

Ruptures et fins de thérapies

Marie PETIT

Auteur de travaux universitaires (maîtrise et doctorat), d'un livre et de nombreux articles sur la Gestalt-thérapie. Après 25 ans de pratique, elle se consacre actuellement à l'enseignement et à la supervision.

Interroger les fins de thérapie. Celles que l'on n'a pas vu venir. Celles qui laissent le psychothérapeute en suspens, dans le vide, avec un sentiment affreux de perte et d'inutilité...

Ruptures, donc. Passage à l'acte. Dénier de ce qui a pu être élaboré à grand peine. Ce patient-là, objet de tous vos soins claque la porte pour toujours !

AUTOPSIE D'UNE RUPTURE

Une autopsie se pratique lorsque le sujet est mort. Ce qui est mort là, suspendu peut-être, c'est la relation. C'est, après la mort de cette relation, une tentative de débrouiller, de comprendre, tout au moins d'élaborer quelques hypothèses sur le déroulement du travail qui a amené à cette conclusion bâclée (du point de vue du thérapeute).

Pendant trois ans, Véronique vient une séance par semaine chez Madame X.

Véronique a de grandes difficultés relationnelles, au travail,

avec ses amis, avec ses amants, et plus particulièrement avec sa mère. Celle-ci ne reconnaît jamais que Véronique a raison et Véronique s'épuise à le lui faire reconnaître. Le schème est le même avec son entourage et génère habituellement un clash retentissant.

Durant ces trois ans, Madame X, la thérapeute, se fait taxer d'incompétence, de vénalité, d'irrespect, de bêtise, de manque de mémoire ou de trop d'empathie.

Elle tente d'éviter les conflits au thème rabâché : « *Mais si, je suis bonne. Mais non, vous êtes mauvaise, etc.* » en introduisant à intervalles réguliers dans le champ thérapeutique l'hypothèse que : « *Ce doit être bien douloureux pour vous de n'être jamais satisfaite* ». Peine perdue. Elle se voit renvoyée dans ses buts avec un « *Encore vos interprétations de psy de bazar, vous avez appris cela par correspondance ?* »

Il faut dire que Véronique a déjà fait un parcours analytique interrompu par le départ en retraite de son analyste. A cause d'elle ?

Et Madame X, pendant trois ans, ne cède pas à la panique qui la saisit avant chaque rendez-vous, est touchée par la brillante intelligence de Véronique et par la réalité de sa souffrance, dans ses tentatives manquées pour avoir le dessus. Et pendant trois ans, Madame X accepte de se voir bafouée, déniée, maltraitée, pensant que cet investissement de « mauvaise mère » dont elle est l'objet, amènera Véronique progressivement à se réapproprier ses projections et à établir avec elle une relation moins violente.

Madame X a raison. Véronique témoigne de changements positifs dans sa vie. Ses échanges avec les collègues de bureau sont plus satisfaisants, elle a participé avec plaisir à quelques réunions familiales qui ne sont pas terminées par des joutes verbales et haineuses entre deux camps irréductibles. Elle a depuis un an une relation stable et heureuse avec un homme qui la comble.

En dépit de quelques mouvements passagers d'agressivité envers Madame X, Véronique est plus souvent coopérative et positive.



Madame X juge que ses efforts pour tenir bon devant les dénigrements répétés de Véronique, ont permis à celle-ci de se réapproprier partiellement les projections de son « Hilflosigkeit » (état infantile sans secours et sans recours, selon Freud), même si Madame X se sent souvent elle aussi sans secours et sans recours devant les assauts de Véronique. Lorsqu'elle en témoigne, un sec : « *C'est vous le thérapeute, vos états personnels ne m'intéressent pas* » lui est renvoyé. Impossible de faire entendre à Véronique qu'il s'agit d'un effet de champ dans lequel les deux étaient partenaires.

Madame X fait alors l'hypothèse, lorsque Véronique la renvoie à sa place et à sa fonction, que celle-ci lui signifie sa peur infantile d'être privée de soutien, et tient bon.

Un jour Madame X fait allusion à ce qu'elle perçoit de positif dans l'évolution de leur relation : « *Plus de confiance, peut-être ?* » Véronique bondit : « *Comment voulez-vous que je fasse confiance à une personne qui me vole, depuis un an 10 minutes de mon temps de thérapie ?* »

Madame X s'étonne. Les séances sont de trois quarts d'heure. Elles ont bien été définies comme telles. Les deux premières années Véronique est la dernière patiente et Madame X dépasse le temps jusqu'à une heure. Depuis un an, elle a un autre patient en fin d'après midi et Madame X le fait un peu attendre, de manière à gratifier Véronique de cinq minutes supplémentaires. De toute façon Véronique est bénéficiaire, s'il faut vraiment compter en termes de pointage à l'usine.

Véronique dit : « *Puisque vous reconnaissez vos erreurs, je vais arrêter tout de suite* ».

Madame X, étonnée, répond : « *Nous allons faire quelques séances pour juger ensemble de la pertinence de votre décision* ».

Véronique renchérit : « *Je ne reviendrai pas. J'ai raison. Vous le reconnaissez. Cela me suffit. Je peux me faire confiance à moi-même* » et sur, ces entrefaites, part.

POURQUOI RUPTURE ?

L'étonnant passage à l'acte de Véronique vient signer une problématique annoncée dès le départ : « *Je veux que maman reconnaisse que j'ai raison* ». On peut imaginer que l'imgo maternelle projetée sur Madame X, et qui a engendré pendant tant de temps le lien de dépréciation, de dénigrement entre Véronique et la thérapeute a été dans cette dernière séquence mise en danger de démantèlement. En effet, les explications de Madame X auraient pu amener Véronique à un processus de différenciation d'avec sa thérapeute, personne bienveillante, qui, de toute façon, la gratifiait d'un temps supplémentaire. C'eut été pour la patiente l'occasion d'apprécier «un autre» et de renoncer à son fantasme d'une figure maternelle qui la «vole», la «pille» et ne peut la gratifier en rien.

Mais, reconnaître que l'autre peut être bon, aurait amené Véronique à se réapproprier, ou du moins questionner, les parties mauvaises d'elle-même projetées sur Madame X : l'avidité en particulier. Le bel étayage narcissique qui permet d'asseoir l'estime de soi et sans lequel Véronique, probablement, rencontrerait le manque et la dépression, se serait effondré. Le risque était vraisemblablement trop grand, aussi Véronique a-t-elle fait le choix du déni du réel (les explications concernant le temps des séances) pour maintenir Madame X en position de fautive et elle dans cette position haute d'omnipotence, dans laquelle elle ne peut qu'avoir raison. Ainsi la confluence malsaine avec l'imgo maternelle négative aura été préservée, dans une dynamique inverse de celle du commencement de la thérapie : Véronique a raison et prend le large, alors qu'en début de thérapie sa maman a toujours raison et signifie à sa fille qu'elle ne peut qu'avoir tort, celle-ci luttant pour se faire reconnaître. La dynamique reste la même : « *il n'y a pas de place sur cette terre pour nous deux. Si je vis, tu meurs. Si tu vis, je meurs* ».

L'omnipotence a seulement changé d'attribution, initialement portée par l'imgo maternelle, Véronique se l'est réappropriée. La différenciation aura échoué, malgré les louables efforts de Madame X.

Ce qui, au passage, pose la question d'un cadre ferme, du non dépassement des séances, qui pourra donner matière à attaque de la part du patient et peut-être élaboration de la problématique d'omnipotence et de la symétrique impuissance.

LA RUPTURE : RÉPONSE À LA CRISE

« Est en crise tout sujet dont l'état, manifesté par l'affaiblissement apparemment sans cause de ses mécanismes de régulation est perçu par le sujet lui-même comme menace à sa propre existence » dit René Thom dans *Crise et Catastrophe* ⁽¹⁾.

1 - in Kaes R. et Coll. : Crise, rupture et dépassement.

Dans le cas de Véronique, il semble que la crise ait été provoquée par la possible confrontation au réel d'une situation où Véronique aurait eu à évaluer la pertinence de la position de madame X et, de ce fait, abandonner une partie de ses projections à son endroit. Ceci aurait risqué d'amener un remaniement important de la manière dont Véronique structurait son champ pour en garder la maîtrise. Le risque de la perte de cette maîtrise étant la confrontation à des frontières floues, instables, dont l'absence de contours ne permet de fonctionner que dans la confluence et/ou dans le conflit qui est une autre manière de préserver la confluence lorsqu'il est sans fin. On peut imaginer que Véronique, petite fille, s'est vue barrer par sa mère toute tentative d'agir ou d'exprimer un désir autonome. La mère refusant avec violence que cet enfant-là soit autre chose qu'un prolongement d'elle-même. Toute manifestation de mal être, de famine ou de souffrance de la part de l'enfant étant vécue par la mère comme attaque personnelle, dénonciation de son incapacité à être parfaite, signature de sa «mauvaiseté», renvoyant là à une blessure narcissique primaire. Le rejet massif se mettra alors en œuvre, expulsant l'enfant d'une confluence saine, nécessaire à sa constitution psychique.

Il me semble que la dynamique cette Gestalt précoce peut se repérer entre Véronique et Madame X, en particulier quand la thérapeute témoigne de son désarroi. Véronique, identifiée à

l'imagen maternelle négative, refuse de prendre en compte la souffrance de l'autre. Cette dynamique s'est actualisée par le départ abrupt de Véronique, refusant le risque d'entendre l'autre. Au contraire, la jeune femme puisera dans sa méconnaissance, voir son mépris, l'intense mobilisation d'affects négatifs qui lui constituera une frontière imperméable, enfin, et lui permettra une position égotiste, certainement moins douloureuse que sa position de dépendance ou de contre-dépendance infantile.

Peut-on voir dans ce remaniement de la position de Véronique : « *J'ai raison et je n'ai besoin d'en référer à personne* », l'ébauche d'une différenciation encore hésitante construite à partir d'un vécu omnipotent, mais qui pourrait, ailleurs et au fil du temps, s'assouplir pour qu'une gestion progressive de la frontière contact se mette en œuvre ? ou bien faut-il en inférer un raidissement, un retrait dans un bastion imprenable qui n'autoriserait plus la moindre fluidité des échanges et le blocage du processus de contact ?

Les deux hypothèses paraissent cohérentes. La première renverrait à un passage nécessaire, à une ébauche de différenciation qui passe souvent par le mépris ou la diabolisation de l'autre, soustrait de cette façon à l'indifférencié de la confluence.

La seconde à une incapacité à se séparer de la position d'omnipotence infantile afin de préserver l'intrication fantasmatique, dont la sortie mettrait en danger l'existence même du sujet. Souhaitons le meilleur chemin possible à Véronique.

PHYSIONOMIE DES RUPTURES

Que penser des interruptions plus ou moins violentes de thérapies que nous avons crues bien engagées ?

Plusieurs cas de figures m'apparaissent possibles :

Une alliance thérapeutique défectueuse

En dépit d'apparences positives : le patient est heureux de venir. Il fait des progrès. Le thérapeute gratifié par les marques

de reconnaissance reste inattentif à l'agressivité sous-jacente. Il n'accorde pas d'espace à l'expression de la frustration et du déplaisir. L'autre, par peur d'être abandonné, multiplie les marques d'estime et de satisfaction, jusqu'au jour où pour des raisons, financières, d'emploi du temps, de convenance personnelle, la thérapie s'interrompt, sans discussion ni négociation possible. Il me semble qu'il s'agit là d'une polarisation artificiellement positive du champ, maintenue par le thérapeute pour sa propre satisfaction. Sourde à ce qui peut se manifester des sentiments négatifs de l'autre. Ceci n'est pas spécifique au travail avec les passifs-agressifs et peut se rencontrer avec tous les types de personnalité. Cela dit, un travail fondé sur la gratification réciproque peut durer des années et rend d'autant plus incompréhensible son arrêt brutal. Renvoyant aussi le thérapeute, s'il en a la conscience, à s'interroger à sa capacité à supporter l'ingratitude.

L'incapacité du patient à se réapproprier ses projections

Tout travail de thérapie comporte une longue période de plainte. Rappel des éléments historiques traumatisants. Reproches adressés à maman qui n'a pas fait ceci, papa qui a fait cela. L'enfant mal aimé, abandonné, souffrant veut qu'il lui soit rendu justice.

L'adulte persiste dans cette demande. C'est au travers des éléments activés dans la relation thérapeutique que pourra progressivement se mettre en œuvre le repérage de ce que le patient agit pour renouer avec le thérapeute le même type de lien qu'à ses imagos parentales. C'est ce que le travail en frontière/contact nous permet essentiellement.

Ainsi, dans le cas de Véronique, celle-ci semble avoir occulté en majeure partie, tous les éléments d'attachement, de confiance et d'affection qu'avait pu lui offrir Madame X, afin de la mettre en position d'une femme avide et vénale qu'il importe de faire avouer sa malignité renvoyant à une figure maternelle fantasmatique. Nous sommes bien loin de la reconnaissance mutuelle

Cette étape dans le travail thérapeutique est cruciale. Le patient quittant son état d'impuissance et de jouet de mauvaises forces aura à prendre la responsabilité de ce qu'il met en œuvre lui-même et à quoi cela lui sert en termes d'économie personnelle et structuration de son monde. Bien souvent, il préférera conserver son statut d'opprimé et rompra avec son thérapeute, afin d'aller à nouveau se plaindre ailleurs.

Il trouvera une oreille attentive chez le nouveau thérapeute, qui, lui saura être plus compatissant ou plus efficace que son méchant collègue. Et ainsi de suite...

Un cadre insuffisamment contenant

L'abandon progressif des systèmes défensifs élaborés depuis le plus jeune âge amène souvent une perte de repères et un vécu de terreur ou de dépression. Afin de vérifier si, au moins dans ces temps de panique non élaborée, le thérapeute tient à lui et tient le coup, le patient pourra mettre en œuvre des stratégies subtiles. Il voudra diminuer la fréquence des séances, partir en vacances impromptues, bref, fuit à sa manière ce qui le terrorise.

Souvent, la compréhension du thérapeute par rapport à ces besoins conscients ira à l'encontre du soulagement escompté. Tout se passe comme si non consciemment l'acquiescement à ses demandes signifiait à un niveau profond pour le patient : « Il ne veut pas de moi. Il est dépassé et bien content que je m'en aille » s'ensuit une perte de confiance qui s'exprimera par un passage à l'acte : « J'arrête la thérapie ».

CONCLUSION

Bien évidemment, je ne peux être exhaustive dans le recensement des ruptures. Chaque cas devra être envisagé dans sa singularité. J'ai seulement voulu illustrer par trois hypothèses cliniques les cas les plus fréquemment rencontrés. Ils font appel à trois facteurs essentiels : la capacité du thérapeute à accueillir

les sentiments négatifs de l'autre. La capacité du patient à renoncer partiellement à sa toute puissance, comme Véronique, ou à prendre en mains une partie de la responsabilité de son destin et enfin, comment le cadre, avec sa fonction contenant, comme sa fonction tierce qui permet l'attaque est essentiel. Je crois que toute rupture, à y voir de près, combine les défaillances des trois dans des proportions variables. Si l'on ne peut pas changer grand chose à la capacité du patient à vivre la frustration, on peut certainement faire évoluer la notre, sans tomber dans une position masochiste, et poursuivre une réflexion sur le cadre.

Et puis, après tout, ne vous est-il jamais arrivé d'être soulagé par le départ d'un patient ?

Résumé

A partir de l'exposé d'une situation clinique terminée par l'arrêt brutal de la thérapie, l'auteur propose deux hypothèses à cette rupture : incapacité de la patiente à sortir d'une confluence malsaine, ou bien ébauche d'une différenciation qui passe par le rejet. Il poursuit en présentant d'autres cas de figures, questionnant la capacité du thérapeute à accueillir les sentiments négatifs, du client à renoncer à la toute puissance et du cadre d'être suffisamment contenant.

BIBLIOGRAPHIE

FREUD S. : *Essais de Psychanalyse*, Paris. Petite Bibliothèque Payot n° 44.

KAES R. et Coll. : *Crise rupture et dépassement*. Coll. : Inconscient et culture - Dunod, Paris 1979.