations complexes qu'il est utopique d'imaginer pouvoir entièrement saisir et métaboliser.

Éléments repère pour la position du thérapeute

Le contrat de départ avec le client contient-il des promesses explicites ou implicites de réparation parfaite, totale, miraculeuse? Un travail sur le soi grandiose du client (et, en supervision, sur celui du thérapeute), sur la reconnaissance des contraintes existentielles de limitation et d'imperfection est utile à ce stade. À l'inverse, le thérapeute imagine-t-il son client suffisamment capable de se transformer et d'exprimer son potentiel? Si ce n'est pas le cas, le thérapeute incarnera alors plutôt une figure de parent dépressif. Le thérapeute a-t-il fait savoir à son client que la thérapie n'est pas centrée sur les symptômes ou la résolution de problèmes et qu'elle a une visée transformative plus large?

4 – Le refus et l'évitement de la souffrance empêchent le client de se laisser rejoindre dans ses blessures profondes.

Le client a eu de bonnes raisons de cliver la souffrance lors de sa confrontation initiale au dilemme de contact. Il aurait maintenant des ressources pour y faire face mais, dans la continuité de son expérience passée, il refuse de se confronter à l'enjeu de développement ou à la contrainte existentielle en cause dans ce dilemme.

Expression d'une cliente: « À quoi bon rouvrir ces plaies? C'est passé, on ne peut rien y changer et il faut vivre avec. »

Chaque acte réparateur ouvre à ce qui a fait cruellement défaut et renouvelle la souffrance du manque. Paradoxalement, plus il y a réparation, plus il y a conscience que la vie jusque là était mal vécue. Cette prise de conscience peut faire retomber le client dans le clivage, pour lui éviter de se confronter à « l'ampleur des dégâts ».

Expression d'une cliente: « Ce n'est plus seulement sur de petits chemins de traverse où je me suis fourvoyée, c'est sur une autoroute, toute ma vie. »

Lorsqu'il est clivé, le client est impossible à rejoindre. Il souffre moins, mais il ne profite pas vraiment de ce qu'il reçoit. Lorsqu'il s'ouvre au manque, il souffre mais il est atteignable, consolable, sa

souffrance est partageable et il retrouve la possibilité de profiter de ce qu'il reçoit de bon.

Exemple : Marie et son départ en cure

Elle souffre parce que personne ne se soucie d'elle ni ne vient lui dire au revoir. Avant, elle ne sentait rien et pouvait partir sans souffrir du manque de présence et d'attention des autres. Elle était incomplète/clivée, mais elle ne souffrait pas, au prix cependant de ne pas profiter des attentions qu'elle recevait et qu'elle défléchissait massivement.

La réparation fait exploser la digue du renoncement qui contenait tout le manque mais aussi tout le désir qu'il soit enfin comblé. Parce qu'elle montre que certains besoins peuvent être satisfaits, la réparation peut ouvrir la voie à des demandes qui semblent insatiables et que le client ne sait ni contenir ni satisfaire. Ces problématiques envieuses de haute intensité peuvent être effrayantes pour le client et parfois pour le thérapeute.

Éléments repère pour la position du thérapeute

Le thérapeute mesure-t-il bien l'angoisse, la terreur de la confrontation au dilemme de contact ? Est-il assez soutenant et empathique pour permettre à son client d'avoir confiance ? Éclaire-t-il suffisamment pour son client l'intérêt des liens présent/passé ? Lorsque des moments réparateurs surviennent en séance, il est important de s'en réjouir, mais aussi de faire écho à la souffrance réactivée du manque. Le thérapeute pourrait dire, par exemple : « c'est bon à vivre et en même temps, ça rappelle tout ce qui n'a pas été reçu et ça réveille la douleur du manque ».

Face aux désirs ressentis comme insatiables par le client, c'est la tranquillité de fond du thérapeute et sa capacité à accueillir ces désirs en contenant leur intensité qui aura un effet d'appropriation progressif. En supervision, on cherchera à apprendre au thérapeute supervisé à ne pas se laisser affoler par une demande affolante ! Dans la confrontation à la souffrance du client, le thérapeute est soumis à un double écueil : se tenir à trop grande distance pour se protéger et manquer d'empathie ou devenir surprotecteur et rentrer dans une collusion avec le client pour éviter les zones trop souffrantes.

5 – Le besoin de faire payer les autres pour la souffrance subie peut maintenir le client dans sa pathologie.

Le client va refuser de lâcher son mal-être et sa souffrance pour pouvoir continuer à se venger, à ne pas pardonner, pour punir les autres

et les obliger à reconnaître le préjudice commis. La demande de réparation est ambivalente, voire absente, et remplacée par une demande de confirmation du préjudice subi et de la responsabilité des tiers. Du point de vue de la psychanalyse, le patient refuse de faire le cadeau de guérir à son analyste. Il maintient l'analyste dans l'impuissance, ce qui est une façon de castrer une image maternelle phallique toute puissante. Guérir équivaldrait à pardonner à sa mère.

Expression d'un client : « Si j'allais bien, ce serait trop facile pour mes parents, après ce qu'ils m'ont fait subir ... »

6 – Enfermé dans des conditionnements « réflexes », le client peut aussi être confronté à un déficit de mode d'emploi pour inventer une autre vie.

Le client a compris ce qui provoque ses impasses de contact. Il accepte d'en prendre la responsabilité et il désire vraiment changer mais il ne sait pas comment faire autrement. Il a un problème de mode d'emploi. Le défaut d'apprentissages primaires et de modèles intériorisés le laisse démuni.

Exemples :

« Comment être un père adéquat alors que mon père est décédé quand j'avais un an ? »

« Comment se comporter dans un groupe quand jamais personne ne vient à la maison et qu'on est un enfant unique ? »

« Comment entrer en relation avec une femme quand la relation entre mes parents était fondée sur une hypocrisie et un cynisme réciproques ? »

« Comment prendre ma place et faire respecter mes besoins quand j'ai été battu même quand je ne demandais rien ? »

Inversement, le client a appris à interpréter le monde et à se comporter d'une certaine manière depuis le début de sa vie, ayant créé des connexions neuronales toutes prêtes à fonctionner.

Expression d'une cliente : « J'ai tellement vu ma grand-mère dépressive avec des yeux embués que, dès que je vois quelqu'un ainsi, je l'identifie à de la dépression. »

Éléments repère pour la position du thérapeute

Face à ce déficit de mode d'emploi, le thérapeute peut-il adopter, provisoirement et avec modération, une posture pédagogique et accepter d'être

un guide, un modèle, un éducateur, sans toutefois devenir orthopédique et normatif, ni tomber dans le mythe de Pygmalion ? Sait-il aussi mobiliser sa créativité et celle de son client pour co-inventer des situations d'apprentissage et des ajustements créateurs ? Le dialogue herméneutique se transforme ici en recherche partagée, non plus de sens, mais de façons de vivre et d'être, adaptées aux besoins et aux potentialités du client. Un travail en groupe est particulièrement profitable à ce stade.

7 – Quand la fin envisagée de la thérapie suscite des résistances à aller mieux !

La peur de la fin de la relation thérapeutique et de la séparation peut pousser à ne plus œuvrer à la réparation et susciter des régressions parfois importantes. Si le client guérit, il perd ce qui est un des liens les plus significatifs dans son existence, la relation thérapeutique. Le client peut encore craindre de décevoir le thérapeute en étant incapable d'être aussi guéri que le thérapeute pourrait le désirer (projection de l'attente grandiose du client et/ou attente excessive du thérapeute). Il préfère alors renoncer à aller au terme du processus réparateur pour éviter la confrontation à l'insuffisance. Le client peut, en phase avancée de thérapie, manifester également la peur de ne pas pouvoir se maintenir dans le nouvel état d'être et de fonctionnement auquel il est parvenu : cette peur d'échouer paralyse alors l'évolution et peut entraîner une déflexion des succès et une amplification des échecs.

Éléments repère pour la position du thérapeute

Le thérapeute a-t-il des attentes trop fortes, des exigences trop grandes ? Aurait-il besoin de la réussite de son client pour soigner son narcissisme ? A-t-il évoqué trop tôt la fin possible de la thérapie ? Les progrès, les savoir-faire relationnels obtenus dans la relation thérapeutique doivent être encouragés à se transposer dans le quotidien du client. Cela signifie que les possibilités de transposition doivent être activement explorées avec le client et que ses essais, ses réussites et ses erreurs doivent être accompagnés et soutenus. En même temps, le thérapeute doit se retirer peu à peu pour favoriser la capacité du client à mobiliser ses propres ressources.

IV – RÉPARER COMMENT ?

1 – La posture du thérapeute doit s'adapter aux moments de réparation.

Dès lors que la réparation se réalise dans la relation réelle, elle implique une capacité du thérapeute à prendre des risques, à se mon-

trer, à partager son ressenti, etc. Le thérapeute choisit dans ces moments-là de devenir plus personnel, typé, singulier, visible, actif, etc. Par opposition à la posture d'indifférence créatrice des moments de reproduction, il prend une position simultanée de **participant et de témoin actif**, engagé en tant que personne à part entière dans la relation et en recul pour pouvoir commenter le processus en cours dans le champ de la relation partagée avec son client.

Le thérapeute cherche à réaliser le niveau V des objectifs de développement du client, tels qu'ils sont décrits par Gilles Delisle (1998) :

- Les impasses de contact sont repérées en temps réel, au moment où elles prennent forme à la frontière-contact.
- Leur fondement dynamique est compris et repéré.
- Leur transformation en expériences nourrissantes devient possible.
- La dissolution du MI est entamée.

Delisle ajoute : « Leur transformation (des modes de fonctionnement du client) vient de ce que le thérapeute ne craint pas d'être engagé avec le client, dans ce que celui-ci, tout à la fois, met en place et redoute, sans pour autant fournir la carte complémentaire et répondre « comme on l'a toujours fait ». (...) Le thérapeute, incarnant l'Autre, met son propre processus dans la balance en cherchant l'ajustement créateur, là où le client ne voit que l'ajustement conservateur. »

2 – Que peut-on dire des interventions réparatrices ?

Il peut s'agir d'initier et/ou accompagner les deuils afin de rendre possibles pour le client les différents deuils à faire au cours de la thérapie. (Voir section III du présent article). Le thérapeute va confronter à l'illusion de la réparation du passé et nommer les manques impossibles à combler. Il va ensuite soutenir la personne et compatir à la souffrance de ce renoncement, tout en s'efforçant d'accueillir, d'accompagner et de contenir les émotions de son client : souffrance, colère, rage, tristesse, peur, angoisse, etc.

On cherche aussi à traiter de façon optimale les identifications projectives et introjectives (IPII). Le thérapeute accepte et supporte ce que le client cherche à lui faire porter dans l'IPII, puis s'en déprend et le métabolise. La réparation consiste à introduire de la nouveauté dans la réponse donnée à cette IPII et, en particulier, à permettre au client de se réappropriier la part clivée de lui-même et de ses objets internes

qu'il a déposée chez le thérapeute au moyen de l'Identification projective. Le thérapeute fait également avec son client un travail de reconnaissance de l'IPII, de ses significations et des situations de vie où elle peut se produire de façon ressemblante.

Éléments repère pour la position du thérapeute

Les réactions du thérapeute à l'IPII peuvent être inappropriées de deux façons. Il peut se laisser prendre dans une identification introjective non conscientisée, fournir au client le type habituel de réponse qu'il reçoit dans ces situations et entretenir ainsi les ajustements conservateurs de ce dernier. Il peut, inversement, refuser de porter, même transitoirement, l'IP du client, selon le motif que c'est insupportable pour lui, thérapeute, d'être pris pour quelqu'un qu'il n'est pas et traité d'une façon qui lui semble inacceptable (dans des transferts négatifs ou amoureux massifs, par exemple). Le thérapeute ne fait pas la différence entre une relation réelle et une relation transférentielle. Il ne peut plus faire la part entre sa personne structurelle et sa posture conjoncturelle de thérapeute.

Dans les deux cas, on constate souvent que cette incapacité à traiter l'IP est liée à une réactivation des propres zones de fragilité du thérapeute. Son monde interne avec ses MI fait irruption sur la scène thérapeutique et vient interrompre ou perturber le contact avec le client. L'appel à la compétence réflexive peut permettre de se dégager de l'affect en éclairant le processus, le rendant ainsi plus supportable. On peut, en supervision, aider les thérapeutes à ne pas avoir peur de se laisser conjoncturellement définir par leurs clients, tout en maintenant leur identité structurelle.

Le travail herméneutique peut être, en soi, réparateur. La prise de conscience par le client du sens de son histoire et de celui de ses impasses de contact exerce une action réparatrice en soulageant l'angoisse liée à l'incompréhension. Elle assainit de surcroît la MRC en transformant la vision que le client a de lui-même et de son environnement.

Expression d'un client: « Ah! Les conflits avec ma sœur aînée étaient donc liés au seul fait que je sois né, et non pas à ma façon d'être avec elle. »

Plus radicalement encore, la mise en sens des expériences donne prise sur le réel. Les nouvelles représentations construites ouvrent sur des prises de position et sur des actions différentes.

Exemple: le même client que dans l'exemple précédent, ayant pris conscience que quoi qu'il fasse, il ne pourrait pas restaurer la relation avec sa sœur, a pu décider d'y renoncer.

Les fonctions CA/JE/MRC requièrent un travail spécifique. On favorise, pour la fonction CA, une ouverture à des émergences autres. Le thérapeute signale les émergences vraisemblables et pourtant absentes. Il s'appuie sur sa propre expérience pour proposer des émergences différentes. Il invite à la prise de conscience des besoins qui n'émergent pas.

Expression du thérapeute: « Quand je t'entends me raconter ce drame, je te vois calme, sans émotion apparente. S'il y en avait une, que crois-tu qu'elle serait? »

On invite le JE à des interprétations et des expériences autres. Le thérapeute favorise la prise de conscience en temps réel de la reproduction et de ses fondements dynamiques. La reconnaissance du MI en émergence dans le champ permet d'en limiter les effets négatifs. La prise de sens rassure et apaise, elle avertit du risque, elle permet de prendre des précautions et surtout de faire des choix différents. Le cœur de la réparation est contenu dans ce moment où la reproduction est vue en train de se faire, et où le client peut décider de modifier, à l'instant, ses prises de position et ses actions. Le thérapeute et le client travaillent sur la symbolisation: le MI aveugle d'autres éléments présents dans le champ et cette réduction des éléments significatifs conduit à une interprétation particulière de la réalité qui favorise la reproduction des impasses de contact.

Exemple:

Un client parle de sa conjointe agressive. Il interprète cette agressivité comme un rejet, une attaque, une dévalorisation et il éprouve un sentiment de rejet, d'abandon, de non valeur qui l'amène à se retrancher et à interrompre la relation. Le thérapeute propose une interprétation alternative: et si l'agressivité de sa conjointe était l'expression d'une insécurité, une tentative maladroite pour obtenir de la sécurité? Le client s'appuie sur cette hypothèse et lors de l'épisode agressif suivant, il tient compte de cette insécurité possible et apporte de la sécurité à sa conjointe. Ceci a pour effet une diminution de l'agressivité de la conjointe, de la reconnaissance et une ouverture qui renforcent le lien entre les partenaires.

Le thérapeute peut introduire de la nouveauté dans le champ et proposer des expériences nouvelles. Ce type d'intervention peut toutefois être réalisé de façon inadéquate par des thérapeutes anxieux, désirant qu'il se passe quelque chose pour leur client et ne prenant pas le temps de la reproduction et de la reconnaissance. Le thérapeute peut également aller chercher dans la part saine du client des espaces possibles de développement, solliciter une énergie novatrice et inviter à faire plus confiance à l'externe qu'à l'interne.

Expression d'un client: «Je sais que dans cette situation, mon MI se manifeste et que ma représentation est faussée. Pour configurer une réponse mieux adaptée à la situation, je dois croire ce que les autres me disent de moi ou de l'environnement. En quelque sorte, je fais une correction de boussole.»

Dans ce registre, il est souvent indiqué de proposer au client une utilisation différente des résistances.

Exemple:

Enjeu: s'affirmer mais risquer un conflit avec l'autre.
Réponse habituelle: rétroflexion de l'affirmation de ses besoins et de ses désirs.
Réponse nouvelle: plutôt apprendre à défléchir le mécontentement de l'autre au cas où cela arriverait.

La transformation de la MRC favorise l'engagement dans des expériences créatrices. Elle se réalise notamment grâce aux actions suivantes:

- On cherche à créer avec le client des expériences nouvelles assimilables qui pourront s'inscrire dans la MRC et en modifier le contenu.
- On essaie de juxtaposer d'autres représentations à celles produites par l'activation du MI, ceci supposant que le client mette en doute les informations données par sa MRC et qu'il se distancie de sa grille de décodage usuelle.
- On réexamine avec le client ses limites et ses ressources, en questionnant les surévaluations ou les sous-évaluations qu'il en fait.
- On soumet les introjects au doute, à l'examen critique et on invite à questionner et à remanier la représentation de certains sentiments, idéaux et valeurs.

- On renforce les représentations proches de la réalité externe afin de réduire le décalage interne/externe.

Ces démarches contrebalancent les effets des MI, les relativisent et font perdre à l'émergence des MI leur impériosité. Elles rééquilibrent le terrain et renforcent la capacité du self à fonctionner sainement (à l'exemple des traitements de terrain en médecine: pas d'action directe sur le MI, mais une stimulation du système immunitaire). Elles favorisent la possibilité de «voir à côté du MI» et de donner plus de chance à ce qui se met moins en valeur, masqué par le MI.

Exemple:

Un client, ayant vécu une enfance marquée par des relations d'indifférence, vit ensuite une première relation intime exclusive, fusionnelle et envahissante, n'imaginant pas qu'il en puisse être autrement.

Enjeu: remettre en cause l'équation intimité=envahissement et permettre au client de voir et de vivre l'intimité autrement.

Un travail éducatif est souvent utile à certains moments de la thérapie. Le travail de réparation est aussi, à certains moments, un travail d'apprentissage, un travail éducatif. Il s'agit d'outiller le client et de lui permettre de construire des habiletés qui ne lui ont pas été apprises; de lui fournir, au travers de notre façon d'être et d'agir, des modèles identificatoires nouveaux. Il s'agit de favoriser, en particulier, les apprentissages suivants:

- Développer son *awareness* et apprendre à faire des liens. Comme disait Perls, «l'awareness est en elle-même curative».
- Apprendre à organiser son expérience en terme de champ (conscience de l'interaction et de la relativité de la position personnelle).

Exemple: Dans le cas des «mariages de névroses complémentaires», travailler avec les couples sur leur responsabilité à entretenir le système dont ils souffrent en activant les MI de l'autre pour alimenter les leurs.

- Apprendre l'empathie et le non jugement.
- Apprendre à concevoir la vie en termes de complexité: remplacer le clivage par la complexité, c'est à dire accepter que les situations de vie contiennent des éléments simultanément complémentaires, concurrents et contradictoires.

- Apprendre différentes habiletés sociales, relationnelles, affectives, etc.

Expression du thérapeute: Avec une personne de mauvaise foi, dès lors que vous avez renoncé à vouloir la convaincre pour satisfaire votre besoin d'être reconnu, vous pouvez faire quoi?

Tenir votre position: constater le désaccord sans vous effacer ni agresser l'autre.

- Augmenter simultanément la tolérance et l'exigence.
- Acquérir des repères théoriques et développer ses capacités de soutien cognitif.

Éléments repère pour la position du thérapeute

Cette posture d'inspiration plus éducative comporte deux types opposés de risques. On peut vouloir demeurer dans un espace d'indifférence créatrice et ne pas influencer le client, au risque de ne pas l'éclairer sur les apprentissages qui lui seraient utiles. À l'inverse, on peut adopter une position rééducative et transformer la thérapie en espace d'apprentissage utilitariste.

La réparation, c'est aussi favoriser la régression et faire un travail de contact corporel. Favoriser la régression, c'est amener le client à contacter ses émotions, au stade de développement affectif correspondant à celui qui existait lors de la confrontation au dilemme de contact originel. Balint (1977, p. 123) n'écrit-il pas:

L'abîme qui nous sépare, nous adultes, de « l'enfant dans notre patient » à l'âge du défaut fondamental – « l'infans » dans le vrai sens du terme, c'est à dire celui qui ne sait pas parler, ou en tout cas pas le langage des adultes – est considérablement plus profond et plus large que tout ce qu'on peut rencontrer au niveau oedipien (...). Il faut que l'abîme qui sépare le patient de l'analyste soit surmonté pour que le travail thérapeutique puisse se poursuivre. Il faut cependant se rendre compte que le patient – c'est à dire « l'enfant dans le patient » à l'âge du défaut fondamental – est incapable de construire par lui-même un passage sur l'abîme.

Le thérapeute aura donc pour tâche de repérer lorsque la situation devient émotionnellement « chaude » pour le client. Il peut alors adopter diverses approches: augmenter son niveau d'empathie et devenir plus contenant, adopter un mode d'expression verbal et corporel correspondant à l'âge affectif du client à ce moment-là, abandonner l'herméneutique et se maintenir au plus près de l'affect (celui du client et le sien propre), et enfin inviter le client à s'aven-

turer dans cet espace où il est en contact avec les éléments constitutifs du DC et donc particulièrement touché et vulnérable.

Le thérapeute est souvent confronté à des résistances fortes du client qui cherche à se dérober à l'expérience en réfléchissant ses émotions, en mentalisant l'expérience et en défléchissant les ouvertures du thérapeute. L'implication corporelle du thérapeute est alors fréquemment nécessaire. Le client est dans un self précoce et préverbal; il est confronté à des émotions archaïques puissantes, sans mots et sans capacité d'élaboration de son expérience. Son besoin de holding, de sécurité physique, d'enveloppe nécessite une proximité physique du thérapeute et la création d'une intimité protectrice.

Le thérapeute doit pouvoir rejoindre son client dans l'état primitif de développement où il est, en mettant provisoirement de côté l'adulte avec lequel il est habituellement en relation, mais sans oublier pour autant que cet adulte est présent dans l'expérience et qu'il ne saurait accepter n'importe quel type de contact physique. À cet endroit, comme on le voit, le thérapeute doit faire preuve d'une finesse et d'une délicatesse infinies, tout en osant s'aventurer dans des gestes et des paroles qui l'engagent complètement affectivement et corporellement.

V – LA NOTION D'ACTE RÉPARATEUR

L'acte réparateur est un des supports de la réparation. La réparation n'intervient pas à un moment unique, elle se construit au travers d'une longue série d'actes réparateurs qui, peu à peu, permettent au client de sortir de ses impasses de contact et de trouver des façons mieux adaptées de vivre et de se développer. On peut distinguer deux sortes d'actes réparateurs.

1 – Un acte réparateur, support de prise de sens et de reconnaissance

La réparation ne peut pas se faire sans éclairage suffisant de la reproduction, mais pour que cette prise de conscience puisse avoir lieu, il est nécessaire que des actes réparateurs interviennent dans la relation thérapeutique. De façon délibérée, le thérapeute va proposer de la nouveauté à son client, tout en sachant que ce dernier n'est pas prêt à la recevoir et à l'assimiler. Il ne s'agit pas de vouloir naïvement réparer prématurément, mais de faire apercevoir au client un univers relationnel différent de celui qui s'est construit autour du dilemme de contact et du Microchamp Introjecté.

Ce type d'acte réparateur se caractérise par des interventions dans le réel, dans le champ externe, pour modifier le champ interne.

Le processus de mise en œuvre d'un tel acte peut se décrire de la façon suivante :

- Mettre/maintenir le client en situation de régression à l'endroit du dilemme de contact et de l'interruption de développement et mettre des mots pour éclairer le sens de l'expérience.
- Maintenir le client à l'endroit de la souffrance qu'il cherche à éviter.
- Lui permettre de contacter sa souffrance clivée en portant temporairement à sa place, en éprouvant par empathie et en nommant la douleur et le dilemme de contact contenus à cet endroit: holding, présence affective et corporelle.
- Contenir, reconnaître, partager la souffrance.
- Donner une réponse différente, dans laquelle l'indispensable ne contient pas d'intolérable.
- Dans un second temps, voire en différé (si le retour au plan réflexif risque d'interrompre le contact avec l'expérience), relier à l'histoire de développement et aux impasses de contact et mettre en sens.

L'acte réparateur doit s'envisager non pas comme un acte isolé, mais comme une répétition de nombreux moments. Cette succession d'actes réparateurs dont le sens n'est pas immédiatement perçu par le client, qu'il ne peut pas recevoir entièrement, prépare et rend possible une prise de conscience par le client, à un moment donné, des impasses dans lesquelles il se met. La répétition de l'expérience positive est nécessaire jusqu'à ce qu'elle puisse être crue et acceptée comme réelle.

2 - Un acte réparateur consolidant la prise de sens, ancrant des expériences nouvelles et transformant la MRC

Cet acte réparateur est co-produit, délibéré et conscient. Il accepte l'expérimentation du nouveau. Le client y est actif et l'expérience nouvelle est assez rapidement transférable dans la vie courante du client. Il intervient souvent plus tard dans le cours de la thérapie, lorsque les formes et les significations des reproductions sont devenues plus conscientes et plus lisibles. Plus souvent à l'initiative du thérapeute d'abord, il est progressivement demandé ou proposé par le client.

VI - LES OBSTACLES À LA RÉPARATION MIS PAR LE THÉRAPEUTE

Les obstacles à la réparation mis par le thérapeute peuvent notamment s'énoncer en termes de déficit des compétences affectives, interactives

et réflexives. La compétence affective s'apprécie en termes d'équilibre affectif du thérapeute, d'ouverture non défensive aux états affectifs du client, de capacité à éprouver un large registre d'affects avec une intensité modérée et de capacité à maintenir un lien empathique avec les clients. La compétence interactive s'apprécie en termes de mobilisation des savoir-faire de présence et d'expression pour maintenir le contact avec le client et alimenter le travail d'élaboration thérapeutique. La compétence réflexive s'apprécie en termes de connaissances théoriques et cliniques, de capacité à mobiliser ces connaissances en cours d'intervention et à les relier à la situation particulière des clients rencontrés, de capacité à exprimer des hypothèses de compréhension de la réalité des clients et des hypothèses sur la conduite de la thérapie.

Les éléments identifiés dans la suite du texte n'épuisent pas les cas de figure possibles. Il appartiendra aux lecteurs de poursuivre la réflexion et d'enrichir cette première exploration.

Le thérapeute peut vouloir trop et trop vite réparer : Le déficit de compétence affective se manifeste par un besoin de réassurance du thérapeute, un besoin de se sentir efficace, un besoin de maîtrise et de contrôle de l'autre et une peur du transfert négatif. Le déficit de compétence réflexive se traduit par un évitement de la complexité et par une compréhension insuffisante du processus d'évolution thérapeutique. En psychanalyse, on trouve des préoccupations semblables : il faut « ménager le symptôme » pour ne pas produire la fuite prématurée du patient. Il faut traiter le moi qui produit les symptômes, mais ne pas les guérir trop vite.

Le thérapeute veut que le client puisse tirer un bénéfice immédiat des actes réparateurs : Le déficit de compétence affective se manifeste par un besoin d'être bon et reconnu comme tel par le client, un besoin de réassurance du thérapeute, un besoin de se sentir efficace. Il conduit à extorquer au client de la reconnaissance et à le priver de l'expérience d'une présence inconditionnelle au sens où Winnicott (1975, p. 45) la définit :

À ce moment, la mère se présente. D'habitude, elle donne son sein et son désir pressant de nourrir. L'adaptation de la mère aux besoins du petit enfant, quand la mère est suffisamment bonne, donne à celui-ci l'illusion qu'une réalité extérieure existe, qui correspond à sa propre capacité de créer. En d'autres termes, il y a chevauchement entre l'apport de la mère et ce que l'enfant peut concevoir.

Le thérapeute craint et évite les phases de régression : Le déficit de compétence affective se manifeste par la peur de contacter ses propres zones archaïques, la peur du contact physique de l'intimité. Le déficit de compétence interactive s'exprime par un manque d'habileté

dans le contact corporel et dans le maniement d'un langage adapté à un âge affectif précoce.

Le thérapeute se protège du contact de la souffrance du client: Le déficit de compétence affective se manifeste par la peur de ne pas pouvoir contenir la souffrance du client, celle d'être submergé par cette souffrance, une souffrance personnelle trop aiguë et par un clivage et une rétroflexion des affects de tristesse, de colère, de chagrin, etc.

Le thérapeute peut manquer d'empathie: Le déficit de compétence affective se manifeste par des émotions clivées qui provoquent une certaine froideur, une mentalisation des affects et un retranchement dans la compréhension, et enfin une pudeur (voire une honte) excessive à manifester des émotions. Le déficit de compétence interactive s'exprime par une difficulté à trouver les mots, les gestes et les attitudes qui manifestent de l'empathie, une capacité limitée à lire les signes non verbaux de manifestation des affects du client. Le déficit de compétence réflexive se traduit par une incapacité à imaginer l'univers interne du client et à se figurer l'impact des expériences de vie qu'il a faites.

Le thérapeute refuse de se laisser réparer par le client et d'accepter que le client soit réparateur: Comme le dit Searles (1979, p. 15): « Le patient s'attache à fonctionner comme un thérapeute pour son analyste, (...) c'est un souci fondamental et présent en tout être humain. » Le déficit de compétence affective se manifeste par une incapacité à se reconnaître dans ses zones de fragilité, un besoin de dominer la situation, une difficulté à montrer au client qu'on est touché, blessé, etc.

Exemple:

Client: « J'ai dû te blesser en te disant ... »

Thérapeute: « Non, non, je peux comprendre que tu l'aies dit ... »

L'intervention réparatrice du client est défléchie par le thérapeute et prive le client de faire l'expérience de réparer l'objet aimé/haï et d'intégrer le bon et le mauvais objet. De surcroît, elle maintient le client dans un espace de dépendance impuissante.

Le thérapeute peut méconnaître ses limites: Le déficit de compétence affective se manifeste par une incapacité à reconnaître ses limites et ses erreurs et par l'illusion d'être capable d'accueillir tous les types de clients et de pathologies. Quand nous ne pouvons pas reconnaître nos erreurs, nos maladresses et les blessures que nous infligeons à nos clients, nous renouvelons le traumatisme répétitif qu'ils ont générale-

ment vécu. Faire le contraire devient un acte réparateur significatif et important pour eux.

Exemple:

Claudine manifeste une sensibilité extrême à tout manque empathique comme à tout message portant la moindre trace de contradiction. Cela me demande d'être capable d'entendre que, malgré toutes mes bonnes intentions de thérapeute, je peux ne pas être attentif et juste aussi finement qu'elle en a besoin. Je suis étonné de l'intensité de son soulagement lorsque je lui donne acte, sans complaisance ni pour elle, ni pour moi, de mes déficiences.

Le déficit de compétence réflexive se traduit par une insuffisance de capacité diagnostique et de connaissances en psychopathologie.

VII - LE THÉRAPEUTE RÉPARATEUR

Il ose s'engager personnellement et il accepte d'être plus exposé car il est plus engagé. Comme le disait déjà Sacha Nacht (1950):

Pour que le malade puisse faire face à la réalité et se mesurer avec elle, il faut que l'analyste s'intègre dans cette réalité vivante, qu'il cesse d'être une image où le malade retrouve seulement et toujours ses propres projections. Il n'est plus un demi-dieu ou un sorcier. Il n'est pas davantage une rampe d'appui: il est un homme parmi d'autres hommes.

Le thérapeute développe son intégrité et son authenticité. Si possible, ses actes réparateurs ne sont pas contaminés par ses besoins ou ses peurs. Dans ses partages de ressentis, il ne dit pas forcément toute la vérité mais il ne dit que des choses véritablement éprouvées ou pensées. Il connaît et il travaille ses **corruptibilités** les plus sensibles: vulnérabilité à la séduction, à l'intimidation, au rejet, au doute sur ses compétences, à la souffrance, etc.

Il se conserve aussi entier que possible, c'est à dire le moins clivé possible. Sa capacité à maintenir en lui simultanément un acteur engagé et un témoin serein, sans clivage et sans confusion, lui permet d'avoir accès à une large part de ses ressentis et de ses pensées, même lorsqu'il est aux prises avec des sentiments négatifs (les siens ou ceux du client) ou avec des expériences affectives difficiles ou destructurantes (notamment dans les IPII).

Il fait preuve de suffisamment d'estime de soi. Il peut supporter les doutes, les déceptions et les échecs de ses clients. Pour son client, il peut porter temporairement, mais sans exercer de pression sur lui,

la confiance dans une évolution positive et il peut accueillir sans anxiété les sentiments d'impuissance de ce dernier. Il peut se maintenir dans une position de « parent réjoui » par l'existence même de son client et par l'engagement de ce dernier dans la démarche thérapeutique.

Il sait, dans un transfert négatif, faire la part de ce qui lui revient et de ce qui revient au client, sans prendre tout pour lui. Il est ouvert à la possibilité que le client ait raison. Il accepte ses erreurs et ses imperfections, sans dévalorisation ni culpabilité excessives, et sans rejet de la responsabilité sur le seul client. Il ne force pas les avancées de son client, accepte une guérison limitée, ne lui extorque pas de gratifications, sait résister à ses demandes grandioses.

Il est capable d'une relation d'intimité. Les moments d'intimité véritables sont en eux-mêmes réparateurs. La relation JE-TU nourrit à la fois le sentiment d'existence propre et celui d'être relié. Elle augmente la présence à soi et à l'autre et développe la sécurité interne. Pour initier, puis progressivement co-crée cette relation d'intimité, le thérapeute est attentif à la qualité du contact, à ce qui le renforce, à ce qui l'affaiblit. Il a l'expérience d'une présence partagée et sait utiliser ses fonctions de contact pour soutenir ce lien : partage des ressentis, silence, toucher, expressions non verbales, rythme de l'échange, alternance d'écoute et d'implication, ouverture du cœur, etc.

Il développe notamment sa capacité aux contacts corporels, ce qui est particulièrement utile dans les moments de régression où ce type de lien est parfois momentanément le seul opérant. Cette capacité d'intimité est décisive dans les moments de crise. Elle permet de maintenir le contact, de contenir, de nommer, de se laisser toucher et d'assurer une présence empathique. C'est aussi dans un climat d'intimité que prennent figure peu à peu les implicites, les non-dits, les non-pensés, les non-pensables même des clients. Par ailleurs, ce climat donne accès au vécu intime : sexualité, fantasmes, hontes, expériences mystiques, etc.

Le thérapeute ose prendre des risques et il manifeste du courage. La réparation implique la confrontation puisqu'elle vient déranger les principes organisateurs de l'expérience du client. Elle suppose que le thérapeute introduise une « dose de dérangement utile » (DDU!) dans ses échanges avec son client. Sans la protection somme toute confortable des jeux transférentiels et de la recherche de sens qui maintiennent une distance entre le client et le thérapeute, s'aventurer dans la relation réelle place dans une position de vulnérabilité et d'incertitude.

Enfin, le thérapeute sait rendre l'expérience de la nouveauté assimilable. Il trouve le chemin singulier des mots et des actes recevables par ce client particulier. Il invente avec son client des façons d'être et de faire qui leur sont singulières et qui augmentent la qualité de leur relation. Il est attentif au processus de transposition dans la vie et les relations quotidiennes du client, attentif à ne pas faire de l'expérience thérapeutique un espace clos, refermé sur lui-même et unique lieu de rencontre et de gratification véritables (risque d'*addiction* thérapeutique).

CONCLUSION PROVISOIRE

Si l'on considère que la réparation fait appel à des compétences affectives, interactives et réflexives spécifiques, il est intéressant de se demander comment aider les thérapeutes à développer ces compétences, à la fois dans le travail de supervision mais aussi dans des sessions d'apprentissages ciblées sur la posture de réparation. Cette recherche fera sans doute l'objet d'un de nos prochains axes de travail.

Dans une toute autre voie, si l'on réfléchit à la réparation en référence à l'évolution des sociétés occidentales, on peut s'attendre, de plus en plus, à une demande insistante de garanties de réparation. La position de consommateur prédispose à l'exigence d'une prestation fournie par le thérapeute, plus qu'à l'engagement dans une démarche partagée dont on ne maîtrise pas l'aboutissement et dans laquelle l'implication personnelle, indispensable, est exigeante.

Et bien entendu, nous remercions Gilles Delisle. Il continue à nous accompagner dans l'appropriation de la Psychothérapie gestaltiste des Relations d'Objet et il nous encourage à oser poursuivre la recherche. Si ses écrits sont connus et fournissent des repères essentiels, sa pratique de psychothérapeute éclaire l'humanité de la démarche, sa puissance transformatrice et sa subtilité. Faire l'expérience d'un travail thérapeutique avec lui, ou en être témoin dans un groupe, nous sollicite dans notre être essentiel et nous fait saisir de l'intérieur ce qui jamais ne sera transmissible par des textes.

Nous terminons en disant notre plaisir d'avoir réalisé ensemble cette recherche et d'avoir pu la partager avec nos collègues et amis du Québec lors des Journées de l'Association québécoise de Gestalt de 2004.

Lexique des termes PGRO (selon Gilles Delisle, dans un document pédagogique)

Dilemme de contact

Une configuration du champ telle qu'un élément de l'environnement est vécu comme à la fois indispensable à la survie et intolérable pour la survie. Ne peut être résolu par le Self naissant que par l'introjection primaire de l'élément.

Situation inachevée (SI)

Prototype des situations inachevées, elle s'écrit avec la majuscule pour la distinguer des situations inachevées de niveau inférieur. Elle résulte de l'introjection primaire qui interrompt le cycle de contact, alors que le self naissant se trouve confronté au dilemme de contact.

Microchamp introjecté (MI)

Il résulte de la SI et est formé d'un élément de l'environnement, d'une partie du Self et de la frontière-contact entre les deux. Par définition, il est difficilement accessible à la conscience en tant que tel.

Matrice des représentations du champ (MRC)

La configuration de la fonction personnalité où l'on trouve des représentations facilement accessibles à la conscience et verbalisables. Ces représentations sont de Soi et de l'Autre et elles peuvent prendre une valeur positive ou négative.

Impasse de contact

La mise en place, dans la vie actuelle d'un sujet, de situations dont l'issue est contraire au dénouement recherché.

Enjeu de développement

Nous appelons enjeu de développement chacun de ces axes de maturation, débutant plus ou moins tôt dans l'enfance, et qui nous préparent à affronter les grandes questions de l'existence humaine. Ainsi la pyramide des besoins de Maslow, les stades de développement psychosexuel et autres typologies, condensent en des termes différents ces axes de développement. On peut donc parler d'enjeux de sécurité, d'attachement, d'estime de soi, de liberté, etc.

Identification projective

Concept d'abord créé par Mélanie Klein, en 1946, pour rendre compte de l'expulsion primitive d'un matériel intolérable, il a été repris par des auteurs post-kleiniens ou non-kleiniens pour décrire un processus qui n'est pas limité à une opération psychique primitive et pathologique. Dans ce sens élargi, il s'agit de la relocalisation dans l'autre d'une partie désavouée de soi, laquelle s'accompagne d'un effort plus ou moins conscient, plus ou moins massif, pour amener cet Autre à se conduire et à s'éprouver de manière conforme à la projection.

Références

- Balint, M. (1977). *Le défaut fondamental*. Paris: Payot.
- Brun, D. (2003). « La guérison est-elle synonyme de changement », *Cultures en mouvement* n° 59. Paris.
- Delaroché, P. (2003). *La peur de guérir*. Paris: Albin Michel.
- Delisle, G. (1992). « De la relation clinique à la relation thérapeutique », *Revue québécoise de Gestalt*, 1, 1. Montréal: Association québécoise de Gestalt.
- Delisle, G. (1995). *Une révision de la théorie du Self de Perls, Hefferline et Goodman et de ses prolongements cliniques*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Montréal.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delourme, A. (1997). *La distance intime*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Fages, J. B. (1997). *Comprendre Jacques Lacan*. Paris: Dunod.
- Kaes, R. (1997). *Crise, rupture et dépassement*. Paris: Dunod.
- Korb, M. (1984). « Les étapes thérapeutiques et le processus de maturation ». *Gestalt Journal*, vol. 7, n° 2.
- Nacht, S. (1950). *De la pratique à la théorie psychanalytique*. Paris: Presses universitaires de France.
- Nacht, S. (1971). *Guérir avec Freud*. Paris: Payot.
- Nathan, T. (1994). *L'influence qui guérit*. O. Jacob.
- Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P. (2001). *Gestalt-thérapie*. Bordeaux: Exprimétrie.
- Robine, J.-M. (1998). *Gestalt-thérapie*. Paris: L'Harmattan.
- Salathé, Noël K. (1995). *Psychothérapie existentielle*. Genève: Institut de psychothérapie Gestalt existentielle.
- Searles, H. (1979). *Le contre-transfert*. Paris: Gallimard.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris: Folio Gallimard.

Abstract

The process of reparation in the Gestaltist Psychotherapy of Object Relations (Psychothérapie gestaltiste des Relations d'Objet - PGRO) is the object of a theoretical and clinical reflexion. In this text, the authors elaborate on the following themes: the concept of reparation, its place and meaning in this particular model of psychotherapy, the transformation strived for by the reparation, the obstacles to reparation generated by the client and by the therapist, the modes of reparation and the profile of the repairing therapist. The authors also offer examples from clinical practice and numerous excerpts by different authors to complete their thoughts. Inserts provide suggestions for the clinical management of the work of reparation.