

FRITZ PERLS

manuel de Gestalt-thérapie

La Gestalt : un nouveau regard sur l'homme

Préface de Serge Ginger



Fritz Perls

MANUEL DE GESTALT- THÉRAPIE

La Gestalt : un nouveau regard sur l'homme

Préface de Serge GINGER
Traduction de l'américain de Jean-Pierre DENIS



Sommaire

[Couverture](#)

[Titre](#)

[Préface à la 3^e édition française. Serge Ginger](#)

[Brève bibliographie critique des livres en français sur la Gestalt-thérapie.
Serge Ginger](#)

[Traductions d'ouvrages américains](#)

[Ouvrages originaux en français](#)

[Avant-propos de l'éditeur américain. \(mai 1973\)](#)

[Introduction. Fritz Perls](#)

[1. Les fondements](#)

[*La psychologie gestaltiste*](#)

[*L'homéostasie*](#)

[*La doctrine holistique*](#)

[*La frontière-contact*](#)

[*Organisation + environnement = champ.*](#)

[2. Les mécanismes névrotiques](#)

Naissance de la névrose

L'introjection

La projection

La confluence

La rétroflexion

3. Le névrosé en consultation

4. La thérapie de l'ici et maintenant

5. Dé cortiquer les couches de l'oignon

6. Navette, psychodrame et confusion

7. Sympathie et frustration

Copyright

L'ART DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Collection dirigée par le Docteur Philippe Caillé

PRÉFACE À LA 3^e ÉDITION FRANÇAISE

Serge GINGER¹

Par un curieux concours de circonstances, *The Gestalt Approach* n'avait toujours pas été traduit en français, alors que cette œuvre maîtresse est disponible depuis bien des années dans la plupart des autres langues. Cela était d'autant plus regrettable qu'il s'agit là du principal ouvrage rédigé par Perls lui-même, la plupart de ses autres livres ayant été mis en forme par sa femme Laura (*Le moi, la faim et l'agressivité*) ou par ses collaborateurs, Paul Goodman et Ralph Hefferline (*Gestalt-thérapie*), ou encore constitués par la simple transcription de films de ses séances (*Gestalt Therapy Verbatim*, traduit curieusement en français par *Rêves et existence en Gestalt-thérapie*).

Cette traduction vient à point car le nombre de lecteurs francophones potentiels intéressés par la Gestalt-thérapie augmente régulièrement. En effet, on estime à ce jour à plus de 100 000, les Français qui ont expérimenté personnellement la Gestalt, soit à l'occasion d'une psychothérapie individuelle, soit dans le cadre d'un groupe de thérapie ou de développement des ressources personnelles, soit encore dans le cadre de leur travail, à l'occasion d'une formation aux relations humaines, voire d'un *coaching* d'entreprise.

Pendant ce temps, les *traductions* des premiers livres s'épuisent une à une. Ainsi, il devient difficile de se procurer en France la plupart des autres ouvrages classiques de Fritz Perls ainsi que ceux de certains de ses premiers collaborateurs, comme Erv et Miriam Polster. De même, on ne trouve plus, en édition française, la biographie de Perls, réalisée par Shepard, en 1975.

Friedrich Perls, dit Fritz Perls, psychiatre juif allemand émigré aux États-Unis à l'âge de 53 ans, est considéré comme le fondateur de la Gestalt-thérapie. Cependant, il affectait lui-même n'avoir fait que résumer des

évidences séculaires concernant les cycles dans la nature, l'homéostasie, l'importance du moment présent et de l'*awareness* (conscience globale de l'instant), la subjectivité dans notre perception du monde (paradigme *postmoderne*), la place centrale des émotions, notre appartenance à un champ global, etc. « *Je ne suis pas le fondateur de la Gestalt, mais tout au plus, son redécouvreur* », se plaisait-il à répéter.

Perls n'était pas un intellectuel. Il se méfiait même volontiers, et sur un mode provocateur, des verbalisations excessives, rationalisations et théorisations, les qualifiant à l'occasion de *mind-fucking* (masturbation intellectuelle) ou de *bullshit* (connerie, ou – textuellement – merde de taureau). Ainsi, après vingt et un ans d'exercice traditionnel de la psychanalyse, où il se sentait devenir un « cadavre calculateur », renonce-t-il brusquement à sa vie de riche bourgeois (il disposait alors, en Afrique du Sud, d'une patinoire sur glace privée et d'un avion personnel), pour recommencer une nouvelle vie aux États-Unis, vie de bohème et de créativité, dans la liberté et l'authenticité².

Mais ses idées libérales étaient prématurées et *l'establishment* américain ne les a guère appréciées à cette époque. Ses premières publications et son enseignement n'intéressaient alors que quelques artistes et intellectuels de gauche, et les premiers instituts de Gestalt, fondés avec l'aide de sa femme et de ses premiers disciples, à New York en 1952 et à Cleveland (près de Chicago) en 1954, ne rassemblaient qu'un petit groupe de fidèles, somme toute assez marginal.

C'est à l'occasion de la révolution culturelle des idées et des valeurs de 1968 que Perls fut enfin « découvert », interviewé et photographié en première page du magazine *Life*. Il fut baptisé « le roi des Hippies », considéré comme l'un des précurseurs du grand mouvement de *libération de l'être*, et brusquement promu au rang de « gourou », à l'âge de... 75 ans !

Les plus éminents spécialistes traversent alors toute l'Amérique pour participer à ses démonstrations spectaculaires, où, en quelques instants, il débusque les problèmes spécifiques de chacun et pointe une amorce de pistes de transformation. Viennent ainsi le voir travailler, tour à tour,

Alexandre Lowen (fondateur de la bioénergie), Eric Berne (fondateur de l'analyse transactionnelle ou AT), John Grinder et Richard Bandler (fondateurs de la programmation neurolinguistique ou PNL), Stanislas Grof (fondateur de l'approche holotropique et de la thérapie transpersonnelle), et bien d'autres psychothérapeutes de renom, dont la plupart ont emprunté un certain nombre de ses techniques !

Perls était de plus en plus agacé par ses nombreux imitateurs et surtout par les jeunes thérapeutes inexpérimentés qui copiaient ses « trucs » sans avoir compris le sens profond du travail proposé. Ainsi, par exemple, le *hot seat*, où il asseyait ses clients face à une chaise vide sur laquelle était censé s'asseoir l'interlocuteur fantasmé du client (son père, son conjoint ou son patron, etc.). Il voulut donc résumer les *principes* fondamentaux de sa méthode, au-delà des techniques de mise en œuvre.

Perls était Allemand et ne maîtrisait pas très bien la langue anglaise. Il avait donc laissé le soin à ses proches de mettre en forme ses idées et ses intuitions – souvent géniales, mais parfois désordonnées... Après quoi, il ne se montrait guère satisfait du résultat, se sentant incompris, voire trahi – comme il n'est pas rare chez des génies créateurs !

Quoi qu'il en soit, il se mit donc en demeure de rédiger lui-même son « testament professionnel » et s'attela patiemment à cette tâche, à diverses reprises, durant la dernière partie de sa vie, de 60 à 77 ans. Il travailla à la rédaction de *The Gestalt Approach* (traduit ici par *Manuel de Gestalt-thérapie*), entre 1953 et 1963, soit rapidement après la publication de *Gestalt Therapy* (dont la rédaction par Paul Goodman l'avait laissé sur sa faim) et avant son installation à Esalen, en Californie, où il fut très accaparé par ses prestations publiques.

Il s'y attela de nouveau plus tard, au cours de la dernière année de sa vie, en 1969, à l'âge de 76 ans, après son départ d'Esalen, dans sa semi-retraite de l'île de Vancouver, dans le cadre de la communauté gestaltiste qu'il y avait créée et qu'il avait baptisée son *Gestalt-Kibbutz*.

C'est en décembre 1969, trois mois avant sa mort, qu'il remit son manuscrit à l'éditeur ; et ce livre ne fut publié *qu'à titre posthume*, en 1973.

*

* *

La version américaine initiale de ce livre comprenait deux parties, relativement indépendantes : une partie de réflexions théoriques et philosophiques et une partie pratique. Fritz Perls avait finalement souhaité lui-même que *The Gestalt Approach*, aide-mémoire théorique, accompagne un *film pédagogique* de démonstrations brèves : *Eye Witness to Therapy* (*Témoignages sur la thérapie*), réalisé notamment par Richard Bandler. Le script de ce film avait donc été édité en seconde partie de *l'Approche Gestalt*, rassemblant ainsi, dans un même livre de poche, théorie et pratique.

Malheureusement, les séquences écrites de cette seconde partie ne représentaient en quelque sorte que les « sous-titres » du film lui-même et n'en donnaient qu'une idée quelque peu distordue. Il y manquait l'action, les postures corporelles, les expressions des visages, le ton de la voix, les silences significatifs, etc. Une séquence réelle d'une demi-heure se trouvait ainsi réduite à cinq minutes de lecture, parfois assez « plate », malgré le style délibérément provocateur de Fritz. Il convient, de plus, de préciser que la plupart des acteurs de ces séances brèves de démonstration étaient des professionnels, déjà psychologues, voire psychothérapeutes, ce qui les préparait à des prises de conscience rapides. Les véritables sessions de psychothérapie suivent en réalité un rythme tout différent et sont souvent exemptes de ces *insights*, que Fritz baptisait selon le cas, et non sans humour, *mini-satori* (illumination) ou plus simplement *expériences* « *aha !* » ou « *Eurêka* ». Ainsi, nous avons estimé que cette seconde partie était, en grande partie, obsolète, et risquait même d'induire une idée déformée du travail réel en Gestalt-thérapie, et nous avons préféré la laisser dormir en archives anglophones.

Tel qu'il est, ce recueil concentre en quelques pages, particulièrement claires et accessibles à tous, les idées centrales de Perls, qui ont permis à la Gestalt-thérapie de conquérir peu à peu tous les continents³ et de devenir aujourd'hui *l'une des thérapies majeures de notre temps*, prototype des nouvelles thérapies *humanistes et existentielles*, face aux courants traditionnels, psychanalytiques et comportementaux. Cette approche souligne la part de liberté et de *responsabilité* de chacun, ouvrant ainsi une troisième voie qui s'oppose au déterminisme « historique » (le poids de la première enfance) et « géographique » (le poids de l'environnement) des psychothérapies de l'époque. Elle implique une approche optimiste, recherchant le *potentiel latent*, les forces sous-jacentes du client et non ses faiblesses et ses manques.

Perls y remarque que l'individu ne peut se concevoir en dehors de son environnement, pas plus que le poisson en dehors de l'océan, et il propose une approche globale, *holistique*, replaçant les phénomènes dans leur *champ*. L'attention se portera donc sur les phénomènes advenant à la *frontière-contact* entre l'individu et son environnement et sur les perturbations du *contact*, notamment par introductions, projections ou confluence, conscientes ou non conscientes en ce moment. Le *non-conscient* englobe le fonctionnement physiologique de l'organisme et ne se réduit pas à l'inconscient freudien, nourri des refoulements du surmoi.

Le thérapeute et le patient (aujourd'hui dénommé plutôt « client », c'est-à-dire celui qui demande, et non le « patient » qui *subit* les « ordonnances » du médecin) sont deux partenaires *actifs* et *impliqués* qui mobilisent leur *awareness* (attention à la fois concentrée et flottante, intellectuelle et sensorielle, centrée sur soi et sur l'autre) pour exploiter au maximum *l'expérience en cours* dans l'ici et maintenant de la séance, au niveau du *contenu verbal*, mais aussi et surtout au niveau de la *forme psychocorporelle globale* : respiration, ton et rythme de la voix, posture, expression du visage, regard, micro-gestes non conscients, etc. L'essentiel de la thérapie peut se résumer ainsi en quatre mots : *I and You, Now and How* (moi et toi, maintenant et comment).

Au-delà de la froide neutralité de « l'apathie » psychanalytique et de la chaude « empathie » surprotectrice de Rogers, Perls prône la « sympathie » d'un thérapeute incarné et authentique qui ne prend pas la place du client mais garde la sienne, au service de ce dernier, alternant de manière habile gratifications et frustrations, responsabilisantes et mobilisatrices. Cette *implication contrôlée*, exploitant délibérément le contre-transfert du thérapeute dans l'intérêt du client, demeure une caractéristique essentielle de la Gestalt-thérapie d'aujourd'hui.

Je me retiens de relater davantage le contenu de ce livre de base, au demeurant fort explicite et ne nécessitant pas de commentaires, afin de laisser au lecteur le plaisir de la découverte.

Cet ouvrage de base est enfin offert au public profane et spécialisé français, grâce à la double compétence de Jean-Pierre Denis, qui est à la fois un traducteur professionnel et un professionnel de la Gestalt-thérapie. C'est pourquoi il a souvent respecté les habitudes des psychothérapeutes français qui maintiennent volontiers dans leur langue d'origine certains termes techniques difficilement traduisibles, tels que *Gestalt*, *self*, *awareness*, etc. Cette traduction littéraire, voire poétique, permet une lecture agréable, adaptée à notre culture francophone, tout en restant fidèle à l'esprit de l'auteur.

Puisse cet ouvrage introductif, bref mais dense, inciter le lecteur à consulter les autres œuvres classiques des débuts de la Gestalt-thérapie traduites en français — dont on trouvera, pour mémoire, une analyse rapide à la suite de cette préface. Y sont cités aussi les principaux livres d'auteurs français, de plus en plus nombreux, parus sur ce thème, à ce jour.

Serge GINGER

Fondateur de l'École Parisienne de Gestalt (EPG), président de la Fédération internationale des Organismes de Formation à la Gestalt (FORGE), secrétaire général de la Fédération Française de Psychothérapie et Psychanalyse (FF2P)

Septembre 2008

183, rue Lecourbe. 75015 PARIS

E-mail : s.ginger@noos.fr

1 Fondateur de l'École parisienne de Gestalt (EPG), président de la *Fédération internationale des Organismes de formation à la Gestalt* (FORGE), secrétaire général de la *Fédération française de Psychothérapie et Psychanalyse* (FF2P), président de la commission européenne d'harmonisation des instituts de formation à la psychothérapie des 41 pays membres de l'*European Association for Psychotherapy* (EAP).

2 Voir sa biographie détaillée dans GINGER Serge (1987) : *La Gestalt, une thérapie du contact*, éd. Hommes & Groupes, Paris, 8e édition, 2006, pp. 79 à 105, ou résumée in GINGER Serge (1995) : *La Gestalt, l'art du contact*, Guide de poche Marabout, Bruxelles, 9e édition, Hachette, Paris, 2007, pp. 51 à 64.

3 La Gestalt se développe rapidement dans le monde : aux États-Unis, en Amérique latine, dans tous les pays d'Europe de l'Ouest et de l'Est, en Australie et au Japon. On compte aujourd'hui environ 200 instituts de formation de Gestaltistes professionnels dans le monde.

En ce qui concerne la France, on y trouve aujourd'hui une douzaine d'instituts de formation à la Gestalt, ainsi que deux associations professionnelles nationales, éditant chacune une revue semestrielle de plusieurs centaines de pages (soit près de 7000 pages d'articles techniques à ce jour).

BRÈVE BIBLIOGRAPHIE CRITIQUE DES LIVRES EN FRANÇAIS SUR LA GESTALT-THÉRAPIE

Serge GINGER

Traductions d'ouvrages américains

- PERLS Fritz (1942) : *Ego, Hunger and Aggression*, son premier livre, publié en anglais en Afrique du Sud, en 1942¹ et traduit sous le titre *Le moi, la faim et l'agressivité*, Tchou, Paris, 1978, 344 pages. Ce livre a été rédigé en collaboration avec sa femme Laura Perls, alors qu'ils exerçaient encore tous deux comme psychanalystes. On y trouve cependant les prémisses de la Gestalt-thérapie – qui ne prendra forme officiellement que neuf ans plus tard, aux États-Unis. *Livre épuisé en français*.
- PERLS Fritz, HEFFERLINE Ralph, GOODMAN Paul (1951) : *Gestalt Therapy*, ouvrage *princeps*, publié à New York, en 1951. Ce livre – d'accès parfois difficile – a été traduit au Québec par un traducteur ignorant tout de cette approche. Il a été publié chez Stanké, à Montréal, sous le titre *Gestalt-thérapie*, en deux tomes : le tome I (rédigé par Hefferline, à partir de jeux et exercices proposés par Perls), en 1977, et le tome II (rédigé par Goodman, d'après les notes manuscrites de Perls), en 1979 (total des deux tomes : 600 pages). Une nouvelle édition vient de paraître. Une meilleure traduction a été publiée par Jean-Marie Robine, L'Exprimerie, Bordeaux, 2001, accompagnée de 42 pages d'intéressantes préface et postface.
- PERLS Fritz (1969) : *Gestalt Therapy Verbatim* reproduit l'enregistrement d'un séminaire de démonstration de Perls, à Esalen (Californie). Il a été publié en 1969 et a eu d'emblée un retentissement important –

contrairement aux livres précédents qui restaient confinés à d'étroits cercles de spécialistes. La traduction française porte le curieux titre *Rêves et existence en Gestalt-thérapie* et a été publiée par l'Épi, à Paris, en 1972 (245 pages). *Livre épuisé en français*.

- PERLS Fritz (1969) : *In and Out the Garbage Pail*, journal autobiographique, illustré de croquis par l'auteur, rédigé à Esalen en 1967 et 1968, est paru aux États-Unis en 1969, et a été traduit sous le titre *Ma Gestalt-thérapie, une poubelle vue du dedans et du dehors*, Tchou, Paris, 1976, 310 pages. *Livre épuisé en français*.
- POLSTER Erv et Miriam (1973) : *Gestalt Therapy Integrated* est paru aux États-Unis en 1973 et a été traduit dix ans plus tard, en 1983, aux éditions Le jour, à Montréal, sous le titre un peu complexe : *La Gestalt, nouvelles perspectives théoriques et choix thérapeutiques et éducatifs* (330 pages) (épuisé).
- SHEPARD Martin (1975), de son côté, a réalisé une biographie commentée, sous le titre *Fritz, an Intimate Portrait* (États-Unis, 1975), traduite chez Stanké, Montréal, en 1980, par *Le père de la Gestalt : dans l'intimité de Fritz Perls* (237 pages). *Livre épuisé en français*.
- ZINKER Joseph (1977) a publié *Creative Process in Gestalt Therapy*, en 1977 aux États-Unis, livre traduit en français à Montréal en 1981, et corrigé en 2006, dans une nouvelle édition, augmentée d'une préface de l'auteur et de Serge Ginger, sous le titre : *La Gestalt-thérapie, un processus créatif*, Dunod, Paris, 300 pages.

Bien entendu, depuis cette époque, la Gestalt s'est enrichie dans diverses directions. Elle a notamment intégré d'importantes avancées en neurosciences, qui ont confirmé plusieurs intuitions géniales de Perls, telles que l'importance des émotions pour l'encodage cérébral des expériences, la prééminence de l'hémisphère droit dans la perception première de notre environnement (Gestalt globale et spatio-corporelle), ainsi que le rêve comme projection et comme Gestalt inachevée, contribuant à intégrer l'expérience individuelle dans la mémoire inconsciente de l'espèce².

Les ouvrages américains classiques de *l'époque héroïque* (pour la plupart épuisés dans leur traduction française) seront donc utilement complétés par les livres *d'auteurs français contemporains* – que l'on trouve facilement en librairie – et dont voici les principaux, par ordre *chronologique* :

Ouvrages originaux en français

- PETIT Marie (1980), *La Gestalt, une thérapie de l'ici-et-maintenant*, ESF éditeur, Paris, 5^e édition, 1996, 156 pages. Le premier livre français sur la Gestalt, par une praticienne – qui est aussi psychanalyste jungienne. Un livre facile à lire, avec de nombreux exemples commentés.
- GINGER Serge et Anne (1987), *La Gestalt, une thérapie du contact*, Hommes et Groupes, Paris, 8^e édition, 2006, 550 pages. Devenu un des ouvrages de référence sur le sujet, publié en 5 langues. Nombreux tableaux et schémas. Glossaire et bibliographie complète de 1500 ouvrages et articles en français sur la Gestalt-thérapie.
- DELACROIX Jean-Marie (1994), *Gestalt-thérapie, culture africaine, changement*, L'Harmattan, Paris, 270 pages. Une expérience de formation en Côte d'Ivoire. Des réflexions intéressantes sur la Gestalt-thérapie et la *Théorie du self*, ainsi que sur l'ethnologie, par l'ex-directeur de l'Institut de Gestalt de Grenoble.
- ROBINE Jean-Marie (1994), *La Gestalt-thérapie*, Morisset, Paris, 60 pages. Un petit livre cartonné, en format de poche, résumant notamment la *Théorie du self*, par le directeur de l'Institut de Gestalt de Bordeaux.
- SALATHÉ Noël (1995), *Psychothérapie existentielle, une perspective gestaltiste*, Amers, Genève, 174 pages. Manuel à l'usage des étudiants et des cliniciens, par un des principaux didacticiens suisses.
- GINGER Serge (1995), *La Gestalt : l'art du contact*, guide de poche Marabout, Bruxelles ; le best-seller des livres sur la Gestalt. Vendu à près de 100 000 exemplaires. 9^e édit. Marabout Hachette, Paris, 2007, 286 pages. Publié en 14 langues. Une introduction à la Gestalt-thérapie

par un de ses pionniers en France. Philosophie, méthode et techniques. Les dernières données scientifiques sur le cerveau, le rêve, la sexualité. Conseils pratiques pour une thérapie ou une formation.

- ROBINE Jean-Marie (1998), *Gestalt-thérapie. La construction du soi*, L'Harmattan, Paris, 270 pages. Recueil de 13 articles théoriques et techniques (de 1984 à 1997), par le directeur de l'Institut de Gestalt de Bordeaux, rédacteur de la revue *Cahiers de Gestalt-thérapie*.
- MASQUELIER Gonzague (1999), *La Gestalt-thérapie aujourd'hui. Choisir sa vie*, Retz, 3^e édit., Paris, 144 pages. Livre d'introduction sur la méthode et les techniques, par le directeur de l'École parisienne de Gestalt (EPG), abondamment illustré d'exemples et de dessins. Élu *Grand livre du mois* par le *Club français du Livre*.
- LAPEYRONNE Brigitte (1999), *La confluence, approche d'un concept de la Gestalt-thérapie*, L'Exprimerie, Bordeaux, 180 pages.
- SCHOCH DE NEUFORM Sylvie (1999), *L'approche dialogale en Gestalt-thérapie*, L'Exprimerie, Bordeaux.
- MARTEL Brigitte (2004), *Sexualité, amour et Gestalt*, InterÉditions, Paris, 176 pages. L'originalité de la Gestalt dans l'accompagnement de la vie sexuelle. Réhabilitation de l'agressivité positive et des fantasmes.
- VANOYE Francis et DELORY-MOMBERGER Christine (2005), *La Gestalt, thérapie du mouvement*, Vuibert, Paris, 250 pages. Entretiens commentant les origines de la Gestalt, ses bases théoriques et méthodologiques.
- GINGER Serge (2006), *Psychothérapie : 100 réponses pour en finir avec les idées reçues*, Dunod, Paris, 288 pages. Un panorama provocateur sur les malentendus courants concernant la psychothérapie et la Gestalt.
- HIGY-LANG Chantal et GELLMAN Charles (2007), *La Gestalt expliquée à tous*. Préface d'Alain DELOURME, Eyrolles pratique, Paris, 216 pages. L'histoire de la Gestalt et ses principaux concepts. Approche de la SexoGestalt.

- PÉRIOU Martine (2008), *Découvrir la Gestalt-thérapie*. Préface de Serge GINGER, InterÉditions, Paris, 174 pages. Clair et accessible, illustré de nombreux cas cliniques ; l'histoire de la Gestalt, ses concepts, sa pratique.
- MASQUELIER-SAVATIER Chantal (2008), *Comprendre et pratiquer la Gestalt-thérapie*, InterÉditions, Paris, 278 pages. Les principes fondateurs de la Gestalt-thérapie et ses différents courants actuels.
- GINGER Serge et Anne (2008), *Guide pratique du psychothérapeute humaniste*. Préface de Mony ELKAÏM, Dunod, Paris, 256 pages. Rédigé dans un style vivant, abondamment illustré de vignettes cliniques, ce livre s'adresse aux psychothérapeutes débutants ou confirmés, ainsi qu'aux clients désireux de mieux comprendre leur itinéraire. Il apporte à la fois des conseils pratiques et une réflexion philosophique.

1 En 1942, c'est-à-dire la même année que l'ouvrage *principes* de Rogers ; et non en 1947, comme on le lit trop souvent dans les publications américaines (c'est la date de la *réédition* en Angleterre).

2 Voir « Le cerveau et le rêve en Gestalt », dans GINGER S. (1987) *La Gestalt, une thérapie du contact* (p. 297 à 346).

AVANT-PROPOS DE L'ÉDITEUR AMÉRICAIN

(mai 1973)

Ce livre comprend deux parties distinctes qui se complètent. Même si chacune formait à l'origine un projet littéraire à part entière, interrompu par la mort de Fritz Perls en 1970, leur auteur ne se serait sans doute pas opposé à leur publication en un seul volume.

La première partie théorique (*The Gestalt Approach*) deviendra sans doute un ouvrage de référence dans le monde de la Gestalt. Il est vrai que les deux premiers livres de Fritz Perls – *Le moi, la faim et l'agressivité* (1942) et *Gestalt Thérapie* (1951) – sont obsolètes et difficiles à lire. Depuis cette époque, Perls n'a pas arrêté de vivre, d'aimer, de lutter, de travailler, intégrant à sa réflexion et à sa pratique les religions orientales, la méditation, le psychédélisme et le travail corporel. Fritz était un personnage hors du commun. Il assumait tous les rôles : le médecin, l'ennemi, l'emmerdeur, le professeur charismatique, l'amoureux, le vieux pervers, l'artiste, l'écrivain... Il vivait de plus en plus dans le présent et était devenu un véritable virtuose dans les arts psychothérapeutiques.

Il commença à écrire *The Gestalt Approach* dans les années cinquante, avant son séjour à Esalen, et ne reprit son travail qu'en 1969, après qu'il eut déménagé à Cowichan, charmante petite ville en bois située sur les rives du lac Cowichan (près de Victoria, au Canada), où il voulait installer une communauté gestaltiste. Vraisemblablement, il ne savait pas encore exactement quelle forme elle prendrait, mais il espérait créer un milieu favorable à une vie plus intense et plus lucide, où chacun reprendrait possession des parties reniées de lui-même et assumerait totalement la conscience de son être intérieur. Il voulait mettre sur pied un centre où les thérapeutes pourraient vivre et étudier pendant plusieurs mois.

Nous résidions à Cowichan pendant les deux derniers mois que Fritz y a passés. Il disait à qui voulait l'entendre qu'il n'avait jamais été aussi heureux. Il menait enfin une vie calme et régulière. Il jouait, aimait, écrivait, enseignait et conduisait des thérapies. Il s'inquiétait seulement d'avoir tant d'émules qui imitaient sa technique sans comprendre la portée générale de ses théories. C'est pourquoi il désirait mettre en forme sa philosophie et ses intuitions et avoir à sa disposition un manuel théorique et pratique de psychothérapie qui soit vivant et concis. Ainsi est née l'idée de rassembler les transcriptions de ses films et de ses conférences à Cowichan et de les faire précéder d'une partie théorique. Il nous confia l'ébauche de ce qui allait devenir ce *Manuel de Gestalt-thérapie* avant de quitter Cowichan au début du mois de décembre 1969, dans l'intention de terminer ce travail au printemps qui suivait. Il n'est jamais revenu ; nous avons alors demandé à Richard Bandler de revoir ces documents en vue d'une publication ultérieure.

Bien que la première partie théorique, *The Gestalt Approach*, puisse se suffire à elle-même, elle constitue une excellente introduction à la lecture des transcriptions. Les échantillons choisis par Richard Bandler sont représentatifs de la thérapie gestaltiste et sont généralement assez simples pour se passer de tout commentaire. Quelques séances vont plus loin dans le travail de la Gestalt et donnent une idée des transcriptions qui seront publiées plus tard.

Notre devoir de mémoire envers Fritz Perls ne serait pas complet si nous n'avions pas publié un dernier ouvrage, *Legacy from Fritz [L'héritage de Fritz]*, contenant les conférences du fondateur de la Gestalt-thérapie à Cowichan pendant les dernières années de sa vie. D'un style simple et familier, ces entretiens, parfois très émouvants, témoignent de l'influence de la philosophie orientale sur Perls. Ils sont illustrés de transcriptions inédites de travail avancé en Gestalt. Fritz aimait ces séances et recommandait leur étude intensive à l'aide des films qui les accompagnent.

Nous avons également fait paraître un troisième ouvrage, *Gifts from Cowichan*, de Patricia Baumgardner, dans lequel l'auteur décrit sa

formation avec Fritz Perls pendant les trois derniers mois de sa vie et la manière dont elle a intégré ses nouvelles connaissances dans sa pratique clinique.

Dr Robert S. Spitzer,
directeur de publication, Science and behavior Books

INTRODUCTION

Fritz PERLS

L'homme moderne manque de vitalité, d'audace et d'imagination. Il pourrait se cultiver, s'enrichir, s'amuser, se perfectionner, mais il tourne en rond sans savoir ce qu'il veut. Il s'ennuie et ne s'intéresse plus à ce qu'il fait, son énergie décline, son enthousiasme s'éteint. Il ne souffre pas vraiment, mais il est engourdi, morose, inquiet, insatisfait. Il se sclérose ou devient irritable. Il croit que jouer, grandir, apprendre sont des activités réservées aux enfants, et qu'à quarante ans, on est déjà trop vieux pour cela.

Pourtant, la vie est passionnante et les occasions de se réjouir ne manquent pas ! Où sont passées sa fantaisie, sa spontanéité, sa simplicité, sa sensibilité ? Il se noie dans un océan de mots quand il parle de ses problèmes et ne fait rien pour les résoudre. Sa vie se réduit à des jeux intellectuels et à un verbiage stérile. Au lieu de jouir de la vie et de saisir la réalité à bras-le-corps, il cherche dans la psychiatrie ou dans une pseudo-psychiatrie la raison de son mal-être. Il tente de retrouver son passé et se projette dans le futur, mais il considère son activité présente comme une corvée ennuyeuse dont il doit se débarrasser au plus vite. Parfois même, il perd conscience des actes qu'il est en train d'accomplir.

Sans verser dans le catastrophisme, il est grand temps de tirer la sonnette d'alarme. Bien que l'homme ait acquis, depuis cinquante ans, une bien meilleure connaissance de lui-même et que les mécanismes homéostatiques par lesquels nous maintenons notre équilibre face aux pressions et aux changements du monde extérieur soient beaucoup mieux compris – tant physiologiquement que psychologiquement –, notre aptitude au bonheur reste médiocre. Avons-nous réellement progressé dans notre capacité à jouir de la vie, à mettre notre savoir au service de nos intérêts, à élargir notre horizon, grandir et se sentir vivant ?

Comprendre les raisons qui nous poussent à agir de telle ou telle manière peut être un jeu intellectuellement satisfaisant, un passetemps intéressant – quoique pas toujours agréable –, mais cela a-t-il une quelconque utilité quand il s'agit de vivre réellement le quotidien de la vie ? Les sentiments névrotiques d'agacement et d'exaspération dirigés vers soi-même ou les autres s'accompagnent souvent d'une mauvaise assimilation des concepts de la psychiatrie et de la psychologie modernes. Au lieu d'utiliser notre expérience et nos connaissances intellectuelles comme les puissants outils de transformation qu'ils devraient être, nous avons réduit les concepts psychiatriques à de stériles ratiocinations, qui ne servent qu'à perpétuer un *statu quo* pénible et affligeant. Les idées ont été mal digérées, leur validité n'a pas été vérifiée par l'expérience quotidienne. On utilise de prétendues connaissances en psychologie pour excuser un comportement autodestructeur et nuisible à la société. On se complaît dans le malheur en justifiant sa détresse par un passé douloureux. Le nourrisson impuissant et vagissant est devenu un adulte faible et désarmé qui pleurniche : « Je ne peux rien faire parce que... » Et d'invoquer toutes les raisons du monde : ma mère m'a rejeté ; mon complexe d'Œdipe n'est pas résolu ; je suis introverti, etc. Mais la psychiatrie et la psychologie n'ont jamais été inventées pour justifier un comportement névrotique, comme s'il était normal de vivre en dessous de ses capacités réelles ! Bien sûr, il est légitime que la science tente d'expliquer pourquoi et comment nous avons telle réaction dans telle situation ; mais son véritable objectif est de nous aider à parvenir à *l'accomplissement, la connaissance de soi, l'indépendance et l'autonomie*.

Comment la psychiatrie a-t-elle pu se pervertir à ce point ? Les théories classiques se sont sclérosées en dogmes rigides sous l'action d'adeptes bornés essayant de faire entrer dans leur *lit de Procuste* l'infinie variété du comportement humain. Nombre d'écoles psychiatriques nient ou condamnent les faits du comportement humain qui s'entêtent à résister aux explications toutes faites de la théorie. Plutôt que d'abandonner ou de modifier leur théorie quand elle se heurte à une réalité différente ou qu'elle

n'apporte plus une solution adéquate aux problèmes, ils déforment les données réelles du comportement pour les faire entrer de force dans leur cadre théorique. Cette attitude n'aide pas à mieux comprendre l'homme ni à résoudre ses problèmes.

Ce livre propose un nouvel éclairage sur le comportement humain, dans sa réalité factuelle comme dans ses potentialités virtuelles. Nous avons la conviction que l'homme pourrait mener une existence plus dense, plus riche, plus complète. Il n'a découvert qu'une infime portion de toute l'énergie et l'enthousiasme qu'il possède en lui. Notre théorie, fondée sur notre expérience et nos observations cliniques, a évolué au cours des années de pratique et *continue à évoluer*. Nous en présentons ici les derniers développements appliqués aux problèmes de la vie quotidienne et aux techniques de la psychothérapie.

1

LES FONDEMENTS

La psychologie gestaltiste

Une théorie psychologique qui s'enfermerait dans un jargon inaccessible aux non-spécialistes souffrirait d'une grave insuffisance. Aucun autre sujet ne nous touche d'aussi près. Les sciences de l'homme doivent offrir des perspectives logiques et compréhensibles, qui permettent non seulement d'appréhender intellectuellement ce que nous sommes, mais aussi d'avoir le sentiment intime de nous-mêmes et une perception directe et sensible de notre être. La psychologie doit rester en prise avec la réalité du phénomène humain et s'enraciner dans l'observation de nos habitudes de comportement. Comment pourrions-nous espérer un jour comprendre nos actes, résoudre nos problèmes, mener une vie qui en vaille vraiment la peine, si nous ne sommes même pas capables de nous comprendre nous-mêmes ?

Notre théorie est fondée sur des principes simples et faciles à comprendre, reposant sur des observations de bon sens, aisément vérifiables par l'expérience commune. Les lois que nous avons dégagées sont au cœur même de la psychologie moderne, mais elles sont généralement énoncées dans un langage abscons qui sert la triple fonction d'embrouiller l'esprit du lecteur, de flatter la vanité de l'auteur et d'obscurcir le débat. La plupart du temps, les auteurs ne prennent même pas la peine d'examiner ces postulats de base. Croyant qu'ils vont de soi, ils les repoussent au fond de leur esprit et s'envolent sur les ailes de la théorie, s'éloignant de plus en plus du réel observable. Notre intention est d'amener ces principes fondamentaux en pleine lumière, dans un langage clair et simple, afin d'en faire des références commodes, à l'aune desquelles nous pourrons vérifier l'utilité et

la fiabilité de nos concepts. Nous pourrons ainsi entreprendre l'exploration de notre sujet avec aisance et profit.

Quand nous affirmons que notre théorie du comportement humain est originale, nous ne voulons pas dire qu'elle n'emprunte rien aux autres constructions théoriques ou aux autres pratiques psychothérapeutiques. Les éléments qui la composent ne sont pas tous nouveaux et révolutionnaires, loin de là. Cependant, si les principes qui fondent notre approche se retrouvent ailleurs, leur agencement est nouveau. Notre théorie n'est pas constituée d'idées neuves, mais d'une nouvelle manière de les organiser. C'est ce qui donne à notre hypothèse sa spécificité et son intérêt. Et nous arrivons à un premier postulat : c'est l'organisation des phénomènes dans un ensemble de faits, de perceptions, de comportements, de fonctionnements qui donne un sens et un caractère particulier à chacun des éléments individuels dont l'ensemble est constitué. Ce principe, qui veut que les éléments séparés de l'ensemble n'aient aucun sens par eux-mêmes, a été mis en évidence au début du siècle par un groupe de chercheurs allemands étudiant les mécanismes psychologiques de la perception humaine, dont les observations ont suscité un courant de pensée fécond appelé « gestaltisme », de l'allemand *Gestalt*, qui désigne un arrangement, une configuration, une forme particulière d'organisation des parties constitutives d'un ensemble. La psychologie gestaltiste part du postulat que la nature humaine s'organise en schèmes, en ensembles structurés, à travers lesquels l'homme structure son expérience individuelle. Elle n'est compréhensible qu'en fonction des éléments dont elle est constituée. L'homme ne perçoit jamais des éléments isolés mais toujours des ensembles signifiants et organisés.

Quelqu'un qui entre dans un salon rempli de personnes, par exemple, ne voit pas des masses colorées en mouvement. Il appréhende en un seul coup d'œil l'ensemble de la pièce et des êtres qui s'y trouvent comme une unité signifiante, dans laquelle il va sélectionner un ou plusieurs éléments parmi tous ceux dont il dispose. Ceux-ci vont occuper le devant de la scène perceptive, tandis que les autres s'effaceront à l'arrière-plan. Le choix des

éléments qui seront mis en relief dépend de nombreux facteurs, mais ils peuvent tous être rassemblés sous le terme général d'*intérêt*. C'est en vertu de l'intérêt que l'on prête à une scène qu'elle s'organise pour nous d'une manière qui fait sens. Lorsque l'intérêt est totalement absent, la perception devient atomisée et la pièce apparaît alors comme un enchevêtrement confus d'objets sans relation.

Voyons comment ce principe opère dans une situation simple. Imaginons un grand salon de réception où se déroule un cocktail. La plupart des invités sont déjà là, en train de bavarder, et quelques retardataires entrent au compte-gouttes. L'un d'entre eux apparaît sur le seuil, un buveur invétéré sous la dépendance de l'alcool. Un seul objet l'intéresse : le bar, vers lequel il se dirige directement. Les invités, les chaises, les canapés, les tableaux au mur n'ont pour lui aucune importance et reculent à l'arrière-plan. À présent, un autre invité se présente : une femme, artiste-peintre, dont la maîtresse de maison vient justement d'acheter un tableau, et son premier souci est de repérer son œuvre. Elle veut savoir où et comment elle est accrochée et parmi tous les éléments de la pièce, elle ne sélectionne que les tableaux. Comme l'alcoolique, elle ne porte aucun intérêt aux invités et se précipite uniquement vers sa peinture. Voici maintenant un jeune homme qui n'est venu à la réception que pour rencontrer la femme qu'il aime. Contrairement aux autres, il s'intéresse aux personnes présentes, mais uniquement pour les passer en revue. Lorsqu'il a repéré la silhouette de l'élue, celle-ci se détache des autres pendant que le fond du décor disparaît. En revanche, prenez le cas de l'invité flottant qui nomadise de groupe en groupe, d'une conversation à l'autre, du buffet au canapé, de l'hôtesse à son paquet de cigarettes : le salon lui apparaîtra sous des configurations différentes au gré de ses intérêts changeants. Dès qu'il s'insère dans un petit cercle d'invités et prend part à leur conversation, les personnes présentes et le sujet de discussion passent au premier plan de sa conscience. Quand il en a assez et décide de s'asseoir, le devant de sa scène intérieure est occupé par l'image de la place libre sur le divan le plus proche. En fonction de ses centres d'intérêt, sa perception de la pièce change : il ne voit plus les gens et les

objets qui s'y trouvent de la même façon, y compris lui-même. Pour lui, les objets du premier plan et de l'arrière-plan s'entrecroisent constamment, au lieu de rester statiques comme dans le cas du jeune homme amoureux, dont le centre d'intérêt est immuable. Arrive maintenant le dernier invité. Comme c'est souvent le cas, il est venu à contrecœur et ne s'est décidé qu'au dernier moment. Il ne porte aucun intérêt à la situation, qui reste donc pour lui totalement désorganisée et dénuée de toute signification, jusqu'à ce qu'un événement retienne son attention.

L'homéostasie

Le deuxième principe de base est celui de l'homéostasie. Plus communément appelée adaptation, elle gouverne toute vie et toute interaction. Le processus homéostatique est celui par lequel l'organisme se maintient dans un bon état de santé et d'équilibre malgré les variations de ses conditions de vie. Ce principe fonctionne en permanence, à chaque fois qu'un manque, un besoin se fait sentir, mettant en péril la balance de l'organisme. Ainsi, la vie est faite d'un jeu continual de rééquilibrages organiques. Quand les mécanismes homéostatiques n'arrivent plus à fonctionner, l'organisme reste déséquilibré, devient incapable de satisfaire ses besoins et tombe malade. Quand l'homéostasie est totalement mise en échec, il meurt. L'homéostasie est un processus d'*autorégulation* qui préside à l'interaction de l'organisme avec son environnement.

Quelques exemples simples rendront cette loi plus claire. Pour fonctionner correctement, le corps humain a besoin d'un certain niveau de sucre dans le sang, appelé glycémie, qui peut varier dans une fourchette bien déterminée. Si la glycémie est trop basse (hypoglycémie), les capsules surrénales secrètent de l'adrénaline, ce qui déclenche la glycogenèse du foie, c'est-à-dire la transformation de ses réserves de glycogène en glucose afin de faire remonter la glycémie. Ce processus a lieu sur un plan purement physiologique, dont l'organisme n'est pas conscient. Mais l'hypoglycémie a également pour effet de faire naître une sensation de faim. L'organisme

cherche alors de la nourriture, que la digestion transforme en sucre, afin de rétablir un taux normal et équilibré de glucose dans le sang. On voit donc que dans ce deuxième cas, le processus homéostatique exige, de la part de l'organisme, une prise de conscience de ses besoins et une action délibérée sur l'environnement.

En cas d'hyperglycémie, quand le glucose sanguin s'élève à des taux excessifs, le pancréas secrète de l'insuline qui provoque la glycogénogenèse du foie, c'est-à-dire l'élimination du glucose sanguin par sa transformation en glycogène. Les reins peuvent également participer à la réduction de l'excès de glucose, en l'excrétant dans l'urine (glycosurie). Là encore, il s'agit de processus purement physiologiques, mais la glycémie peut également être abaissée délibérément, par un acte de conscience. L'organisme du diabétique qui, apparemment, ne peut réguler l'état d'hyperglycémie constante dont il souffre à cause de la faillite chronique de son système homéostasique, est cependant capable d'exercer un contrôle sur sa maladie en s'injectant artificiellement de l'insuline, qui va ramener sa glycémie au niveau approprié.

Prenons un autre exemple. Pour que l'organisme soit en bonne santé, le sang doit maintenir une certaine teneur en eau. Quand elle descend en dessous d'un certain niveau, le corps réduit sa dépense aqueuse en ralentissant les processus de sudation, de salivation et d'excrétion urinaire, pendant que les tissus font passer une partie de leur eau dans le système sanguin. Le corps possède donc des mécanismes d'urgence visant à conserver son taux d'humidité. C'est le côté physiologique du processus, mais la baisse de la teneur du sang en eau a également pour effet de provoquer une sensation de soif. L'organisme fera alors ce qu'il faut pour maintenir son équilibre homéostatique en buvant un verre d'eau. Comme dans le cas de la glycémie, tous ces processus peuvent également s'inverser quand le sang contient trop d'eau. La diminution de la teneur du sang en eau correspond donc à une déshydratation physiologique, qui se traduit chimiquement par un abaissement du nombre de molécules d' H_2O . Parallèlement, le même phénomène correspond à une sensation de soif,

accompagnée des symptômes de sécheresse buccale et de nervosité, qui se traduit psychologiquement par le désir de boire.

Le maintien des taux constants de sucre et d'eau dans le sang fait partie des fonctions les plus simples de l'organisme, même si elles impliquent une activité physiologique complexe ; elles sont relatives aux questions les plus élémentaires de survie de l'individu, et à travers lui, de l'espèce à laquelle il appartient. Il s'agit de besoins primordiaux communs à toute vie animale. Cependant, d'autres nécessités doivent être satisfaites, auxquelles s'applique également le même processus homéostatique, bien qu'elles soient moins cruciales pour la vie. Par exemple, l'être humain peut continuer à vivre même s'il perd un œil, bien qu'il voie mieux avec ses deux yeux. Il devient alors un organisme à vision monoculaire et doit réapprendre sans tarder à fonctionner efficacement, à évaluer ses nouveaux besoins et à trouver les moyens de les satisfaire en s'adaptant à la nouvelle situation.

Ainsi, les êtres humains ont non seulement des milliers de besoins purement physiologiques, mais aussi des milliers de besoins de relation sociale, dont il est essentiel de sentir l'importance afin de les satisfaire le plus efficacement possible. L'organisme possède des besoins psychologiques de *contact* avec les autres, qui se manifestent toutes les fois que l'équilibre psychologique est rompu, de même que les besoins physiologiques apparaissent dès que l'équilibre physiologique est rompu. Un équivalent du processus homéostatique se met en œuvre pour satisfaire ces besoins psychologiques, mais les deux opérations – psychologique et physiologique – sont totalement imbriquées l'une dans l'autre et ne peuvent être séparées. On peut simplement dire que la psychologie étudie les besoins et les fonctions homéostatiques ou mécanismes adaptatifs dont la nature est prioritairement psychologique.

Ici encore, les conceptions statiques d'une certaine psychologie obsolète empêchent de comprendre clairement les choses. Remarquant que tous les êtres vivants étaient soumis aux mêmes exigences fondamentales, les théoriciens ont postulé l'existence de principes vitaux baptisés « instincts »

et ont expliqué la névrose comme étant le résultat de leur répression. MacDougall, par exemple, a établi une liste de quatorze instincts de base. Freud, quant à lui, ne considérait que deux pulsions fondamentales : Eros (le sexe ou la vie) et Thanatos (la mort).

Cette théorie souffre de plusieurs faiblesses. D'abord, si l'on prenait en compte l'immense variété des troubles de l'équilibre organique, on pourrait supposer l'existence de milliers d'instincts plus ou moins intenses. Ensuite, il paraît évident que tous les êtres vivants ont en commun la volonté de survivre et qu'elle agit sur eux comme une force irrésistible et contraignante. En fait, tous sont mûs par deux appétences fondamentales : l'une dirigée vers la survie, en tant qu'individu et en tant qu'espèce, et l'autre dirigée vers la croissance. Ce sont deux motivations universelles, profondément ancrées et invariables. Cependant, elles s'expriment de façon différente selon les situations, les espèces, les individus. Si la survie d'une nation est menacée par un agresseur qui veut lui faire la guerre, les citoyens prennent les armes. Si la survie d'un individu est menacée par une diminution du sucre dans le sang, il cherche de la nourriture comme parade. Schéhérazade, dont la survie était menacée par le Sultan, lui raconte des histoires pendant mille et une nuits pour échapper au danger. Dirions-nous pour autant qu'elle avait un instinct de conteuse ? La théorie des instincts confond les besoins avec leurs symptômes ou avec leurs modes de satisfaction. Cette confusion est à l'origine de l'idée selon laquelle la névrose naîtrait du refoulement des instincts.

En réalité, les instincts – s'ils existent – ne peuvent être refoulés, car ils sont inaccessibles à notre conscience, et donc hors de portée de toute action délibérée. Il nous est impossible, par exemple, de refouler le besoin de survivre, mais nous pouvons entraver et contrecarrer ses propres symptômes subjectifs ou les signes objectifs de son expression : en provoquant une interruption du processus en cours, c'est-à-dire en s'empêchant soi-même d'accomplir l'action qui serait appropriée.

Que se passe-t-il lorsque plusieurs besoins (ou instincts) se font sentir simultanément ? L'organisme sain semble agir en fonction de ce que l'on

pourrait appeler une hiérarchie des valeurs. Étant donné qu'il est incapable d'accomplir correctement plusieurs choses à la fois, il cherche à satisfaire le besoin de survie le plus urgent avant de se tourner vers les autres : il faut commencer par le commencement. Un jour, en Afrique, nous avons vu un troupeau de cerfs qui broutaient à quelques centaines de mètres d'un groupe de lions endormis. Lorsque la faim les a réveillés et qu'ils ont commencé à rugir, les cervidés se sont enfuis précipitamment. Essayons de nous imaginer un instant à leur place : nous courons dans un sauve-qui-peut général. Notre vie est en jeu, mais bientôt, nous sommes épuisés et obligés de ralentir ou de nous arrêter jusqu'à ce que nous ayions retrouvé notre souffle. Le rétablissement de notre équilibre respiratoire est alors devenu un besoin plus urgent à satisfaire que celui de courir pour échapper au danger, de même que tout à l'heure, il était plus impératif de s'enfuir que de continuer à brouter.

Dans les termes de la psychologie gestaltiste, on pourrait dire que le besoin dominant de l'organisme est toujours celui qui passe au premier plan, tandis que les autres reculent, au moins temporairement, à l'arrière-plan. Sur le devant de la scène se trouve le besoin le plus urgent, celui dont la satisfaction est la plus pressante : il peut être lié à des nécessités vitales ou à des exigences moins impérieuses, qu'elles soient d'ordre physiologique ou psychologique. Une mère, par exemple, semble avoir besoin que son bébé soit heureux et rassasié : s'il se sent mal, elle ne se sent pas bien non plus. Elle peut dormir profondément au milieu d'un vacarme assourdisant, au bord d'une grande route ou pendant un orage, mais elle se réveille instantanément dès que son bébé, même dans une autre chambre à l'autre bout du couloir, commence à gémir dans son sommeil. Pour qu'une personne puisse satisfaire ses besoins, clore la Gestalt, passer à autre chose, il faut qu'elle sente de quoi elle a besoin et qu'elle sache comment agir envers elle-même et son environnement pour l'obtenir. En effet, il est impossible de satisfaire un besoin, même purement physiologique, sans qu'une interaction ait lieu entre l'organisme et l'environnement.

La doctrine holistique

Il suffit d'observer l'homme pour s'apercevoir qu'il est un organisme uniifié. Pourtant, ce fait évident a été complètement oblitéré par les différentes théories psychiatriques et psychothérapeutiques, qui toutes, quelle que soit leur façon d'aborder les choses, raisonnent en supposant un cloisonnement, une fragmentation entre l'esprit et le corps. Depuis l'avènement de la médecine psychosomatique, l'étroite relation entre les activités mentales et physiques est devenue de plus en plus explicite. Cependant, cette avancée du savoir, freinée par la persistance de la notion d'irréductibilité psychophysique, n'a pas tiré toutes les conclusions de ses découvertes. Elle continue à s'accrocher aux concepts de causalité en traitant les maladies fonctionnelles comme des troubles physiques causés par des événements psychiques.

Comment la réflexion psychologique a-t-elle pu tomber dans cette ornière ? L'observation montre à l'évidence que l'homme est capable d'opérer sur deux plans qualitativement différents : celui de la pensée et celui de l'action. Ces deux niveaux nous apparaissent tellement dissemblables et indépendants l'un de l'autre qu'ils ne peuvent appartenir, croyons-nous, qu'à deux ordres différents de la matière, et nous sommes conduits à postuler l'existence d'une entité structurelle encore inconnue – l'esprit –, qui serait le siège de l'activité mentale. Avec le développement de la psychologie des profondeurs, née de la constatation que l'homme n'est pas un être purement rationnel, l'esprit cesse d'être exclusivement la source de la raison et devient également le lieu d'un inconscient trouble et ténébreux doté d'une structure capable d'imposer sa volonté non seulement au corps, mais encore à l'esprit lui-même. Désormais, celui-ci peut refouler les pensées et les souvenirs qui lui déplaisent et déplacer des symptômes d'un endroit du corps à l'autre. Il est devenu un *deus ex machina* qui contrôlerait notre vie de toutes les façons possibles.

L'analyse quantitative des processus physiologiques ayant progressé beaucoup plus rapidement que celle des processus mentaux, les données du

corps vont pratiquement de soi et nous sommes enclins à les prendre davantage en compte que celles de l'esprit. En effet, personne ne remet en question les faits scientifiques concernant l'anatomie et la physiologie. Nous sommes capables de décrire le cœur, le foie, le système musculaire et respiratoire, et nous savons comment ils fonctionnent. Bref, nous reconnaissions que l'homme est doté de certains mécanismes innés lui permettant d'accomplir son activité physique et physiologique, mais qu'en est-il de l'émerveillement que devrait susciter en nous l'extraordinaire efficacité de notre fonctionnement physiologique ? Nous commençons à connaître beaucoup de choses sur le cerveau et son fonctionnement – et nous en apprenons davantage tous les jours – mais notre faculté d'apprendre et de manipuler symboles et abstractions reste encore très mystérieuse. Pourtant, elle représente une autre de nos capacités innées les plus fondamentales. Apparemment, celle-ci est liée au développement de la complexité cérébrale et serait aussi naturelle à l'homme que marcher, serrer les poings ou faire l'amour. La suite de cette étude tentera de jeter une nouvelle lumière sur cette question.

Cette aptitude à la symbolisation se traduit par ce que l'on appelle l'activité mentale, que celle-ci soit employée à l'élaboration d'une théorie scientifique pointue ou à la production d'une phrase banale sur la pluie et le beau temps. Toutes les activités mentales, même celles que l'on regarde comme simples et sommaires, requièrent une grande adresse dans le maniement des symboles et l'assemblage des abstractions. De la même façon, toute activité physique, même celles classées parmi les plus élémentaires comme le sommeil, nécessite une mobilisation générale de nos capacités physiologiques innées : les muscles ne sont pas aussi actifs pendant la nuit que pendant la journée, mais ils sont inévitablement sollicités d'une manière ou d'une autre.

Nous considérons donc comme admis que l'être humain possède une aptitude naturelle à la symbolisation et à l'abstraction puisque le comportementaliste le plus borné ne peut que l'admettre, au risque de se contredire en développant une réfutation supposant de telles facultés. Dans

ces conditions, que se passe-t-il quand l'être humain fait usage de cette faculté innée ? Il agit par métaphore (*acting in effigy*) : il fait *symboliquement* ce qu'il pourrait faire *physiquement*. S'il pense à une théorie scientifique, il pourrait l'écrire ou l'expliquer verbalement, ce qui impliquerait une action physique. Construire dans sa tête une thèse tout entière est certainement remarquable, mais pas plus que de pouvoir la rédiger par écrit ou en parler.

Bien sûr, l'esprit possède d'autres fonctions que celle de penser. Par exemple, il est capable de fixer son attention sur un sujet. Lorsque l'on applique son esprit à la résolution d'un problème, cela ne signifie pas que l'on extrait un corps physique de soi-même pour en badigeonner le problème en question, mais que l'on focalise son activité et ses perceptions sur lui. L'esprit possède également une fonction d'*awareness*, qui pourrait être définie comme une sorte d'attention vague et floue. Elle est plus diffuse que l'attention et implique la personne tout entière dans une perception sans tension. Enfin, l'esprit est également capable de volition, qui lui permet de circonscrire, dans des limites plus étroites, son attention ou son champ de conscience (*awareness*). Elle est la faculté d'initier et de conduire à son achèvement une série d'actions dirigées vers certains objectifs particuliers.

Le lien entre la pensée et l'action est parfaitement clair dans toutes ces activités mentales. Lorsque l'on prend conscience d'une chose, que l'on porte son attention sur elle ou que l'on essaie d'exercer sur elle une action volontaire, certains signes évidents apparaissent aux yeux de l'observateur, qui prouvent que ces processus sont à l'œuvre. Un homme qui se concentre pour comprendre ce que dit son interlocuteur se penche généralement en avant sur sa chaise ; tout son être semble s'ajuster, s'orienter vers son centre d'intérêt. L'homme qui décide de résister à l'envie de déguster une cinquième confiserie arrête brusquement son geste et retire sa main avant qu'elle n'atteigne la bonbonnière.

L'acte de penser, selon la conception commune, regroupe un certain nombre d'occupations, comme rêver, imaginer, émettre des hypothèses, anticiper, qui toutes font appel à notre capacité de manier les symboles. Par

souci de clarté et de concision, utilisons plutôt le terme d'activité *fantasmatique* pour désigner ces tâches généralement associées à l'irrationnel, et réservons celui de pensée à l'activité rationnelle. Cependant, ne nous méprenons pas : pour moi, la raison et le rêve sont très proches l'un de l'autre et je n'associe au mot fantasme aucune notion d'irréalité, d'apprehension, d'étrangeté ou de fausseté. L'activité fantasmatique, dans le sens très large où je l'emploie, consiste à user de symboles dans le but de reproduire la réalité sur une échelle plus petite. À l'inverse, la réalité nourrit l'activité fantasmatique – par l'entremise de la symbolisation –, puisque les symboles sont initialement tirés de la réalité. Ils naissent de l'étiquetage des objets ou des processus ; ensuite, ils se multiplient par étiquetage d'étiquettes et prolifèrent sans fin à partir du moment où l'on étiquette l'étiquetage d'étiquettes. Les symboles peuvent même n'avoir pratiquement plus rien à voir avec la réalité, mais c'est pourtant elle qui leur donne naissance.

L'activité fantasmatique, qui consiste à manier les symboles intérieurement, peut, elle aussi, beaucoup s'éloigner de ses origines et énormément s'écartez de la réalité à laquelle elle était originellement associée. Cependant, elle reste toujours liée à une certaine réalité qui fait sens dans la vie de la personne qui fantasme. Mon œil intérieur ne voit pas un arbre réel, mais la correspondance entre l'arbre réel de mon jardin et l'arbre fantasmé est assez proche pour que je puisse relier l'un avec l'autre. Quand on réfléchit à un problème pour déterminer notre conduite dans telle ou telle situation, c'est comme si l'on faisait deux choses très réelles. Premièrement, on en discute avec soi-même, comme on le ferait avec un ami. Deuxièmement, on reproduit, dans notre vision intérieure, la situation dans laquelle notre décision risque de nous précipiter : on anticipe, dans son imaginaire, ce qui va arriver dans la réalité. Il est vrai que la correspondance entre notre anticipation fantasmatique et la situation réelle n'est sans doute pas absolue, de même que la correspondance entre notre arbre imaginaire et celui du jardin n'est pas absolue non plus. Il est vrai aussi que la correspondance entre le mot arbre et l'objet arbre n'est

qu'approximative ; cependant, elle est suffisamment étroite pour que l'on puisse fonder nos actions sur elle.

Il semble donc que l'activité mentale agisse comme un dispositif permettant d'économiser du temps, de l'énergie et du travail. Elle fonctionnerait sur le principe du levier, selon lequel une petite force exercée d'un côté est multipliée à l'autre bout. Si l'on place notre outil sous un rocher de cinq cents kilos et que l'on appuie de tout son poids, on arrivera à le faire bouger, alors qu'il aurait résisté à tous nos efforts sans un instrument de levage.

De même, quand nous exerçons notre imagination ou que nous mettons notre attention sur un problème, la petite quantité d'énergie utilisée à l'intérieur aura pour effet de mieux répartir notre énergie corporelle à l'extérieur. On réfléchit aux problèmes en imagination afin de pouvoir les résoudre dans la réalité. La ménagère qui doit aller au supermarché décide à l'avance ce dont elle a besoin pour agir plus efficacement sur place dans le magasin. Si elle n'avait absolument aucune idée de ce qu'elle voulait acheter, il faudrait qu'elle passe en revue tous les rayons, pour décider à chaque fois si oui ou non elle a besoin du produit proposé à la vente. Sa réflexion lui fait gagner du temps, économise son énergie et lui épargne beaucoup d'activité inutile.

Nous voilà prêts à proposer une définition des fonctions que remplit l'esprit au sein de la totalité organique que nous appelons être humain. L'activité mentale apparaît comme un processus émanant de la personne humaine tout entière mais effectué à un niveau d'énergie inférieur à celui des activités que l'on appelle « physiques ». Prenons garde cependant de ne pas associer le mot « inférieur » à un quelconque jugement de valeur. Je veux simplement dire que les activités qualifiées de « mentales » exigent une consommation moins importante de la substance corporelle que les activités qualifiées de « physiques ». Il va de soi, pour tout le monde, qu'un professeur sédentaire dépense moins de calories qu'un travailleur manuel. De même que l'eau se change en vapeur par réchauffement, de même une activité corporelle imperceptible se change en activité latente et privée,

c'est-à-dire mentale, par diminution d'intensité. Inversement, de même que la vapeur se change en eau par refroidissement, de même l'activité latente et privée que l'on qualifie de « mentale » se change en activité corporelle apparente et manifeste, par accroissement d'intensité. L'organisme réagit à son environnement et interagit avec lui avec une intensité plus ou moins grande. Plus l'intensité diminue, plus l'action tend à devenir mentale. Plus l'intensité augmente, plus l'action tend à devenir physique.

Prenons un autre exemple pour rendre cette idée plus claire. Au moment où un homme attaque son ennemi, il déploie une intense activité corporelle dont les signes sont manifestes : ses muscles se bandent, son cœur bat la chamade, l'adrénaline se déverse à flots dans le sang, sa respiration devient rapide et saccadée, ses mâchoires se serrent, tout son corps se contracte. Si, au lieu de l'attaquer dans la réalité, il se contente de parler de sa haine pour lui, il exhibera encore un certain nombre de manifestations physiques évidentes, mais en moins grande quantité que s'il se battait réellement. S'il ressent de la colère et ne fait que se demander comment en découdre avec lui, il y aura encore quelques indices observables sur le plan physique, mais ils seront moins visibles et moins intenses que s'il l'affrontait pour de vrai, ou même en parlait seulement. Et si sa manière d'être, sa gestuelle décroît encore en intensité, son activité physique apparente et manifeste se transformera en activité mentale imperceptible.

Notre aptitude à agir à un niveau d'intensité moindre, à prendre une posture mentale, est un énorme avantage, non seulement pour résoudre nos problèmes individuels, mais aussi pour l'espèce humaine tout entière. L'énergie économisée dans chaque situation où nous pouvons substituer une opération mentale simulée à un véritable passage à l'acte nous permet d'assurer notre aisance et notre confort. Nous pouvons fabriquer des outils et les employer pour limiter encore plus notre dépense d'énergie et trouver des ressources supplémentaires. Mais il y a d'autres avantages : la faculté que possède l'homme de générer des idées abstraites et de les combiner ensemble, son aptitude à inventer des symboles, à concevoir des œuvres artistiques et des théories scientifiques, sont intimement liées à sa capacité

de produire des images, à son pouvoir d'imagination. Son aptitude fondamentale à la symbolisation et au maniement des symboles se nourrit des résultats obtenus concrètement par leur utilisation effective. Chaque génération hérite des images transmises par les générations précédentes, accumulant ainsi un trésor de connaissances lui permettant de mieux comprendre le monde.

Cette conception de la vie et du comportement de l'homme réparti sur plusieurs niveaux d'activité supprime définitivement les analogies psychophysiques si exaspérantes qui encombrent la psychologie depuis sa naissance. Ainsi, les aspects physique et mental du fonctionnement humain ne seront plus considérés comme deux entités séparées qui pourraient mener une existence indépendante, voire même se dissocier définitivement l'une de l'autre – ce qui était une conclusion logique et inévitable de la psychologie ancienne manière. Quand on part de cette perspective unitaire où l'homme est considéré comme une totalité, on peut l'observer tel qu'il est, c'est-à-dire comme un être dont les actions se manifestent aussi bien au niveau apparent du comportement physique qu'au niveau caché de l'activité mentale. Reconnaissions que nos pensées et nos actes sont faits de la même substance, et nous pourrons traduire et transposer les différents niveaux pour passer facilement de l'un à l'autre.

Finalement, nous pouvons maintenant introduire en psychologie le concept holistique de champ unifié, objectif que la science a toujours tenté d'atteindre et que la psychosomatique moderne cherche avec maladresse. Dans le contexte psychothérapeutique, ce concept fournit un outil pour approcher l'homme entier, dans sa globalité. Sachant que ses actions mentales et physiques sont tissées du même fil, nous serons à même de l'observer avec davantage d'acuité et d'utiliser nos observations plus intelligemment, car la surface observable s'est considérablement élargie ! Si les activités mentale et physique sont du même ordre, il s'ensuit qu'elles sont deux manifestations d'une seule et même chose : l'être de l'homme. Ni le patient, ni le thérapeute ne sont plus limités par ce que le patient dit ou pense : ils prennent maintenant en considération ce qu'il *fait*, puisque ses

actes fournissent des indices sur ce qu'il pense, de même que ce qu'il pense fournit des indices sur ce qu'il fait ou voudrait faire. Entre les deux niveaux de la pensée et de l'action se trouve le stade intermédiaire du jeu, et si l'on observe bien le patient pendant la thérapie, on s'apercevra qu'il joue à une foule de choses. Lui seul connaît le sens de ses actions, de ses images, des comédies qu'il joue. Il suffit d'attirer son attention sur elles, il en fournira lui-même l'interprétation.

Il parviendra à mieux se connaître en se trouvant confronté à lui-même à ces trois niveaux : l'activité fantasmatique, le jeu, l'action proprement dite. Dans ces conditions, la psychothérapie n'est plus une fouille du passé visant à déterrer les refoulements, les conflits œdipiens et les scènes primitives, mais une expérience vivante du présent. Dans cette situation de vie vécue, le patient apprend par lui-même comment intégrer ses pensées, ses sentiments et ses actions, non seulement dans le cabinet de consultation, mais également au cours de sa vie quotidienne. Il est évident que le névrosé n'a pas l'impression d'être une personne pleine et entière. Il sent que les conflits dont il souffre, ses tâches inachevées, le déchirent et le mettent en pièces. Quand il se reconnaîtra comme homme – comme un tout unifié –, il recouvrera le sentiment de plénitude auquel tout être humain devrait naturellement avoir accès.

La frontière-contact

Aucun individu ne peut se suffire à lui-même ; personne ne peut exister en dehors d'un certain milieu. À tout moment, tout homme fait partie d'un champ, et son comportement est toujours la résultante du champ global incluant lui-même et ce qui l'entoure. La nature de la relation que l'être humain entretient avec son environnement détermine son comportement. Si leurs relations mutuelles sont satisfaisantes, le comportement de l'individu est qualifié de normal. Si elles sont conflictuelles, son comportement est décrit comme anormal. Ce n'est pas l'environnement qui crée l'individu, ni l'individu qui crée l'environnement. Chacun reste ce qu'il est, avec son

caractère particulier déterminé par la relation qu'il entretient avec l'autre pôle et avec l'ensemble du champ. L'étude de ce qui se passe à l'intérieur de l'organisme humain relève de l'anatomie et de la physiologie, tandis que l'étude de ce qui se passe à l'extérieur de lui, son environnement, est du domaine de la physique, de la géographie et des sciences sociales. Ces disciplines scientifiques isolent des éléments du champ total (comprenant l'individu plus l'environnement), car leur raison d'être est justement d'étudier certains objets bien déterminés en fonction de leur spécificité. La structure de l'œil humain n'a aucune influence sur les objets qu'il perçoit, de même que la structure des objets perçus n'affecte en aucune façon celle de l'œil. La psychologie, en revanche, ne peut opérer de tels cloisonnements, elle ne peut étudier aucune structure en soi, car l'étude du fonctionnement humain ne peut se faire qu'en tenant compte du milieu dont il fait partie. La psychologie consiste à observer ce qui se passe à la frontière-contact entre l'individu et l'environnement : c'est là, à la limite entre les deux, que les événements psychologiques ont lieu. Nos pensées, nos actions, nos comportements, nos émotions sont différentes manières de vivre ces événements qui se passent en lisière, au point de contact.

Ce concept entre en flagrante contradiction avec les anciennes théories. Outre la fracture corps-esprit, la psychologie s'est laissée entraîner dans une autre division. En s'obstinant à traiter son hypothétique sujet d'étude comme s'il s'agissait d'une réalité factuelle bien isolée du reste, elle a été obligée, pour tenter de s'extirper du fatras de ses incohérences, de fractionner l'expérience en deux moitiés – l'intérieur d'un côté et l'extérieur de l'autre –, ce qui ne fit qu'aggraver la confusion. En effet, il devenait impossible de déterminer si l'homme était gouverné par des forces venant du dedans ou du dehors de lui-même. Cette logique exclusiviste n'admettant qu'un seul pôle à la fois, ce besoin d'une causalité simple, cet aveuglement à la totalité du champ suscite des problèmes dans des situations globales dont les différents éléments sont en réalité indissociables.

Sans doute, l'analyse logique permet de diviser la phrase « Je vois un arbre » en sujet, verbe et complément d'objet. Mais l'expérience réelle ne peut être fractionnée de cette façon, puisqu'il ne saurait y avoir aucune vision sans objet à voir et sans œil pour voir. En segmentant ainsi les aspects intérieur et extérieur de l'expérience, puis en les examinant de façon cloisonnée, comme si chacun d'eux possédait en propre une quelconque réalité expérientielle, les chercheurs ont été obligés de formuler deux théories au lieu d'une, alors qu'en fait aucun des deux aspects ne peut être expliqué sans tenir compte de l'autre.

Pour expliquer l'expérience intérieure, la théorie de l'arc réflexe a été inventée, selon laquelle un stimulus (venant de l'extérieur) atteint un récepteur sensoriel, puis est transmis à travers un système intermédiaire (les nerfs) jusqu'à l'effecteur (les muscles). Il est exact que notre organisme fonctionne grâce au système sensoriel et au système moteur, mais il entre en communication avec le monde grâce aux deux : le système sensoriel lui fournit une *orientation*, le système moteur un moyen de *manipulation*. Aucun des deux n'est une résultante de l'autre, aucun des deux n'est temporellement ni logiquement antérieur à l'autre. Tous deux sont des fonctions de l'être humain total.

Sous ce nouvel éclairage, l'organisme et l'environnement apparaissent dans un rapport de coopération mutuelle où tous deux, loin d'être des victimes l'un de l'autre, sont en opposition dialectique. Pour satisfaire ses besoins, l'organisme doit trouver ce qui lui manque dans l'environnement. Il découvre les ressources désirées grâce à son système d'orientation. En effet, tous les êtres vivants sont visiblement capables de sentir quels objets extérieurs peuvent satisfaire leurs besoins. Un chiot affamé ne se laisse pas déconcerter par les milliers de formes, d'odeurs, de bruits et de couleurs dans le monde ; il se dirige tout droit vers la tétine de sa mère : c'est la figure qui occupe le premier plan.

Une fois que le système d'orientation a rempli son office, l'organisme est à même de manipuler l'objet dont il a besoin afin de rétablir son équilibre organique, fermer la Gestalt. Une mère réveillée par les cris de son bébé ne

se contentera pas de rester couchée dans son lit pour écouter les vagissements de l'enfant. Elle fera tout pour supprimer la cause du désagrément en essayant de combler les besoins du bébé. Elle pourra se rendormir elle aussi une fois qu'ils seront satisfaits. De même, le chiot, ayant trouvé la tétine de sa mère, commencera à téter.

Ces concepts ont également une utilité psychothérapeutique. L'idée selon laquelle une action est efficace quand elle satisfait un besoin dominant nous donne tout d'abord une précieuse indication pour comprendre certains modes de comportement spécifiques. Ensuite, elle fournit un outil supplémentaire pour appréhender la névrose. Si quelqu'un devient incapable, suite à un bouleversement de ses fonctions homéostatiques, de sentir ses besoins dominants ou de manipuler son environnement pour les satisfaire, il se comportera de manière désorganisée et sans aucune efficacité. Il essaiera d'accomplir trop de choses en même temps.

On a pu remarquer, dans notre propre vécu, que si notre attention se divise entre deux centres d'intérêt, nous sommes incapables de nous concentrer sur aucun des deux. Le névrosé se plaint fréquemment de manquer de concentration, car il est dérouté dès que plusieurs objets exigent son attention, ou que le centre d'intérêt est trop vague, insuffisamment précis. Lorsque deux situations ne pouvant être traitées en même temps nécessitent notre attention, alors apparaît un conflit qui sera qualifié de névrotique si l'incompatibilité devient chronique et paraît insoluble.

Le névrosé a perdu la capacité (ou peut-être ne l'a-t-il jamais eue) d'organiser ses actes en fonction d'une hiérarchie des besoins. Il est incapable, littéralement, de se focaliser sur l'un d'entre eux. Il devra apprendre en thérapie à opérer une distinction entre ses innombrables besoins et à les traiter les uns après les autres. Il doit découvrir ses besoins, s'identifier à eux, s'impliquer totalement dans ce qu'il fait à chaque instant, ne pas renoncer avant de clore la Gestalt, puis passer à autre chose.

Organisation + environnement = champ.

Revenons maintenant brièvement sur la relation champ/organisme, ou, pour employer des termes plus explicites, la relation de l'individu avec son environnement. L'individu se caractérise non seulement par des besoins et un système d'orientation et de manipulation lui permettant de les satisfaire, mais aussi par des attitudes spécifiques envers les choses de son environnement qui peuvent soit aider, soit entraver sa quête de satisfaction. Freud décrit ce phénomène par le concept d'investissement des objets du monde. En termes gestaltistes, nous dirions que les objets investis font figure. Ceux qui sont désirables, ceux qui aident à satisfaire les besoins de l'individu et à restaurer l'équilibre perturbé sont dotés d'un investissement positif. Par exemple, l'homme assoiffé investit positivement le verre d'eau. Les objets indésirables, ceux qui menacent l'individu, mettent en péril son équilibre ou ne peuvent satisfaire ses besoins, sont dotés d'un investissement négatif. Le chasseur imprudent investit négativement l'éléphant furieux qui s'apprête à charger sur lui.

L'homme balance entre *l'impatience* et *l'effroi*. Chaque besoin exige d'être exaucé immédiatement et sans délai, et l'impatience est la forme émotionnelle que revêt d'abord l'excitation née du manque et de la rupture de l'équilibre. Elle est le fondement de tout investissement positif. L'effroi, par contre, est à l'origine de tous les investissements négatifs : c'est une expérience qui va à l'encontre de la survie. Elle surgit face à un danger vague et indifférencié et s'affaiblit en simple peur dès qu'elle peut se confronter à un objet précis. De même qu'un investissement positif apparaît en présence de ressources favorables à la vie, de même un investissement négatif indique le danger, des conditions hostiles à la vie ou même la mort. De toutes façons, il révèle une menace qui fait courir un risque partiel ou total à notre existence : notre être physique est mis en danger par la maladie, notre intégrité sexuelle par la castration, notre image de soi par l'humiliation, notre *weltanschauung* (vision du monde) par la confusion existentielle, notre sécurité par la crise économique, et l'on pourrait allonger la liste à l'infini.

L'individu veut s'approprier ou exercer un pouvoir sur les objets ou les gens de son environnement qu'il investit positivement : l'amoureux veut conquérir sa bien-aimée, l'homme qui a faim veut se mettre à table... Par cette tentative d'acquisition d'objets investis positivement, il entre en *contact* avec son environnement, il se déploie dans leur direction. À l'inverse, l'individu s'oriente de manière totalement différente envers les objets ou les gens qu'il investit négativement : il veut les anéantir ou les faire disparaître du champ. Cette attitude est vraie dans le monde réel : le paysan essaie de tuer le renard qui fait des razzias dans son poulailler. Elle est aussi vraie dans le cas de nos représentations mentales : nous essayons de supprimer de notre « esprit » les « mauvaises » pensées et les émotions indésirables, comme s'il s'agissait de véritables ennemis.

La façon la plus sûre de se débarrasser de l'ennemi est évidemment de le détruire ou de le rendre inoffensif, c'est-à-dire d'éliminer en lui les qualités qui constituent une menace envers nous. Quand Dalila coupe les cheveux de Samson, elle le rend temporairement impuissant. Elle aurait également pu l'effrayer, le menacer, le prendre en chasse. En plus de ces méthodes de destruction, on peut venir à bout des situations ou des objets dotés d'un investissement négatif par anéantissement magique, ou en fuyant la zone périlleuse. Ce sont deux façons d'opérer un *retrait*.

L'annulation magique est bien connue en psychothérapie dans le phénomène de la *scotomisation*. Il existe des personnes qui littéralement ne voient pas ce qu'elles ne veulent pas voir (« scotome » ou point aveugle), n'entendent pas ce qu'elles ne veulent pas entendre, ne sentent pas ce qu'elles ne veulent pas sentir : elles excluent de leur champ de conscience ce qu'elles considèrent comme dangereux, c'est-à-dire les objets ou les situations sur lesquels elles font un investissement négatif. L'abolition magique est un retrait partiel, un succédané remplaçant un retrait réel.

La psychanalyse nous a habitués à considérer le retrait comme un symptôme névrotique – à tort. Le phénomène est mal compris. En effet, le retrait, en soi, n'est ni bon ni mauvais, il n'est qu'un moyen de se tirer d'un mauvais pas, de gérer une situation dangereuse. La seule façon de

déterminer s'il est de nature pathologique est de répondre aux questions suivantes : retrait de quoi ? Retrait vers quoi ? Retrait pour combien de temps ?

Les mêmes réflexions s'appliquent au contact, qui n'est ni bon ni mauvais, même si à notre époque où il est de bon ton de savoir « communiquer ». Nous portons aux nues la capacité d'entretenir des relations sociales, nous la plaçons presque au-dessus de toutes les autres. Mais il existe des contacts qui sont malsains. Certaines personnes, vous en avez certainement connues, sont de vrais « pots de colle », dont il est impossible de se débarrasser : elles font tout pour rester continuellement en contact avec vous. Les psychothérapeutes savent bien qu'elles sont aussi difficiles à traiter que les personnalités profondément repliées sur elles-mêmes. D'autres, qui se croient condamnées à rester en contact avec leurs idées fixes, sont aussi perturbées que les schizophrènes qui se recroquevillent presque entièrement au fond d'eux-mêmes.

Tout contact n'est pas nécessairement sain, ni tout retrait obligatoirement malsain. La névrose se caractérise justement par l'impossibilité d'entrer correctement en contact et d'organiser son retrait. Le névrosé est incapable de se concentrer : alors qu'il devrait être en contact avec son environnement, son esprit est ailleurs ; et quand ce serait le moment de se retirer, il ne peut plus le faire. L'insomnie, dont il se plaint souvent, est un exemple d'incapacité à se désengager. L'ennui en est un autre, qui apparaît lorsque l'on se force à rester connecté à un sujet qui ne suscite plus notre intérêt. La réserve d'excitation s'épuise rapidement, on se sent fatigué, on s'écroule sur son siège. Bref, on a envie de fuir, et si l'on n'arrive pas à trouver une excuse valable pour le faire, l'excès de contact devient douloureux : on dit d'ailleurs que l'on s'ennuie « à mourir », ou que cela nous « casse les pieds ». Dès qu'on laisse la fatigue nous envahir, on se retire alors pour se tourner vers un contact plus intéressant : notre vie fantasmatique. Mais ce type de fatigue est temporaire et lié à la baisse d'intérêt. La preuve, c'est qu'il suffit que l'orateur suivant nous passionne

pour que l'on se redresse subitement sur sa chaise pour l'écouter attentivement. Nous voilà de nouveau en contact, vraiment là, entièrement.

Contact et retrait sont en opposition dialectique et représentent deux manières d'aborder les différents événements psychologiques, deux moyens de traiter les objets du champ à la frontière-contact. Dans le champ organisme/environnement, les investissements positifs et négatifs (contact et retrait) fonctionnent de façon très semblable aux forces magnétiques d'attraction et de répulsion. En fait, l'ensemble du champ organisme/environnement forme une totalité, mais distribuée dialectiquement selon certains critères : biologiquement, elle se différencie entre l'organisme et l'environnement, psychologiquement, entre le soi et l'autre, moralement, entre l'égoïsme et l'altruisme, scientifiquement, entre le subjectif et l'objectif, etc.

Quand l'individu s'est approprié l'objet investi positivement, ou qu'il a anéanti l'objet investi négativement, quand il est entré en contact avec lui ou qu'il s'en est éloigné, bref, qu'il a géré la situation d'une manière satisfaisante, la Gestalt se referme : l'objet et le besoin qui lui est associé disparaissent de l'environnement. L'investissement et le besoin entretiennent en effet un rapport quasiment mathématique : quand l'un est doté d'un signe négatif, l'autre devient positif. L'homme qui a soif éprouve un manque d'élément liquide : c'est comme s'il sentait que le niveau était en dessous de zéro, dans la zone des « moins ». À ce moment, il attribue au verre d'eau un investissement positif : cet objet est dans la zone des « plus ». Une fois qu'il a obtenu de l'environnement le nombre exact d'unités liquides nécessaires, son besoin est satisfait. On pourrait dire que la somme du besoin et de l'investissement est égale à zéro.

Ce mouvement de contact ou de retrait par rapport à l'environnement, cette acceptation ou ce refus, constituent les fonctions les plus importantes de la personnalité prise dans son ensemble. Ainsi, les processus psychologiques dont est faite notre vie ont une coloration soit positive, soit négative. Ils sont en opposition dialectique, mais font partie du même ensemble, de la même personnalité totale. Les psychologues qui ont encore

une conception dualiste de l'homme voient en eux des forces opposées qui déchirent l'individu en mille morceaux. Pour notre part, nous les considérons comme l'expression d'une seule chose : la capacité de faire des choix. Quand cette aptitude fondamentale à opérer des distinctions s'enraye et cesse de fonctionner correctement, l'individu devient incapable d'agir de manière appropriée. Il entre dans ce que l'on appelle une névrose. Quand les choses vont bien, la faculté d'accepter ou de rejeter est toujours disponible et prête à entrer en action : l'individu peut facilement entrer en contact ou se retirer en fonction des circonstances.

En vérité, cette faculté semble indissociable du rythme même de la vie. Pendant la journée, nous sommes éveillés, en relation avec le monde, en contact avec lui. Pendant la nuit, nous dormons, nous sommes en retrait, nous renonçons au contact. En été, nous sommes généralement plus extravertis qu'en hiver. Le meilleur exemple de repli hivernal est celui des animaux qui passent toute la saison froide en hibernation.

On pourrait dire, en un sens, qu'entrer en contact avec l'environnement signifie former une Gestalt. Le mouvement de retrait consiste soit à clore la Gestalt, soit à rassembler assez de forces pour rendre la clôture possible. Le poing du boxeur entre en contact avec la mâchoire de son adversaire mais n'y reste pas ; il se retire pour porter le coup suivant. Si le contact se prolonge indûment, il ne sert plus à rien ou devient douloureux. Si le retrait dure trop longtemps, il gêne le fonctionnement des processus vitaux. Le contact et le retrait sont les deux composantes rythmiques de la danse de la vie, les moyens dont nous disposons pour satisfaire nos besoins, entretenir notre vie et poursuivre les processus en cours.

Nous avons passé en revue un certain nombre de modalités de la vie humaine : la hiérarchie des besoins, l'équipement sensori-moteur permettant de les satisfaire, les investissements positifs et négatifs du champ, le contact et le retrait, l'impatience et l'effroi. Quelle est maintenant la force fondamentale qui déclenche tous ces dispositifs vitaux et fournit l'énergie de nos actions ? Il semble que cette force soit celle de l'émotion. La psychiatrie moderne a beau traiter les émotions comme des

débordements intempestifs, des excès encombrants, elles sont au contraire la vie même qui palpite en nous. On peut les expliquer et les interpréter en totalité, mais c'est une perte de temps. Car les émotions sont le langage même de l'organisme : elles déterminent l'orientation fondamentale de l'excitation en fonction des situations auxquelles il est confronté. L'excitation se traduit en émotions déterminées, qui se transforment elles-mêmes en actions sur le plan sensoriel ou moteur. Les émotions stimulent l'investissement et mobilisent les stratégies de satisfaction des besoins.

La compréhension du rôle des émotions fournit également de précieuses indications psychothérapeutiques. Nous avons expliqué précédemment que la névrose était une maladie qui naissait lorsque les mécanismes vitaux étaient interrompus en cours d'accomplissement : le névrosé accumule tellement de situations inachevées que le processus même de la vie est entravé. Les interruptions qualifiées de psychologiques ou névrotiques, contrairement aux interruptions soi-disant « physiologiques », se produisent soit au niveau de notre conscience effective des choses, soit à un niveau qui peut devenir conscient. Voilà donc une nouvelle donnée sur la névrose. Le rythme d'alternance entre contact et retrait s'est brisé, et le névrosé est devenu incapable de savoir à quel moment il doit s'engager dans une participation et à quel moment il doit se désengager. Toutes les circonstances où quelque chose est resté inachevé, où le processus en cours a dû s'arrêter, toutes ces interruptions ont tellement perturbé son sens de l'orientation qu'il n'est plus capable de déterminer les personnes ou les objets de son environnement qu'il peut investir positivement ou négativement ; autrement dit, il ne sait plus quand il doit se retirer et à quoi il doit renoncer. Il a perdu sa liberté de choix ; il ne peut plus sélectionner les moyens appropriés à ses desseins, parce qu'il ne jouit plus de la capacité de reconnaître les différents choix qui s'offrent à lui.

LES MÉCANISMES NÉVROTIQUES

Naissance de la névrose

Notre existence physique dépend des autres et les chances de survie d'un individu livré à lui-même sont infimes. Cependant, sur le plan psychologique et émotionnel, notre aptitude à vivre seul est encore plus réduite. Nous avons autant besoin d'être en *contact* avec nos semblables que de manger et de boire. Notre lien avec le groupe est naturellement aussi fort que notre relation avec nos besoins physiologiques fondamentaux. Cette capacité d'identification est probablement le premier instinct de survie psychologique.

La théorie gestaltiste conçoit l'individu comme une fonction du champ global organisme/environnement. L'homme est une créature individuelle et sociale, et son comportement reflète la qualité de ses relations à l'intérieur de l'ensemble dont il fait partie. La vie humaine n'est pas un conflit permanent entre l'individu et son environnement, comme le croit la psychologie traditionnelle ; c'est plutôt une interaction qui se déroule dans le cadre d'un champ en constant changement. Puisque celui-ci se modifie sans cesse, de lui-même ou par nos interventions, les formes et les moyens employés pour interagir avec lui doivent nécessairement être fluides et interchangeables.

En tant que psychologues et psychothérapeutes, ce qui nous intéresse dans ce champ instable, ce sont les configurations mouvantes et versatiles qu'adopte l'individu en perpétuel changement. Nous devons constamment changer pour survivre. La névrose apparaît lorsque l'on devient incapable de modifier ses moyens d'action et ses techniques d'interaction : l'individu

se fige dans un comportement obsolète et ne peut plus satisfaire ses besoins fondamentaux, y compris ceux de relation sociale.

Le grand nombre de personnes isolées et indifférentes, incapables de s'intégrer à un groupe, prouve que cette inaptitude est très largement répandue. Étant donné que chaque homme, en tant qu'entité individuelle et sociale, appartient au champ indissociable organisme/environnement, il est impossible d'attribuer la cause de cette inappétence uniquement à l'individu, ou uniquement à l'environnement. Quand nous avons discuté du vieux problème corps/esprit au premier chapitre, nous avons fait remarquer que des éléments appartenant à un même tout ne peuvent entretenir de relation causale. L'individu et l'environnement étant précisément des éléments d'une totalité unique (le champ), l'une des deux composantes ne peut être tenue pour responsable des malheurs de l'autre.

En vérité, les deux sont malades. Des individus névrosés forment une société névrotique et inversement, une société névrotique comprend nécessairement beaucoup de névrosés. Un homme bien intégré est celui qui entretient avec la société un contact attentionné et respectueux, sans se laisser engloutir par elle et sans la rejeter en bloc. Il est indépendant, autonome et saisit les liens qui l'unissent aux autres, de même que les parties du corps semblent comprendre instinctivement leurs relations avec l'ensemble du corps. Il perçoit distinctement la frontière-contact existant entre lui-même et la société. Il « rend à César ce qui appartient à César » et garde pour lui ce qui lui appartient. Tel est l'objectif de la psychothérapie.

Ces caractéristiques définissent l'idéal de la communauté démocratique, dont le but est de créer une société dans laquelle chaque membre concourt au bien de tous, puisque les besoins de chacun sont parfaitement déterminés. Le contact qu'une telle société entretient avec ses membres se caractérise par la prévenance, le respect et la considération : la frontière entre l'individu et le groupe est clairement tracée et parfaitement ressentie. L'individu n'est pas asservi au groupe, et le groupe n'est pas à la merci d'un individu quelconque.

Une société de ce type est soumise au principe d'homéostasie, ou autorégulation. Dans l'idéal, la société imite le corps humain qui répond en priorité à ses besoins dominants : en tant que totalité, il lutte pour conserver l'intégrité de ses parties constituantes quand l'une d'entre elles est menacée. De la même façon, au sein d'un groupe parfaitement autorégulé, les gens s'entraident pour sauver les vies humaines et préserver les biens matériels : tout le voisinage et, si besoin est, l'ensemble de la communauté accourent pour combattre l'incendie qui ravage une seule maison. Les citoyens et les leaders politiques s'identifient les uns aux autres et les membres du corps social s'identifient mutuellement entre eux.

L'homme semble avoir un sens inné de son équilibre social et psychologique – tout autant que physique. Tout ce qu'il fait sur le plan psychologique ou social vise à maintenir un juste milieu entre ses besoins personnels et les exigences de la société. S'il éprouve des difficultés à le trouver, ce n'est pas faute de le vouloir, mais parce que ses mouvements sont malencontreux et ses efforts inadéquats : il cherche la frontière-contact.

Quand il dépasse le point d'équilibre et empiète sur le domaine social, il entre gravement en conflit avec la société et devient ce que l'on appelle un délinquant, c'est-à-dire une personne qui s'est arrogé des prérogatives appartenant traditionnellement à l'autorité publique. Quand, au contraire, la recherche du point d'équilibre le fait de plus en plus reculer et qu'il laisse la société empiéter sur son domaine privé, il devient ce que l'on appelle un névrosé : il laisse la société le submerger de ses impératifs et le couper de toute vie sociale ; il se laisse modeler et bousculer sans réagir.

Le névrosé est incapable de percevoir clairement ses besoins et de les satisfaire. Il a du mal à faire la distinction entre lui-même et le reste du monde. Il a tendance à donner trop d'importance à la société et pas assez à lui-même. Le criminel, en revanche, est incapable de percevoir les besoins d'autrui et les piétine, car lui non plus ne peut faire clairement la différence entre lui-même et le reste du monde. Contrairement au névrosé, il a tendance à se donner trop d'importance et à négliger la société.

Qu'est-ce qui cause de telles perturbations de l'équilibre dans le champ organisme/environnement ? Les sociologues étudieront la question sous l'angle de l'environnement, et les psychologues, psychiatres et psychothérapeutes en partant de ce qui se passe chez l'individu. Pour notre part, il nous semble que le déséquilibre s'installe à partir du moment où, simultanément, l'individu et le groupe éprouvent des besoins divergents et que l'individu est incapable de définir quel est le plus important.

Le groupe peut être compris comme la famille, la Nation, l'entourage social, les collègues de travail ou toute autre imbrication de personnes entretenant une relation fonctionnelle particulière à un moment donné. L'individu qui, faisant partie d'un ensemble, ressent la nécessité d'être en contact avec lui satisfait l'un de ses instincts de survie psychologique les plus fondamentaux, même s'il ne le ressent pas toujours avec une acuité aussi vive.

Quand une envie personnelle, dont la satisfaction constraint l'individu à se séparer du groupe, se superpose au désir de relation sociale, un conflit peut surgir, l'obligeant à prendre une décision claire et nette. Il choisira de rester en contact ou de se retirer ; de toute façon, il sacrifiera temporairement les besoins les moins pressants pour s'occuper du besoin prioritaire. Aucune conséquence grave n'en résultera, ni pour lui ni pour l'environnement. Mais s'il ne peut choisir, s'il lui est impossible de prendre une décision ou de se satisfaire de la décision prise, il sera incapable d'établir un bon contact ou d'opérer un bon retrait, et les deux membres du champ – lui-même et l'environnement – en seront affectés.

Les êtres humains semblent avoir une propension innée aux activités collectives ritualisées, qui traduit leur sens d'identification sociale et leur besoin de contact groupal. Cette tendance existe chez tous les hommes, qu'ils appartiennent aux civilisations primitives ou avancées. En jouant, les enfants font souvent des mises en acte rituelles et répétitives. Ce besoin est à l'origine des parades, des fêtes, des cortèges, des offices religieux. Lorsqu'il est perverti, il semble nourrir les névroses obsessionnelles et compulsives – celles qui se traduisent, par exemple, par le besoin

apparemment ridicule de se laver les mains toutes les vingt minutes. Ces rituels obsessionnels, dont les racines sont autant sociales que personnelles, ne sont plus que des coquilles vides et stériles sans aucun contenu social et ne sont plus à même de répondre aux besoins changeants de l'individu ; ils ne rendent rien à personne.

Les gens normaux ont également besoin de rituels. Imaginez une grande cérémonie qui serait dépouillée de tout caractère solennel. Impossible ! S'il n'y avait ni toasts, ni poignées de main, ni discours, ni musique, elle paraîtrait lamentable et totalement ratée. La ritualisation de tels moments a pour fonction, semble-t-il, de leur donner un ordre, une forme et un sens. En langage gestaltiste, nous dirions qu'elle rend la Gestalt plus claire, qu'elle fait ressortir plus nettement la figure. La mort, en particulier, suscite notre besoin de rituels. L'homme le plus cynique serait choqué que l'on mette les cadavres dans des sacs poubelle et qu'on les jette à la décharge publique comme de vulgaires déchets.

Le rituel satisfait un besoin profondément ancré en l'homme, de nature individuelle aussi bien que sociale : il assure la survie du groupe en raffermissant les liens entre ses membres. L'entraînement militaire, par exemple, accroît non seulement la coordination personnelle de chaque soldat, mais aussi la capacité de tous à agir en tant qu'unité pour défendre les besoins collectifs. L'outil de la magie – simple fantasme de manipulation de l'environnement – sert également à renforcer la valeur du groupe et à réaliser les objectifs communautaires : elle suscite le soutien des forces bénéfiques (dotées d'un investissement positif) et anéantit les forces redoutées (dotées d'un investissement négatif). Quelle que soit la valeur du groupe, le rituel interrompra nécessairement – c'est même son rôle – des initiatives spontanées et personnelles de certains de ses membres. Une fois que les cérémonies ont commencé, toutes les autres activités sont renvoyées dans la catégorie méprisée du profane. L'atmosphère devient solennelle, plongeant toute l'assistance dans un sentiment de crainte révérencielle. La plus grande concentration est exigée de tous, comme s'il fallait assurer une nécessité impérative dont dépendrait la survie. La personnalité tout entière

doit s'investir totalement pour que naisse un sentiment religieux d'exaltation et d'intégration. La vie devient plus intense, sans que s'affaiblisse la pleine lucidité de l'individu et du groupe, du soi et de l'autre. En même temps, l'individu reste parfaitement conscient de son appartenance au groupe.

Le sentiment ne peut s'intensifier que si la participation reste entière et ininterrompue. Toute discontinuité, qu'elle vienne de l'environnement ou d'un fantasme individuel, fait disparaître la raison d'être de l'événement en faisant voler en éclats la plénitude de son intégrité.

Il se peut qu'au cours de l'activité collective, l'individu prenne soudainement conscience d'un besoin personnel qui détourne son attention du rituel. Supposons, par exemple, qu'un des membres d'un chœur soit pris d'une envie d'uriner au beau milieu d'un concert. Cette nécessité vitale – mais profane – s'immisce bien malencontreusement dans la solennité de l'acte rituel. Trois possibilités se présentent : soit il s'éclipse quelques minutes (sur la pointe des pieds, pour ne pas attirer l'attention) ; soit il force son besoin à refluer à l'arrière-plan pour qu'il cesse d'occuper l'avant-scène, du moins temporairement ; soit enfin il hésite entre ses besoins et ceux du groupe, sans savoir où placer son attention. Il tente désespérément de rester présent au déroulement des cérémonies, sans succès. Il balance entre l'effroi et l'impatience, ce qui risque de provoquer un conflit traumatique. Le malade pourrait ainsi verbaliser son expérience : « J'ai envie d'uriner et j'aimerais que le concert s'interrompe. Mais nous voulons continuer. Nous n'aimons pas être dérangés. Et ce n'est pas bien de déranger les autres. Je souhaiterais ne pas avoir besoin d'uriner et je dois me contrôler. Je souhaiterais que ma vessie ne me dérange plus. C'est vraiment très ennuyeux ! » Cette déclaration, apparemment inoffensive, contient toute une série de confusions pouvant conduire à la névrose. Nous y retrouvons les quatre mécanismes de perturbation de la frontière que la Gestalt-thérapie identifie derrière toute névrose. Dans cet exemple, le sujet semble incapable de faire la distinction entre lui-même et son environnement, ce qui ne signifie pas nécessairement qu'il est névrosé,

mais que son attitude peut engendrer un comportement névrotique si ces façons de penser et d'agir dégénèrent et deviennent habituelles.

Mais laissons pour l'instant notre malade à ses hésitations et à sa souffrance, et analysons la nature et le développement des mécanismes névrotiques. Nous reviendrons à lui plus tard pour voir comment une situation aussi simple peut servir de modèle au développement des attitudes névrotiques. Tous ces dérèglements proviennent de l'incapacité de l'individu à trouver et maintenir l'équilibre entre lui-même et le reste du monde. La frontière qui les sépare pénètre trop en profondeur chez l'individu. Le névrosé est une personne que la société affecte trop lourdement. Sa névrose est une manœuvre défensive de protection contre la menace d'être submergé par un monde trop envahissant. C'est le moyen le plus efficace qu'il ait pu trouver pour préserver son équilibre et son autorégulation dans une situation où tout, apparemment, se ligue contre lui.

Notre hypothèse est que les névroses sont des perturbations de frontière qui se fondent principalement sur quatre mécanismes bien particuliers. Bien que l'on puisse les définir et les distinguer clairement les uns des autres, on ne peut pas dire de manière simple que chaque mécanisme de perturbation correspondrait à un type de comportement névrotique. En effet, un seul trouble de frontière, un seul dérangement de l'équilibre du champ organisme/environnement ne suffit pas à produire une névrose particulière et ne prouve pas qu'une organisation névrotique soit en place – quoique cela puisse arriver dans le cas des *névroses traumatiques*, qui sont essentiellement des dispositifs de défense mis en place dans une situation où l'on tente de se protéger d'une intrusion terrifiante de la société ou d'un choc avec l'environnement. Par exemple, un enfant de deux ans que ses parents ont enfermé dans un placard pendant toute la nuit a été soumis à une tension presque insupportable. Leur comportement l'a réduit à néant, à moins que rien, à un objet de manipulation n'ayant aucun droit ni aucun pouvoir. Le « je » n'existe plus. Il ne reste plus que des « ils » et ce qu'« ils » peuvent faire. Pour se défendre contre cette situation, l'enfant

risque de mettre en place des modes de comportement rigides, qui perdureront bien après la disparition du danger.

Toutefois, les dérèglements de frontière à la base des névroses n'ont pas toujours un caractère aussi dramatique. Elles consistent plutôt en interférences chroniques qui gênent le processus de reconnaissance de soi et de croissance vers l'état de maturité et d'autonomie interne. Quelle que soit leur forme, ces multiples coups d'arrêt dans la croissance harcèlent l'individu et finissent par provoquer un trouble confusionnel permanent entre soi et l'autre.

L'introjection

Notre croissance ne pourrait s'accomplir sans la capacité de faire des choix, qui est une fonction de la frontière entre l'individu et l'autre. On puise dans l'environnement avant de lui restituer ce qu'on lui a pris. On accepte ou l'on rejette ce qu'il nous présente. Pour croître, nous devons nous approprier des éléments de l'environnement, c'est-à-dire les digérer et les assimiler entièrement. Nous ne pouvons les utiliser à notre guise qu'à condition de les avoir fait nôtres. On peut les conserver ou les recycler sous une nouvelle forme après leur avoir fait subir un processus de distillation intérieure. En revanche, les choses que l'on « avale tout rond », que l'on accepte aveuglément, que l'on ingère sans digérer, restent des corps étrangers, des parasites qui s'installent en nous, sans faire partie de nous, même si les apparences sont trompeuses. Elles font encore partie de l'environnement.

Physiquement, la croissance ne peut s'accomplir qu'à travers une véritable assimilation : les aliments doivent être décomposés, désagrégés, digérés. Il est évident que l'on ne pourrait vivre et croître si l'on gobait sa nourriture sans la mastiquer : il faut la mâcher pour commencer le processus de dissociation, puis la digérer pour la transformer en particules chimiques que le corps peut enfin utiliser. La nourriture physique, une fois digérée et assimilée, devient une partie de soi, elle se métamorphose en os,

en muscles, en sang. Mais la nourriture avalée à la hâte, ingurgitée gloutonnement non par envie réelle mais parce que l'on ne peut faire autrement, pèse lourdement sur l'estomac. Elle donne la nausée, mais, si l'on parvient à refouler cet écœurement, elle finit par se digérer difficilement. Sinon, elle se transforme en poison.

Le processus d'assimilation psychologique est identique. Concepts, faits, normes de comportement, morale, valeurs éthiques, esthétiques et politiques proviennent originellement du monde extérieur. Il n'existe rien dans notre esprit qui ne soit issu de l'environnement, mais il n'existe rien dans l'environnement qui ne corresponde à quelque besoin physiologique ou psychologique de l'organisme. Toutes ces nourritures mentales doivent être digérées et maîtrisées pour que nous en prenions réellement possession, pour qu'elles deviennent partie intégrante de notre personnalité. Si nous acceptons purement et simplement toutes les idées qui passent, sans discrimination, parce qu'un tel l'a affirmé péremptoirement, elles resteront comme des corps étrangers indigestes, même si elles s'incrustent dans notre esprit. Si nous les ingérons uniquement sous prétexte que ce sont des idées reconnues, prudentes et sages, ou au contraire marginales, extravagantes ou révolutionnaires, elles vont peser lourdement sur nous. En psychologie, nous appelons *introjects* toutes ces attitudes étrangères, ces façons d'agir, de ressentir, de juger qui sont mal digérées, et *introduction* le mécanisme par lequel ces agglomérats se greffent sur notre personnalité.

Cependant, cette façon « d'avaler tout rond » remplit parfois une fonction utile. Un étudiant qui passe la nuit à réviser son examen au dernier moment, parce qu'il ne s'intéresse pas au sujet, agit ainsi pour une raison compréhensible. Mais il se fait des illusions s'il croit que son bachotage lui aura appris quelque chose : six mois plus tard, il risque d'avoir oublié la plus grande partie de ce qu'il avait soi-disant « appris ».

Il ne faut pas non plus refuser systématiquement toute nourriture psychologique venant du monde extérieur. Il est impossible de s'alimenter psychologiquement par ses propres moyens, sans puiser à l'extérieur, de même que l'on ne peut se nourrir physiquement sans prélever des

ressources en dehors de soi. Mais la nourriture psychologique disponible dans le monde extérieur (faits et attitudes sur lesquels se construit notre personnalité) doit être assimilée de la même façon que les aliments tangibles. Elle doit être mise en pièces, analysée, décomposée avant d'être reconstruite sous la forme la plus utilisable pour nous. Si on l'avale sans la mâcher, loin de contribuer au développement de notre personnalité, elle encombre notre esprit comme un amoncellement de meubles inutiles entreposés dans une maison et occupant tout l'espace disponible. Elle fait de nous une « poubelle » pleine d'informations hétérogènes, insignifiantes et stériles. Pourtant – et c'est le plus tragique –, elles pourraient prendre une énorme valeur pour nous si elles se transformaient à travers un cheminement intérieur d'appropriation.

Les dangers de l'introjection sont doubles. Tout d'abord, l'introjecteur est incapable de développer sa personnalité, car il est tout occupé à maintenir en place les corps étrangers logés dans son organisme. Plus il est surchargé d'introjects encombrants, moins il a de place pour s'exprimer ou découvrir qui il est.

En outre, l'introjection désintègre la personnalité. Si vous ingérez sans réfléchir deux concepts incompatibles, vous risquez d'être divisé en essayant de les réconcilier. C'est malheureusement une expérience assez commune de nos jours. Notre société, par exemple, nous enseigne dès l'enfance deux attitudes tout à fait différentes et apparemment contradictoires. La première est la grande règle d'or : « Fais à autrui comme tu aimerais qu'il te fasse » ; la deuxième est la fameuse raison du plus fort, l'impitoyable « loi de la jungle ». Quelqu'un qui aurait introjeté ces deux positions dogmatiques essaierait d'être gentil, serviable, arrangeant, de faire plaisir à tout le monde, et devrait en même temps être extrêmement pugnace, agressif et violent. Il faudrait qu'il aime son prochain, mais qu'il se méfie de lui. Il devrait montrer beaucoup de douceur et d'humilité tout en étant implacable, cruel et sadique. Ceux qui introjectent ainsi un couple d'idées contradictoires transforment leur personnalité en un véritable champ de bataille. Et le conflit névrotique est souvent sans issue : la bataille qui

fait rage à l'intérieur arrive dans une impasse dont aucune des deux injonctions ne sort vainqueur. La personnalité est immobilisée, la croissance interrompue, le développement stoppé.

L'introjection est donc le mécanisme névrotique par lequel nous incorporons des références, des attitudes, des façons d'agir et de penser qui ne nous appartiennent pas. La frontière entre soi-même et le reste du monde s'est tellement incurvée vers l'intérieur qu'il ne reste presque plus rien de soi. Dans notre exemple précédemment cité, le choriste malade qui avait envie d'uriner exprimait une introjection lorsqu'il disait : « Ce n'est pas bien de déranger les autres ». En effet, qui ne veut pas être dérangé, lui ou eux ? Croit-il vraiment que ses besoins aient si peu d'importance qu'ils doivent toujours passer après ceux du groupe ? Quand l'introjecteur dit : « Je pense que... », il dit en réalité « les autres pensent que... ».

La projection

L'inverse de l'introjection est la projection. Si l'introjection consiste à se rendre soi-même responsable de ce qui appartient à l'environnement, la projection est la tendance à rendre l'environnement responsable de ce qui, en réalité, devrait être attribué à soi-même. Nous reconnaissons ici les signes cliniques du délire paranoïaque, maladie qui se caractérise par un système très bien organisé de mirages et d'illusions. La paranoïa n'est qu'une forme extrême de projection. L'observation a montré, de façon répétée, que le paranoïaque est souvent très agressif. Ne supportant pas d'assumer la responsabilité de ses désirs, de ses envies et de ses sentiments, il les attribue aux objets ou aux personnes qu'il trouve dans son entourage. Sa conviction d'être persécuté cache le désir de persécuter les autres.

Mais la projection revêt généralement des formes moins extrêmes. Attention à ne pas confondre la projection, mécanisme pathologique, et la conjecture nourrie de l'observation, qui est un mode d'action parfaitement normal et sain. Il est vrai que des actes comme planifier, anticiper, livrer bataille, manœuvrer, qui ont lieu pendant une partie d'échecs et beaucoup

d'autres activités, supposent que l'on observe le monde extérieur et que l'on en tire certaines extrapolations, mais qui sont reconnues pour ce qu'elles sont. Le joueur d'échecs qui anticipe plusieurs coups à l'avance les mouvements de son adversaire, doit faire un ensemble d'hypothèses sur son raisonnement, en s'appuyant sur ses observations passées. Essentiellement, il se demande ce qu'il ferait à sa place, mais il admet que ses suppositions ne vont pas nécessairement commander le comportement de son adversaire et qu'elles lui appartiennent en propre.

En revanche, une femme à la sexualité inhibée qui se plaint d'être draguée, un homme froid et réservé qui accuse les autres de lui être hostiles, sont des illustrations de projection névrotique. Ils font également des conjectures, mais fantasmatiques. Ils sont incapables de reconnaître que leurs suppositions sont totalement imaginaires, et de plus, ils refusent d'examiner où leurs préjugés s'enracinent. La création artistique exige également un comportement fondé sur le système conjecture/projection. Souvent, le romancier se projette littéralement dans ses personnages ; il écrit leur vie en la vivant. Mais il ne souffre pas de la confusion d'identité qui caractérise le névrosé qui projette. Il sait où s'arrête sa vie et où commence celle de ses personnages, bien qu'il puisse, dans l'excitation de la création, perdre temporairement le sens de ses limites personnelles pour devenir quelqu'un d'autre.

Le névrosé n'utilise pas seulement le mécanisme projectif dans ses relations avec le monde extérieur, mais aussi envers lui-même. Il a également tendance à nier les parties de lui-même d'où proviennent ces penchants et ces envies dont il se défend : il leur donne – pourrait-on dire – une existence objective en dehors de lui-même pour pouvoir ensuite les accuser de ses difficultés, sans devoir reconnaître qu'elles font aussi partie de lui. Il n'est plus un acteur de sa vie, mais un objet passif, une victime des circonstances.

Le choriste qui se plaint que sa vessie le dérange illustre parfaitement le mécanisme de la projection. Notre héros se déclare victime d'un monstre horrible : sa propre vessie ! Elle est douée d'une volonté de lui nuire, elle le

persécute, le fait souffrir : nous assistons à la naissance d'un début de paranoïa. Lorsque l'on demande à l'introjecteur : « qui dit cela ? », il devrait répondre : « les autres » (et pas moi). Quand on pose la même question au projeteur, il devrait dire : « moi, c'est moi qui ai envie d'uriner ». Quand le projeteur dit « les autres », il veut généralement dire « je ».

La projection consiste donc à incurver la frontière entre soi-même et le reste du monde dans l'autre sens, en sa faveur, de façon à pouvoir désavouer et renier les aspects de sa personnalité que l'on trouve grossiers, déplaisants ou ennuyeux. D'ailleurs, les introjects qui ont fait naître les sentiments d'auto-altérité et de mépris de soi sont aussi généralement à l'origine des projections. Notre choriste a introjeté l'idée que la politesse a plus d'importance que la satisfaction d'un besoin pressant et que l'on doit tout supporter avec le sourire. Par conséquent, il ne peut rien faire d'autre que projeter et même exclure toute aspiration qui entre en conflit avec des actes qu'il considère désormais comme extérieurs à lui. « Non, finalement je n'irai pas uriner car je suis un garçon bien gentil et bien sage qui veut rester dans le groupe et continuer à chanter. » Malheureusement, sa vessie –

cette méchante vessie, insolente et cruelle, cet élément étranger, cet introject – qui s'est introduite de force et s'est établie en lui contre sa volonté, veut se vider. Comme l'introjecteur, il est incapable de distinguer, parmi les différentes facettes de sa personnalité totale, entre celles qui lui appartiennent en propre et celles qui lui sont imposées de l'extérieur. D'un côté, il prend ses introjects comme des parties de lui-même, et de l'autre, il considère certaines parties de lui-même dont il aimeraient se débarrasser comme des introjects non digérés et non digérables. Grâce à ses projections, il espère se délivrer de ses introjects imaginaires, qui sont en fait des aspects de lui-même.

La personnalité introjectante est un champ de bataille dans lequel des idées contradictoires non assimilées sont en conflit. La personnalité projetante fait du monde extérieur un champ de bataille où s'affrontent ses propres conflits personnels. La personne excessivement prudente et

méfiante qui déclare vouloir se faire des amis sans jamais faire confiance à quiconque parce qu'elle a peur de « se faire avoir » est l'exemple type du projeteur.

La confluence

Quand l'individu ne sent plus aucune limite entre lui-même et son environnement, que tous deux sont devenus une seule et même chose, on dit qu'ils sont *en confluence* : la partie ne peut plus être distinguée du tout. Ainsi, les enfants nouveau-nés n'ont aucun sens d'une quelconque distinction entre intérieur et extérieur, entre eux-mêmes et les autres : il vivent en confluence. Même un adulte peut être en confluence avec son environnement dans un moment d'extase, de grande joie ou de concentration extrême. Les rites supposent également ce sens de la confluence : les limites disparaissent, l'individu se sent tout à fait bien parce qu'il s'identifie étroitement au groupe. Une des raisons pour lesquelles les cérémonies rituelles produisent un sentiment d'enthousiasme et d'exaltation, c'est que la frontière entre soi et l'autre est normalement ressentie de manière très vive et que sa dissolution temporaire produit un choc extraordinairement puissant. Mais quand ce phénomène d'identification totale devient chronique et que l'individu perd la capacité de faire la distinction entre lui et le monde, il tombe psychologiquement malade. Il n'a plus aucune expérience de lui-même parce qu'il a perdu tout sentiment de sa propre existence.

Une personne en état de confluence pathologique ne peut dire qui elle est ni qui sont les autres. Elle ne sait plus où s'arrête son existence et où commence celle des autres. La frontière entre elle-même et les autres n'étant pas consciente, elle éprouve des difficultés à opérer non seulement un contact, mais aussi un repli stratégique. Elle ne peut même pas entrer en contact avec elle-même. Si les millions de cellules qui nous composent étaient en confluence, nous ne serions qu'une masse informe et flasque, impossible à organiser. Heureusement, ce n'est pas le cas. Chaque cellule

est entourée d'une membrane poreuse, lieu des choix et du contact avec l'extérieur, où s'opère le tri de ce qui peut être accepté ou refusé. Chacun des composants dont nous sommes faits accomplit sa tâche particulière en tant que partie constitutive d'un tout global : l'être humain. S'ils étaient tous maintenus dans un état de confluence pathologique, aucun ne serait capable d'accomplir sa fonction correctement.

Prenons l'exemple d'un patient souffrant d'une inhibition chronique. Dans le passé, il a eu envie de pleurer, mais à chaque fois il s'en est empêché par une contraction délibérée des muscles de son diaphragme : aujourd'hui, ce comportement lui est devenu habituel et a cessé d'être conscient. Bien sûr, originellement, le besoin de pleurer a été refoulé par un effort conscient, mais il s'est maintenant confondu avec la respiration. Les deux fonctions s'entraivent mutuellement, et il n'est plus capable ni de respirer librement, ni de pleurer quand le besoin s'en fait ressentir. Voilà un cas de confluence pathologique : il ne peut plus lâcher prise, il ne peut plus perpétrer sa peine et finit même par oublier ce qui le rendait triste. Le besoin de pleurer, en conflit avec la contraction du diaphragme qui l'empêche de s'exprimer, dessine un front stabilisé. L'activité et la contre-activité se combattent perpétuellement et cette guerre se poursuit en marge du reste de la personnalité. L'homme qui souffre de confluence pathologique mélange ses besoins, ses émotions, ses activités en un paquet totalement confus et s'embrouille si bien qu'il ne sait plus ce qu'il veut faire, ni comment il s'empêche de le faire. Certaines maladies qualifiées de « psychosomatiques » sont dues à des confluences pathologiques. La confusion larmes/respiration, par exemple, peut donner de l'asthme, si elle perdure suffisamment longtemps.

La confluence pathologique se caractérise par l'intolérance et le refus de toute différence. Les conséquences sociales d'une telle attitude sont graves. On la trouve souvent chez les parents qui considèrent leurs enfants comme de simples prolongements d'eux-mêmes, sans s'apercevoir qu'ils sont forcément différents d'eux, au moins sous certains rapports. Or, si les enfants refusent les exigences de leurs parents et leur comportement

confluent, ils seront rejetés et repoussés : « Je te renie, tu n'es plus mon fils, je ne supporte pas les enfants insolents. »

Si les nations de l'ONU reconnaissaient leurs différences et s'appréciaient mutuellement dans leur diversité, elles établiraient entre elles un bon contact et des relations fructueuses, et les problèmes du monde auraient une chance de trouver une solution. Mais tant que l'altérité restera intolérable, tant que chaque pays exigera que les autres partagent son point de vue, l'état de conflit et de confusion perdurera. Aussi longtemps que les différences seront ignorées, elles risqueront de faire surgir l'oppression et la persécution. Exiger un accord total, une parfaite confluence revient à dire : « Si tu refuses d'être mon ami, je te fends le crâne. »

La phrase de notre choriste : « Nous voulons continuer », est une affirmation confluente. Il n'est plus capable de faire la distinction entre lui-même et le reste du groupe. En effet, ce sont eux qui veulent continuer ; lui préférerait s'interrompre pour aller uriner. Quand la personne souffrant de confluence pathologique dit « nous » (ou « on »), il est impossible de savoir si elle parle d'elle-même ou des autres. Elle a perdu tout sens des limites.

La rétroflexion

Le quatrième mécanisme névrotique peut être appelé *rétroflexion*, ce qui signifie littéralement : « se retourner contre ». Celui qui rétrofléchit trace une ligne-frontière entre lui-même et l'environnement, bien nette, là, en plein milieu... de lui-même ! *L'introjecteur fait ce que veulent les autres ; le projeteur fait aux autres ce dont il les accuse ; la personne en confluence pathologique ne sait pas qui fait quoi à qui ; le rétroflecteur se fait à lui-même ce qu'il aimera faire aux autres.* Quand on adopte un comportement de rétroflexion, on se traite de la même façon que l'on voudrait traiter les autres ou les objets autour de soi. Au lieu de déployer son énergie en direction de l'extérieur pour manipuler l'environnement et y apporter les changements nécessaires à la satisfaction des besoins (les siens comme ceux des autres), on la dirige vers l'intérieur et l'on se substitue à

l'environnement en tant qu'objectif de comportement. La personnalité du rétroflecteur se scinde alors en deux : une partie qui effectue l'action, une autre qui la subit. Il devient littéralement son pire ennemi.

Il est évident que personne ne peut céder à toutes ses passions ; certaines doivent être contenues. Mais résister délibérément à certains instincts parce qu'ils sont destructeurs n'est pas la même chose que les retourner contre soi-même. Ainsi, l'exemple de la ménagère, épuisée à la fin d'une journée harassante au cours de laquelle sa machine à laver a déchiré les vêtements, son fils a couvert les murs du salon au feutre rouge, le réparateur l'a laissée en plan avec son aspirateur et son mari est rentré avec une heure de retard : elle a inévitablement envie de tuer tout le monde. Ce serait de la folie furieuse, mais se faire hara-kiri le serait tout autant.

Comment le mécanisme de rétroflexion se manifeste-t-il ? L'introjection, nous l'avons vu, se révèle lorsque l'on dit « je » à la place de « les autres », et la projection lorsque l'on dit « les autres » à la place de « je ». La confluence se caractérise par l'emploi d'un « nous » ou d'un « on » indéterminé et impersonnel. La rétroflexion s'exprime par la présence de « je » et de « me » (ou « moi ») dans la même phrase : l'acteur s'applique l'action à lui-même. Par exemple, le rétroflecteur pourra dire : « J'ai honte de moi », ou bien : « Je dois me forcer à finir ce travail ». Il répète à l'infini ce genre de phrases fondées sur l'idée surprenante que « je » et « moi » sont deux personnes différentes. Que dit notre choriste ? « Je dois me contrôler » : rétroflexion caractérisée.

La confusion névrotique entre soi-même et l'autre implique un dérèglement total de la perception de soi. Pour le névrosé, le soi (*self*) est une bête ou un ange, mais jamais lui-même. La théorie de Freud sur le développement de la personnalité entretient cet état de confusion. En divisant l'appareil psychique en moi (l'*ego*, le « je »), ça (les pulsions organiques) et surmoi (la conscience morale), il fait de l'individu la proie d'un conflit constant entre trois instances, immobilisé dans une étreinte indissoluble avec lui-même. Il doit lutter jusqu'à la mort. Celui qui rétrofléchit semble se conformer à l'image freudienne de l'homme.

Qu'est-ce vraiment que le surmoi ? S'il ne fait pas partie du « je », de l'ego, c'est-à-dire de soi-même (*self*), il est nécessairement constitué d'un ensemble d'introjects extérieurs, d'une masse d'attitudes et de conceptions non assimilées, imposées à l'individu par l'environnement. Freud conçoit l'introjection comme un processus moral de croissance : il dit entre autres que l'enfant introjecte l'image du « bon » parent et l'établit en tant qu'idéal du moi, qui devient donc aussi un agrégat d'introjects. Or, l'étude des personnalités névrotiques montre à l'évidence que les problèmes ne sont pas liés à une identification précoce à de « bons » parents, mais à de « mauvais » parents. En fait, l'enfant n'introjecte pas le comportement moral des « bons » parents, il l'assimile. Bien entendu, il n'a pas conscience de ce qu'il fait – il ne pourrait le décrire avec le vocabulaire compliqué de la psychiatrie –, mais il traduit en termes qu'il peut comprendre les éléments satisfaisants de l'attitude de ses parents, en les réduisant – pourrait-on dire – à leur plus petit commun dénominateur afin de pouvoir les assimiler sous cette nouvelle forme puis les utiliser. En revanche, le même processus ne peut s'appliquer à leurs « mauvaises » attitudes : il n'a aucun moyen de les affronter et sans doute aucun désir naturel de le faire. Il est donc obligé de les prendre en charge sous forme d'introjects non digérés, et c'est ici que les ennuis commencent. Car nous avons maintenant une personnalité constituée non pas d'un moi et d'un surmoi, mais d'un je et d'un non-je, d'un soi (*self*) et d'une image de soi (*self-image*). Le désordre est tel que l'individu devient incapable de distinguer l'un de l'autre.

Cette confusion d'identité n'est rien d'autre que la névrose. Quelle que soit la voie qu'elle emprunte – introjection, projection, rétroflexion ou confluence –, elle est toujours une désintégration de la personnalité qui se traduit par un manque de coordination dans la pensée et dans l'action.

La thérapie consiste à rectifier les fausses identifications : si les « mauvaises » produisent la névrose, les « bonnes » favorisent la santé. Reste évidemment à savoir lesquelles sont bonnes et lesquelles sont mauvaises. Disons simplement – et c'est sans doute la réponse la plus

satisfaisante et la plus proche de la réalité de l'observation – que les « bonnes » identifications sont celles qui permettent de réaliser pleinement les buts de l'individu et de l'environnement. Les « mauvaises » sont celles qui retardent la croissance de l'individu, s'opposent à ses projets et ont un effet nocif sur l'entourage ou l'environnement. En effet, non seulement le névrosé fait son propre malheur, mais il punit aussi, par son comportement destructeur, tous ceux qui s'occupent de lui et tentent de l'aider.

La thérapie aura pour effet de restaurer la capacité de discriminer et faire des choix. Elle permettra au névrosé de redécouvrir ce qui est lui et ce qui n'est pas lui, ce qui le satisfait et ce qui le dérange, et le guidera vers l'intégration. Elle l'aidera à trouver l'équilibre entre lui-même et le reste du monde, pour qu'il trouve ses limites, sa frontière. Il est trop facile de dire : « Soyez vous-même ». Le névrosé rencontre mille obstacles qui l'empêchent d'être lui-même. Ayant maintenant compris les mécanismes qui bloquent son chemin, nous pourrons essayer de supprimer les écueils un à un. Tel est le but de la thérapie, sujet de notre prochain chapitre.

LE NÉVROSÉ EN CONSULTATION

Le décor est planté et les trois coups peuvent retentir. Le rideau se lève sur un psychothérapeute attendant son patient dans son cabinet. Entre alors le héros de la pièce, le névrosé dans toute sa splendeur dramatique : traînant les lourdes chaînes du passé, englué dans un comportement suranné, confus, embarrassé, déconcerté par le présent, torturé par un futur incertain, il s'avance, le visage honteux ou arrogant, timide ou fier, sur la pointe des pieds ou faussement désinvolte. Son rôle : réduire le thérapeute à une paire d'oreilles désincarnées tout en le prenant pour un magicien capable de transformer une bête horrible en un prince charmant. Parfois, le suppliant de lui conférer d'un coup de baguette magique beauté, richesse et intelligence. Parfois, le soupçonnant d'imposture et se résolvant néanmoins, par grandeur d'âme, à lui donner une dernière chance, étant donnée l'urgence de la situation.

Quels que soient ses fantasmes, sa dégaine, son allure, le patient est en crise, en *crise existentielle*. Il demande des soins parce que son mode de vie actuel ne lui permet pas de satisfaire certains besoins psychologiques primordiaux auxquels il s'est identifié et qui représentent pour lui une question de vie ou de mort. Pour celui-ci, il est essentiel de surpasser ses voisins et tout son être s'investit entièrement dans la vie collective ; quand une menace pèse sur son image sociale, il peut entrer dans une crise existentielle grave. Pour celui-là, il est essentiel de jouir d'une relation privilégiée avec son compagnon ou sa compagne : c'est là son besoin dominant, et s'il n'y arrive pas ou s'il en déchoit après l'avoir connu, il risque d'être grièvement touché. Pour certains névrosés, il est impératif de se contrôler ; pour d'autres, il est vital de s'exprimer. Le patient a des besoins existentiels qui lui sont propres, mais comme il ne réussit pas à les

satisfaire, il espère trouver auprès du thérapeute les conditions favorables à son épanouissement, et obtenir le soutien qu'il ne peut trouver par ses propres moyens.

Le névrosé est tombé dans un abîme profond. Il croit que le thérapeute l'aidera à combler ces besoins cruciaux auxquels ni lui ni son environnement n'arrivent à faire face. Peut-être s'est-il assigné une tâche impossible ? Alors, une thérapie réussie aura pour effet de modifier ses buts, ses besoins existentiels. Peut-être son éducation et ses expériences passées ne lui ont-ils pas suffisamment donné d'autonomie interne pour atteindre ses objectifs par lui-même, sans l'aide des autres ? La thérapie (si elle est couronnée de succès) aura alors pour résultat de lui donner une plus grande confiance dans ses facultés et ressources propres.

Le thérapeute n'a pas à porter de jugements de valeur sur les besoins existentiels de son patient. Prenons un patient dont le besoin existentiel est de réussir dans les affaires. Même si le thérapeute se désintéresse totalement de ce domaine, son devoir est de l'aider à trouver en lui les points d'ancrage sur lesquels il pourra s'appuyer pour réaliser son objectif. Il n'a pas à uniformiser ses patients et leur imposer le même ensemble gris et passe-partout de besoins existentiels, réduits à leur plus petit dénominateur commun pour convenir aux moins habiles comme aux plus compétents. Il doit aider son patient à grandir, et quand celui-ci sera devenu mature et responsable, il sera capable de définir et de réaliser par lui-même ses propres objectifs. Quand il entre dans le cabinet pour la première fois, il en est totalement incapable.

Ses fonctions homéostatiques ne remplissent pas correctement leur office. Il s'affaire, s'agit, déplace beaucoup d'air et, comme Alice, il court à la vitesse du vent et fait du sur place. Cependant, elles fonctionnent suffisamment bien pour qu'il sente le besoin de rectifier les déséquilibres en gratifiant le thérapeute d'un *investissement positif*.

Mais que vient-il chercher chez lui ? Un mur des lamentations, une oreille compatissante, une épaule pour pleurer ? Veut-il un allié pour condamner sa femme ou son patron ? Un juge pour le punir de ses péchés,

ou un rédempteur pour le pardonner et le sauver ? A-t-il besoin d'un ami qui le rassure et lui redonne confiance ? Rêve-t-il d'un miracle ou d'une baguette magique qui supprimerait sa douleur instantanément ?

Que veut-il ? Un meilleur *self-control*, une plus grande puissance sexuelle, un raccourci vers le bonheur ? Un expédient à sa faible estime de soi, un palliatif à son ennui mortel, un antidote à son intolérable solitude, un remède à sa mémoire défaillante ? Veut-il de la considération, de l'amour ? Cherche-t-il auprès de nous des interprétations à n'en plus finir, dans l'espoir de mieux se comprendre ? Essaie-t-il de se conforter dans l'idée qu'il est trop malade pour se battre tout seul dans la vie ?

Quelle que soit sa demande, s'il vient consulter un thérapeute, c'est qu'apparemment, il est incapable d'atteindre ses objectifs par lui-même ou de trouver les moyens adéquats dans son environnement. Il a sûrement essayé d'obtenir les appuis qui lui manquent – d'ailleurs, il a dû les obtenir partiellement. S'il avait totalement échoué, il serait devenu fou ou serait mort. Cependant, dans la mesure où il n'a pas parfaitement réussi, il ressent une frustration et vient nous voir pour obtenir satisfaction.

Ne croyons pas qu'il arrive les mains vides. Il transporte dans sa boîte à malices ses propres *moyens de manipulation*, ses façons de mobiliser l'environnement à son profit pour l'amener à faire le travail à sa place. Et si vous pensez que ses techniques manipulatoires ne sont pas habiles, vous vous trompez. Le névrosé n'est pas un imbécile ! Il faut même qu'il fasse preuve d'un haut degré d'intelligence pour survivre malgré son handicap. Car il est handicapé ! En effet, l'une des qualités essentielles de survie lui fait défaut : l'autonomie interne, la capacité de trouver en soi-même les ressources nécessaires à sa survie. Il a dû développer beaucoup d'ingéniosité pour continuer à vivre en dépit de cette carence fondamentale.

Malheureusement, sa façon d'employer son génie réduit à néant tous ses efforts, et il ne parvient pas à surmonter son handicap. Il se peut qu'à l'origine, ses contre-maneuvres destructrices aient été intentionnelles, mais elles sont maintenant devenues une sorte de seconde nature dont il n'est plus conscient. Attention, elles n'en restent pas moins d'intelligentes

machinations. N'est-elle pas suprêmement habile, la gourgandine qui enjôle un vieil homme pour obtenir diamants et manteau de vison ? N'est-elle pas futée, la mère de famille, avec ses plaintes incessantes, cajolant tout son monde pour s'attirer la sympathie de tous ? Et quelle roublardise chez ce vieux politicien qui n'hésite pas à pourfendre son adversaire !

Alors... le névrosé insensibilisé, aveugle et sourd à tout ce qu'il ne veut ni voir ni entendre, n'est-il pas, lui aussi, superbement astucieux ? Il est parfaitement capable de manipuler son environnement ! Malheureusement, il emploie son art pour protéger son handicap, au lieu de s'en débarrasser. S'il pouvait mettre en œuvre autant d'intelligence et d'énergie à construire son autonomie interne et à mobiliser ses propres ressources qu'il en déploie pour susciter l'assistance de l'environnement, il réussirait forcément à surmonter ses problèmes.

La seule solution est de reconstruire une structure solide à partir de ses qualités déjà existantes. Quel est le principal atout qui lui permettra de surmonter son incapacité à résoudre sa crise existentielle ? Son habileté à manipuler son environnement ? Quand il prendra conscience non seulement de ses techniques manipulatoires, mais aussi de sa façon de les mettre en œuvre, quand il comprendra que ses procédés, quelle que soit leur ingéniosité, vont à l'encontre du but recherché, il deviendra capable d'opérer des changements nécessaires dans sa vie.

Ses *moyens de manipulation* sont nombreux et variés. Il peut noyer son interlocuteur sous un flot de paroles ou bouder en silence ; faire des promesses solennelles ou rompre ses serments ; flatter, caresser... ou se rebeller et tout saboter ; comprendre les nuances les plus subtiles ou faire le sourd. Il peut se souvenir de tout ou tout oublier, comme cela l'arrange. Nous mener en bateau et nous laisser emprunter la voie de la facilité. Mentir sans vergogne ou se montrer incapable de cacher la vérité. Nous émouvoir aux larmes ou supporter son sort avec impassibilité. Adopter un ton monocorde et hypnotisant, ou prendre une voix grinçante. Flatter notre vanité ou blesser notre fierté.

Il peut nous présenter le joli cadeau de ses problèmes, enrubanné de jargon psychologique, attendant que l'on en explique le contenu d'une manière qui le satisfasse – à condition qu'il reste en dehors de toute l'affaire. Si le thérapeute a tendance à intellectualiser, le patient débattra avec lui à n'en plus finir ; s'il cherche à découvrir les blessures de l'enfance, le patient lui en fournira de beaux exemples, vrais ou inventés de toutes pièces. Si le thérapeute s'intéresse aux transferts, n'importe qui deviendra son père ou sa mère, avec quelques frères et sœurs en prime avec qui entrer en rivalité.

L'une de ses manières favorites de nous manipuler est de changer de sujet sans transition. Si nous lui faisons remarquer que ses propos sont décousus et que ses associations d'idées n'ont aucun rapport entre elles, il pousse de hauts cris parce que, prétend-il, il n'a fait que dire ce qui lui venait à l'esprit. Mais franchement, était-il vraiment aussi inconscient que cela en créant des interruptions et en évitant les réflexions pertinentes ?

Son autre technique manipulatoire est de poser des questions. Elles ont pour fonction de nous tester, de nous piéger, de nous déconcerter, de faire appel à notre supposée omniscience, de nous soutirer des informations aussitôt oubliées, etc. Les questions sont des expédients employés par le patient pour ne pas affronter ses problèmes : elles sont ainsi des indications très précieuses de ses aires de confusion. Habilement contournées, elles peuvent fournir un excellent outil à notre avantage.

Que se passe-t-il alors dans le cas d'un investissement négatif ? Le patient peut avoir peur que la thérapie, au lieu de l'aider, le plonge dans une zone indécise dans laquelle se dissoudraient les étais qui l'empêchaient de tomber. On pourrait dire que cette crainte ressemble au phénomène de résistance, mais très approximativement. Ne nous laissons pas abuser par cette impression superficielle. Le piège serait de croire que toutes les résistances sont mauvaises et que le patient irait mieux sans elles. Faux ! Les résistances ont pour nous autant de valeur que les mouvements de résistance pour les Alliés pendant la seconde guerre mondiale. Otto Rank a qualifié – très judicieusement – les résistances de volonté négative. Si le

thérapeute les désapprouve, ouvertement ou secrètement, il ferait mieux de changer de métier, car l'intuition du patient est rarement prise en défaut.

Le névrosé, comme tout le monde, ne peut vivre qu'en manipulant son environnement. Comme il le considère comme étant hostile, il jouit généralement d'une grande sensibilité ; il est souvent plus vif, plus fin, plus malin que son adversaire. Il ne s'en laisse pas conter par les analystes orthodoxes désuets, impassibles en toutes circonstances par peur du contre-transfert, fuyant toute émotion, se dérobant à tout contact.

De toutes façons, le patient ne perçoit pas les résistances de l'analyste : il pense habituellement que celui-ci lui porte assistance et veut l'aider dans sa tâche. Comme le patient craint par-dessus tout que son thérapeute le rejette, le désapprouve, l'abandonne et ne veuille plus de lui (les plus orgueilleux cachent soigneusement ce sentiment), il le manipule en prenant la pose d'un enfant sage et obéissant. Il essaie de soudoyer son thérapeute en se soumettant à ses sages conseils et en faisant semblant d'accepter ses propositions. Comme son estime de lui-même est sujette à variations, il ressent très vivement toute critique réelle ou imaginaire et se crispe dès que le thérapeute s'adresse à lui.

Le patient s'est donné beaucoup de mal pour construire un concept de soi, appelé en psychiatrie « formation réactionnelle », *self-system*, « idéal du moi », *persona*, etc. Souvent, cette représentation de soi est complètement erronée, chaque caractéristique étant exactement inversée par rapport à la réalité. Une telle fausse image de soi ne donne aucun soutien réel au patient. Au contraire, il se fait des reproches, se critique, se blâme constamment, écrasant dès l'origine toute expression authentique de lui-même. Comme Sisyphe, il s'engage dans d'épuisants travaux sans cesse recommencés et a besoin de l'approbation inconditionnelle de son entourage. Il projette sur l'autre son pouvoir de choisir, c'est-à-dire sa propre capacité d'acceptation et de refus, à un tel point qu'il reçoit avec gratitude la plus petite marque de considération, d'où qu'elle vienne. Mais comme il a également renoncé à toute authenticité dans son acceptation des

chose et qu'il est incapable d'assimiler le moindre encouragement, il reste en demande et les signes d'affection le laissent insatisfait et mécontent.

Bref, lorsque l'on n'est pas soutenu intérieurement par une estime de soi suffisante, on ressent constamment le besoin de quêter un soutien extérieur, d'obtenir l'estime des autres. Et comme le soutien environnemental sert à la construction de l'image de soi, il ne contribue jamais à la croissance du soi. *L'homme ne peut se transcender qu'en étant fidèle à sa nature véritable*, et jamais en poursuivant des buts artificiels dictés par l'ambition, qui ne mènent, au mieux, qu'à l'orgueil et à la vanité.

La vraie nature de l'homme, comme celle de tout animal, est l'intégrité et la complétude. Jamais il ne pourra opérer des choix existentiels sûrs s'il n'intègre pas les deux valeurs de la spontanéité et de l'intentionnalité. Car toutes deux appartiennent à la nature de l'homme. Avoir conscience de la totalité du champ – comprenant à la fois le soi et l'autre – et en assumer la responsabilité donnent sens et configuration à la vie individuelle.

Malgré toute cette énumération de notions autour de la représentation de soi et de la superstructure qui l'accompagne (même l'homme de la rue parle de sa « seconde nature »), auxquelles se rapportent les phénomènes les plus étudiés en psychiatrie, comme la surcompensation ou les complexes d'infériorité et de supériorité, il est rare que la thérapie pénètre réellement le soi. La raison en est, selon nous, que les thérapies en cours ne font pas assez attention à la zone confusionnelle qui sépare le soi véritable (*self*) de la représentation que l'on en a (*self-concept*). La confusion étant extrêmement déplaisante, elle agit comme un repoussoir contre lequel le patient va mobiliser tous ses moyens afin d'éviter de circonscrire ses régions nébuleuses et chaotiques. Son attitude est l'exact opposé de celle de Socrate, qui admettait spontanément ses aires de confusion existentielle et s'était consacré au développement d'une technique « dé-confusionnelle ».

L'une des caractéristiques de la névrose est la non-reconnaissance de la confusion, qui n'est rien d'autre qu'une difficulté d'orientation. Toute actionnée dans la confusion souffrira de toutes sortes de perturbations : embarras, hésitations, bredouillements. Mais une personne qui agit dans la

confusion sans le savoir ne dispose plus d'aucune liberté de choix, car elle se comporte comme si les techniques manipulatoires qu'elle emploie étaient des nécessités absolues. La psychiatrie s'est beaucoup intéressée à cette confusion d'ambivalence. L'ambivalence suppose qu'il existe des états permanents de satisfaction ou de frustration, comme si nos émotions pouvaient se figer et se pétrifier, comme si nous-mêmes pouvions nous changer en statues de pierre pour l'éternité. Il s'agit encore une fois d'un *concept statique*. Le patient a l'impression qu'il doit être soit d'un côté, soit de l'autre : aimer ou haïr, être bon ou mauvais. La solution est de sortir de l'alternative « soit-soit » et de la remplacer par « *ceci et cela* ». Les choses deviennent alors claires : on peut investir les objets positivement ou négativement en fonction du contexte dans lequel ils se présentent. On peut aimer et se sentir bien, et l'instant d'après, haïr et se sentir mal, selon que la situation procure satisfaction ou frustration.

Si la thérapie ne donne pas au patient le soutien environnemental qu'il en attend, si les réponses auxquelles il pense avoir droit ne viennent pas, que l'on ne montre aucune considération pour sa bonne volonté, que l'on n'admire pas son grand savoir en psychologie et que l'on ne le félicite pas pour ses progrès, la frustration qui en résultera se traduira par un investissement négatif du thérapeute. En compensation, la Gestalt-thérapie lui apportera l'attention qu'il désire – une attention exclusive – et une absence de reproche pour ses résistances. Ainsi, la thérapie s'engage sur un mélange équilibré de frustration et de satisfaction.

Le champ d'opération thérapeutique est maintenant prêt. Qu'allons-nous demander à notre patient ? S'allonger sur le divan et faire des associations libres ? Creuser ses souvenirs de la phase œdipienne, étudier ses relations interpersonnelles ou ressentir sa cuirasse caractérielle ? Allons-nous nous centrer sur son passé ou sur le présent ? Observer son aptitude à effleurer une multitude de sujets et à faire jaillir de nombreuses idées, ou sa capacité à se concentrer sur un seul thème, même pendant un court instant ? Devons-nous nous intéresser à son esprit ou à son corps ? Faut-il chercher à savoir pourquoi et comment il s'autocensure et s'interrompt constamment ?

Allons-nous nous occuper de sa personnalité souterraine ou superficielle ? Est-il important de réagir à ses paroles et à ses actes ? Devons-nous traiter ses symptômes physiques sur le plan psychologique ou inversement aborder ses symptômes psychologiques de manière physique ? Vaut-il mieux observer ou interpréter ? Doit-il faire sa propre expérience pour apprendre ou faut-il lui expliquer les choses en long et en large dès qu'il nous fournit un prétexte à discourir ?

Les techniques thérapeutiques conventionnelles partent du postulat que le patient a besoin de comprendre les raisons de son comportement et que l'on peut découvrir le pourquoi des choses si l'on creuse assez loin dans son passé, dans ses rêves, dans son inconscient. Selon l'école à laquelle il appartient, le thérapeute s'intéressera à un ou plusieurs facteurs, ensemble ou séparément. Freud, par exemple, a fait certaines observations qui l'ont conduit à formuler la théorie du complexe d'Œdipe, dans laquelle il localise la source des problèmes. Reich a plutôt parlé de cuirasse caractérielle et de la nécessité de puissance orgastique ; Sullivan explique tout par le *self-system* et par les relations interpersonnelles. Pour Salter, le besoin d'expression de soi est primordial ; et Adler voit dans le complexe d'infériorité la raison majeure de nos difficultés. La liste est loin d'être finie...

Chacune de ces hypothèses a sa validité, mais toutes sont limitées. En effet, aucune ne prend en compte un point fondamental : le fait que le champ organisme/environnement forme un tout indissociable. Toutes procèdent par amputation du processus global.

Les tenants de l'école de Sullivan tiennent davantage compte que les autres des interactions du champ, mais leurs conceptions pèchent encore par un dualisme fondamental. Notre système procure une base plus large pour les opérations thérapeutiques, car nous considérons que l'être humain est, par nature, à la fois un individu et un membre du groupe.

Formulons encore une fois notre théorie : la névrose est un état de déséquilibre qui se produit lorsqu'un individu et le groupe auquel il appartient éprouvent simultanément des besoins divergents et que l'individu

est incapable de déterminer lequel doit avoir la priorité. Si cette expérience se produit assez souvent, ou une seule fois d'une manière assez forte pour imprimer une marque profonde sur l'individu, son sens de l'équilibre dans le champ sera suffisamment perturbé pour l'empêcher de trouver dorénavant la posture d'équilibre. Il commencera alors à réagir de façon névrotique dans des situations sans aucune relation intrinsèque avec la ou les expériences qui ont provoqué le déséquilibre initial. Face à la même situation, le névrosé s'auto-interrompt, alors que le délinquant interrompt l'environnement.

Cette large définition laisse la place à plusieurs raisons pour expliquer le comportement névrotique, mais aucune des théories avancées par les autres écoles ne nous apparaît comme définitive. Les thérapies traditionnelles se fondent sur la supposition suivante : le patient serait soulagé de sa névrose par l'anamnèse et la réinterprétation des souvenirs du passé, dont les effets nocifs seraient ainsi contrecarrés. Soit il résoud ses problèmes, soit il apprend à vivre avec eux, mais de toute façon, ils ne créent plus de difficultés.

Cette hypothèse ne nous paraît pas valide pour plusieurs raisons. En premier lieu, une action thérapeutique s'appuyant sur un ensemble de « causes » simples offre une marge de manœuvre aussi étroite et limitée que celle du patient, car elle oublie tous les autres facteurs et reste cantonnée à quelques traits de la personnalité. Une telle approche peut lui procurer une amélioration, mais seulement à l'intérieur des limites imposées à la fois par sa névrose et par la théorie thérapeutique dans laquelle il se trouve enfermé. Sa conscience n'a aucune chance de s'ouvrir sur de plus larges perspectives. Tout se passe comme si patient et thérapeute portaient tous deux des lunettes grossissantes munies d'œillères sur les côtés : leur vision est précise sur le devant et totalement occultée sur la périphérie. La mentalité d'exclusion des différentes écoles, qui donnent plus d'importance soit aux facteurs mentaux, soit aux facteurs physiques (les Reichiens), a pour résultat désastreux de circonscrire la marge de manœuvre du patient à l'intérieur d'étroites limites – même si celle-ci peut s'accroître dans une

certaine mesure – et de réduire considérablement le champ d'intervention du thérapeute.

L'approche gestaltiste étant unitaire, elle permet d'élargir le spectre d'orientation et d'accroître les moyens d'action du thérapeute. Nous sommes fermement convaincus que la névrose peut être provoquée par n'importe quelle situation ou ensemble de situations – graves ou chroniques – que le patient a pris l'habitude de mal gérer en mettant en place un processus d'interruption de soi. Il est impossible d'assigner une fois pour toutes une « cause » unique à la névrose. Selon nous, la fracture « physico-mentale » entre le corps et l'esprit procède d'une dichotomie fallacieuse et totalement artificielle. En effet, privilégier l'un ou l'autre terme ne fait qu'entretenir la névrose sans la guérir.

Puisque l'imagination est une réalité estompée et la pensée une mise en action atténuée, il s'ensuit que la faculté fantasmatische – pour autant qu'elle soit reliée à l'action – peut être utilisée thérapeutiquement. De même, une mise en action aura également un effet thérapeutique si elle est en lien avec la capacité imaginative. En effet, il arrive trop souvent que nos patients se servent de leur imagination comme moyen détourné de satisfaire leurs besoins sans s'impliquer réellement, et cela est nuisible pour eux. Nous pouvons leur enseigner en thérapie à utiliser leur pouvoir fantasmatische dans le but de découvrir leurs besoins réels et de les satisfaire concrètement.

Une thérapie orientée vers le passé n'est pas valide pour une deuxième raison : les « pourquoi » de la névrose n'expliquent rien. Pourquoi la même situation produit-elle une névrose chez Monsieur A et pas chez Monsieur B ? Pourquoi une telle situation a-t-elle pu se développer ? Et pourquoi les conditions initiales de son apparition ont-elles été réunies ? Les « pourquoi » appellent d'autres « pourquoi » *ad infinitum*, jusqu'à une première cause qui n'a pas d'autre cause qu'elle-même.

Si quelqu'un est névrosé parce que sa mère est morte en couches à sa naissance et qu'il a été élevé par une vieille tante acariâtre qui l'empêchait de faire ce qu'il voulait, ce qui l'a forcé à refouler certains désirs, comment une telle explication, qui fait tenir à la tante le mauvais rôle, va-t-elle l'aider

à résoudre ses problèmes ? Au contraire, elle lui donnera toute latitude d'accuser sa tante, de projeter sur elle ses difficultés, autrement dit, d'en faire un bouc émissaire. Ce n'est pas une réponse. Ce genre d'échappatoire est très souvent le résultat des thérapies psychanalytiques orthodoxes.

Mais cette litanie de faits donne une indication précieuse : si la tante ne l'a pas laissé libre d'agir à sa guise, son enfance a été une suite d'interruptions successives induites de l'extérieur (la tante) et de l'intérieur (lui-même). Si notre patient apprend à repérer *comment* il s'est interrompu dans le passé, et s'il se voit en train de s'interrompre lui-même encore actuellement, s'il parvient vraiment à sentir *comment* il s'y prend, il sera alors capable de surmonter ses propres interruptions, parvenir à son être réel, faire ce qu'il veut et atteindre ses objectifs. Si la thérapie est couronnée de succès, le patient sera à même de réaliser ses projets en s'appuyant sur ses ressources intérieures, sans être à la merci de forces d'interruptions incontrôlables.

Les problèmes ne proviennent pas seulement du matériel refoulé, mais aussi des zones d'ignorance de soi laissées en creux par le processus d'auto-interruption, qui nous a empêchés d'apprendre certaines choses de nous-mêmes. La plupart des difficultés du névrosé sont liées à ces lacunes dans la connaissance de soi : il souffre de points aveugles, il y a des choses et des relations qu'il ne sent tout simplement pas. Au lieu de parler d'inconscient, nous préférons parler de *non conscient en ce moment*. Cette expression couvre un spectre beaucoup plus large que l'inconscient freudien. Ce territoire temporairement exclu de la connaissance de soi contient non seulement du matériel refoulé, mais également du matériel qui n'est jamais parvenu à l'esprit conscient, du matériel effacé ou assimilé, ou intégré à des Gestalts plus vastes. Le non-conscient comprend nos savoir-faire, nos modes de comportement, nos habitudes motrices et langagières, les zones aveugles, etc.

La frange consciente de l'esprit ainsi que l'inconscient (au sens freudien) appartiennent à un plan purement mental. En revanche, notre connaissance et notre ignorance de nous-mêmes (*awareness* et *unawareness*) ne sont pas

d'ordre purement mental ; dans le droit fil de notre définition unitaire, elles semblent résulter d'une propriété du protoplasme dont toutes les créatures vivantes sont composées. Chez une créature aussi complexe que l'homme, les zones de méconnaissance de soi sont assez vastes : nous n'avons pas conscience de nos processus végétatifs, des forces qui nous obligent à respirer, à manger et à excréter ; nous n'avons pas conscience non plus des nombreux mécanismes de croissance. Si l'ignorance de nous-mêmes est assez étendue, l'espace concédé à notre connaissance consciente – à notre *awareness* – l'est aussi : il comprend non seulement nos activités sensorielles et motrices manifestes, mais aussi une grande partie de l'activité en réduction que nous qualifions de mentale.

Une école de psychothérapie ayant une conception unitaire de l'organisme humain unitaire ne peut pas se contenter d'explorer le matériel mental, qu'il soit refoulé ou exprimé ; elle doit prendre en compte la totalité du fonctionnement humain. Elle doit faire en sorte que le patient embrasse une étendue suffisamment large de ses schèmes de fonctionnement pour vivre en bonne santé. Contrairement aux écoles orthodoxes, qui donnent plus d'importance à ce que le patient ignore de lui-même, nous insistons sur ce qu'il sait, sur ses zones d'*awareness* plutôt que sur les aires de méconnaissance de soi. Nous espérons ainsi accroître progressivement sa conscience de lui-même à tous les niveaux.

Nulle part notre divergence de vue n'apparaît aussi clairement que dans le domaine psychosomatique, un thème à la mode dans le monde psychiatrique et les conversations de salon. Tant que l'on reste prisonnier de la vieille dichotomie corps/esprit – intimement associée à l'étroit concept d'inconscient –, on peut décrire la maladie psychosomatique comme un trouble somatique lié à un événement psychique ou un trouble psychique causé par un événement somatique. Mais notre point de vue unitaire nous préserve du piège de la causalité. Pour nous, une occurrence qualifiée de « psychosomatique » est celle où les dérèglements physiques de surface se manifestent de manière plus visible que les perturbations mentales ou émotionnelles. Les lois de contact, d'interruption et de recherche d'appuis

s'appliquent à tous les niveaux ; il est impossible de faire une distinction nette entre une simple occurrence et une réelle affection psychosomatique. L'oubli, par exemple, qui appartient à l'ordre des manifestations psychosomatiques, n'est pas un symptôme auquel un médecin pourrait s'intéresser, même s'il est un partisan extrêmement zélé de l'unicité corps/esprit. Par ailleurs, il existe de nombreux exemples de symptômes psychosomatiques graves, telles que l'ulcère, l'asthme ou la colite, qui nécessitent parallèlement des soins médicaux et une aide pharmaceutique.

Prenons comme exemple l'une des manifestations psychosomatiques les plus répandues : le mal de tête. Dans la vie quotidienne, il sert très couramment de prétexte à se retirer, mais – sauf dans le cas d'un menteur invétéré –, il y a effectivement une expérience physique authentique, où le corps dit en substance, dans le langage qui est le sien : « Cette situation me donne la migraine », ou bien : « Tu me rends malade ». Les maux de tête sont des mécanismes d'interruption du contact. Pour faire face à une situation donnée, l'organisme crée une excitation qu'il transforme ensuite en émotion, puis en action. Mais si l'excitation est retournée contre soi-même, l'action qui aurait dû permettre d'accomplir un objectif se transforme en une inhibition susceptible de créer une simple manifestation ou même un véritable symptôme psychosomatique. Nous essayons de traiter l'expérience migraineuse dans sa totalité, sans la balayer d'un revers de la main comme s'il s'agissait d'une chose banale et sans importance, sans l'évacuer non plus de façon permanente à l'aide de médicaments. Ce genre de symptôme psychosomatique mérite d'être traité en psychothérapie. Il n'est même pas nécessaire, comme nous le verrons plus tard, d'avoir recours à l'interprétation de la « motivation inconsciente » du patient pour s'en occuper.

Pour un thérapeute orthodoxe, la thérapie s'accomplice à travers le processus du transfert. Selon Freud, le névrosé transfère sur le thérapeute un ensemble de réactions et d'attitudes émotionnelles qu'il a déjà eues dans ses interactions avec certaines personnes dans le passé. Le patient met en acte dans le processus transférentiel une sorte d'illusion ; ce qu'il prend pour un

contact personnel avec le thérapeute est en fait un événement intrapsychique, interne à son organisme, qu'il fabrique lui-même. Ce n'est pas du *contact*, mais quelque chose qui empêche le contact. Le contact implique la reconnaissance de ce qu'est l'autre ; ce n'est pas une interprétation de l'autre.

Cependant, cette théorie, malgré sa grande valeur, ne donne pas une explication vraiment satisfaisante des sentiments que le patient ressent souvent envers son thérapeute pendant le traitement. Faut-il donc supposer que ceux-ci n'ont aucune réalité, et que leur cause réside uniquement dans l'histoire du patient ? Faut-il donc supprimer son être en devenir ?

Si nous tirons toutes les conséquences du concept d'investissement qui prend sa source chez Freud et que nous l'appliquons au phénomène transférentiel, nous arrivons à une conclusion radicalement opposée à la sienne. Ce qui agit dans la thérapie n'est pas ce qui s'est passé, mais ce qui ne s'est pas passé ; l'élément actif est un déficit, une lacune, un *fiasco*. Ce qui s'est passé est passé, c'est une situation achevée, terminée, qui, dans sa progression, est parvenue à la satisfaction et s'est intégrée au tissu même du soi. La situation inachevée, elle, n'a pas réussi à suffisamment se développer pour se dispenser du soutien environnemental et parvenir à l'autonomie interne ; elle est un héritage du passé qui demeure dans le présent.

En d'autres mots, notre position est la suivante : le transfert, procédant à la fois de sentiments réels et vrais, d'espoirs imaginaires et de soutien attendu de la part du thérapeute (que le patient prend comme allant de soi), est dû au « déficit d'être » du patient, et non à ce qui fut et a été oublié. Notre histoire n'est pas une accumulation de faits, mais la toile de fond de notre existence, le témoignage de la façon dont nous sommes devenus ce que nous sommes. Or, certaines perturbations provenant des coulisses de notre existence interfèrent avec notre vie présente et nous empêchent de disposer de toutes nos ressources. Elles se mettent en avant pour que l'on s'occupe d'elles. Alors, ces manques, ces insuffisances, ces Gestalts

incomplètes peuvent se transformer en atouts incomparables, en fonctions de recours ou d'étayage sur lesquels on pourra compter.

Peu nombreux sont les patients qui nécessitent, au début de la thérapie, un soutien actif de la part du thérapeute. Ils sont prêts à s'ouvrir, si on leur en donne l'occasion, mais leur déficit d'être devient de plus en plus apparent au fur et à mesure que la thérapie progresse et que le patient met en place ses exigences et ses manipulations. Le thérapeute est doté d'un investissement de plus en plus fort – positif ou négatif – au fur et à mesure qu'il symbolise de plus en plus clairement ce dont manque le patient.

Qu'est-ce que cela signifie dans la technique thérapeutique ? Prenons le cas d'un patient dont le transfert serait qualifié de très fort dans la théorie orthodoxe. Nous dirions plutôt que le thérapeute représente dans ce cas tout son déficit d'être : il veut devenir thérapeute comme lui, utilise volontiers le jargon psychiatrique, imite ses gestes et son style. S'il travaille selon les conceptions classiques, le thérapeute cherchera l'explication du comportement transférentiel de son patient dans ses antécédents historiques, pour déterminer avec qui le patient a eu la même attitude introjective. Autrement dit, il explorera la *substance*, en espérant que le patient arrive à faire la différence entre lui-même et l'autre introjecté, qui peut être sa mère ou son père. De notre côté, nous interrogerons le *processus* plutôt que la substance.

En effet, le processus continue à fonctionner comme par le passé. Toute personne qui introjecte a du mal à assimiler le monde, gêne sa propre croissance et entrave sa réalisation de soi en cherchant à prendre des raccourcis d'expérience. Tant que le patient reste un agrégat d'introjects et persiste dans son comportement introjecteur, il n'est pas vraiment lui-même, ne peut se prendre en charge ni combler ses besoins. Si l'introjection constitue sa principale technique pour aller à la rencontre du monde, on aura beau exorciser un ou deux introjects comme son père et sa mère, il continuera à en accumuler d'autres. Que faire alors ? Concentrer ses efforts sur le processus d'introjection, faire en sorte qu'il voie comment il avale les

chose toutes crues sans les mâcher, comment il interrompt constamment le processus de destructuration et d'assimilation.

Grâce à notre approche unitaire, nous avons la capacité de maîtriser ce problème sur le plan du fantasme comme sur celui de la réalité. Comme je l'ai déjà fait remarquer plus haut, si l'organisme avale tout rond une substance indigeste, normalement, il va la rejeter. L'aspect émotionnel du vomissement est le sentiment de dégoût. Mais le névrosé a érigé un certain nombre de barrières intérieures pour s'empêcher de le ressentir. Comment s'y prend-il pour éviter cette expérience désagréable ? Soit il s'insensibilise, soit il élabore un système de raffinement excessif, de suresthétisation de la vie. Le patient qui introjecte doit apprendre ce qu'est le dégoût : en effet, c'est parce qu'il interrompt cette sensation d'écœurement qu'il continue à « avaler » les autres. Aidons-le à prendre conscience de sa nausée et à comprendre que son ressenti est dû au fait qu'il ingère directement les conseils et les valeurs des autres. C'est le préalable pour qu'il connaisse un soulagement et parvienne à se créer lui-même, développe ses autres potentialités, prenne des décisions qui lui appartiennent vraiment, tienne les rôles qu'il a réellement choisis.

Cela ne veut pas dire qu'il ne doive pas apprendre aussi que le thérapeute n'est pas sa mère ou son père. Il est important qu'il sache faire la différence entre lui-même et les autres. Mais ces aptitudes, il les acquerra en même temps qu'il prendra conscience de ses habitudes d'introjection et qu'il verra *comment* il introjecte. Et il comprendra par la même occasion que ses introjects ne sont pas son soi authentique.

L'autonomie interne – le fait d'être capable de se passer d'un soutien environnemental pour trouver en soi tout ce qu'il faut pour réaliser ses objectifs – n'est possible qu'en réorientant les énergies investies dans les obstructions qui empêchent le libre écoulement des forces créatives. Il ne sert à rien que notre patient se voie en train d'opérer passivement un transfert du passé. Il est préférable de l'aider à mettre en place une mentalité responsable, qui lui fera dire : *c'est moi qui m'empêche de...* :

« comment est-ce que je m'y prends pour m'empêcher de...? » ; « de quoi est-ce que je m'empêche ? ».

Si le thérapeute fournit au patient le soutien environnemental qu'il cherche, c'est-à-dire s'il favorise son besoin d'opérer un transfert sur lui, il fait le jeu de sa névrose. En revanche, s'il fait en sorte que le patient assimile le matériel bloqué en s'identifiant à lui, puis en s'en distinguant, il facilite son développement.

La même approche vaut pour le rêve, cet extraordinaire échantillon de création humaine qui procure au patient et au thérapeute, dans l'analyse orthodoxe, la séduisante perspective de centaines d'heures de « bla-bla ». Pour Freud, le rêve permet de réaliser certains désirs. Il fait le pari que l'on peut en comprendre la signification en faisant le va-et-vient entre le contenu du rêve et les associations qu'il évoque. En effet, il est rare que nous en comprenions le sens, même si nous savons pertinemment que c'est nous-mêmes qui le créons. Le rêve semble appartenir à un monde étrange et particulier.

Cependant, considérer le rêve comme une simple réalisation des désirs, ainsi que l'affirme la théorie freudienne, et le réduire à une série de symboles verbaux rudimentaires, nous paraît en contradiction flagrante avec l'intensité vitale qu'il déploie. Prenons l'exemple du cauchemar. C'est vrai, si vous le découpez en une série de fragments statiques, vous pourrez isoler le désir qui se cache derrière le frisson de la terreur. Vous pouvez aussi le considérer comme l'interruption d'un désir, ce qui vous rapprochera de la thèse de Freud. Mais il paraît franchement absurde de considérer un cauchemar comme la réalisation d'un désir...

Il nous semble que les rêves (tous les rêves, pas seulement les cauchemars) représentent plutôt la tentative de résoudre un paradoxe apparent. C'est un acte de création artistique où deux efforts apparemment incompatibles se contredisent l'un l'autre. Dans le cauchemar, le paradoxe n'est pas intégré ; dans la vie quotidienne du névrosé, ses paradoxes ne le sont pas non plus. Harry Stack Sullivan fait remarquer que l'on n'aurait pas

besoin de rêver pendant la nuit si nous résolvions nos problèmes pendant la journée.

Il est préférable de ne pas interpréter le rêve si nous voulons en saisir la signification. Au lieu de spéculer sur lui, nous demandons à nos patients de le vivre plus pleinement, plus intensément, afin de découvrir le paradoxe. Dans une analyse orthodoxe, le patient prolonge son rêve à travers l'association ; Freud a d'ailleurs pu tirer des pages et des pages d'associations et d'interprétations à partir d'un court passage descriptif d'un de ses rêves. Mais pour intensifier le rêve, pour tenter de le revivre, le patient doit être ouvert à ses sensations, ses émotions, ses gestes aussi, et pas seulement se cantonner à des interprétations purement verbales et à ce qui lui vient à l'esprit. Il ne peut intégrer le rêve et trouver la solution du paradoxe qu'en s'identifiant à nouveau à lui, et plus particulièrement à ses aspects dérangeants.

La plupart des écoles de psychiatrie admettent que le rêve est une projection, que tous les personnages et les objets qui y figurent ne sont rien d'autre que le dormeur lui-même, et que le scénario représente une tentative pour résoudre un paradoxe en refusant la responsabilité de ses propres espoirs et désirs : par exemple, on rêve que son ennemi est tué par quelqu'un d'autre.

Prenons deux exemples de travail sur les rêves. Dans les deux cas, le lecteur remarquera que nous demandons au patient de s'identifier successivement avec tous les éléments de son rêve, puis d'essayer de prendre conscience du paradoxe qu'il contient, et enfin de résoudre ce paradoxe.

Le premier cas est celui d'une jeune patiente qui relate l'image onirique suivante : « Je suis en train de monter les escaliers avec un paquet sous le bras ». Voici les fantasmes qu'elle imagine en s'identifiant aux différents objets du rêve : « Si je suis l'escalier, quelqu'un m'utilise pour monter plus haut ; c'est évidemment mon mari, qui a beaucoup d'ambition et poursuit actuellement ses études ; il compte sur moi pour que je l'aide financièrement. Si je suis le paquet, c'est lui qui doit me porter ; c'est vrai

aussi ; il doit m'emmener avec lui jusqu'aux cimes intellectuelles qu'il va atteindre. » Et la patiente arrive à ce qui lui apparaît comme une situation paradoxale dans sa vie : c'est à la fois elle qui porte le fardeau et qui est le fardeau.

Dans le cas suivant, nous avons tenté de solutionner le paradoxe pendant la séance de thérapie : le patient avait rêvé qu'il voyait un homme boucher les toilettes en essayant de pousser des ordures dans le trou jusqu'à ce que le sol s'effondre. Au lieu de procéder à une interprétation – cela aurait été facile car ce rêve concordait parfaitement avec l'attitude globale du patient envers les choses déplaisantes –, nous lui avons demandé ce qu'il aurait fait à la place de l'homme qu'il avait vu dans son rêve. Il répondit qu'il aurait pris un crochet pour retirer les matières qui bouchaient la cuvette. Poursuivant son travail d'imagination, il fit la description de toutes les choses immondes et répugnantes qu'il retirait et eut alors une sensation de resserrement au cou, qui correspondait au goulot d'étranglement de la cuvette des WC. Il contractait sa gorge et s'empêchait de vomir pour faire sortir les matières ignobles qu'il retenait. En conséquence, il s'est produit une intégration du contenu du rêve, du comportement du patient et de son symptôme psychosomatique. Mais le paradoxe sous-jacent – celui d'un patient introjecteur qui avale des choses dégoûtantes que son sens du goût devrait censurer – n'a pu être résolu au cours de cette séance. Nous avons travaillé un peu dans cette direction, mais à un certain moment, le patient a buté sur une zone aveugle. Son palais était complètement insensibilisé.

Les deux exemples ci-dessus font apparaître des divergences notables entre la Gestalt-thérapie et les techniques plus conventionnelles. Mais les différences les plus importantes, semble-t-il, n'ont pas encore été présentées de manière explicite.

LA THÉRAPIE DE L'ICI ET MAINTENANT

La croyance implicite de la psychothérapie orthodoxe est la suivante : le névrosé a eu un problème autrefois, et le but de la psychothérapie est de parvenir à résoudre ce problème passé. Cette doctrine, qui se traduit par une grande importance donnée au travail sur les souvenirs, contredit franchement toutes les observations cliniques que l'on peut faire sur le patient et sa maladie. Le point de vue gestaltiste est différent : le névrosé n'est pas simplement quelqu'un qui *a eu* un problème dans le passé, c'est quelqu'un qui *continue à avoir* un problème dans le présent, ici et maintenant. On dit qu'il se comporte comme il le fait « à cause de » certains événements passés ; peut-être, mais ses difficultés d'aujourd'hui sont le résultat de son comportement d'aujourd'hui. Il a du mal à se tirer d'affaire dans certaines situations actuelles, et s'il n'apprend pas à régler ses problèmes un par un, au fur et à mesure qu'ils se présentent, il ne sera pas plus capable d'y arriver plus tard.

La thérapie a pour but de lui permettre de résoudre ses problèmes aujourd'hui, demain ou plus tard encore, en lui donnant l'outil de l'autonomie interne, la faculté de trouver en soi les ressources nécessaires en toutes circonstances. Pour cela, il doit toujours avoir accès, dans ses rapports avec lui-même et avec ses problèmes, à tous les moyens actuellement à sa disposition, en cette minute même. En devenant à chaque instant *véritablement conscient (aware)* de lui-même et de ses actes – au niveau fantasmatique, verbal ou physique –, il pourra voir quelles sont ses difficultés actuelles et s'appliquer à les surmonter dans l'ici et le maintenant. Chaque problème résolu facilite la résolution du suivant, en renforçant son autonomie interne.

Du même coup, le patient travaillera sur les séquelles de ses problèmes passés non résolus, puisqu'elles provoquent inévitablement des difficultés au présent et apparaissent forcément au cours de la thérapie sous divers déguisements : dissociations, tics nerveux, fantasmes, etc. N'oublions pas que ces reliquats du passé sont surtout des problèmes actuels qui inhibent la pleine participation au présent.

On définit communément le névrosé comme une personne qui connaît de graves difficultés et a du mal à réussir sa vie présente. Nous ajouterons à cette description générale qu'il s'auto-interrompt constamment ; que le sens de sa propre identité est insuffisant (il a du mal à faire la distinction entre lui-même et le reste du monde) ; que son autonomie interne est imparfaite (il ne sait pas trouver en lui-même les ressources nécessaires à ses actions) ; et que son homéostasie psychologique est défectueuse (il fait beaucoup d'efforts pour être en équilibre sans y parvenir).

Essayons de voir à présent ce que l'on peut faire. Il est difficile pour le névrosé de pleinement participer au présent, en raison des histoires inachevées de son passé. Alors que ses problèmes existent dans la réalité de l'ici et du maintenant, seule une partie de lui-même est présente pour les affronter. La thérapie aura donc pour rôle de lui apprendre à vivre dans le présent et les séances lui donneront l'occasion de pratiquer cet exercice pour la première fois. La Gestalt est en effet une thérapie de « l'ici et maintenant », consistant à demander au patient de porter toute son attention sur ses actes actuels, ici même et en ce moment, pendant la séance.

La Gestalt est une thérapie expérientielle plutôt que verbale ou interprétative. Nous ne demandons pas à nos patients de parler de leurs souvenirs, de leurs traumatismes et des problèmes qu'ils ont eus jadis, mais de revivre leurs problèmes et leurs traumatismes dans l'ici et le maintenant, c'est-à-dire de *refaire l'expérience dans le présent* de leurs histoires inachevées. Les problèmes du passé n'ont aucune chance de se résoudre si l'on ne trouve pas leur solution dans le présent. Le patient doit réaliser que s'ils étaient vraiment passés, ses problèmes n'en seraient plus, ils ne seraient plus présents.

Puisque la Gestalt-thérapie s'appuie essentiellement sur l'expérience, elle implique que le patient se connaisse lui-même aussi complètement que possible, qu'il fasse l'expérience de lui-même dans l'ici et le maintenant aussi pleinement qu'il le peut. Nous demandons au patient de prendre conscience de ses gestes, de sa respiration, de ses émotions, de sa voix, de ses expressions faciales, autant que de ses pensées prégnantes. Plus on a conscience de soi, plus on sait ce qu'est le soi. Ayant expérimenté comment il s'empêche d'être lui-même maintenant, comment il s'interrompt lui-même, le patient pourra faire l'expérience du soi, du *self* qu'il a interrompu.

Pour ce faire, le thérapeute est guidé par ce qu'il observe du patient. Nous discuterons de son rôle plus en détail dans les chapitres suivants, mais il suffit de dire ici qu'il doit être sensible à l'apparence et à l'attitude extérieure de son patient : le thérapeute doit jouir d'une plus grande lucidité, d'une *awareness* plus large, pour que le patient soit capable d'accroître la sienne.

Chaque séance de thérapie commence et se poursuit – non seulement en mots, mais aussi en esprit – par un exercice fondamental qui peut se résumer par la simple expression suivante : « Maintenant je suis conscient de... ». Le premier mot « maintenant » nous force à rester dans l'actualité et insiste sur cette vérité qu'aucune expérience n'est possible hors du présent, dont la nature est éminemment mobile. En démarrant par « maintenant », le patient n'aura aucune difficulté à conjuguer ses verbes au présent, à travailler phénoménologiquement et à fournir ainsi de lui-même tout le matériel nécessaire parmi ses expériences passées pour clore une Gestalt, assimiler un souvenir ou rectifier l'équilibre de l'organisme.

Le pronom « je » est utilisé comme antidote d'un « ça » ou d'un « on » impersonnel et indéfini. Il développe chez le patient le sens des responsabilités envers ses sentiments, ses pensées et ses symptômes. Le verbe « suis » est son symbole existentiel. Il explicite la relation de ses expériences avec son être même, ainsi qu'avec son devenir, son « maintenant ». Le patient apprend rapidement que chaque nouveau « maintenant » est différent du précédent.

L'attribut « conscient de... » (*aware*) donne au patient le sentiment de ses moyens et de ses aptitudes, ainsi que de son équipement sensoriel, moteur et intellectuel. Être conscient (*aware*) n'est pas la même chose qu'avoir conscience (le *conscious*, en tant que pendant de l'inconscient freudien). L'expérience d'avoir conscience est purement mentale, comme passée à travers le crible de la raison et du discours. Être conscient (*aware*) apporte un plus par rapport au simple fait d'avoir conscience (*conscious*)¹. Le conscient (*aware*) donne au thérapeute et au patient l'image extrêmement nette des ressources actuelles du patient. Or il vaut beaucoup mieux travailler avec ce que le patient possède déjà – avec ses moyens de manipulation actuels – qu'avec ce qu'il n'a pas encore développé ou qu'il a déjà perdu.

En effet, l'*awareness* n'est possible qu'au présent. En ouvrant de nouvelles voies d'action, elle constitue une antidote aux habitudes routinières. Celles-ci étant des fonctions fixes et rigides, on ne peut les modifier qu'en projetant sur elles la lumière d'une conscience claire et lucide. Pour les corriger ou même simplement envisager de le faire, il est nécessaire, au préalable, de sentir qu'il existe d'autres façons de penser, d'autres moyens d'agir. L'*awareness* permet de prendre conscience qu'il existe d'autres choix. L'*awareness*, le contact et le présent sont les trois facettes d'un seul et même processus : la réalisation de soi. C'est ici et maintenant que l'on prend conscience de l'éventail des choix disponibles, qu'il s'agisse de petits dilemmes pathologiques (le stylo est-il posé bien droit ?) ou de grandes résolutions concernant le choix d'un métier ou d'une cause à défendre.

Comment cette thérapie du « maintenant je suis conscient de... », comment cette technique de l'ici et du maintenant se traduit-elle dans les faits ? Prenons le cas d'un névrosé qui n'a pas achevé le travail de deuil de l'un de ses parents. Qu'il soit conscient ou non, il s'imagine que son père ou sa mère qui l'aidait et le soutenait est toujours là. Agissant comme s'il (ou elle) était encore vivant, il conduit sa vie en fonction de repères obsolètes. Pour retrouver ses propres repères et participer à la pleine

dimension de son présent, il doit renoncer à ce soutien et à ces conseils révolus, dire adieu à son géniteur, se séparer de lui.

La seule façon de réussir cela, c'est de se rendre à nouveau à son chevet, à son lit de mort, et d'affronter son départ définitif. Il doit transformer ses cogitations sur le temps jadis en actions actuelles, puisqu'il vit le présent comme s'il appartenait à l'autrefois. Il ne suffit donc pas qu'il raconte la scène, il doit la revivre, la retraverser afin d'en assimiler les sentiments interrompus : intense chagrin, mais aussi peut-être triomphe, culpabilité ou autres. Ce n'est pas assez de raviver le souvenir de l'événement passé, il doit être revécu en psychodrame. Parler de soi, c'est résister, c'est s'empêcher de faire l'expérience de soi. Se souvenir d'une expérience, ne faire qu'en parler, a pour résultat de l'isoler comme un vestige du passé, aussi dénué de vie que les ruines de Pompéï. Vous pourrez éventuellement faire quelques reconstructions ingénieuses de ces décombres, mais non les ramener à la vie. Le souvenir qu'évoque le névrosé n'est pas un vulgaire terrain d'exploration pour ces archéologues du comportement humain appelés psychanalystes. C'est un événement inachevé, encore vivant mais interrompu, qui attend d'être assimilé et intégré. Cette assimilation ne peut avoir lieu qu'ici et maintenant, dans le présent.

Le psychanalyste, puisant dans les vastes réserves de sa science théorique, pourrait donner à son patient l'explication suivante : « Vous vous accrochez à votre mère parce que vous vous sentez coupable de sa mort. Étant enfant, vous avez souhaité qu'elle meure, vous avez refoulé ce désir puis, quand il s'est réalisé, vous avez eu l'impression de l'avoir tuée. » Cet exposé peut contenir des éléments de vérité, mais une interprétation symbolique ou intellectuelle de ce type reste sans effet sur les sentiments du patient, car sa douleur ne provient pas de son sentiment de culpabilité mais du fait qu'il l'ait interrompu quand sa mère est morte. Si, à ce moment-là, il s'était autorisé à le traverser jusqu'au bout, il ne se sentirait pas malheureux et abattu aujourd'hui. En Gestalt-thérapie, nous proposons au patient un psychodrame où il pourra parler directement à sa mère défunte.

Étant donné qu'un névrosé éprouve des difficultés à vivre et à se connaître dans le présent, il en aura tout autant à appliquer de façon suivie et déterminée la technique de l'ici et du maintenant. Il interrompra sa participation au présent avec des souvenirs du passé, persistant à les évoquer comme s'ils appartenaient réellement au passé. Pour lui, il est plus aisé de donner libre cours aux associations que de s'appliquer à la connaissance de lui-même. Pourtant, ses histoires inachevées rendent essentiel qu'il sache se concentrer, que cette faculté s'exerce à propos de ses sensations corporelles ou de ses fantasmes (il trouvera cet exercice très désagréable au début). Car il ne sait plus classer ses besoins par ordre de priorité et il a tendance à leur donner la même valeur à tous. Il ressemble au jeune homme dont parlait Stephen Leacock, qui avait enfourché un cheval pour galoper follement dans toutes les directions.

Ce n'est pas pour l'ennuyer ou l'importuner que nous voulons le rendre capable de concentration. Apprendre à diriger ses énergies est la condition *sine qua non* pour qu'il arrive un jour à participer pleinement au présent, pour que sa vie devienne fructueuse et productive. Car il saura alors passer d'un besoin à un autre en disant dans l'ordre : « maintenant, j'ai besoin de ceci », puis : « Maintenant, c'est cela qu'il me faut ». Mais il saura le faire à la condition qu'il soit capable de vivre avec intensité chaque instant présent et chaque besoin.

De plus, la technique de concentration (*awareness focalisée*) nous donne un outil de thérapie en profondeur, intensive plutôt qu'extensive. En se concentrant sur chaque symptôme, sur chaque secteur de sa conscience, le patient fait des découvertes sur lui-même et sa névrose. Il apprend de quoi son expérience est réellement faite ; il apprend comment il la vit ; et il apprend comment ses sentiments et ses façons d'agir dans un domaine de sa vie sont en relation avec ses sentiments et ses façons d'agir dans d'autres domaines.

Revenons quelques instants sur l'une des manifestations psychosomatiques les plus classiques : le mal de tête, que les patients endurent comme une grande gêne. Ils se plaignent beaucoup d'être

importunés, et en retour, viennent en thérapie pour nous importuner avec leur symptôme. Comme de juste, nous leur laissons tout loisir de le faire, mais à charge de revanche, c'est à notre tour de les importuner, en leur demandant de prendre davantage de responsabilités et moins d'aspirine : nous les incitons à découvrir par eux-mêmes comment d'eux-mêmes ils induisent leurs maux de tête (la surprise de la découverte par soi-même – *eurêka*, j'ai trouvé ! – est l'un des agents de guérison les plus puissants). Tout d'abord, on leur demande de localiser la douleur, assis ou allongé, et de ressentir la tension de la migraine. Il s'agit de se concentrer sur la douleur et non de s'en débarrasser par un moyen quelconque. Au début, peu de personnes sont capables de supporter la pression de cette sensation douloureuse. La plupart auront tendance à interrompre l'expérience par des commentaires, des explications, des associations. Certains le prendront de haut, avec dédain et mépris. L'essentiel est que le thérapeute arrive à traverser l'interruption, quelle que soit la façon dont il s'y prend, en la transformant en une fonction « je ».

Autrement dit, il faudra réaliser un énorme travail d'intégration avant d'aborder le mal de tête. Supposons que le patient dise, comme cela arrive souvent : « « a sert à rien ». S'il arrive à dire à la place : « Ce que vous essayez de me faire faire ne sert à rien », il aura fait un petit pas en avant : il aura transformé un petit « ça » impersonnel en une *fonction de contact*, en une expression de soi. On peut ensuite exploiter sa phrase en lui demandant d'entrer dans les détails. Cela lui donnera l'occasion de donner libre cours à ses sentiments inexprimés – scepticisme, réticence, méfiance – qui constituent en partie ces histoires inachevées empêchant sa pleine participation au présent.

Enfin, le patient sera capable d'endurer son mal de tête ou d'autres douleurs, qu'il arrive maintenant à localiser. Tolérer la souffrance est une ouverture vers un contact de plus en plus étroit avec le soi. S'il supporte la sensation douloureuse, peut-être découvrira-t-il qu'une partie de son corps est engourdie ou que ses muscles sont contractés. Dans ce cas, on lui demandera d'amplifier la contraction et il s'apercevra de quelle manière il

peut volontairement créer des douleurs et les accroître. À ce moment-là, il se peut qu'il dise : « J'ai l'impression de faire un tas de grimaces comme si j'allais pleurer ». Le thérapeute peut alors demander : « Avez-vous envie de pleurer ? » On peut suggérer, dans ce contexte, qu'il nous adresse la remarque qu'il vient de faire, qu'il nous la dise directement, et il se pourrait qu'il éclate en sanglots : « Non, je ne pleurerai pas, espèce de salaud ! Fichez-moi la paix ! ». Il semblerait donc que le mal de tête était dû à une interruption du besoin de pleurer. Apparemment, son besoin d'interrompre ses larmes en se donnant des maux de tête a disparu. Dans le meilleur des cas, il perdra également son besoin de pleurer, car si la thérapie peut se concentrer uniquement sur ce facteur pendant assez longtemps, il pourra éventuellement venir à bout des interruptions passées responsables de son besoin actuel de pleurer.

Mais avant d'arriver à ce stade, des progrès auront été accomplis. Le patient aura transformé une implication partielle (mal de tête) en une implication totale (pleurer). Il aura transformé un symptôme psychosomatique en une manifestation totale de soi, car il était complètement impliqué dans ce court accès de désespoir. Grâce à la technique de concentration, le patient aura appris à entrer pleinement, au moins une fois, dans une expérience du présent. De plus, il connaît mieux maintenant ses modes d'interruption de soi et comment ils interfèrent avec la totalité de son expérience. Il a découvert l'un de ses moyens de manipulation.

Nous avons dit que le névrosé était sujet à des auto-interruptions. Toutes les écoles de psychothérapie le savent et l'ont pris en compte, à commencer par Freud, qui a construit toute sa théorie autour de ce phénomène. Parmi toutes les formes possibles de l'interruption de soi, il a mis en exergue l'une des plus cruciales, à laquelle il a donné le nom de censure. Il enjoignait ses patients de ne pas interrompre le libre cours de leurs associations et de ne pas se sentir gênés, supposant que ce sentiment était à l'origine du processus de censure. Voilà donc deux tabous, mis en place par Freud, qui interrompent d'une part l'expérience de gêne du patient, et d'autre part

l'expérience de dissolution de sa gêne. Il en résulte soit une insensibilisation, une impossibilité de ressentir l'embarras et la confusion, soit une impudicité et une arrogance de surcompensation (surtout chez les patients en thérapie reichienne).

Ce que doit traiter la thérapie, ce n'est pas le matériel censuré, mais l'acte même de censurer, qui est une forme d'auto-interruption. On ne peut travailler en partant de l'intérieur pour aller vers l'extérieur, mais seulement dans l'autre sens : en partant de l'extérieur pour aller vers l'intérieur.

La procédure thérapeutique consiste à intégrer les parties dissociées de la personnalité afin de rétablir le soi, le *self*. Pour cela, elle doit conduire le patient jusqu'au stade où il ne s'interrompra plus lui-même, autrement dit, où il cessera d'être névrosé. Comment y arriver sans commettre l'erreur de suspendre l'interruption ? L'injonction de Freud – « ne censurez pas » – est en elle-même une censure du censeur, une interruption du processus de censure. Ce qu'il faut faire, c'est réperer et traiter les *comment* de l'interruption, et non le censeur, c'est-à-dire le « pourquoi » postulé par Freud. On soigne les interruptions en s'intéressant directement à la clinique, à l'expérience que le patient est en train de vivre : on s'occupe des choses qui se présentent en surface, sans chercher à interpréter, ni à deviner quoi que ce soit. On remarque que le patient interrompt sa phrase en plein milieu, qu'il retient son souffle, qu'il serre les poings comme s'il allait frapper quelqu'un, ou bien qu'il balance la jambe comme s'il s'apprêtait à donner un coup de pied, ou encore qu'il interrompt le contact avec le thérapeute en regardant ailleurs.

Est-il conscient de ses auto-interruptions ? C'est la première chose à lui demander. Plus il deviendra conscient de la façon dont il s'interrompt lui-même, plus il le sera des processus qu'il interrompt. Cela est infaillible. Nous avons montré dans l'exemple ci-dessus comment notre patient a dû endurer le procédé qu'il avait choisi pour interrompre le mal de tête, pour découvrir ce qu'il interrompait : l'envie de pleurer. En se concentrant sur l'interruption elle-même, sur ses « comment » et non sur ses « pourquoi », le patient parvient à prendre conscience, d'une part du fait qu'il

s'interrompt lui-même, et d'autre part du processus qu'il interrompt. Par la même occasion, il devient capable de résorber ses interruptions, de continuer son expérience et de la mener à son terme.

Les mécanismes névrotiques d'introduction, de projection et de rétroflexion font eux-mêmes partie du phénomène introjectif général de la névrose et s'installent souvent par réaction aux interruptions provenant du monde extérieur. Lorsque la croissance se fait normalement, on apprend par tâtonnements, en essayant et en se trompant, bref, en expérimentant les choses de la vie aussi librement que possible, sans être interrompu.

Imaginez un chaton qui grimpe à un arbre. Il est en train de vérifier plusieurs choses : il cherche son équilibre, teste sa force et son agilité. Mais la maman chatte est inquiète et ne veut pas le laisser en paix : « Descends tout de suite, tu vas tomber ». Quelle interruption brutale de son plaisir de grandir ! Sa croissance même pourrait être interrompue. Heureusement, les chats ne se conduisent pas aussi bêtement. Ils laissent aux êtres humains le souci de la sécurité.

Pour n'importe quel animal, ainsi que pour tout être humain raisonnable et sensé, l'essence même de l'éducation consiste à faciliter la transformation du soutien externe en autonomie interne. Un chaton nouveau-né ne peut ni s'alimenter, ni se déplacer, ni se défendre tout seul. Il a besoin de sa mère. Mais en grandissant, il va trouver les moyens d'accomplir toutes ces fonctions par lui-même, d'une part en développant ses instincts innés, et d'autre part en tirant des leçons de son environnement. Chez l'être humain, le passage de l'hétéronomie externe à l'autonomie interne est un peu plus compliqué, compte tenu de tous ses besoins nombreux et variés : avoir des couches propres, s'habiller, cuisiner, choisir une carrière, acquérir des connaissances, etc.

Comme l'homme doit apprendre beaucoup plus de choses par le biais de l'éducation que par ses instincts héréditaires, il ne peut pas toujours se fier à son intuition animale pour déterminer la juste manière de se comporter. En réalité, la conduite réputée « juste » est issue de fantasmes variés, transmis et modifiés de génération en génération. Ces procédures d'action sont

principalement des fonctions de soutien du contact social, telles que la politesse, les codes de comportement (l'éthique), les moyens d'orientation (la lecture, *weltanschauungen*), les normes de la beauté (l'esthétique) et la place sociale. Malheureusement, il arrive souvent que ces codes de conduite ne soient pas biologiquement favorables à la vie humaine, bouleversent la racine même de notre existence et induisent une dégénérescence. L'histoire de la psychiatrie clinique montre assez comment une disposition critique envers la sexualité peut provoquer une névrose. De toute façon, ces modes de comportement, qu'ils soient antibiologiques, antipersonnels ou antisociaux, produisent tous des interruptions des processus en cours, qui, s'ils n'étaient pas dérangés, contribueraient à la construction de l'autonomie interne.

Ces interruptions, l'enfant les vit comme un cauchemar. Parfois, c'est le *contact* qui est interrompu : ce sont tous les « Ne touche pas à ça ! » et les « Ne fais pas ça ! » qui bourdonnent à ses oreilles à longueur de journée. Parfois, c'est son désir d'interrompre sa mère qui est interrompu : « Fiche-moi la paix ! », ou bien « Vas-tu me laisser tranquille une minute ? ». Il arrive aussi que ses *retraits* soient interrompus : « Arrête de bailler aux corneilles et finis tes devoirs », ou bien « Tu n'iras pas jouer tant que tu n'auras pas fini ton assiette ».

Alors, que faut-il faire ? Cesser totalement d'interrompre les enfants ? Non, car comme tout animal, le petit d'homme doit lui aussi défier le monde, tester ses facultés jusqu'au bout, tenter d'élargir son terrain d'action, expérimenter son pouvoir et ses limites. Par ailleurs, l'adulte doit l'empêcher de se blesser et de faire du mal aux autres. L'enfant doit apprendre à supporter les interruptions.

Les dégâts commencent lorsque les parents s'immiscent dans le processus de maturation de l'enfant. Ils peuvent soit le gâter excessivement et tout lui passer, interrompant par là même ses tentatives pour définir un style de conduite qui lui soit propre, soit le surprotéger et détruire ainsi sa confiance en lui, sa certitude de trouver en lui-même les ressources nécessaires, compte tenu des limites imposées à son développement. De tels

parents considèrent l'enfant comme leur propriété, qu'ils préservent à tout prix ou brandissent fièrement comme une bannière. Dans ce dernier cas, ils auront tendance à en faire un enfant trop précoce, en posant des exigences excessives, alors qu'il ne possède pas, à ce stade de son développement, les ressources intérieures nécessaires pour réaliser leurs objectifs ambitieux. Dans le premier cas, ils auront tendance à bloquer la maturation de l'enfant, en ne lui donnant aucune chance de mettre à profit les facultés intérieures qu'il a développées. Le premier enfant risque de devenir autarcique et le second dépendant. Aucun des deux n'aura acquis une véritable structure intime sur laquelle il pourra compter.

Quand les patients se présentent au cabinet, ils ont incorporé les interruptions parentales dans leur vie : c'est l'introjection. Ils nous disent par exemple : « Un homme ne pleure pas ». Ils ont renié les parties d'eux-mêmes interrompues dans l'enfance qui les indisposent et les contrarient. C'est la projection : « Ces fichues migraines ! J'en ai ras le bol ! ». Ils peuvent aussi retourner contre eux-mêmes les particularités qualifiées de mauvaises par leurs parents et dont ils interrompaient la manifestation. C'est la rétroflexion : « Je dois me contenir. Faut pas que je pleure ». Enfin, ils peuvent avoir été tellement décontenancés par les constantes interruptions de leurs parents qu'ils renoncent totalement à leur identité. Ils n'arrivent plus à distinguer entre leurs besoins internes et les moyens externes pour les satisfaire, et ne savent plus comment relier les uns aux autres. C'est la confluence : « J'attrape toujours mal à la tête quand on me crie dessus ».

Si, par la concentration, nous parvenons à rendre nos patients conscients de ces interruptions dans l'ici et le maintenant, s'ils peuvent réaliser ce qu'elles sont, comment elles les affectent, nous les amènerons à effectuer de réelles intégrations. Nous pourrons ainsi dénouer le corps-à-corps avec eux-mêmes dans lequel ils sont constamment engagés et qui les bloque. Ils pourront ainsi devenir eux-mêmes, se connaître tels qu'ils sont, ayant acquis une véritable expérience d'eux-mêmes, ainsi qu'une juste appréciation de soi et de l'autre. Ils pourront établir un bon contact avec le

monde, puisqu'ils sauront où il se situe. Comprendre signifie fondamentalement faire des liens, percevoir les relations d'une partie avec le tout. Pour nos patients, cela implique qu'ils sont reliés à eux-mêmes et au monde, autrement dit qu'ils se perçoivent comme une parcelle du champ total. Voilà ce qu'est un bon contact.

¹ N.d.t. : Fritz Perls oppose ces deux mots, contrairement à d'autres auteurs qui les emploient indifféremment l'un pour l'autre comme des synonymes. L'existence de deux mots en anglais le conduit à distinguer nettement entre la conscience intuitive et globale (*awareness*) et la conscience intellectuelle et délibérée (*consciousness*).

DÉCORTIQUER LES COUCHES DE L’OIGNON

Nous pouvons maintenant discuter plus profondément les techniques et leurs résultats. Tout d’abord, nous aimerais revenir sur certaines observations qui constituent en elles-mêmes une grande partie du raisonnement sur lequel s’appuie notre procédure.

Quand on propose au patient l’expérience d’*awareness* décrite au chapitre précédent (« maintenant je suis conscient de... »), généralement, son champ de conscience se limite tout d’abord à des impressions sensorielles externes. Au fur et à mesure que la pratique se confirme, la portée de son esprit s’élargit pour inclure de nombreux autres facteurs, aussi bien internes qu’externes. Autrement dit, le seul fait de prendre conscience qu’il est conscient accroît son champ d’opération potentiel et lui donne une meilleure capacité à s’orienter, une plus grande liberté de choix et un champ d’action plus large.

Cette observation est extrêmement importante pour le névrosé. Comme on l’a déjà fait remarquer, s’il possède la capacité de manipuler son environnement, il n’a en lui aucune faculté de s’orienter correctement. Incapable d’évaluer avec pertinence sa situation interne et l’état de son environnement, il dispose d’une marge de manœuvre très faible. Dès que sa clairvoyance, son *awareness*, sa perspicacité s’accroissent, sa faculté de s’orienter et de manœuvrer augmentent également. La qualité de son contact est meilleure puisque le contact exige une bonne capacité à s’orienter temporellement par rapport au moment présent.

Toute la névrose est là. Le névrosé possèdant un sens de lui-même assez pauvre, il interrompt constamment son soi véritable (son *self*), qui n’arrive que rarement à se faire entendre. Être capable de s’exprimer, même très

simplement et rudimentairement, constitue un grand pas en avant, car il éprouve les plus grandes difficultés à le faire.

Cette simple technique d'*awareness* peut sans aucun doute donner d'excellents résultats thérapeutiques. Si le thérapeute se contentait de poser trois questions, il pourrait réussir avec tous ses patients, sauf les plus sérieusement perturbés. Ces trois questions ne sont essentiellement que des reformulations de l'expression « maintenant je suis conscient de... ». Les voici :

- « Que faites-vous ? »,
- « Que ressentez-vous ? »,
- « Que voulez-vous ? »,

auxquelles on peut adjoindre deux questions complémentaires : « Qu'évitez-vous ? » et « Qu'espérez-vous ? », qui sont des prolongements évidents des trois premières. Cette panoplie pourrait suffire pour toute thérapie.

Ces cinq questions sont des appuis qui étayeront sainement le patient. Elles soutiendront son développement en l'aidant à devenir plus conscient. Bien sûr, sa réponse sera à la mesure de son degré de conscience (son degré d'*awareness*), mais ces questions l'obligeront à faire appel à ses ressources propres, à faire face à ses responsabilités, à rassembler ses forces et à s'appuyer sur son autonomie interne (*self-support*). S'adressant au soi (le *self*), elles favorisent la connaissance de soi.

Ses réponses verbales émaneront peut-être de son intellect, mais sa réaction globale proviendra de la totalité de sa personne (à moins qu'il ne soit complètement insensibilisé) et fournira de précieuses indications sur sa personnalité globale. Outre les réponses toutes prêtes qu'il est toujours prompt à fournir à la moindre occasion, le thérapeute pourra presque toujours remarquer certains signes annexes : un éclair de désarroi, une seconde d'hésitation, un froncement des sourcils, un haussement d'épaules, un moment d'embarras, l'envie aussitôt refoulée de lancer un « quelle question idiote ! », le souhait de ne plus être importuné, une pensée

désabusée : « le voilà encore qui recommence ! », un geste d'impatience, etc. Chacune de ces réactions est beaucoup plus importante que la réponse verbale. Chacune révèle le soi et le style du patient. Au début, le thérapeute attachera plus d'importance au comportement de son patient que celui-ci n'en attachera lui-même. Son champ de conscience étant plus vaste, il est capable de voir le comportement du patient comme une fonction de sa personnalité totale, alors que généralement, le patient encore peu conscient n'est sensible à rien d'autre qu'à sa réponse verbale. Et même quand il commence à remarquer ses réactions non verbales, il est souvent encore incapable de deviner leur importance. Mais un jour, un déclic se produira dans son intelligence (*awareness*) et sa thérapie fera son premier bond en avant.

Le thérapeute peut aider le patient dans sa découverte de lui-même en lui servant de miroir grossissant. Il ne peut faire les découvertes à sa place, mais en faciliter le processus. Ses questions l'aideront à voir plus clairement comment il se comporte et à déterminer de lui-même ce que représente son comportement.

Le thérapeute n'a qu'à ouvrir les yeux pour trouver une ample moisson de données évidentes étalées devant lui. Mais ce n'est pas facile ; il doit avoir l'esprit fin et aiguisé, être totalement disponible et impartial. Puisque le contact a toujours lieu en surface, c'est la surface que le thérapeute doit regarder. Mais attention, cette surface est beaucoup plus large et révélatrice que les thérapeutes orthodoxes veulent bien l'admettre. Ils ont tendance à prendre les événements de surface comme allant de soi, ou alors ils ont trop de préjugés pour les remarquer. Ils lancent avec mépris : « Peuh, c'est l'évidence même ! ». C'est une grave erreur : croire qu'une chose va de soi et la négliger est le signe que l'on n'aspire absolument pas au changement. On ne se donne aucun outil pour faire évoluer les choses.

Arrêtons-nous un instant sur la constatation suivante : tout ce que fait le patient, de façon évidente ou dissimulée, est une expression de soi (une expression du *self*). Sa façon de se pencher en avant ou de s'appuyer en arrière, ses coups de pied avortés, ses signes d'impatience, son élocation,

son habileté à présenter les choses, ses micro-hésitations entre chaque mot, son écriture, ses métaphores, les mots qu'il choisit, l'emploi du pronom « ça » ou « on » au lieu de « tu » ou « je » : toutes ces choses sont en surface, toutes sont évidentes, toutes ont du sens. Ce sont les seules données réelles avec lesquelles le thérapeute doit travailler. Des convictions intimes décidées à l'avance ne sont d'aucune aide au patient.

Les questions que posera le thérapeute s'appuyeront sur ses observations. Avec l'objectif suivant de faire entrer certains facteurs à l'intérieur du champ de conscience du patient. Sa technique consiste à poser des questions plutôt qu'à faire des affirmations, car il doit laisser la responsabilité de sa vie à qui de droit : le patient, le sujet lui-même. C'est en effet au patient de reconnaître ce qui lui appartient et d'agir en conséquence. Les questions du thérapeute ne font que traduire ses observations. Il se bornera par exemple à demander : « Avez-vous conscience de votre façon de parler ? », ce qui traduira une observation qu'il aurait pu exprimer ainsi : « Je constate que vous parlez très rapidement. Je remarque également que vous êtes toujours hors d'haleine. Il serait bon que vous ayez conscience de ce que vous êtes en train de faire, afin que vous puissiez affronter l'excitation que vous dissipez de cette manière ».

Il existe une catégorie de questions, souvent posées par les thérapeutes orthodoxes, qui nous paraît avoir une très faible valeur thérapeutique : il s'agit de celles qui commencent par « pourquoi ». Nous en avons déjà parlé plus haut, mais le sujet semble suffisamment important pour y revenir.

Les « pourquoi » appellent des réponses toutes prêtes ou défensives, elles ne suscitent que des rationalisations ou des excuses. Elles donnent l'illusion qu'un événement pourrait s'expliquer par une seule cause. Les « pourquoi » ne font pas la différence entre raisons, origines et antécédents. Ce petit mot caché derrière un innocent point d'interrogation a peut-être contribué à la confusion humaine plus que n'importe quel autre. Le même reproche ne peut sûrement pas être fait au « comment », car celui-ci enquête sur la structure de l'événement. Une fois cette dernière clarifiée, tous les

« pourquoi » de la terre trouvent automatiquement leur réponse. Une fois que la structure du mal de tête est dégagée, il est possible de répondre *ad libitum* à toutes les questions des force-nés du pourquoi. Notre patient souffrait de maux de tête « parce qu' » il réprimait son envie de pleurer, « parce qu' » il ne s'exprimait pas, « parce qu' » il contractait ses muscles, « parce qu' » il s'auto-interrompait, « parce qu' » il avait introjeté l'injonction de ne pas pleurer, etc. Si nous passons notre temps à rechercher les causes au lieu d'examiner la structure, on peut tout de suite abandonner l'idée de thérapie et rejoindre l'ensemble des « grands-mères » inquiètes qui attaquent leur proie avec leurs questions naïves du genre : « Pourquoi tu tousses ? », « Pourquoi es-tu aussi vilain ? »...

Bien sûr, les questions du thérapeute interrompent certains processus en cours chez le patient. Elles constituent des intrusions et très souvent des minichocs. Si le thérapeute doit frustrer les demandes de son patient tout en s'autorisant à le mitrailler de questions, n'est-ce pas là une situation injuste, un procédé autoritaire ? N'est-ce pas en complète contradiction avec notre effort de redressement de l'image du thérapeute, que nous voulons faire descendre de son piédestal pour lui redonner figure humaine ? Il n'est certes pas facile de résoudre cette incohérence, mais de toutes façons, le thérapeute est dans une situation inconfortable puisqu'il doit travailler en même temps avec le *soutien* et la *frustration*. Quand il aura résolu ce paradoxe, les méthodes adéquates se mettront en place naturellement.

Le thérapeute n'est évidemment pas le seul à poser des questions. Il est impossible d'énumérer tout ce que le patient peut faire lui aussi par ce moyen. Ses questions peuvent être intelligentes et aller dans le bon sens, ou au contraire être irritantes et répétitives. Elles peuvent se borner à demander : « Qu'avez-vous dit ? », ou « Que voulez-vous dire ? » si il est bloqué sémantiquement. Il n'est pas toujours facile de déterminer dans quelle aire confusionnelle son interrogation prend naissance. Certains ne font pas totalement confiance au thérapeute et essayent de le tester. D'autres souffrent de doutes obsessionnels et posent constamment les mêmes questions.

Les questions posées par le patient sont généralement des manœuvres de séduction de l'intellect, partant de la croyance que les explications verbales remplaceraient une véritable compréhension. Tant que ces patients seront nourris d'interprétations, surtout s'ils sont bloqués émotionnellement, ils continueront à se réfugier dans le cocon de leur névrose et à « ronronner » en paix.

L'idée de frustrer le patient en refusant de répondre à ses questions est aussi vieille que la psychothérapie. Il suffit de lui rétorquer : « Pourquoi m'avez-vous posé cette question ? », afin de le renvoyer à lui-même et de l'obliger ainsi à faire appel à son ingéniosité. Mais nous avons vu que les « pourquoi » ne sont pas des outils très adéquats. C'est la structure de sa question, le contexte où elle s'est formée qui doit être découvert, afin de parvenir jusqu'au *self*. Notre technique consiste donc à demander à notre patient de transformer sa question en une affirmation.

Au début, il se cabrera en posant sa question d'une autre manière : « Je suis curieux de savoir si... ». Alors, nous répéterons notre injonction ; il peut encore temporiser : « Il me semble que... ; qu'en pensez-vous ? », mais il a fait au moins un pas en avant : il se révèle à ses propres yeux indécis, incertain, en quête de reconnaissance intellectuelle. Finalement, après qu'on lui aura demandé de reformuler sa phrase autrement, il pourra s'ouvrir et laisser s'exprimer beaucoup de choses retenues. Prenons l'exemple suivant :

Patient : Qu'est-ce que vous entendez par « soutien » ?

Thérapeute : Pouvez-vous transformer cette phrase en une affirmation ?

Patient : J'aimerais savoir ce que vous voulez dire par « soutien ».

Thérapeute : C'est encore une question. Pourriez-vous transformer cette phrase en une affirmation ?

Patient : Qu'est-ce que vous êtes emmerdant alors !

Voici un échantillon direct d'expression de soi. Sa répartition est grossière et chargée d'hostilité, c'est vrai, mais aussi inacceptable qu'elle soit

socialement, elle accroît un tant soit peu son autonomie interne (*self-support*) en lui donnant une plus grande conscience de soi (*self-awareness*). Bien que nous aurions parfaitement pu aller jusqu'au bout avec les cinq questions énumérées plus haut, nous n'allons pas nous en contenter. Les premières questions portant sur l'*awareness* du patient nous permettent d'atteindre son être intime, son *self*. Ensuite, son discours et ses méthodes de manipulation nous donnent de précieuses indications sur les mécanismes névrotiques sur lesquels il s'appuie pour lutter contre ce qu'il considérerait comme un effondrement existentiel. Les phrases prononcées par le patient sont toujours des indices pour aller plus loin et poser d'autres questions, peut-être plus spécifiques.

Ce que fait le patient, essentiellement, en mettant en place ces mécanismes, c'est esquiver la responsabilité de sa propre conduite. Pour lui, responsabilité signifie reproche. Il a peur d'être blâmé, mais il est prêt à incriminer. « Je ne suis pas responsable de mon attitude, c'est ma névrose qui est coupable », semble-t-il dire. Mais la responsabilité est réellement, comme l'indique l'étymologie, la capacité de répondre, le choix de sa réaction propre. Que le névrosé se dissocie de lui-même par la projection, l'introjection, la confluence ou la rétroflexion, il se retrouve dans une position où, ayant abdiqué sa responsabilité, il a également renoncé à sa capacité de réagir et à sa liberté de choix.

Pour obtenir, chez le névrosé, la réintégration des parties dissociées de lui-même, nous devons mobiliser toute la responsabilité qu'il est prêt à assumer. La même chose est applicable au thérapeute. Il doit assumer l'entièvre responsabilité de ses réactions face au patient. Il n'est pas responsable de la névrose de son patient, ni de son malheur, ni de ses erreurs de jugement, mais il est responsable de ses propres motivations, de sa façon de traiter son patient et de la situation thérapeutique.

La première responsabilité du thérapeute est de relever toute phrase ou tout acte qui ne serait pas en conformité avec le soi (le *self*) du patient, qui révélerait son manque de responsabilité de soi (*self-responsibility*). Cela implique qu'il s'occupe de tous les mécanismes névrotiques, un par un, au

fur et à mesure qu'ils entrent en action. Le patient doit tous les réintégrer et les transformer en véritable expression de soi, afin de se comprendre véritablement lui-même, de découvrir son *self*.

Comment traiter ces mécanismes ? Les deux exemples donnés plus haut (larmes-migraine et étouffement-angoisse) montrent certaines façons de travailler la confluence. Ces deux symptômes psychosomatiques sont par essence des signes de confluence. Les victimes ont d'un côté verrouillé ensemble le contrôle des muscles oculaires avec le besoin de pleurer, et de l'autre, le contrôle de la respiration avec les réactions émotionnelles. Une fois que les deux éléments de chaque paire se sont amalgamés l'un à l'autre, l'interruption de l'un des deux termes aura pour effet d'interrompre l'autre. Notre travail consiste à dissocier les deux éléments, à dissoudre le lien qui les unit, en faisant faire au patient l'expérience du symptôme et en l'aidant ainsi à découvrir comment il a artificiellement lié les deux éléments ensemble, comment il a substitué le symptôme à une véritable expression de soi et à une expérience authentique de lui-même.

Comment la rétroflexion se manifeste-t-elle ? Généralement, dans les attitudes physiques du patient et dans l'emploi réflexif des pronoms « me » ou « moi ». Supposons, par exemple, que le patient commence à tapoter l'une de ses paumes avec son poing pendant qu'il est en train de parler. Il est évident qu'il s'agit là d'un comportement typiquement rétroflexif. Si le thérapeute lui demande : « À qui voulez-vous donner des coups de poing ? », le patient risque la première fois de regarder le thérapeute avec stupéfaction : « Oh, c'est juste une manie, une habitude nerveuse ». Autrement dit, à ce stade, il n'est pas prêt à assumer la responsabilité de cet acte. Au fur et à mesure que la thérapie progressera et que le champ de conscience du patient s'élargira, sa responsabilité s'accroîtra dans les mêmes proportions. Si son geste réapparaît régulièrement, le patient fournira un jour au thérapeute une réponse directe venant du soi. Il dira : « ma mère », ou bien : « mon père », ou encore : « mon patron », ou même : « vous ». Quelle que soit sa réponse, le patient sera alors devenu conscient de sa façon d'agir, de ses motivations et de lui-même. Nous y reviendrons,

mais pour l'instant, les autres façons de traiter ce problème ne seront pas décrites ; nous en discuterons plus en détail dans le prochain chapitre.

Un néophyte en Gestalt-thérapie est souvent surpris de voir à quel point la réponse vient rapidement, clairement et facilement, comme si le patient avait attendu désespérément l'occasion de s'exprimer. C'est un phénomène étonnant à observer, non seulement pour le témoin extérieur, mais aussi, souvent, pour le patient lui-même.

Quand le patient dit une phrase qui apparaît comme une projection, on peut réagir en lui demandant plusieurs choses. S'il a parlé en employant le pronom « ça » (« ça m'ennuie » par exemple), comme dans le cas de la migraine, il faut d'abord obtenir qu'il s'associe lui-même avec son mal de tête. Il le fera en examinant comment il s'y prend pour se faire mal : ainsi, sa migraine n'est plus un vague « ça » extérieur, mais devient partie intégrante de lui-même. Dans le cas où il expose une opinion sur autrui qui n'est en réalité qu'une projection (« Ils ne m'aiment pas », ou « Ils en ont toujours après moi »), on lui demande d'inverser sa phrase : « Je ne les aime pas », ou : « J'en ai toujours après eux ». On peut la lui faire répéter jusqu'à ce qu'il sente qu'elle est une véritable expression de soi.

Pour traiter l'introjection, on fait exactement l'inverse : il faut rendre le patient conscient de son attitude envers le matériel introjeté. Il est intéressant de voir, une fois qu'il a compris émotionnellement (*emotional awareness*) qu'il avait avalé une information directement, comment cette prise de conscience se transforme rapidement en un sentiment physique et réel de nausée et en une envie de vomir.

Nous demandons souvent au patient de tenter une expérience en partant de données fournies par notre observation sur ce qu'il fait ou ne fait pas. Le but de cette expérimentation est de l'aider à trouver par lui-même comment il s'auto-interrompt et s'empêche de réussir. Il n'est pas du tout certain que les objectifs de nos expérimentations thérapeutiques soient atteints, bien au contraire. Le patient continue de plus belle à manipuler le thérapeute de toutes les façons possibles, mais il ne se contentera pas de laisser la situation telle quelle. Il va poursuivre, à la limite de la frustration tolérable,

jusqu'au moment où il prendra enfin conscience de ce qu'il est en train de réaliser.

Si, d'un autre côté, le patient est réellement bloqué, des signes évidents se manifesteront : il peut rougir ou bégayer. Dans ce cas, nous poursuivons notre expérience en imagination, puisque le patient ne peut pas encore la tenter au niveau de la réalité, ni sous la forme d'une mise en action. Par exemple :

Thérapeute : Si vous disiez cela, vous imaginez quelle serait ma réaction ?

Patient : Oui, vous penseriez : « Qu'est-ce qu'il est chiant ».

Thérapeute : Vous pouvez imaginer une circonstance où vous pourriez me dire : « Qu'est-ce que vous êtes chiant » ?

Patient : (*d'une voix animée*) Oui, c'est exactement ce que je pensais. Qu'est-ce que vous êtes chiant de me mettre dans une situation aussi gênante !

Thérapeute : Expliquez-moi de quelle manière j'aime mettre les gens dans des situations gênantes.

Le patient est maintenant plus libre qu'auparavant. Peut-être même sera-t-il prêt à jouer un psychodrame imaginaire sur la façon dont telle ou telle personne met les gens dans l'embarras, ce qui lui permettra de transformer une autre projection (le thérapeute veut me mettre dans l'embarras) en une véritable expression de soi. En fin de séance, le patient aura peut-être réalisé que lui-même interrompt – en se sentant gêné – le plaisir qu'il prend à embarrasser les autres.

Nous avons maintenant intériorisé le conflit projeté à l'extérieur et nous pouvons facilement en intégrer les deux composantes : interrompre et embarrasser. Il se peut, par exemple, que le patient ait l'impression qu'en arrêtant son thérapeute dans son entreprise thérapeutique, il l'ennuie, lui coupe son élan et ainsi le contrôle et le réduit à l'impuissance. Il est clair que nous sommes ici en présence d'une attitude qui anéantirait l'efficacité du traitement si elle n'était pas rapidement démasquée. Le thérapeute lui fait donc la suggestion de fantasmer sur son besoin de contrôler les gens. Il va peut-être alors imaginer qu'il écrase violemment des gens pour éviter

d'être blessé. Nous pouvons alors intérioriser la blessure projetée et intégrer l'acte d'écraser et de blesser, de même que tout à l'heure, nous avions intégré l'interruption et l'embarras.

À ce moment, le thérapeute remarquera peut-être que le patient commence à faire jouer ses muscles : il serre les poings ou fait un mouvement brusque du bras ou du pied. Toute sa personnalité est davantage impliquée dans son expression de soi. Alors qu'auparavant tout le haut du corps était rigide, il commence pour la première fois à bouger ses épaules. Au lieu de se sentir écrasé, comme c'est souvent le cas, il sent maintenant que c'est lui qui écrase, signe qu'il est en train de faire le premier pas vers une agression manuelle et physique, vers un processus de déstructuration et d'assimilation.

Bien que cet exposé soit simplifié à l'extrême, il rend compte de trois faits importants. Premièrement, le thérapeute peut toujours travailler avec les événements présents, qu'ils se produisent dans la réalité physique ou dans le fantasme. Deuxièmement, il peut intégrer immédiatement tout ce qui surgit au cours de la séance et n'a pas besoin de laisser s'accumuler les situations inachevées. Enfin, le thérapeute peut proposer des expérimentations, au lieu de se cantonner à une verbalisation ou aux souvenirs. À dire vrai, beaucoup de patients reconnaissent que quelques séances de Gestalt-thérapie leur ont apporté davantage que plusieurs mois d'analyse, même si l'on tient compte du fait que le patient a toujours envie de flatter le thérapeute pour le manipuler. Ces remarques reviennent trop souvent pour ne pas traduire une vérité.

La Gestalt-thérapie pose néanmoins un problème, qui existe aussi dans tous les autres types de psychothérapie. Le patient s'adapte à notre technique et peut se mettre à manipuler le thérapeute en inventant des expériences totalement déplacées, sans rapport avec son problème, simplement pour lui complaire, et du même coup éviter d'affronter ses véritables difficultés. En ce cas, l'attention doit être mise non sur les expériences elles-mêmes, mais sur leur falsification, et le thérapeute doit traiter les impostures jouées par un patient manipulateur.

Nous demandons également à tous nos patients de faire des devoirs à la maison, car cela peut accélérer considérablement les progrès thérapeutiques. Tous nous assureront de leur bonne volonté, la plupart feront leurs exercices avec assiduité et en tireront beaucoup d'avantages. Cependant, une proportion assez importante n'y arrivera pas du tout. Dès qu'ils arriveront près de la zone dangereuse – et ils le sauront grâce à notre technique de l'*awareness* –, ils s'arrangeront pour dévier de leur trajectoire.

Théoriquement, cet exercice à faire chez soi est tellement simple qu'il paraît inconcevable que le patient fasse de si grands détours pour l'éviter. Après tout, il économiserait ainsi beaucoup de temps et d'argent. Bien que le névrosé désire être « soigné », il se sent plus en sécurité dans son armure de névrose qu'exposé nu sans aucune protection. Il a peur que la thérapie le jette dans un puits sans fond. Il a peur de lâcher la proie pour l'ombre. Il préfère supporter les maux dont il souffre plutôt que de les échanger pour d'autres dont il ne connaît rien. Cependant, la thérapie progressera, le patient acquerra de plus en plus d'autonomie interne, et finalement, il deviendra capable de faire ses exercices.

Ces « devoirs » consistent à passer en revue la dernière séance en essayant d'appliquer systématiquement la technique de l'*awareness*. De toute façon, toute séance est toujours naturellement suivie d'un réexamen, quelle que soit la thérapie pratiquée. Certains patients se rappeleront quelques moments intéressants, d'autres réagiront à la séance tout entière et se sentiront heureux, amers, songeurs, déprimés. D'autres encore oublieront tout ce qui s'est passé dès qu'ils auront fermé la porte du cabinet.

L'exercice que nous demandons à nos patients se situe dans le droit fil de notre approche. Il s'agit de s'imaginer que l'on est revenu dans le cabinet de consultation. « Que se passe-t-il alors ? Qu'est-ce que je pense et ressens ? Puis-je passer en revue toute la séance sans difficulté ? Est-ce que je repère des trous, des lacunes dans mon souvenir ? Ces blancs me donnent-ils un sentiment quelconque, quelque chose de vaguement dérangeant que je n'arrive pas à définir ? Ai-je vraiment dit au thérapeute tout ce que j'avais à lui dire ? Puis-je le faire maintenant, puis-je le faire

avec la totalité de moi-même ? Ai-je conscience d'éviter et d'interrompre une expression de ma totalité, autrement dit, est-ce que je suis davantage impliqué dans mes émotions, ou bien dans mes mouvements, mes sensations, mes visualisations, mes verbalisations ? Est-ce que je dis ce que je ressens et est-ce que je ressens ce que je dis ? »...

Les techniques décrites et les exemples donnés ci-dessus peuvent sembler ternes et banals par rapport aux expéditions archéologiques de l'analyse orthodoxe, qui un jour excavent le complexe de castration, le lendemain creusent dans les vestiges de la conjoncture oedipienne et le surlendemain retrouvent tous les événements traumatiques d'une scène primitive. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la charge émotionnelle de chaque séance de Gestalt-thérapie, si banal qu'en soit le sujet, est extrêmement élevée. Si l'émotion est, comme on le suppose, la force fondamentale qui dynamise toute action, elle existe dans chaque circonstance de la vie. L'un des problèmes les plus graves de l'homme moderne est de s'être rendu insensible à toute réaction émotionnelle, sauf lorsqu'elle présente un caractère vraiment massif. Plus il perd de sensibilité, plus il ampute son libre choix d'entreprendre l'action appropriée dans une situation donnée.

Non, notre façon d'aborder les problèmes n'est pas absurde, frivole, insignifiante ou stérile. Puisque le but de la thérapie est de donner au patient des outils – des fonctions d'étayage permettant l'autonomie interne (*self-support*) – avec lesquels il pourra résoudre lui-même ses difficultés, nous pouvons effectivement travailler chaque situation telle qu'elle se présente. Nous pouvons ouvrir une porte après l'autre et décortiquer les couches de l'oignon l'une après l'autre. Lorsque l'on a fini de traiter une strate de la névrose, le problème évolue, ce qui en modifie les paramètres. Avec chaque séance, le patient fait un petit pas en avant sur le chemin ; son autonomie interne se renforce un tant soit peu, et le pas suivant est plus facile à faire.

NAVETTE, PSYCHODRAME ET CONFUSION

Il est évident que la technique d'*awareness* utilisée seule reste insuffisante. Il faudrait en effet plusieurs années pour atteindre tous les résultats escomptés, comme dans les thérapies orthodoxes. Or, à cette vitesse, la psychiatrie n'a aucune chance de soulager le nombre croissant de malades mentaux et l'immense foule de ceux qui s'accordent d'une vie très en retrait par rapport à leur véritable potentiel. L'approche analytique classique ne représente certainement pas une réponse adéquate aux urgences psychiatriques de la population. Mais la technique d'*awareness* non plus.

Heureusement, nous disposons d'autres outils. Sachant que le fantasme et la réalité font partie d'un même champ comportant différents stades d'intensité, nous pouvons utiliser au maximum la puissance imaginative du patient dans tous ses modes : fantasme verbalisé, fantasme écrit, fantasme mis en action sous la forme d'un psychodrame.

Nous pouvons monter un psychodrame avec notre patient, mais aussi lui demander de le mettre en scène lui-même et de jouer tous les rôles. Il s'agit alors d'une « monothérapie » (ou monodrame), dans laquelle le client crée lui-même son propre espace scénique, son décor, ses personnages, ses dialogues, son style. Cette mise en scène lui permettra de comprendre que toute son imagerie mentale, sa vie fantasmatique entière lui appartient. Il voit concrètement les conflits qui font rage en lui. La monothérapie évite d'être contaminé par les préceptes et les conseils des autres, ce qui arrive fréquemment dans le psychodrame ordinaire.

Nous utilisons aussi la technique de la navette. En elle-même, elle n'a rien de nouveau. Les Freudiens s'en servent pour analyser les rêves : ils

demandent au patient de faire la navette entre le contenu manifeste du rêve et les associations qu'il évoque. Mais en Gestalt-thérapie, cette technique est appliquée d'une manière systématique et totalement nouvelle. Nous en avons déjà donné un exemple dans le cas de la crise d'angoisse aiguë évoquée plus haut, au moment où nous avons demandé au patient de porter son attention alternativement sur sa respiration et sur ses muscles, jusqu'à ce que la relation entre les deux devienne claire et que le patient respire librement. Cette navette permet de briser les systèmes de confluence, comme celui de la migraine cachant une envie de pleurer.

L'une de mes premières « cures miracles » a été réalisée en appliquant cette technique de façon intuitive. Un jeune homme était venu me voir, qui souffrait d'impuissance sexuelle. Il avait raconté toute son histoire, expliqué sa situation familiale, ses activités sociales, etc. Mais l'information la plus intéressante à mes yeux était la suivante : il était en traitement, bien que sa santé fût bonne, chez un spécialiste de la sphère ORL pour une congestion nasale chronique. Cette remarque m'avait frappé et j'avais l'impression que la clé du problème se trouvait là. Me rappelant l'observation faite par Fliess et Freud, selon laquelle le gonflement des muqueuses nasales provient souvent d'un déplacement génital, je lui demandai s'il était prêt à stopper temporairement son traitement médical. Il acquiesça. À la séance suivante, je lui proposai de se concentrer alternativement sur ses sensations nasales et sur ses sensations génitales inexistantes. Et une chose extraordinaire arriva : le gonflement nasal diminua et la tumescence du pénis s'accrut ; à partir de ce moment-là, il put à la fois respirer librement et avoir des relations sexuelles normalement. Ce patient non seulement interrompait ses érections péniques et déplaçait la sensation et la tumescence vers son nez, mais il avait même commencé à sectoriser ses symptômes et à se plier aux exigences de ses dissociations en allant consulter des spécialistes différents. Alors que le médecin ORL, confiné dans sa sphère de spécialité, ne traitait que des symptômes dissociés et des « causes » localisées, l'approche gestaltiste me permit d'examiner la situation dans son ensemble, de

regarder la structure du champ, de voir le problème au sein du contexte total et de le traiter d'une manière unifiée.

Quand on regarde les déplacements de cette manière, il est évident qu'ils ne peuvent être traités dans la zone où ils se manifestent parce qu'il n'ont aucun sens fonctionnel à cet endroit. Le déplacement doit revenir au lieu auquel il appartient ; il ne peut être résolu que dans la zone où il fait sens. Le patient qui souffre de douleurs oculaires dues à une rétention de larmes ne peut être soulagé qu'en pleurant. Celui qui a opéré un déplacement de la douleur depuis ses testicules (double forme sphérique comme les yeux) où il y a du sperme en rétention, vers ses globes oculaires (plusieurs patients de ce type se sont présentés) sera obligé de replacer sa douleur à son point d'origine avant qu'elle puisse être traitée, avant qu'il puisse connaître un orgasme et perdre ses symptômes.

Présentons maintenant un autre exemple, sans doute moins frappant mais tout aussi parlant, d'un patient prêt à revivre en imagination un incident récent qui l'a troublé. Comme précisé précédemment, nous traitons toute expérience temporelle pendant la séance thérapeutique comme si elle avait lieu ici et maintenant, car la conscience (ou *awareness*) et l'expérience des choses ne peuvent avoir lieu que dans le présent. Dans un tel cas, nous faisons la navette, non pas entre les souvenirs et les associations, comme le ferait un analyste orthodoxe, mais entre la reviviscence du souvenir et l'ici et le maintenant. En effet, même lorsque les visualisations et les anamnèses sont extrêmement frappantes, il reste tout au fond de l'esprit la conviction que l'expérience appartient au passé, sauf pour ce que l'on appelle les proprioceptions, les sensations kinesthésiques internes des muscles. Les proprioceptions sont atemporelles et ne peuvent être ressenties qu'ici et maintenant. Par conséquent, si l'on fait le va-et-vient entre visualisation et proprioception, nous serons à même de remplir les blancs, combler les zones lacunaires afin de terminer le travail inachevé du passé. Un thérapeute expérimenté prendra également en compte tous les mouvements involontaires du patient : haussement d'épaules, balancement du pied, etc. et attirera son attention sur eux.

La première chose que dit le patient en arrivant au cabinet, c'est que son travail lui tape sur les nerfs. Personne, dit-il, ne lui témoigne suffisamment de respect. Il ne se souvient d'aucun événement particulier récemment, mais il trouve que l'ambiance de travail est désagréable. De petites choses le dépriment. Il est bien arrivé un tout petit incident au restaurant d'entreprise aujourd'hui même, mais c'était sans importance. Pourtant, cet épisode l'a dérangé et beaucoup contrarié, sans qu'il sache pourquoi.

Nous lui demandons de revenir en imagination sur l'événement qui l'a ennuyé. Voici ce qui pourrait se passer :

Patient : Je suis assis à la cafétéria. Mon chef est en train de manger quelques tables plus loin.

Thérapeute : Que ressentez-vous ?

Patient : Rien. Il parle à quelqu'un. Maintenant il se lève.

Thérapeute : Que ressentez-vous maintenant ?

Patient : Mon cœur bat à tout rompre. Il se dirige vers moi. Maintenant, je deviens très agité. Il passe devant moi.

Thérapeute : Que ressentez-vous maintenant ?

Patient : Rien. Absolument rien.

Thérapeute : Avez-vous conscience que vous avez le poing fermé ?

Patient : Non. Maintenant que vous me le dites, oui, je le sens. En fait, j'étais irrité que mon chef passe juste devant moi en parlant avec quelqu'un que je déteste. J'étais en colère contre moi-même d'être aussi susceptible.

Thérapeute : Êtiez-vous en colère contre quelqu'un d'autre aussi ?

Patient : Absolument. Contre ce type qui s'est permis d'aborder le patron pour lui parler. De quel droit il le dérange ? Regardez, mon bras tremble. Je pourrais le frapper maintenant, cette espèce de lèche-bottes à la con.

Vous pouvez maintenant aborder la seconde étape et faire la navette entre les sentiments du patient et ses projections. Ou mieux encore, revivre la scène à nouveau. L'expression « lèche-bottes » nous alerte. Il se pourrait

que le patient n'ait pas été en colère contre le patron quand il a eu ce bref accès d'agitation ou d'angoisse.

Thérapeute : Revenons au moment où votre chef se lève de table. Que ressentez-vous lorsque vous visualisez cette scène ?

Patient : Attendez une minute... Il se lève. Il vient vers moi. Je sens de l'agitation ; j'espère qu'il va me parler. Je sens la chaleur monter au visage. Maintenant, il me dépasse. Je suis très déçu.

Le patient s'est donc trouvé dans une situation traumatique mineure. L'excitation suscitée par l'apparition de son chef n'a pu trouver d'expression adaptée. L'énergie s'est investie positivement sur lui (j'espère qu'il va me parler), puis le signe « plus » s'est transformé en signe « moins », et l'énergie s'est investie négativement sur le rival. Il s'est avéré plus tard que cet investissement négatif était en réalité dirigé sur les projections du patient, et qu'il prenait racine dans le processus de satisfaction de ses propres besoins et désirs.

Au début, les nouveaux patients trouvent généralement extrêmement difficile de travailler avec la technique de la navette pour retrouver le contenu des parties manquantes de l'expérience. Cependant, il faut persévérer, car le travail devient plus facile avec le temps et les résultats en valent la peine. Certains patients, par exemple, n'écoulent jamais ; d'autres n'ont aucune émotion à décrire ; d'autres encore sont incapables de verbaliser ; et une quatrième catégorie ne possède aucun pouvoir d'expression de soi. Travaillons quelques instants sur le problème théoriquement le plus simple : l'incapacité de s'exprimer.

Prenons le cas d'un homme entre quarante et cinquante ans, gagnant correctement sa vie, qui semble avoir besoin d'un mur des lamentations. Il commence à se plaindre de sa femme, de ses enfants, de ses subordonnés, de ses rivaux, etc. Mais nous n'allons pas le laisser continuer à s'exprimer sur le mode indirect : nous lui demandons soit de se visualiser lui-même en train de leur parler, soit de s'adresser psychodramatiquement au thérapeute comme s'il était sa femme, l'un de ses enfants ou toute autre personne qui

le vexe ou le contrarie. À ce point, nous avons l'habitude de préciser au client qu'il ne doit pas se forcer à réussir, afin qu'il n'entre pas dans un processus d'auto-interruption. Nous lui disons clairement que le seul objectif de nos expérimentations est de le rendre plus conscient de la manière dont il se bloque. Il doit comprendre que nous voulons qu'il convertisse les zones bloquées et réprimées en manifestations d'expression de soi.

Dans une telle situation, nous avons le choix entre trois domaines d'application de la technique de la navette : les plaintes du patient (sa façon de manipuler le thérapeute pour obtenir son soutien et sa bienveillance), l'insuffisance de son auto-expression (qui est une absence de bon contact et d'autonomie interne), ou ses inhibitions (c'est-à-dire ses auto-interruptions). Voici ce qui pourrait se passer dans un tel cas :

Patient : Ma femme n'a aucune estime pour moi !

C'est une plainte, l'une de ses techniques manipulatoires pour obtenir du monde extérieur le soutien qu'il ne possède pas en lui-même.

Thérapeute : Essayez d'imaginer que vous lui dites en face.

Ici, nous lui demandons de ne pas s'appuyer sur nous, de ne pas chercher un soutien de notre part, mais de s'exprimer lui-même directement.

Patient : Non, je ne peux pas. Elle m'interromprait aussitôt.

Encore une plainte.

Thérapeute : Pourriez-vous le lui dire ?

Une nouvelle incitation à s'exprimer directement.

Patient : Oui. Tu ne me laisses jamais parler !

C'est toujours une plainte, mais au moins elle est directe. Le thérapeute remarque la douceur de sa voix, qui constitue un démenti à ses paroles.

Thérapeute : Avez-vous entendu la manière dont vous avez parlé ?

Ici, nous abandonnons les plaintes pour entamer un travail sur l'insuffisance de son expression de soi.

Patient : Oui. J'ai pris une toute petite voix, non ?

Une auto-interruption.

Thérapeute : Pourriez-vous lui donner un ordre, dire quelque chose qui commencerait par « tu dois » ?

Autrement dit, le thérapeute demande au patient de s'exprimer simplement, directement et de façon juste.

Patient : Non, je ne peux pas.

Thérapeute : Que ressentez-vous maintenant ?

Ici, nous passons aux sensations qui accompagnent ses actions.

Patient : Mon cœur bat très fort. Je commence à me sentir angoissé.

Thérapeute : Pourriez-vous le dire à votre femme ?

Patient : Non, mais je commence à me sentir en colère. J'ai envie de dire : « Ferme-la pour une fois ».

Nous avons ici quelque chose de plus que des gémissements, des auto-interruptions ou de l'inexpressivité. Nous avons une expression de soi indirecte.

Thérapeute : Dites-le lui.

Patient : (*criant*) Ferme-la ! Ferme-la ! FERME-LA ! Tu vas me laisser en placer une ?

Auto-expression sur un mode explosif.

Dès lors, le thérapeute ne dit plus rien ; le patient poursuit sa route tout seul. Et très vite, celui-ci remarque : « Non, je ne pourrais pas lui dire "Ferme-la", mais je peux maintenant m'imaginer en train de l'interrompre ». Et il commence à mettre en scène cette interruption : « Attends, laisse-moi dire quelque chose ».

Combien de temps pouvons-nous laisser se prolonger cette mise en action ? La question est pertinente, puisque l'expression des tendances névrotiques est souvent nuisible au patient. Freud le savait et mettait en garde contre le danger de passer à l'acte dans la vie quotidienne, en dehors du cabinet de consultation. Il voulait que le patient garde à l'esprit les

tendances névrotiques qu'il répétait. Cependant, nous n'avons pas exactement le même point de vue. Nous voulons que le patient devienne conscient, en consultation, du sens de ce qu'il fait. Nous croyons que cette prise de conscience peut s'opérer en mettant en action pendant la séance thérapeutique tout ce qui doit être complété, au niveau fantasmatique. Voilà le concept fondamental de la Gestalt-thérapie.

Le patient se sent forcé de répéter dans la vie quotidienne tout ce qu'il ne peut conclure de manière satisfaisante. Ces répétitions constituent les situations inachevées de son histoire. Mais il ne peut pas parvenir à une solution inventive de cette manière parce qu'il transporte avec lui ses interruptions en même temps que ses répétitions, ses passages à l'acte. Donc, s'il met en acte une tendance névrotique dans sa vie extra-thérapeutique, nous lui demandons, pendant les séances, de répéter délibérément en imagination ce qu'il fait d'habitude dans la réalité. De cette façon, on peut découvrir le moment où il interrompt le déroulement de ses expériences, s'empêchant ainsi de parvenir à une solution réellement novatrice.

Prenons un exemple presque inverse de celui de tout à l'heure. Les difficultés que notre patient rencontre cette fois-ci avec sa femme sont indiscutablement dues au fait qu'il rejoue ses tendances névrotiques dans la vie quotidienne. Au fur et à mesure que la thérapie progresse, il devient de plus en conscient qu'il aimerait lui dire beaucoup de choses qu'il n'exprimera jamais par crainte de lui faire du mal. Mais il n'est toujours pas parvenu à une solution vraiment inventive, et continue à interrompre l'expression directe de ses sentiments en étant indirectement sadique. Il est régulièrement en retard pour dîner, ne lui jette pas un regard et se conduit délibérément de manière irritante. Si nous lui demandons de mettre en action ce qu'il ne peut pas faire dans la réalité – éliminer ses interruptions, imaginer et exprimer en son absence ce qu'il lui dirait en sa présence s'il n'avait pas peur de le faire –, il trouvera tout d'abord la même répugnance à lui parler en imagination que dans la réalité. Mais sa répulsion va diminuer peu à peu et le patient finira par être capable d'exprimer – au thérapeute,

comme s'il était sa femme – une part de plus en plus grande de son ressentiment. Il apprendra à faire face à ses contrariétés et n'aura plus besoin de retomber dans son sadisme indirect.

Il y a d'autres patients qui n'écoutent tout simplement pas. Ils peuvent noyer le thérapeute sous un flot de paroles, l'interrompre ou paraître attentifs sans l'être vraiment. Ses paroles entrent par une oreille et ressortent par l'autre ; ils peuvent aussi carrément ne pas l'entendre du tout. Ils peuvent interpréter ses demandes et ses propositions de travers. Dans ce cas, nous demandons à ces patients de faire la navette entre parler et s'entendre parler. Au début, on leur demande, après chaque phrase : « Avez-vous conscience de ce que vous avez dit ? » et ils répondent souvent qu'ils se souviennent des mots qu'ils ont prononcés, mais que sur le moment, ils n'avaient pas la sensation de parler. S'ils souffrent d'une insensibilisation de la bouche, comme c'est souvent le cas, nous pouvons leur demander de sentir consciemment les lèvres et la langue au cours de l'énonciation.

Une fois qu'ils s'entendent parler et qu'ils ont conscience de leur élocution, ils ont fait deux avancées importantes. Ils ont ouvert la voie au non-verbal dans la sphère de l'être et de la communication. Ils deviennent également capables d'écouter les autres. Car leur verbiage compulsif submerge non seulement l'environnement, mais aussi eux-mêmes. C'est leur technique d'auto-interruption. Qu'est-ce qu'ils interrompent ? Pour répondre à cette question, il faut mettre en œuvre d'autres expérimentations, faire des recherches supplémentaires.

La plupart du temps, on s'aperçoit que le seul fait d'empêcher ces patients de tomber dans une logorrhée stérile et d'épuiser ainsi toute leur charge d'excitation, tout leur investissement émotionnel, les met dans une angoisse terrible. Parler est devenu chez eux une compulsion irrésistible. Or, toutes les compulsions génèrent beaucoup de stress lorsqu'elles sont interrompues.

La technique de la navette mentale éclaire différentes relations existant dans le comportement du patient. Elle constitue ainsi un raccourci permettant d'accéder plus vite à une conscience élargie. Elle accroît

l'*awareness* et le *self-support* (l'auto-étayage ou autonomie interne). Il y a aussi d'autres techniques qui parviennent au même résultat en encourageant l'expression de soi. Plusieurs écoles différentes de la nôtre utilisent la méthode d'expression de soi comme moyen de restauration de l'identité. Ce sont toutes essentiellement des approches intégratives, mais la technique du psychodrame de Moreno est sans doute l'une des plus vigoureuses et des plus saisissantes. Elle est une illustration supplémentaire de la technique de la navette.

Moreno valorise la scène psychodramatique en demandant au patient de passer alternativement d'un rôle à l'autre : par exemple, incarner d'abord l'enfant constamment houpillé, puis la mère qui ne le laisse jamais en paix. Ainsi, le patient peut réaliser que son surmoi harcelant n'est rien d'autre que sa mère fantasmée (une introjection). En fait, c'est lui qui se livre à son propre harcèlement : il n'est pas seulement la victime : il harcèle et est harcelé en même temps. L'importance thérapeutique de cette technique réside dans le fait qu'elle facilite le relâchement du corps-à-corps avec lui-même, l'apaisement de la querelle incessante entre le petit chef (*topdog*) et le sous-fifre (*underdog*), non par un ajustement de l'un à l'autre, mais par une intégration des deux.

La technique du psychodrame se révèle extrêmement précieuse dans la poursuite du traitement de la migraine dont nous avons parlé précédemment. La manifestation pathologique pouvait, en fin de compte, se ramener à deux impératifs contradictoires : « Ne pleure pas » et « Fichez-moi la paix ». À présent, les conditions sont réunies pour jouer un psychodrame imaginaire. Réalisant que ses paroles impliquent une déchirure, une division dans sa personnalité, le patient peut se mettre en scène dans les deux rôles à la fois : d'une part, la partie de lui-même qui ne veut pas pleurer, et d'autre part, celle qui veut qu'on lui fiche la paix. En jouant le premier rôle (« Ne pleure pas »), il se peut qu'il fasse les découvertes suivantes : « Je pleure quand j'en ai envie ! » et « Je me moque que l'on me trouve efféminé », doublé d'une envie de défier, de braver les autres. Il se peut aussi qu'il ressente du mépris pour les hommes qui se

conduisent comme des poules mouillées et se permettent de pleurer. Une ou deux minutes plus tard, il pourrait aussi murmurer doucement, avec beaucoup de compassion : « Ne pleure pas ». À ce moment-là, l’investissement négatif (les hommes qui pleurent sont des imbéciles et des poules mouillées) se transforme en investissement positif (je plains ceux qui pleurent), et la route est alors grande ouverte vers l’intégration des deux pôles. Peut-être à présent va-t-il comprendre son « Fichez-moi la paix » dans le sens suivant : « N’interrompez pas mes larmes pour une mauvaise raison, parce que je serais trop efféminé. Interrompez-les par compassion à mon malheur ». Il se pourrait alors que la séance se termine finalement par un besoin de confluence : « Je pleure parce qu’il faut que je vous quitte, mais je ne veux pas que vous vous en aperceviez ; je ne veux pas vous montrer à quel point j’ai besoin de vous ».

Nous voici revenus à notre point de départ : la faiblesse de l’autonomie interne, la difficulté à trouver en soi seul l’étayage nécessaire. Il y a cependant une grande différence : le patient souffre, non plus à cause de sa névrose (selon la théorie de Freud), mais pour des raisons proprement humaines. Nous dirions, dans notre langage, qu’il ne s’intéresse plus à sa dissociation, à son mal de tête, mais à lui-même. En cet instant, il est seul et triste, mais parfaitement uniifié dans sa solitude et sa tristesse. Il l’exprime, il en prend pleinement conscience et il est sans doute prêt à franchir l’étape suivante : assumer sa responsabilité en faisant ce qu’il faut pour en sortir.

Quand le patient était entré dans le cabinet de consultation, portant son mal de tête comme un boulet, il n’était certainement pas *en contact* avec le thérapeute. Lui-même était en contact avec sa migraine, et c’est elle qui était en contact avec le thérapeute. Il mettait son mal de tête en avant et l’utilisait comme mode de contact, comme on se retranche derrière un masque... qu’il n’enlèvera pas tant que son sentiment de sécurité procuré par son camouflage sera plus grand que la gêne provoquée par la dissimulation. De toutes façons, il ne serait sûrement pas d’accord qu’on lui arrache son masque de force. S’il amène son mal de tête en thérapie, c’est qu’il est prêt à reconnaître l’existence d’une situation inachevée, et dans

cette mesure, il est en phase avec le thérapeute. C'est comme s'il lui disait : « Faites en sorte que je me sente tellement bien que je n'aurai plus besoin de ce symptôme, de ce masque, de ce personnage, de cette armure ». Mais le thérapeute ne peut y arriver tant que le patient, au lieu d'être en contact avec lui, l'est avec son symptôme, le mal de tête.

Voilà un bon exemple de la façon dont nous travaillons les symptômes psychosomatiques en général. Bien que nous ayons trouvé une interruption au niveau somatique, qui se manifeste dans ce cas sous la forme d'une migraine, nous devons pousser plus loin les investigations et trouver le fantasme qui nourrit l'interruption. On trouve invariablement, quand on va jusque-là, que le patient imagine une injonction qui s'oppose à ce qu'il veut. Dans ce cas, la demande était qu'on lui fiche la paix ; et l'injonction : « Ne pleure pas », « les hommes ne pleurent pas », « arrête de te comporter en femmelette ». Il se peut que le commandement soit assorti d'une menace : « Si tu n'arrêtes pas de pleurer, tu auras bientôt une vraie raison de pleurer, crois-moi ! » Autrement dit, le patient se conduit comme si quelqu'un lui ordonnait d'interrompre ses larmes. Maintenant, il a fait siennes les phrases qui se sont imprimées en lui dans le passé. Elles font partie de ses fantasmes, et il leur obéit.

On peut traiter ces injonctions sans aller fouiller dans l'inconscient. Il existe deux possibilités, une fois que l'on a atteint ce stade : soit le patient sait que son inhibition est due à une exigence qu'il s'impose à lui-même (ce qui est généralement le cas), soit il ne le sait pas, auquel cas il sera conscient que des injonctions pèsent sur lui, mais il les vivra de manière projective, en croyant que c'est le thérapeute qui ne veut pas qu'il pleure. Une fois que le patient a accumulé assez de force pour crier : « Fichez-moi la paix ! », il peut se confronter à l'interdiction de pleurer. Celle-ci peut se trouver localisée à deux endroits : dans son anti-soi (son *anti-self*) sous forme d'introjection, ou bien chez le thérapeute considéré comme l'origine de la frustration de ses sentiments spontanés. S'il attribue l'interdiction au thérapeute, la prochaine étape (qui n'a rien à voir non plus avec l'inconscient) sera franchie lorsqu'il réalisera à quel point il est paradoxal

d'accuser le thérapeute de l'empêcher de pleurer, alors que, de toute évidence, il y est favorable. Si le thérapeute n'est pas intervenu dans la polémique – puisqu'elle ne le concerne pas, après tout –, le patient découvrira de lui-même combien il est absurde de le rendre responsable de ses interruptions. Il prendra alors la pleine responsabilité de son symptôme. S'il arrive jusque-là, le patient sera en fin de séance en *contact avec lui-même*, première étape à franchir pour être en contact avec les autres.

Sans doute avez-vous remarqué que nous avons employé quelques découvertes de Reich dans notre traitement du mal de tête. Nous ne voulons pas prendre parti dans la violente polémique autour des travaux de Reich et de Hubbard, mais nous avons trouvé leurs recherches suffisamment intéressantes pour en intégrer certains aspects à la technique d'*awareness*. Même s'ils se sont lourdement trompés dans d'autres domaines, le travail de Reich sur les interruptions motrices (le mal de tête, par exemple) et celui de Hubbard sur la reviviscence sensorielle d'un souvenir (l'épisode de la cafétéria, par exemple) et sur les interruptions verbales peuvent fournir au thérapeute des outils extrêmement utiles pour restituer les fonctions du *self*.

La reviviscence sensorielle n'est pas un nouveau concept puisque cette méthode a été décrite il y a déjà plus d'une dizaine d'années. Elle consiste à demander au patient de refaire la même expérience au niveau fantasmatique avec davantage de détails, afin de remplir les manques révélés par la visualisation d'une situation réelle. Cette idée de répétition a également été largement utilisée pour les interruptions verbales. Répéter plusieurs fois les sentences significatives du passé (appartenant aux introjections du patient) peut aussi avoir un effet thérapeutique. Apparemment, ces maximes ont profondément influencé le patient, ainsi que nous l'avons constaté dans le cas du mal de tête. Cependant, contrairement à Hubbard, nous croyons que ces sentences ont un grand retentissement sur la personne, non pas à cause de leur lien avec l'expérience traumatique, mais en raison de leur intrusion quotidienne dans la vie du patient.

Malheureusement, ces techniques présentent toutes un inconvénient : le patient doit déjà être plus ou moins capable d'auto-expression. Dans le cas

du psychodrame, il doit pouvoir s'identifier à un rôle qui lui déplaît. De toutes façons, même si ces techniques ne servaient qu'à repérer les résistances du patient envers l'expression de soi, elles resteraient très utiles.

Une autre façon de travailler en thérapie est de se servir des interruptions pour accéder à une zone confusionnelle. En effet, c'est là que le problème du patient se manifeste le plus souvent, car son état de désarroi l'empêche d'établir un bon contact. Avant d'expliquer comment cette technique fonctionne, disons en préambule que l'expérience de désarroi confusionnel est vraiment très, très déplaisante, comme celle de l'angoisse, de la honte ou du dégoût. Nous avons un très fort désir de l'abolir au moyen de l'évitement, de la parole et toutes sortes d'interruptions. Mais le combat contre la névrose sera déjà en partie gagné lorsque le patient arrivera à reconnaître et à tolérer le passage à vide qui accompagne le désarroi confusionnel. Il s'agit d'un état très désagréable, mais non dangereux, sauf s'il est interrompu, car l'action risque alors de devenir confuse et désorganisée. En effet, si on laisse le désarroi confusionnel évoluer de lui-même sans l'interrompre, il se transformera – comme toutes les émotions – en un sentiment plus positif, capable de produire une action adéquate et appropriée.

La confusion s'accompagne généralement d'une incompréhension doublée d'un besoin de comprendre. Le seul moyen de s'en prémunir totalement est de ne pas se soucier de l'entendement. Si l'on se trouve dans un groupe de personnes qui discutent de mathématiques supérieures et que le sujet ne nous intéresse pas, on peut se retirer en se disant : « Cela ne me concerne pas ». Mais si l'on commence à tendre l'oreille aux paroles qui s'échangent, on risque d'être décontenancé par une méconnaissance de la question. Ce sentiment confusionnel de perdre contenance, de se trouver en plein désarroi, provient généralement d'un effort pour entrer en contact avec un domaine avec lequel c'est impossible. Est-ce simplement la compréhension qui est insuffisante ? Ou est-ce l'intérêt réel pour le sujet qui n'est pas assez fort, alors que l'on se sent obligé de faire attention ?

La plupart des gens tentent de contenir leur confusion mentale si déplaisante en l'interrompant par des spéculations, des interprétations, des explications, des rationalisations. Tel est le schème de comportement de nombreux névrosés, en particulier les intellectuels. Certaines formes de thérapie vont presque jusqu'à l'encourager. La théorie freudienne, par exemple, est fondée sur la conviction que la connaissance symbolique équivaut à une compréhension. C'est une erreur, car ce genre de savoir intellectuel est habituellement une interruption, une entrave, un arrêt prématûr du développement de soi, laissant derrière lui une traînée bien visible de confusion existentielle, qui affaiblit encore l'autonomie interne du sujet, renforce son besoin de soutien externe, rétrécit son spectre d'orientation, l'obligeant à chercher le moteur de ses actions dans l'environnement et non en lui-même.

Bien que l'on ait beaucoup étudié le facteur confusionnel dans la psychose, on a très peu examiné ses relations avec la névrose. Pourtant, le névrosé donne toujours l'image d'un être profondément déconcerté. Il suffit que le thérapeute observe ce qui se passe directement sous ses yeux pour s'en apercevoir. Chaque raclement de gorge, chaque hésitation, chaque « euh », chaque phrase laissée en suspens, recouvre une zone plus ou moins large de confusion, représentant une tentative désespérée pour se maintenir *en contact*, alors que son besoin réel est de *se retirer*.

Une fois que notre patient accepte la réalité de l'existence de zones confusionnelles en lui, il est prêt à coopérer avec le thérapeute, à revisiter sa parole pour découvrir dans les manques de son discours la majeure partie du matériel mis de côté pendant ses interruptions. Bien que ces choses mises à l'écart présentent généralement peu d'intérêt et soient souvent sans rapport avec le contexte, elles fourniront beaucoup d'indications utiles sur la vie fantasmique du sujet, car pendant ces moments de désarroi confusionnel, il entretient toutes sortes d'activités motrices estompées (regroupées sous le nom de pensées). Dans ces béances, ici et maintenant, on retrouve également certaines des insuffisances existant dans sa façon

d'agir habituelle au quotidien, et qui font partie des situations inachevées constitutives de sa névrose.

Je voudrais montrer par quelques exemples comment fonctionne ce mécanisme. J'ai dit, tout à l'heure, que le hiatus lacunaire, le manque, le blanc est un effort pour effacer complètement le désarroi confusionnel : c'est une interruption de la désorganisation qu'il représente. Ce phénomène est particulièrement sensible dans l'imagination visuelle, qui souffre souvent de lacunes, de points aveugles ou quasi aveugles.

Demandez à un patient de visualiser une scène : il vous dira probablement que ses images fantasmatiques sont vagues et floues. S'il persévère néanmoins, il dira peut-être qu'un brouillard recouvre tout le paysage. Le thérapeute considérera cette nébulosité comme une image de soi, une structure caractérielle, un système de verbalisations : apparemment, le patient se sent obligé de cacher ses images mentales derrière un écran de fumée ou dans une brume opaque. Le thérapeute ne doit pas se laisser abuser par un patient affirmant sur un ton plaintif qu'il préférerait que ses visualisations soient claires. C'est sans doute vrai, mais pas entièrement. On peut raisonnablement penser qu'il s'empêche de pénétrer dans certains lieux en lui-même où il ne doit pas regarder. Pourquoi rendrait-il son imagination à moitié aveugle ? Si le patient peut endurer cette turbidité assez longtemps, elle finira par s'éclaircir.

Admettons que le brouillard dévoile une masse grisâtre, que le patient reconnaît comme un mur de pierre. Le thérapeute lui demande alors d'imaginer qu'il saute par dessus le mur. Et il découvre derrière l'obstacle, des pâturages verts. Le mur définissait l'enceinte d'une prison où le patient se sentait prisonnier.

Notre patient peut également souffrir d'une absence totale d'images, un trou noir complet. Supposons qu'il décrive cette obscurité comme un rideau de velours noir. Nous avons donc à présent un élément concret sur lequel nous appuyer. Nous pouvons lui demander d'ouvrir le rideau en imagination, derrière lequel il découvrira des choses cachées. Il se peut également que ce noir ne soit littéralement rien du tout, ne soit qu'un

aveuglement. Dans un tel cas, on peut néanmoins s'orienter en lui demandant de jouer à l'aveugle.

Une dernière étape reste à franchir dans notre traitement du désarroi confusionnel. Il s'agit d'une expérience extraordinaire, troublante, souvent proche du miracle lorsqu'elle se produit pour la première fois, même si, l'habitude venant, elle finit par aller de soi. Nous l'appelons le *retrait dans le vide fertile*.

Pour être capable de se retirer dans le vide fertile, deux conditions doivent être remplies. D'une part, être capable d'endurer assez longtemps ses propres techniques d'interruption. D'autre part, pouvoir entrer dans cet état, qui ressemble un peu à un état de transe, mais accompagné d'une parfaite vigilance, d'une pleine *awareness*. Beaucoup de gens font cette expérience juste avant de s'endormir et c'est pourquoi ce phénomène est quelquefois décrit comme une hallucination hypnagogique.

La personne qui est capable de faire durer l'expérience du vide fertile – en vivant sa confusion jusqu'à son point maximal – et qui peut devenir consciente de tout ce qui attire son attention (hallucinations, phrases entrecoupées, sentiments vagues ou étranges, sensations bizarres) peut se préparer à une grande surprise : une prise de conscience inattendue, une réalisation soudaine, une solution toute prête, une nouvelle idée géniale, un flash, un éclair de compréhension.

Le vide fertile produit une expérience schizophrénique en réduction que peu de gens peuvent tolérer. Mais ceux qui ont suffisamment confiance, qui ont réussi à clarifier plusieurs espaces confusionnels et se sont aperçus qu'ils n'ont pas été brisés en mille morceaux, ceux-là auront rassemblé assez de courage pour aller visiter leur tas de détritus au fond du jardin et en reviendront en meilleure santé mentale. Le plus difficile est de s'abstenir d'intellectualiser ou de verbaliser au cours du processus, car cette interruption diviserait le sujet entre un spectateur-commentateur et un acteur-expérimentateur. Le vide fertile n'est pas une expérience objective ni subjective, ni une introspection. Elle est, simplement. C'est l'*awareness*, la

conscience lucide dénuée de toute spéculation sur les choses dont on est conscient.

L'idée du vide fertile peut susciter deux réactions extrêmes : l'une de type intellectuel, et l'autre de type artistique. L'intellectuel dirait : « Êtes-vous devenu fou ? Ça ne veut rien dire ». L'artiste, de son côté, ne s'étonnerait pas : « Pourquoi toute cette agitation ? Je passe une grande partie de mon temps dans cet état. Quand je suis bloqué dans mon travail, je me détends, je somnole et l'obstacle disparaît ».

La principale raison pour consulter le vide fertile est de faire cesser la confusion. Là, elle se transforme en clarté, l'urgence se fait continuité, l'interprétation devient expérience. Le vide fertile renforce l'autonomie interne : l'expérimentateur s'aperçoit qu'il dispose de beaucoup plus de ressources qu'il ne le croyait.

Revenons quelques instants à notre méthode de traitement des aires confusionnelles à travers les interruptions où elles se manifestent. Dans ce travail, on doit opérer très vite¹, pendant les quelque trois minutes au cours desquelles il est possible de récupérer totalement le souvenir en faisant fonctionner son microscope mental. Les Freudiens ont beau assigner comme but de la reconquête psychanalytique la durée entière de la vie humaine, essayez déjà de retrouver exactement ce que vous ou votre interlocuteur avez dit il y a quelques minutes ! Quelques-uns y arriveront, ceux que Jaensch appelle les « eidétiques », comme Goethe, capables de tout graver, comme sur une plaque sensible, à un niveau présémantique. Ils enregistrent tout ce qu'ils sentent, que leurs sensations aient un sens ou non, et peuvent ensuite repasser leurs enregistrements à volonté.

Mais les pauvres mortels que nous sommes – la grande majorité d'entre nous – peuvent restaurer une partie de leur facultés eidétiques perdues grâce au vide fertile ou tout autre moyen de supprimer les interruptions et les espaces lacunaires. En effet, chacun de nous a déjà développé son propre style, son propre caractère. Les interruptions et les dissociations de nos patients se révéleront dans les tests de Rohrschach, dans leur façon d'écrire, dans leur façon d'agir. Elles se manifesteront dans les plus petits détails de

la pensée et du sentiment. Si nous parvenons à changer l'attitude du patient envers les habitudes d'interruption qu'il présente au cabinet, le changement se répandra de proche en proche pour finalement englober toute sa façon d'être, son style, son caractère, son mode de vie. Le comportement qu'il a ici et maintenant est comme un échantillon microscopique prélevé sur la totalité de son comportement général. S'il voit comment il structure sa façon d'agir pendant la thérapie, il verra comment il la structure dans sa vie quotidienne.

[1](#) Je suis redevable de cette idée à mon collègue, le Dr Paul Weiss.

SYMPATHIE ET FRUSTRATION

Que le patient entre dans le cabinet de consultation pour la première fois ou pour la vingtième, il transporte dans sa besace toutes les situations inachevées de son passé. Cependant, parmi une multitude de possibles, il ne met en avant qu'un seul événement à la fois. Ses Gestalts successives, aussi indistinctes et désordonnées qu'elles soient, possèdent néanmoins forme et organisation ; si elles étaient totalement fragmentées, elles ne seraient plus opérantes du tout. Le thème que le patient met au premier plan est toujours dicté par l'élan de survie qui domine à ce moment-là, et c'est l'essence même du travail thérapeutique d'en retrouver la trace – quoique le lien soit parfois assez lâche. Habituellement, le besoin qui occupe le devant de la scène est celui d'être rassuré ou approuvé par le thérapeute.

En effet, notre école a opté pour le parti pris suivant : le patient souffre d'une faiblesse d'autonomie interne et vient pour être aidé, pour obtenir un soutien hétéronomique externe. Cette explication rend beaucoup mieux compte de la réalité que les théories proposées par tous les autres courants. Cependant, dans le concret des choses, on ne peut en être sûr tant que le patient ne nous l'a pas confirmé lui-même. Puisque la thérapie a pour but d'aider le patient à faire l'expérience de ses besoins mais qu'il n'y arrive pas toujours, peut-être faudrait-il définir un but encore plus large, sur lequel toutes les écoles de psychothérapie seraient d'accord : une thérapie réussie donnerait au patient la liberté de faire des synthèses, de former et d'intégrer des concepts.

Pour ce faire, le patient doit revenir à la raison. Il doit apprendre à voir ce qui est là, et non ce qu'il imagine être là. Il doit arrêter d'avoir des hallucinations, de faire des transferts, des projections. Il doit arrêter de rétrofléchir et de s'auto-interrompre. Il doit libérer ses facultés sémantiques.

Il doit se comprendre lui-même et comprendre les autres. Il doit arrêter d'altérer le sens des choses par les lunettes déformantes de l'introjection, des préjugés et des convictions. Il aura alors conquis la liberté d'action (inséparable d'un bon état de santé) ; il aura transcendé les limites de son caractère et appris à faire face à toute situation nouvelle en tant que situation nouvelle, avec la totalité de son potentiel.

Puisque les idées et les déductions du thérapeute sont dictées par ses propres interruptions et ce qu'il cherche chez le patient, comment pourrait-il apporter de l'aide ? Idéalement, le thérapeute devrait agir conformément aux préceptes des sages orientaux : « Deviens vide avant de te remplir ». Cette maxime a été reformulée par Freud puisqu'il exigeait du thérapeute que son attention flotte librement et qu'il soit libéré de ses complexes.

Mais ce thérapeute parfait n'existe pas, et nous ne sommes pas sûrs qu'il serait de quelque utilité s'il existait vraiment, car il serait un ordinateur et non un être humain. Sur le plan privé et personnel, il n'aurait aucune inquiétude, aucune difficulté, aucune préférence, aucune limitation ; il serait libre de lui-même. S'il souffrait d'une rage de dents, il devrait théoriquement mettre sa douleur entre parenthèses pour libérer son attention et la consacrer entièrement à son patient.

Le thérapeute réel, en chair et en os, entremêlera inévitablement sa personnalité, ses préjugés, ses *a priori* avec la situation thérapeutique. L'associationniste cherchera les associations et se souciera du contenu verbal et pictural. Le comportementaliste mettra son attention sur les opérations verbales et motrices. Le moraliste s'intéressera aux bonnes et aux mauvaises habitudes. Le Gestaltiste se préoccupera des situations achevées et inachevées.

Mais un thérapeute qui s'appuierait trop exclusivement sur ses convictions et ses préjugés dépendrait uniquement de ses propres suppositions pour déterminer ce qui se passe chez le patient. Il est vrai que la plupart des théories spéculatives en psychiatrie sont tellement bien entrées dans les mœurs qu'elles en deviennent des réflexes : on suppose automatiquement que tout objet de forme allongée est un symbole

phallique. Cependant, cela ne change rien à leur caractère conjectural : ce sont des conceptions statiques, exactement semblables aux notions fixes et immuables du névrosé – qui empêchent le thérapeute de voir quoi que ce soit d'autre.

Autrement dit, tous nos commentaires sur les interruptions du patient, sur la rigidification de ses idées, sont également valables pour le thérapeute, à un degré moindre. Il n'y pas de ligne de démarcation claire et nette, de différence qualitative entre le patient et le thérapeute, mais pas non plus d'égalité parfaite. Ils sont placés sur une échelle de graduation en fonction de leur degré de liberté plus ou moins grand par rapport à la névrose. Dans nos séances de thérapie de groupe, il arrive parfois que deux patients imitent la situation thérapeutique. C'est invariablement celui des deux qui a le moins besoin de soutien environnemental (donc le moins névrosé) qui joue le rôle du thérapeute : il facilite le développement de son partenaire – même si ce dernier a plus envie que lui de jouer le rôle du thérapeute.

Si le thérapeute a une grande volonté de puissance, il empêchera le patient de faire le premier pas vers l'affirmation de soi, au lieu de l'aider à progresser. S'il est obligé de combler son manque d'autonomie interne au moyen de théories rigides, il se comportera comme un rouleau compresseur à l'égard de son patient, en attribuant toute différence de point de vue à ses résistances. Si le thérapeute est profondément introverti, il se contentera de parler de relations interpersonnelles, sans jamais atteindre réellement le patient.

Dans tous ces cas et dans beaucoup d'autres, le thérapeute se laisse piéger par les manipulations du patient sans voir que ses péroraisons et ses interprétations, même si elles semblent acceptées superficiellement, ne produiront aucun changement véritable dans le comportement de son patient.

Quel que soit son parti pris ou son approche théorique, le thérapeute peut emprunter trois voies différentes. La première est celle de la *sympathie*, qui implique la totalité du champ : l'*awareness* existe à la fois dans le soi et le patient. La deuxième voie est celle de l'*empathie* : le thérapeute s'identifie

au patient et s'exclut lui-même du champ, qui est alors amputé de la moitié de ses constituants. L'intérêt du thérapeute empathique est centré sur le patient et ses réactions, comme le thérapeute idéal dont nous parlions tout à l'heure. Enfin, la troisième voie est celle de *l'apathie* : le désintérêt, à propos de laquelle on raconte l'histoire du vieux psychiatre qui se demande soudain en fin de séance : « Où est passé mon client ? ». Il est évident que l'apathie ne mène nulle part.

La plupart des écoles de psychiatrie, dans leur quête du thérapeute idéal, cherchent quelqu'un qui soit empathique, sans doute à cause de l'approche dualiste qui est la leur, qui ne prend pas en compte l'avancée majeure du concept de champ. Mais ils ont une autre bonne raison pour préférer l'empathie à la sympathie : il arrive souvent que les thérapeutes en sympathie s'impliquent trop avec leurs patients, sans réaliser la nature extraordinairement subtile des techniques manipulatoires auxquelles ils sont soumis... et la thérapie échoue systématiquement, car ils sont enclins à donner autant de soutien environnemental qu'en désire le patient (à moins qu'ils ne se mettent sur la défensive et se sentent coupables de ne pas le faire). Pour que la thérapie réussisse, pour transformer l'hétéronomie en autonomie, il faut au contraire que le thérapeute frustre les tentatives du patient d'obtenir un soutien environnemental de sa part. Or, le thérapeute en est incapable quand la sympathie le rend aveugle aux manipulations de son client.

Il faudrait donc que le thérapeute entre en empathie et se retire du champ, mais il prive alors le champ de son principal instrument : l'intuition et la sensibilité du thérapeute aux processus en cours chez le patient. La seule solution est qu'il apprenne à travailler en même temps avec la sympathie et avec la frustration. Même si elles paraissent incompatibles, tout l'art du thérapeute consiste à les fusionner pour en faire un outil efficace. Il doit être cruel pour faire du bien. Son *awareness relationnelle* de l'ensemble du champ doit être vive : il doit avoir conscience de ses propres besoins et de ses réactions face aux manipulations du patient, mais être également

sensible aux besoins du patient et à ses réactions face à lui. Il doit aussi se sentir libre de les exprimer.

Arrêtons-nous quelques instants pour examiner cette proposition. Si vous la prenez au sérieux, vous vous apercevrez que le cabinet de consultation devient alors – beaucoup plus qu'avec d'autres techniques – un véritable microcosme de la vie réelle. En effet, une relation véritablement satisfaisante et saine entre deux personnes exige qu'elles soient capables d'entremêler sympathie et frustration – à moins que les relations ne soient obscurcies par l'hostilité, par des affaires inachevées. Une personne saine ne piétine pas les besoins des autres, mais elle ne permet pas non plus que les siens soient bafoués. Elle n'éprouve pas non plus d'irritation lorsque son partenaire affirme ses propres droits.

On aurait pu penser que l'empathie serait une méthode efficace de relation thérapeutique, puisqu'elle ressemble elle aussi aux circonstances de la vie réelle. Mais le problème, c'est que l'empathie engendre et renforce le développement de la névrose. Elle interdit le vrai contact et peut même, au pire, se transformer en confluence. De plus, un thérapeute qui aurait une attitude constamment frustrante reproduirait les situations d'interruption permanentes vécues par le patient, qu'il a incorporées dans sa vie et qui se traduisent par la névrose.

Avec la sympathie seule, le thérapeute devient le patient : on pourrait dire qu'il est un peu trop gentil avec lui. Avec la frustration seule, le thérapeute devient un environnement hostile, auquel le patient ne peut faire face que d'une manière névrotique. Dans les deux cas, la thérapie ne le pousse pas à changer.

Dans la sympathie comme dans toutes les formes de confluence, la frontière-contact est absente. Le thérapeute devient si complètement le patient qu'il ne peut plus avoir aucun recul sur les problèmes qu'il doit traiter. Il est tellement immergé dans le champ qu'il ne peut plus l'observer en témoin impartial. Nous avons connu des thérapeutes qui avaient un besoin tellement fort de materner et d'aider qu'ils souffraient de confluence chronique avec leurs patients... qui les adoraient, évidemment ! Les

patients dépendaient d'eux totalement, et aucun changement décisif ne pouvait avoir lieu. Quand l'identification est trop forte, le thérapeute ne peut pas frustrer le patient davantage qu'il ne se frustre lui-même. Or, il en est incapable dans les domaines qui produisent sa névrose, où il est en crise, où il souffre de désarroi confusionnel.

Il y a cependant une exception. La technique empathique non frustrante est utile dans la phase initiale du traitement de la psychose. Certains thérapeutes, notamment Fromm-Reichmann, Rosen et Steinfeld, ont adopté cette attitude. Leur intuition des manques dont souffre le patient, et leur capacité d'entrer en contact avec lui sont élevées. Et dans le cas de la psychose, la frustration est déjà présente chez le patient à un tel degré que le thérapeute n'a aucun besoin d'en rajouter. Le simple contact avec le patient peut déjà faciliter la transformation de l'hétéronomie en autonomie. Mais il faut d'abord que le patient prenne conscience, et si possible développe suffisamment d'autonomie interne en matière de communication pour qu'il devienne capable d'exprimer ses besoins, même s'il parle dans un langage incompréhensible à la plupart d'entre nous. Quand on s'occupe de psychotiques, il faut faire très attention à ne pas trop utiliser l'outil de la frustration, et à nous laisser guider par leur comportement plutôt que par nos fantasmes et nos théories sur la psychose.

Au cours d'une démonstration de Gestalt-thérapie effectuée dans un grand établissement psychiatrique, j'ai traité une patiente qui était dans un état proche de la catatonie depuis plusieurs années. Rien ni personne ne pouvait l'atteindre. Dans les rares moments où elle communiquait, elle disait qu'elle ne sentait rien. Je remarquai, au début de mon travail avec elle, qu'elle avait une minuscule trace d'humidité au coin des yeux. Pensant que c'était peut-être l'indication d'une envie de pleurer, je demandai à la patiente de répéter plusieurs fois la phrase : « Je ne pleurerai pas » (nous avons déjà parlé de cette technique de répétition). La patiente était assez docile ; elle répéta la phrase plusieurs fois sur un ton monocorde, sans intonation, sans expression, de façon terne et lente comme une sourde mélopée. Cependant, je notai, pendant qu'elle répétait la phrase

mécaniquement, qu'elle se frappait la hanche avec le bras. Je lui ai alors demandé ce que ce mouvement lui rappelait. Elle se mit à parler.

« C'est comme une mère qui frappe un enfant... Tout ce que ma mère peut faire, c'est de prier pour moi. »

« Voulez-vous prier vous-même ? », lui dis-je.

Sur un ton plus animé qu'au début de la séance, mais encore de manière assez apathique, elle commença à répéter quelques prières. Cela dura un bon moment. Les prières étaient maintenant sensées, et non plus constituées de charabia. Et soudain, elle adressa cette invocation sur un ton suppliant : « Mon Dieu, redonnez-moi la santé ! » Et elle s'effondra en larmes.

C'était la première fois qu'elle trahissait quelque émotion. Mais l'important est que sa prière était une forme d'expression de soi. Pour la première fois, elle manifestait ses besoins. C'était une ouverture vers elle-même, vers son soi. De même que le névrosé montre un certain degré d'autonomie interne quand il transforme un refoulement ou une résistance en une expression de soi, de même cette femme psychotique a commencé à découvrir, dans son accès de larmes, qu'elle avait suffisamment de ressources en elle pour faire connaître ses besoins.

Certains thérapeutes considèrent comme un instrument professionnel essentiel le visage totalement impassible qu'ils s'efforcent de garder face à leurs clients. Cette attitude sadique et totalement frustrante est dictée par leur peur du contre-transfert et de leurs propres sentiments. En réalité, c'est en raison de leur apathie qu'ils frustreront leurs patients et s'interdisent de manifester la moindre émotion – bien qu'ils nieraienr avec véhémence cette version des faits.

Pouvons-nous dire qu'ils sont sadiques ? Le sadisme peut être défini comme une cruauté inutile. Mais cette formulation paraît un peu courte. Toute cruauté n'est-elle pas inutile ? Apparemment pas : pour se nourrir, les animaux tuent d'autres animaux, les hommes tuent les bœufs et les cochons. Le citadin qui achète de la viande en boîte vit très éloigné de ces cruautés primitives, mais il remplace les atrocités des abattoirs et de la jungle par des

films d'horreur et des scènes de violence en direct à la télévision. Faire mal, infliger une blessure n'est pas nécessairement mauvais quand on le fait pour une bonne raison ; mais si c'est le seul mode de contact possible, nous avons affaire à du sadisme. On fait mal aux enfants lorsque l'on refuse d'accéder à leurs exigences exorbitantes, mais ce n'est pas du sadisme. On peut être cruel pour faire du bien : « Qui aime bien châtie bien », dit-on dans la sagesse populaire... Cependant, il arrive parfois que ce raisonnement serve à justifier la satisfaction sensuelle procurée par les coups donnés à un enfant, auquel cas nous avons évidemment affaire à du sadisme.

Il nous semble qu'imposer une frustration inutile au patient est une souffrance stérile et sadique. Trop de thérapeutes présentent à leurs patients de longues listes d'interdits. Ils les forcent à respecter un tabou de l'abstention et les blâment pour leurs résistances. Si leurs raisons naissent d'un désir de puissance, elles sont sadiques. Habituellement, ce n'est pas le cas. Le thérapeute est généralement persuadé, en toute bonne foi, qu'il doit imposer des limites au comportement du patient en dehors du cabinet de consultation, pour réduire les frustrations dont il souffre. Mais c'est un raisonnement erroné, car les frustrations sont de toutes façons incontrôlables : si elles ne l'étaient pas, le patient n'aurait pas besoin de thérapie. Or, ce n'est pas en augmentant ses frustrations dans sa vie quotidienne qu'on le rendra autonome et capable de se tenir debout. Ce qu'il faut frustrer, c'est sa tentative de nous contrôler par ses manipulations névrotiques, pour le forcer à s'appuyer sur ses propres ressources et à développer son autonomie interne. Il pourra alors diriger sa dextérité manipulatoire vers la satisfaction de ses besoins réels.

Le patient trop frustré souffre et ne se développe pas. De toutes façons, il trouvera toutes sortes de façons, étant données la déviation névrotique de son intuition et sa perspicacité naturelle, pour circonvenir les longues frustrations que lui impose le thérapeute.

Il n'en reste pas moins que la frustration doit être employée. J'ai eu un patient qui ne disposait que de trois mois pour faire une thérapie, car il devait quitter la région. Je ne saurais dire pourquoi son état s'est amélioré :

travail préliminaire accompli avec d'autres thérapeutes ? Pression du départ ? Ma propre habileté ? Les techniques de Gestalt-thérapie ? Je ne sais pas... En tout cas, des améliorations ont eu lieu, indéniablement. Et les progrès ont été tellement patents qu'il m'a pris pour un véritable thaumaturge.

Quand il est arrivé la première fois, il était presque totalement muet. Il se sentait faible, incapable d'accomplir quoi que ce soit. Il avait l'impression qu'il ne pouvait pas entretenir une conversation et qu'il devait fuir tout contact social. Toute apparition en public le mettait sur des charbons ardents. De plus, son système de projections était bien développé : il se sentait persécuté et était convaincu que les autres le prenaient pour un homosexuel.

J'ai passé les six premières semaines de thérapie – plus de la moitié du temps disponible – à le frustrer dans ses tentatives désespérées pour me manipuler. Tour à tour plaintif, agressif, muet, désespéré, il voulait absolument qu'on lui dise ce qu'il devait faire. Il était prêt à tout. Il me jetait constamment à la figure l'ultimatum de son départ imminent, essayant de me rendre responsable de son manque de progrès. Si j'avais cédé, il ne fait aucun doute qu'il aurait réduit tous mes efforts à néant. Il aurait porté mon exaspération à son comble et n'aurait pas bougé d'un pouce.

Un jour, il est arrivé en se plaignant qu'il se comportait comme un bébé. Je lui ai alors suggéré de jouer au bébé et d'imaginer toutes les satisfactions qu'il pourrait en retirer. À partir de ce moment, ses progrès ont été foudroyants. Il mit en acte, avec énormément de satisfaction, toutes les phases de son développement, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte en passant par l'adolescence. Il revécut et exprima en imagination un grand nombre d'événements inquiétants et de situations inachevées. À la fin des trois mois, il avait atteint un point où, ayant connu la satisfaction dans les domaines où il était auparavant frustré et bloqué, il était capable de poursuivre son évolution vers de nouvelles satisfactions en prenant appui sur ses capacités d'autonomie interne reconquises.

Ce que je veux montrer ici, c'est qu'aucun développement ne peut avoir lieu avant que le patient ne connaisse un véritable état de satisfaction dans tous les domaines où il était auparavant déconcerté, dérouté ou bloqué. Et la condition *sine qua non* pour que sa satisfaction soit pleine et entière, c'est qu'il s'identifie complètement à toutes ses actions, y compris à ses auto-interruptions. Une situation ne peut s'achever, atteindre à la pleine satisfaction que si le patient est totalement impliqué dans l'acte. Comme ses manipulations névrotiques sont des moyens d'éviter une implication totale, elles doivent être frustrées.

L'approche analytique et cathartique, ainsi que la technique d'intégration interprétative sont aussi insuffisantes l'une que l'autre. Dans le premier cas, dans la décharge purement cathartique qui se produit, il n'y a pas de transformation de l'émotion en action ou en expression de soi, il n'y a aucune intégration. Bien au contraire, l'énergie supportant les fonctions de contact s'épuise et l'équilibre des forces penche du côté d'une (fausse) image de soi. Dans le deuxième cas, bien que le fait de donner un sens cohérent à son comportement procure effectivement un soulagement de la confusion, il s'agit d'une thérapie soustractive consistant à éliminer les symptômes et le désarroi confusionnel, qui ne favorise pas l'autonomie interne nécessaire pour opérer des choix existentiels et les réaliser. Le patient se « comprend » sans doute complètement, mais il est incapable de faire quoi que ce soit par lui-même.

Fondamentalement, la Gestalt-thérapie suppose que le patient manque d'autonomie interne et que le thérapeute symbolise le soi incomplet du patient. La première chose à faire en thérapie est de chercher ce dont le patient a besoin. S'il n'est pas psychotique (et parfois même s'il l'est, comme le montre le cas mentionné plus haut), le patient est partiellement conscient de ses besoins et peut en exprimer une fraction. Mais dans certains domaines, il est totalement inconscient et n'arrive pas à demander ce qu'il désire. Il arrive aussi fréquemment que le patient ait honte de faire certaines demandes ; souvent, il est persuadé qu'une aide, pour être valable, doit être devinée et donnée sans être demandée. Parfois, il ne sait pas

comment formuler son souhait ou ne sait pas ce qu'il veut vraiment. C'est pourquoi le simple fait de poser une exigence ou de donner un ordre – pourvu que ses requêtes soient directes et vraiment explicites – est le plus grand pas en avant de toute sa thérapie. Au lieu de se cacher derrière ses techniques de manipulation, il se montre et prend lui-même en charge ses besoins. Le *self* (lui-même) et l'autre complémentaire (le thérapeute) sont maintenant clairement circonscrits et le patient peut confronter son problème face à face.

L'injonction est la première forme de communication : depuis le signal le plus primitif jusqu'au réseau le plus finement et étroitement entremêlé d'affirmations objectives, hautement abstraites, qui rendent les signaux totalement méconnaissables. Pourtant, nous réagissons à ces derniers comme s'ils étaient des injonctions pures et simples, des exigences impératives. Il n'y a pas très longtemps, les formules d'Einstein, qui vont de soi maintenant, apparaissaient comme un véritable défi à la plupart des scientifiques. C'est comme si Einstein leur avait lancé : « Regardez ce que j'ai trouvé. Je vous somme de l'accepter ou de le réfuter ».

Dans le cas du névrosé, il y a une énorme différence, dans ses rapports avec le thérapeute, entre des insinuations implicites ou des demandes ouvertes et explicites. Dans le premier cas, il essaye de le manipuler afin qu'il soutienne sa névrose – attention à ne pas tomber dans ce piège ! En revanche, quand le patient fait une demande explicite, il a déjà commencé à clarifier et à découvrir son déficit d'être. Nous n'avons pas à lui fournir les soutiens complémentaires qu'il recherche, puisque, justement, il apprend à reconnaître ses besoins et à les satisfaire par lui-même.

À ce point, il faut distinguer entre une parole prononcée dans le but de s'exprimer et une parole faite pour impressionner, c'est-à-dire entre un discours qui donne libre cours aux sentiments et aux demandes (*expression*), et un discours destiné à produire une réaction chez l'autre (*impression*). On peut rencontrer des exemples relativement purs de ces deux extrêmes sur l'échelle de la communication. Pour exprimer la joie, par exemple, point n'est besoin d'impressionner qui que ce soit. Mais si

l'intention première est de faire impression, la présence d'un public est impérative. Un discours d'impression, pour éblouir, fait tout pour attirer l'attention. Même si l'on n'a rien à dire, on trouvera bien le détail charmant ou dramatique qui rallumera l'intérêt de l'assistance.

La communication authentique se trouve entre ces deux extrêmes de la balance. Elle fonctionne comme un événement de champ ; elle est intéressante pour l'émetteur et le récepteur, car elle est ancrée dans la réalité des deux partenaires. La demande primaire – qui est une communication authentique – ne se soucie ni d'exprimer ni d'impressionner. Il y a une énorme différence entre le cri de souffrance d'un bébé auquel la mère répond automatiquement et les braillements d'un enfant mal élevé cherchant à attirer l'attention des adultes, auxquels la mère ne réagira sûrement pas avec sollicitude, mais plutôt avec colère.

Qu'y-a-t-il de mal à attirer l'attention ? Les « oyez, oyez » du crieur public, le « Shema Israël » des Juifs pieux, le « silence dans le prétoire », l'appel au secours de l'homme qui se noie – de même que le bébé qui pleure – ne sont-ils pas des demandes d'attention totale ?

La différence entre les exemples ci-dessus d'une part, et le garnement insupportable d'autre part, réside dans l'authenticité de l'expression : dans le premier cas, elle est totale, dans le deuxième, il s'agit d'un faux-semblant, d'une simulation. De son chapeau de magicien, le gamin pleunicheur sort des hurlements, mais il aurait pu faire apparaître tout aussi facilement des trépignements, des cris de colère ou n'importe quoi d'autre qui interrompe sa mère. Autrement dit, il ne communique pas son besoin réel, il manipule. Ce qu'il désire probablement, ce n'est pas attirer l'attention de sa mère, mais échapper à son ennui. Le bébé hurle pour obtenir quelque chose qu'il ne peut se procurer lui-même, dans un domaine où il n'a aucune autonomie interne, comme l'homme qui se noie. Mais l'enfant réclame à cor et à cri pour obtenir quelque chose dans un domaine où il devrait déjà avoir acquis son autonomie.

L'injonction authentique correspond à la formation naturelle d'une figure sur un fond ; elle est dotée du même signe – positif ou négatif – que

l'investissement qui lui est associé. Kurt Lewin dit que l'objet investi possède le caractère d'une *Aufforderung*, c'est-à-dire d'une invitation provocatrice, d'une sommation, d'une exigence impérative. L'objet investi positivement exige de l'attention, celui qui est investi négativement appelle son anéantissement, qui n'implique pas nécessairement une destruction : si quelqu'un vous irrite, vous exaspère et vous rend furieux, vous n'avez pas besoin de lui tirer dessus, de le jeter dehors physiquement ou lui coller un ruban adhésif sur la bouche. Vous lui dites simplement : « Sors d'ici », ou bien : « Boucle-la ».

L'injonction est naturellement l'outil le plus puissant pour modeler l'individu en fonction des critères sociaux. Depuis les tabous des premiers hommes en passant par les « Dix Commandements », jusqu'aux ordres donnés par la mère (« Fais ceci », « Ne fais pas cela »), l'injonction a toujours fait florès. Elle n'est pas mauvaise en tant que telle, jusqu'au moment où le destinataire ne veut plus ou ne peut plus recevoir le message pour des raisons biologiques ou psychologiques. Nous pouvons donc reformuler notre thèse fondamentale de la façon suivante : la névrose est due à la superposition d'injonctions d'origine sociale et personnelle auxquelles il est impossible d'obéir simultanément.

Si la façon d'exiger et la chose exigée sont acceptables, la Gestalt se referme. Le bébé recherchant la présence de sa mère, la personne incertaine quêtant des conseils, les ordres donnés au soldat qui le soulagent du fardeau de la responsabilité sont des unités indissociables, chaque élément s'adaptant l'un à l'autre. Les injonctions sont acceptées sans problème. Mais une injonction exécutée malgré une résistance génère du ressentiment et de la névrose. En revanche, si une injonction ayant acquis le statut de loi naturelle (« Tu honoreras ton père et ta mère ») est néanmoins rejetée, on tombe soit dans la criminalité, soit dans un sentiment névrotique de culpabilité.

Les troubles névrotiques commencent habituellement dans l'enfance, lorsque l'injonction est acceptée en toute bonne foi par le névrosé, alors qu'elle va à l'encontre de ses convictions intimes et de ses tendances

naturelles. Une aire de simple ou double confusion se forme alors, et quelle que soit la décision prise, elle conduit au désespoir.

Le commandement de ne pas pleurer, quand il y a une expérience authentique de chagrin, génère une confusion simple. S'il s'y rajoute une confusion sémantique, la confusion devient double : ainsi, des impératifs à connotation très large, tels que « Conduis-toi comme un grand garçon », « Ne fais pas le bébé », sèment le désarroi dans l'esprit de l'enfant. Qu'est-ce que cela signifie, « se conduire comme un grand garçon » ? Comment s'y prend-on ? Notre expérience clinique nous montre que les gens très pointilleux, obsédés par des détails, ont souvent été confrontés dans leur enfance à ce genre de demandes trop vagues.

Il n'est pas exagéré de dire qu'à chaque fois qu'un patient, ayant intégré les parties dissociées d'un événement traumatisique (tel un symptôme), réussit à redonner vie à une injonction et à la ressentir dans toute sa force – en criant par exemple : « Fiche-moi la paix » (comme dans l'exemple de tout à l'heure) –, il a clarifié un espace de confusion. Depuis des années, il voulait le dire, mais la manière de faire qu'il avait introjectée le forçait à en interrompre l'expression.

La demande du patient est devenue un impératif authentique, une véritable injonction qui exprime ses besoins, qui a du sens pour lui et pour le thérapeute. Ce dernier peut et doit faire ce qui est en son pouvoir pour satisfaire les besoins et les demandes réellement ressentis par son patient, de même que la mère fait ce qu'elle peut pour réconforter son bébé qui pleure. Nous pourrions résumer notre méthode thérapeutique et notre façon d'employer l'outil de la frustration/satisfaction de la manière suivante : le thérapeute doit frustrer chez son patient les expressions qui reflètent son image de soi (*self-concept*), ou qui s'appuient sur ses techniques manipulatoires ou son fonctionnement névrotique, et satisfaire celles qui sont de réelles expressions du *self* du patient. Pour l'aider à parvenir à une certaine réalisation de soi, le thérapeute doit, par définition, décourager toute satisfaction des modes de fonctionnement qui l'empêchent d'y

parvenir (c'est-à-dire ses conduites névrotiques) et encourager les manifestations du soi essentiel que le patient tente de trouver.

On voit ici clairement que plus la thérapie avance, plus les séances ressemblent à l'idéal de la vie quotidienne. Au fur et à mesure que le patient progresse dans son expérience de lui-même, il devient de plus en plus autonome et capable d'établir un bon contact avec les autres. Plus il se débarrasse de ses techniques névrotiques de manipulation, moins le thérapeute a besoin de le frustrer, et plus il peut l'aider à atteindre la satisfaction. Comme nous l'avons dit précédemment, l'autonomie interne est très différente de l'autosuffisance. Quand le patient aura fini sa thérapie, il n'aura pas perdu son besoin de contact avec les autres. Au contraire, pour la première fois, il en tirera de véritables satisfactions.

L'édition originale de cet ouvrage a été publiée aux éditions Bantam Books sous le titre : *The Gestalt Approach* © 1973, Sciences and behaviour Book inc.

Composition : Myriam Labarre

© 2003, ESF éditeur

SAS Cognitia

3, rue Geoffroy-Marie

75009 Paris

7^e édition 2020

www.esf-scienceshumaines.fr



ISBN 978-2-7101-3950-8

ISSN 1269-8105

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple ou d'illustration, « toute représentation ou reproduction

intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou ses ayants droit, ou ayants cause, est illicite » (art. L. 122-4). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Ce livre numérique a été converti au format ePub par Isako www.isako.com
à partir de l'édition papier du même ouvrage.



www.centrenationaldulivre.fr