

Si vous n'êtes jamais dans l'erreur aux yeux de vos contemporains, vous ne serez jamais dans le vrai aux yeux de la postérité.

Randall Jarrell

## **La connectivité, les frontières perméables, et le développement du soi** **Richard Geist**

Comme l'a dit un jour la poétesse Kate Barnes « dans tout art, il est difficile de trouver l'âme du changement ». Dans l'art du traitement en psychologie du soi, la connectivité est cette âme du changement. Tout couple analytique s'efforce ainsi de trouver la connectivité qui lui est particulière. C'est elle qui mène et tient ensemble le processus thérapeutique. Elle facilite la réactivation du développement, elle permet la reprise d'une croissance saine. À mesure que nous cheminons à tâtons, dans notre recherche de cette connectivité, nous regardons par dessus bord, nous nous en éloignons, nous y revenons, nous le longeons, nous en trouvons la ligne de fuite, nous en percevons la ligne de progression (Tolpin, 2003); mais, toujours, ce bord, nous le créons ensemble. L'analyse en psychologie du soi est faite de cela, la connectivité, sa recherche, son évitement, le piétinement qui accompagne ses complexités tout comme il accompagne chacune de nos démarches. Et cela ne fait pas question à la psychanalyse, ni ne lui assigne de limites. Au contraire, la théorie et la pratique psychanalytiques en ont été considérablement élargies et profondément révolutionnées au cours des 30 dernières années. Il y a eu insufflation d'une nouvelle vie dans le déclinant et souvent stérilisant paradigme cartésien.

Kohut comprenait l'importance de la connectivité. Il la situait à la fois sur le plan du développement et sur le plan thérapeutique. Sur le plan du développement, Kohut est resté ambivalent. Il a conservé son immersion dans une psychologie singulière, à une personne, relevant d'une théorie structurelle dans laquelle la croissance était une contingence du développement, du maintien et de la restauration du soi. Mais Kohut savait que le soi ne pouvait *être* un soi sans expériences objetsoi. Et il savait qu'il ne pouvait y avoir d'expérience objetsoi sans connectivité<sup>1</sup>. On retrouve cette ambivalence dans sa conception du traitement. Kohut (1971, 1977, 1984) croyait, et il l'a écrit, que le besoin de parvenir à un sens de la cohésion de soi conduisait chaque analyse. Mais il savait également que la cohésion du soi pouvait s'atteindre au travers d'une myriade de structures défensives. En d'autres termes, il savait que le soi cohésif, alors même qu'il n'est pas un soi fragmenté, n'est pas nécessairement pour autant un soi sain ni même un soi dont le fonctionnement serait optimal. Ce qui favorise l'évolution thérapeutique vers une organisation saine du soi, – comprise comme sens durable d'être une personne agissante, perception d'une continuité dans le temps et dans l'espace, estime de soi stable et sentiment de bien-être, vitalité d'un esprit/corps unifié, capacités fonctionnelles de régulation et d'apaisement, et, enfin, comme capacité à rechercher des autrui significatifs avec qui partager des réponses objetsoi et avoir une intimité commune –, ce qui permet cette évolution, c'est précisément cette

---

<sup>1</sup> Il est vrai que les expériences objetsoi avec l'environnement non humain (cf Lichtenberg, 1990) existent pour la plupart des gens mais, dans mon expérience, ces expériences sont beaucoup moins importantes pour l'enfant sur le plan du développement que celles avec les humains.

connectivité qui va relier un patient et un analyste capable de réponses empathiques. Cette connectivité donne une deuxième chance au développement, et c'est seulement quand elle parvient à s'établir que la construction de nouvelles structures du soi et la modification des structures défensives deviennent alors simultanément possibles (Ornstein, 2006).

La connectivité, selon la signification que je lui donne, réfère généralement à un sentiment, vécu consciemment ou non, de partage et de participation à la vie émotionnelle subjective d'un autre en même temps qu'elle réfère à l'expérience simultanée de l'autre comme participant aussi à sa propre vie subjective. Plus précisément, lorsque deux personnes se sentent en connexion, la capacité de réponse de chaque personne, – en y incluant ses fonctions objetsoi, son empathie et sa subjectivité –, devient une présence ressentie<sup>2</sup> dans le monde subjectif de l'autre lui-même. Ce que je mets en valeur dans cette définition de la connectivité, c'est la façon dont ses qualités, – les fonctions objetsoi, l'empathie, et la subjectivité –, s'entrelacent et s'unissent pour former comme une tapisserie dont elles ne pourraient être séparées dans l'expérience qu'on en fait.

Pensons, par exemple, à une petite fille de quatre ans qui, en jouant dans l'allée menant à sa maison, glisse et se blesse au genou et qui, aussitôt, s'engouffre en courant dans la maison en proie à une agitation intense. La mère, ouvrant les bras avec une expression empathique de compassion, comprend immédiatement ce dont Charlotte a besoin et fait alors le commentaire suivant : « Oh oui, ça doit faire mal ça; le bobo a-t-il besoin d'un bisou? ». Avec des larmes dans les yeux Charlotte répond : « Oui, ça fait beaucoup mal, donne lui un bisou », et elle offre tranquillement son genou à un baiser qui, instantanément, s'avère réparateur. Quelques secondes à peine après la caresse des lèvres de sa mère sur son genou meurtri, Charlotte, souriante et soulagée d'une douleur autant physique que psychologique, retourne à son jeu, pleine d'exubérance, dans l'allée.

Nous n'avons pas besoin d'être analyste ou thérapeute pour savoir que la magie n'opérerait pas de même si le baiser n'était pas le baiser parental mais celui de quelqu'un d'autre. Privant ainsi Charlotte de l'expérience de l'empathie, du réconfort ou de l'apaisement prodigués par sa mère, il l'empêcherait de les ressentir comme faisant partie de l'expérience de son soi. Je soutiens ici que Charlotte, dans la sécurité apaisante et réconfortante du moment, fait l'expérience de l'empathie, de la subjectivité (la manière unique qu'a cette mère particulière de lui répondre et de l'embrasser) et de la fonction objetsoi d'apaisement et de réconfort de la mère comme des composantes vitales de l'organisation de sa propre expérience.<sup>3</sup> En d'autres termes, Charlotte peut revenir gaiement à ses jeux parce que la connectivité mère fille a catalysé, en elle, les aspects de l'empathie personnelle, de l'auto-apaisement, et une capacité subjective à susciter l'apaisement et des réponses réconfortantes de la part des autres (on peut parler de connaissance procédurale implicite). Au moment même du baiser, il est difficile de différencier ce qui est le plus important pour l'enfant : la subjectivité de ce parent unique? l'empathie de la mère?

---

<sup>2</sup> La description pertinente d'une « présence ressentie » est empruntée à la description par Mary Oliver (1995) de Edna St. Vincent Millay comme étant « une présence ressentie à Steepletop, un esprit, le cœur de la maison et de nos vies » (p.85). Frank Lachmann a aussi utilisé une telle expression – « la présence dans le monde subjectif de l'autre » -- subséquemment dans son article sur la co-création de l'empathie.

<sup>3</sup> Il est aussi vrai que la réponse de la mère pourrait contribuer à une attente (qui deviendrait finalement une conviction émotionnelle durable) que les autres aient des réponses optimales lorsqu'elle en a besoin.

l'expérience objetsoi? Et même, comme Winnicott pourrait le dire, nous ne devrions jamais poser la question. Nous pouvons certes présumer de la possibilité de distinguer théoriquement entre altérité, lien affectif empathique, et expérience objetsoi, mais pour Charlotte toutes ces expériences sont vécues comme intégrées dans un tout. Cela est un paradoxe, tout comme l'est celui de l'objet transitionnel, que nous, cliniciens, devons tolérer.

La valeur clinique qu'il y avait à considérer la totalité des réponses de l'analyste comme faisant partie du propre monde expérientiel du patient a été négligée. Cela s'est amplifié, à mesure que la psychologie du soi suivait une trajectoire post kohutienne et pluraliste. Peut-être est-ce dû au fait que nous sommes continuellement attirés vers une observation du couple analytique du point de vue d'une perspective externe? Nous percevons ainsi dans notre cabinet de consultation les deux personnes du couple comme séparées, plutôt que nous ne les verrions, avec empathie, comme faisant, souvent, l'expérience l'une de l'autre en tant que parties de leurs sois respectifs (P. Ornstein, communication personnelle). Et, en effet, si nous nous centrons sur la façon dont les choses nous apparaissent de l'extérieur, nous avons toutes les chances de conceptualiser les fonctions objetsoi, l'empathie, et la subjectivité comme des qualités qui appartiennent à des personnes séparées, ou comme étant vécues chacun de son côté, ou encore comme étant fournies individuellement, alors même que leur contexte est celui de l'intersubjectivité. Mais, ce faisant, nous perpétons de fausses dichotomies, nous masquons la valeur clinique que la métaphore de la connectivité de Kohut possède à son niveau le plus profond et le plus significatif, et nous rétrécissons d'autant la portée et la fonction de l'analyse. Dans ce qui va suivre, maintenant, je vais tenter de faire sortir le concept de connectivité (et ses composantes d'objetsoi, d'empathie et de subjectivité) de son ghetto métapsychologique pour lui insuffler une sensibilité clinique conséquente. J'espère ainsi montrer qu'il nous est possible d'utiliser la connectivité comme un diapason permettant à nos interventions cliniques d'entrer en harmonie. Je crois qu'une compréhension plus profonde des possibilités cliniques impliquées par le concept de connectivité peut fondamentalement modifier notre approche du traitement, dans des dimensions singulières que la littérature n'a pas encore discutées ouvertement jusqu'ici. Préciser notre compréhension de la connectivité dans ce contexte fait d'enchevêtrements, devrait affecter profondément, c'est ma conviction, la perspective d'écoute de l'analyste, l'organisation du matériel clinique, et la façon dont nous nous exprimons dans le mode interprétatif.

### **Sensibilités à la connectivité : Les frontières perméables**

Si nous pouvons nous accorder sur cette idée d'une connectivité comme dénotant une présence de l'autre profondément ressentie dans son propre monde expérientiel, alors nous pouvons avancer que la connectivité implique toujours des frontières perméables. Le soi de Kohut est en effet un système ouvert, non délimité par des frontières physiques (Ornstein, *Clinical Facts*, 1978). Il y a donc une fluidité métaphorique inhérente à des sois en interaction. Elle suggère de manière heuristique des vie émotionnelles partagées et s'interpénétrant, indépendamment de toute asymétrie que l'on pourrait attribuer à la dyade analytique.

May Swenson, une poétesse qui a compris, avant même Kohut, que nos réalités subjectives étaient inévitablement altérées par nos modalités imaginatives de perception, a saisi l'essence même de cette perméabilité des frontières inhérente à la connectivité. Dans son poème « Alors que j'étais assise dans un avion », la poétesse regarde par la fenêtre les meubles dessinés

par les nuages tourbillonnants . Elle s’imagine dans l’accueillant confort d’un parloir céleste, mais est interloquée par son caractère flottant et changeant. Elle pénètre dans ce monde inconstant en y « refusant l’immobilité d’une âme solide », renonçant ainsi, en imagination, à un certain niveau, à toute forme qu’elle pourrait avoir. « L’on doit être un nuage pour occuper une maison de nuages... » », dit Swenson qui ajoute : « J’ai échangé la forme pour la versatilité de l’air. » Nulle part ailleurs que dans ces lignes ne trouvera-t-on meilleure description, aussi proche de l’expérience, de la nature transformatrice de la connectivité et de la perméabilité des ses frontières.

Une patiente possédant une capacité exceptionnelle à décrire ses états émotionnels m’a écrit ceci, quelques mois avant mes vacances, en août : « Comme bébé, je suis née avec toutes mes parties, et, ensuite, ma mère en a arraché et déchiré une grande part. Au début, tu pleures et tu es à chaque fois bouleversée, sachant qu’elles sont perdues. Mais, en prenant le puzzle à la base, tu t’habitue à travailler avec ‘des pièces (en plus petit nombre)’ pour essayer de reconstruire le tableau dans son ensemble. Il vient un temps où tu renonces à l’espoir, et tu ne veux plus travailler sur ton puzzle... Alors tu rencontres dans ta vie quelqu’un d’exceptionnellement spécial, – quelqu’un qui te redonne les pièces manquantes, quelqu’un que tu aimes, excepté qu’il arrive aussi bien à cette personne de partir, au loin, pendant tout un mois, en emportant avec elle une partie des pièces de ton puzzle ». A l’intérieur de la dyade analytique, nous faisons donc continuellement partie de l’espace métaphorique de l’autre. C’est une expérience, - d’ancrage de l’analyste dans l’expérience du patient, d’ancrage du patient dans l’expérience de l’analyste -, qui se vit profondément. S’il n’y avait pas cette idée de perméabilité des frontières, patient et analyste seraient comme le caillou de James Michener qui, jeté à l’eau, se mouille en surface, mais ne devient jamais partie de l’eau.

Ce que je suggère, c’est que la véritable guérison requiert la connectivité; nous devons, en tant qu’analystes et thérapeutes, nous autoriser à devenir une partie de l’eau; nous devons nous connecter de telle manière que cela rende facile et permette à nos patients de vivre l’expérience du ressenti de notre présence dans leur vie. Et je suggère, en outre, qu’existe, inhérente à la connectivité, une membrane perméable embrassant tous les aspects qu’elle comporte, d’expérience objetsoi, de subjectivités interpénétrées, et d’empathie mutuelle.

La conceptualisation originale de l’expérience objetsoi par Kohut incluait l’idée de frontières perméables. Et lorsque Stolorow (1987), il y a vingt ans, discuta des fonctions objetsoi, il affirma en effet : « Une fois que l’analyste a saisi l’idée que ses réponses peuvent être vécues subjectivement comme une composante vitale, fonctionnelle de l’organisation de soi du patient, il n’écouterait jamais plus le matériel analytique tout à fait de la même manière » (p.17). Quoique ayant perdu de son importance dans la psychologie du soi post-moderne, l’idée de frontières qui se chevauchent accompagne de façon persistante l’expérience objetsoi. La plupart d’entre nous n’avons pas de difficulté à comprendre que les transferts en miroir, idéalisant ou de jumelage renforcent le soi, en tant qu’ils témoignent de l’inclusion de l’analyste dans l’organisation du soi du patient.

Par exemple, dans le cadre d’une discussion que j’avais avec un patient, Frank, sur la manière dont il ressentait l’approfondissement d’une connexion entre nous, Frank me dit : « C’est vrai que nous sommes plus connectés. J’ai ressenti ça d’une façon particulière, c’est que nous sommes en quelque sorte semblables l’un à l’autre, non pas en tout, bien sûr », et il se mit à rire

en ajoutant : « vous n'avez pas comme moi de problème d'estime de soi, mais nous voyons le monde de la même manière ». Je lui fis part d'une interrogation que j'avais : la similarité ressentie entre nous n'était-elle pas, en quelque sorte, une autre manière pour nous d'être connectés? ne conduisait-elle pas à améliorer son sentiment de bien-être? Et Frank de me répondre : « C'est vrai, mais vous savez, il y a quelque chose d'encore plus important dans tout ça. Lorsque je sens que nous sommes en quelque sorte semblables, comme durant les derniers jours, une porte, qui avait été fermée, s'ouvre à nouveau pour moi. Je me sens plus libre, plus fort, comme si je pouvais faire des choses, comme m'affirmer au travail, des choses que je n'étais pas capable de faire avant ». Frank se rappela alors un rêve où il perdait une dent. S'associait à ce rêve l'idée que lorsque les enfants perdent leurs premières dents, ils sentent qu'ils grandissent, qu'ils deviennent plus forts, plus gros, en dépit du fait que c'est aussi angoissant. Il pensait que l'anxiété dans le rêve représentait le risque de me perdre, comme si le tapis allait être tiré sous ses pieds s'il se mettait à croire que je faisais partie de son monde. Nous reviendrons plus loin sur la façon dont le concept de connectivité offre une perspective différente pour comprendre et répondre aux transferts objetsoi, aux résistances, au processus de perturbation et de réparation, et aux demandes de révélation de soi. Mais, pour le moment, je cherche simplement à replacer l'accent sur l'importance, oubliée, qu'il y a à reconnaître l'existence de frontières perméables dans l'expérience objetsoi.

Cette existence de frontières perméables affecte aussi la seconde composante de la connectivité, la subjectivité. L'importance de la subjectivité est inhérente à la croyance profonde, - et plus compliquée qu'il n'y paraît -, chez Kohut (19??) que ce que vous êtes est plus important que ce que vous faites. La définition par Kohut (1984) de l'objetsoi, - « cette dimension de notre expérience d'une autre personne se rattachant aux fonctions de cette personne qui étayent notre soi » (p.49) -, mettait l'accent sur des fonctions isolées. Ces fonctions, selon Kohut, pouvaient être remplies par des personnes interchangeables, avec des personnalités diverses et ayant des degrés variables de connexion avec le patient ou avec l'enfant. Cela ne les empêchaient pas de rester efficaces et, ainsi, de renforcer et de développer l'organisation du soi de l'autre personne. Mais, concernant cette croyance de Kohut, Bacal et Newman (1990), de même qu'Orange (1995), signalèrent une omission, trompeuse, inhérente à cette définition. Ils mirent ainsi en lumière la grande importance de la personne particulière remplissant ces fonctions objetsoi : elle était loin d'être interchangeable avec d'autres personnes qui pourraient accomplir indifféremment ces mêmes fonctions objetsoi. Pour le dire simplement, la subjectivité de l'analyste a de l'importance. Nous ne pouvons renier notre subjectivité et nous ne pouvons nier que le patient va connaître notre subjectivité et va en faire l'expérience. Mais, ce que je veux souligner, en décrivant ce second aspect de la connectivité, c'est que la subjectivité de l'analyste est plus que de l'altérité; il n'y a pas de véritable « autre » cartésien qui serait seulement et « véritablement perçu comme extérieur, distinct de notre champ mental d'opérations » (Benjamin, 1995, p.29). La subjectivité de l'analyste est ressentie comme une présence à l'intérieur du soi du patient (et vice versa).

Dans la mesure où l'analyste exprime consciemment et inconsciemment des aspects de son expérience de soi, - ses sentiments et perceptions, sa personnalité, son histoire -, le patient en vient à connaître la subjectivité du thérapeute. Cela veut dire que « ce qui consciemment est

ressenti comme en venir à connaître son partenaire n'est, en fait, qu'en arriver à un sens de soi-même plus intégré » (Fonagy, 2005). Pourquoi faut-il qu'il en soit ainsi? Comme me l'a dit une patiente qui avait déjà été trois fois en thérapie et qui en savait beaucoup à mon sujet: « N'est-ce pas évident que plus vous êtes ouvert plus je vous connais, et que plus nous devenons intimes plus les frontières deviennent floues? ». Elle ajouta alors: « Il y a aussi quelque chose dans votre ouverture qui révèle vos vulnérabilités. Je sais que pour être vulnérable avec moi, vous devez avoir un sens de vous-même assez fort, et que *cela*, en quelque sorte, vous permet d'être vulnérable, ce qui brouille les frontières, de sorte que vous vous ressentez comme faisant partie de moi et que je peux me laisser aller à me sentir vulnérable ». Ce que je souligne, ici, c'est que nous présumons trop souvent qu'une interaction de subjectivités implique une reconnaissance d'altérité; en réalité, la bonne volonté de l'analyste à exprimer ses perceptions et ses sentiments, même lorsqu'ils diffèrent de ceux du patient, peut être ressentie, et l'est souvent, comme une qualité personnelle renforçant l'organisation du soi du patient.

L'empathie est la troisième composante de la connectivité. Son processus est également affecté par la perméabilité des frontières. L'empathie a d'abord été conceptualisée comme un mode d'observation par lequel nous nous immergeons dans le monde subjectif d'un autre afin de recueillir des données relatives à ses états émotionnels. Plus tard, Kohut (1984) élargira sa propre définition de l'empathie. Il y inclura la capacité de répondre de l'analyste avec « la plus grande liberté...témoignant ainsi d'une compréhension plus profonde en miroir et de son affectivité pleine de résonance... » (p.82). Et, finalement, la notion d'empathie, originellement chez Kohut un peu « à une personne », se métamorphosera en un lien affectif mutuel très puissant entre deux personnes. La différence entre ces deux définitions de l'empathie a été exprimée au mieux par une patiente en analyse qui m'a dit, dans les premiers mois de son analyse : « Je sens que vous me comprenez vraiment, vous me saisissez mieux que n'importe qui ne l'a fait déjà, mais je ne me sens pas encore connectée à vous ». En d'autres termes, en ce début de traitement, Sara se sentait comprise en profondeur, mais, intuitivement, elle savait que la connectivité exigeait un sentiment mutuel plus passionnel et plus durable d'une présence affective de chacun dans la vie de l'autre. Ce n'est que plusieurs mois plus tard qu'elle ressentira, selon ses propres mots, « que nous sommes connectés, maintenant, parce que je sais que vous êtes avec moi quand je ne suis pas ici, et j'acquiesce la certitude que je suis avec vous entre les séances ». Et Sara avait effectivement raison de croire qu'elle était devenue une présence que je ressentais fortement dans ma vie.

Dans son livre « Restoration of the Self », Kohut a suggéré que l'empathie était un aliment psychologique aussi important pour la vie psychologique que l'était l'oxygène pour la vie biologique (p.253). Ce qui n'a pas été suffisamment remarqué, lorsque nous utilisons cette analogie désormais très connue, c'est que, tout comme l'oxygène qui nous entoure et que nous ressentons, dans le même temps, faire partie de nous, cette forme d'empathie, qui soutient la connectivité, requiert une mutualité qui est une réelle interpénétration. En ce sens, l'empathie n'est pas seulement intersubjective (Orange, Atwood, & Stolorow, 1997) et co-créée (Lachmann, 200?), elle est une forme d'union bidirectionnelle. Et ici, le terme, utilisé par Kohut, d'immersion empathique (par opposition à celui d'exploration empathique) reste pleinement significatif. Il désigne, en effet, une mutualité dans laquelle chaque membre de la dyade

analytique utilise, de façon imaginative, le cœur, l'esprit, les yeux, les oreilles, non seulement pour sentir comment chacun vit et organise son propre monde subjectif et sa place dans celui-ci, mais aussi pour permettre, de façon imaginative là encore, à la compréhension déployée par le patient et l'analyste de devenir une présence ressentie dans chacune de leurs vies respectives.

### **Les implications cliniques de la connectivité**

Bien que la connectivité ne soit pas la seule expérience significative entre le patient et l'analyste, je crois qu'elle est à la base de toutes les thérapies et de toutes les analyses qui sont curatives. Car la connectivité contribue directement au développement du transfert objetsoi, à la structuration du soi, et à la capacité d'intimité mutuelle. Sans connectivité, une analyse reste possible, mais sa profondeur et son potentiel de guérison sont significativement limités. C'est pourquoi, je voudrais maintenant me pencher sur la signification de la connectivité en situation clinique, et plus précisément sur la façon dont la conscience des significations de la connectivité altère la compréhension et les réponses de l'analyste dans le microprocessus du temps clinique.

### **La connectivité et le transfert objetsoi**

S'agissant de la réponse optimale à l'expression des besoins objetsoi chez les patients, la discussion n'a cessé de s'intensifier entre les psychologues du soi. Quelques-uns d'entre eux (Kohut, 1977; Wolf, 1988) ont suggéré que ce qui facilitait le traitement, c'était notre compréhension, nos explications, et notre validation des besoins des patients au fur et à mesure qu'ils émergent dans le transfert. D'autres (Lindon, Bacal), ont suggéré que la disponibilité de l'analyste à répondre d'une façon non interprétative, selon les besoins du moment, pouvait être, au plan thérapeutique, pour certains patients, plus optimale que la compréhension et l'explication (N. VanDerHeide, communication personnelle). Mais si, maintenant, nous percevons du point de vue de la connectivité l'expression de besoins objetsoi du patient et si nous faisons l'expérience d'être nous-même partie du soi du patient, alors notre théorie offrirait, sans conteste, un guidage empathique plus spécifique de ce qui constitue une réponse optimale.

Deborah, une jeune femme intelligente et structurée, qui avait auparavant vécu un long traitement analytique frustrant et infructueux, commença son analyse avec moi dans un état tout à la fois triste et amusé. Déçue par son premier thérapeute, elle était perplexe quant au sentiment qu'elle percevait chez moi, d'une sorte de confiance « étrange » dans le fait que ce traitement-ci pourrait être différent. Elle passa la première heure avec moi à tenter de me convaincre que, de par son traitement antérieur, elle était, selon ses propres mots, « trop complexe pour que les 'psys' la comprennent, incapable d'utiliser les interprétations, et irréparable ». En résonant émotionnellement, à la fois à son espoir, qui la poussait à essayer encore une fois, et à sa croyance que les interprétations ne l'aidaient pas, je lui dis que je me demandais si son premier traitement n'avait pas été « trop d'analyse et pas assez de relation ». Une larme, une seule, et une légère modification de son expression me signalèrent qu'elle se sentait comprise.

Durant les premiers mois du traitement, Deborah amplifia cependant ses efforts pour me persuader qu'elle était intraitable et que, tout comme elle n'avait aucune « motivation à essayer » de travailler, elle ne sentait pas qu'elle devait travailler en analyse, un « sentiment », disait-elle, « que [son] 'psy' antérieur n'approuvait pas ». Au cours d'une séance typique pendant le

troisième mois de l'analyse, Deborah passa les quinze premières minutes à produire un discours dans lequel elle me disait combien elle était incompétente, à quel point elle ne pouvait penser clairement, combien elle n'avait ni motivation, ni ambition, ni intérêt, comment, encore, elle désirait avoir un nouveau travail mais combien c'était inutile de chercher une nouvelle situation puisqu'elle y apporterait, avec elle, les mêmes difficultés de motivation. Elle ajouta savoir que son présent conjoint n'était pas la bonne personne pour elle mais que, comme il était la seule personne dans sa vie, elle ne voyait pas pourquoi le quitter. Elle conclut son monologue en disant : « C'est la même chose ici. Je pourrais m'engager à venir ici pour le restant de ma vie et vous dire la même chose à chaque heure. Et, en définitive, vous vous ennuierez et vous en aurez marre de moi. C'est ce qui s'est passé avec le Dr T ». Je lui dis alors : « Pour ressentir un tel pessimisme, vous avez dû vous sentir terriblement coincée avec tous ces sentiments là depuis trop longtemps ». Elle y fit écho : « Vous avez raison, depuis aussi longtemps que je puisse me rappeler, même si je ne peux pas me rappeler beaucoup de choses avant l'âge de 5 ans. Alors, si je suis si coincée, réparez-moi, c'est *votre* travail de me réparer, pas le mien ». Je répondis : « Vous avez totalement raison; c'est mon travail de vous réparer ». Deborah leva les yeux sur moi et me dit doucement : « Le Dr T. n'aurait jamais dit ça ». J'acquiesçai : « Je sais, c'était ça le problème avec ce traitement-là ». Deborah me demanda : « Alors, combien de temps allez-vous prendre pour me réparer? ». Me débattant d'abord intérieurement pendant quelques secondes, je finis par lui répondre : « Je ne sais pas vraiment, combien de temps ai-je? ». Deborah me répondit : « Je suis restée avec lui pendant cinq ans, ce que je n'aurais jamais dû faire et nous n'en avons pas parlé, mais », et ici, en souriant, elle me taquina pour la première fois : « Pour être juste avec vous, je vous donnerai cinq ans ». Il y eut un bref silence et Deborah réfléchit tout haut en disant : « Je pense que nous saurons que cette thérapie là fonctionne quand je pourrai me permettre de vous aimer et de vous laisser m'aimer. »

Ce bref échange pourrait nous mener dans plusieurs directions, mais je voudrais me concentrer ici sur la seule influence du concept de connectivité dans cette micro séquence. Du point de vue de l'expérience, l'organisation du soi de Deborah restait cohésive en autant que sa conviction émotionnelle, « je suis irréparable », - une structure défensive dépressive et masochiste dont je n'ai pas le temps de faire l'histoire développementale ici -, demeurait une composante centrale et significative de son expérience de soi, une présence accablante pour reprendre les mots de Stolorow. Cette conviction émotionnelle avait comblé les déficits survenus dans l'organisation de son expérience, à la suite de l'effondrement de son milieu objetsoi, lorsque sa mère, diagnostiquée, juste après sa naissance, d'une maladie terminale, en était morte quand Deborah avait eu cinq ans.

En écoutant le monologue de Deborah pendant quinze minutes, l'immersion empathique guidait mon choix de données. Je faisais l'expérience simultanément de son enlèvement et de mes propres sentiments de frustration alors qu'elle tentait de me convaincre que je ne pourrais lui être d'aucune utilité. A ce moment-là, selon sa perspective sur le monde, elle me vivait comme faisant partie (et je m'y sentais effectivement inclus) de son soi dépressif et masochiste, donc comme un analyste qui ne serait pas capable de la réparer. C'est la reconnaissance de cette connectivité, de cette inclusion, qui m'a permis de structurer ma compréhension de l'ampleur et de la profondeur de son enlèvement. Et cela, une perspective externe, - dans laquelle j'aurais fait l'expérience de ses plaintes comme étant motivées par un comportement auto saboteur ou par une

intention sadique de me faire échouer -, ne me l'aurait pas donné. Dans la mesure où Deborah se sentait comprise, son expérience d'elle-même s'était renforcée momentanément et sa fantaisie curative avait pu émerger à sa conscience. L'espoir remplace le sentiment pessimiste de défaite. Elle ressent en imagination la conviction profonde que je peux et que je devrais la réparer. *C'est mon travail*. Ici, j'aurais pu me refuser à ce qu'elle m'utilise comme présence réceptive en elle-même, - et sur laquelle elle exerce un contrôle omnipotent -, en insistant plutôt, de manière un peu moralisante, sur la reconnaissance qu'elle devrait avoir du fait que le travail analytique nécessite d'être accompli par deux personnes séparées. Je me suis plutôt abandonné à me laisser glisser et modeler dans son espace métaphorique créatif. Car, dans cet espace, Deborah s'attend avec raison que je la répare, une attente que j'ai validée<sup>4</sup>. Cette confirmation l'amène à comprendre le manque de connectivité dont faisait preuve sa thérapie antérieure, puis elle revient à son espace métaphorique et elle me demande alors combien de temps ça me prendra pour la réparer. Ici, j'ai cherché comment rester présent à l'intérieur de son organisation d'elle-même (« Combien de temps ai-je? »), lui permettant ainsi d'exercer son contrôle omnipotent. Ma disponibilité à faire partie de son organisation de soi apporte un soutien à son expérience d'elle-même, et, Deborah, abandonnant temporairement sa structure défensive, peut me taquiner de manière enjouée. Alors, se sentant confortablement connectée, elle exprime l'espoir d'une union de nos subjectivités par le désir d'une affection mutuelle.

La présente séquence illustre plusieurs phénomènes importants. - premièrement, le rôle de la compréhension empathique mutuelle dans la facilitation du déploiement de la connectivité -, deuxièmement, l'importance de s'autoriser à être configuré en un objetsoi dont la patiente a besoin -, troisièmement, l'absence de menace pour le soi de l'analyste ou du thérapeute lorsqu'il se saisit, dans l'espace thérapeutique, de cette liberté d'être modelé et façonné par la patiente -, et, finalement, combien se trouve facilitée l'inclusion de subjectivités qui s'interpénètrent lorsque la patiente fait l'expérience d'une telle capacité à répondre en connexion avec elle. Avec, ainsi, un constat simple : il n'est pas nécessaire de confronter la patiente à mon altérité.

### **La résistance**

La psychologie du soi conceptualise la résistance comme une tentative de protéger l'organisation du soi, - a) de l'expérience présente ou anticipée d'une répétition du traumatisme vécu durant l'enfance du patient (Ornstein, 197,1991) -, b) du sentiment d'une fragmentation actuelle ou anticipée résultant d'une perturbation des transferts objetsoi pendant le processus du traitement, une perturbation qui menace la structure vulnérable du soi du patient. Ainsi, la résistance est toujours au service de la santé et de la survie psychologique (Kohut, 1984, p.115). Stolorow et al. (2005) modifient cette conceptualisation, avec raison je crois, lorsqu'ils signalent que la résistance « fluctue de concert avec la perception de variations dans la réceptivité et l'accordage affectif de l'analyste à l'expérience du patient » (p.48). Si nous considérons, en outre, la résistance à partir d'une perspective de sensibilité à la connectivité, nous ajoutons alors une dimension importante à la modification apportée par Stolorow. La résistance a tendance à survenir même si l'analyste est en accordage affectif avec l'expérience du patient, dès lors qu'il

---

<sup>4</sup> L'interprétation que je garde en tête – que chaque enfant a le droit de s'attendre à ce que sa mère sache comment le réparer, une responsabilité qu'elle assume avec plaisir – est communiquée dans ma réponse « c'est mon travail de vous réparer ».

ne s'autorise pas à se laisser inclure dans la structure du soi du patient, à s'y laisser mettre en forme et façonner selon ce que le patient a, métaphoriquement, besoin qu'il soit.

Permettez-moi d'illustrer comment la résistance nous apparaît dans le microprocessus de cette séquence lorsque nous la regardons au travers d'une lentille teintée d'une perspective de connectivité. Carole était une petite fille déprimée de sept ans et elle avait commencé son traitement en portant sa tristesse comme une couverture. Durant les cinq premiers mois du traitement, elle n'était presque pas entrée en relation avec sa thérapeute. Au huitième mois, cependant, un fort lien d'attachement à sa thérapeute s'était établi; mais, en même temps, Carole s'était mise à refuser de quitter le bureau à la fin de sa séance. Environ dix minutes avant la fin de chaque séance d'une heure, Carole s'asseyait obstinément sur le plancher, déchiquetait du papier, en jetait les confettis dans les airs, et, avec une expression de colère, les surveillait flotter et se répandre dans toute la pièce. Sa seule réponse verbale emphatique était alors : « Je ne m'en vais pas ».

En ma qualité de superviseur du cas, j'ai écouté pendant plusieurs séances les efforts diligents et contrariés que faisait la thérapeute en direction de Carole pour s'accorder affectivement avec elle, interpréter, cajoler, confronter, ou mettre des limites. Le Dr M., avec une précision opiniâtre, reconnaissait la colère et la tristesse de Carole, interprétait son besoin de contrôle, faisait des commentaires sur le plaisir qu'avait Carole à constater sa propre impuissance de docteur. Et, avec une dureté involontaire, le Dr M. repoussait les demandes, plaintives, de Carole de rester dans le bureau. A mesure que la dyade thérapeutique se voyait envahie par la frustration du Dr M., cette dernière commençait à insister auprès de Carole sur la nature régressive de ses demandes, sur le fait qu'elle avait un autre patient à voir et sur le fait, enfin, que la mère de Carole l'attendait impatientement. A certains moments, elle pouvait même prendre dans ses bras Carole, qui donnait des coups de pieds et hurlait, et l'apporter ainsi dans la salle d'attente où sa mère était assise, gênée et impuissante. Une fois déposée sur les genoux de sa mère, pleurant et criant, Carole prenait une expression vide, affaissée, comme si son soi s'était écrasé en un état vide de pensées ou de capacités de réflexion.

Plus le Dr M. et moi-même discutons du refus de Carole de quitter son bureau, plus la détresse, l'angoisse et la frustration de ma supervisée devenaient palpables. En mettant l'accent sur la séparation inhérente à la relation thérapeutique, le Dr M. me dit lors d'une séance: « Carole doit apprendre que les autres personnes aussi ont des besoins, mais, en même temps, je me sens tellement mauvaise thérapeute ». S'accrochant néanmoins à sa formation théorique, le Dr M. insistait pour soutenir qu'en forçant Carole à quitter le bureau et en combinant la mise en place de limites avec la reconnaissance de la colère et de la tristesse de Carole (des fragments du soi unifié de Carole) sa résistance pourrait être surmontée. En d'autres mots, par son identification à l'ego fort et solide du Dr M., Carole pourrait acquérir de meilleures capacités en matière d'acceptation de délais, d'autonomie et de reconnaissance des besoins légitimes, et parfois conflictuels avec les siens propres, des autres personnes.

Comme la lutte se maintenait continûment, je suggérai, un jour, que nous nous essayions à retrouver l'expérience de leur connexion l'une à l'autre, telle que vécue par chacune d'elles. Selon le Dr M., Carole avait mobilisé un transfert idéalisant. Elle admirait le Dr M., imitait ses manières et son style personnel, avait envie d'avoir ses connaissances et son expérience, et était apaisée par sa présence durant les heures de traitement. Lorsqu'elle était en dehors du bureau

cependant, Carole était frustrée de ce temps hors séance et se plaignait d'être perdue, même si elle pensait fréquemment à sa thérapeute. D'autre part, le Dr M. aimait beaucoup Carole, appréciait beaucoup leurs séances de thérapie (jusqu'aux dix dernières minutes de la séance), mais pensait rarement à sa patiente entre les séances. Le Dr M. était d'accord avec mon commentaire : ce n'était que lorsqu'elles étaient ensemble toutes les deux qu'elles faisaient l'expérience d'une connexion proche, d'une présence vécue et ressentie dans la vie l'une de l'autre. J'ai suggéré que Carole, dans le bureau, de par sa connexion idéalisée avec la manière d'être particulière du Dr M. (la subjectivité), faisait l'expérience de sa thérapeute comme étant une partie d'elle-même, soutenant son soi, et suscitant chez elle un sentiment de cohésion quant au fait que toutes ses parties étaient bien soudées ensemble. Le fait de quitter le bureau à la fin de l'heure était alors équivalent à la perte d'une partie de soi et donc représentait une menace pour sa cohésion, une menace qu'elle concrétisait en déchirant du papier en confettis.

A la séance suivante, comme Carole commençait à manifester son refus habituel de quitter le bureau, le Dr M. exprima de manière empathique sa compréhension des bons sentiments que Carole éprouvait à l'égard d'elle-même lorsqu'elle, Carole, était connectée à elle, sa thérapeute. Encouragée par les hochements de tête affirmatifs de Carole, le Dr M. ajouta que se quitter voulait probablement dire pour elle qu'elle allait se sentir en petits morceaux, et qu'ainsi ça se comprenait qu'elle veuille rester : comment pourrait-elle se sentir complète autrement? Carole manifesta son accord et dit : « Mon professeur nous a montré que quand on échappe une goutte de mercure, elle éclate en morceaux; c'est moi ça quand je quitte ». Et le Dr M. de répondre : « C'est ce qui rend ça si difficile, tu n'es plus connectée à moi quand tu quittes, de sorte que tu ne te sens pas forte et complète ». « Ouais, c'est ça... », dit Carole, joyeusement, en même temps qu'elle quittait le bureau, cette fois sans faire d'histoire.

Une telle vignette illustre combien la conceptualisation par le Dr M. de l'existence dans le cabinet de consultation de deux personnes séparées l'influencait. Elle influait sur sa croyance en l'idée que la résistance de Carole à être indépendante devait être surmontée. Elle pesait également sur sa conviction que Carole serait d'autant plus en bonne santé qu'elle manifesterait sa capacité à quitter le bureau mais, aussi, qu'elle reconnaîtrait les besoins subjectifs des autres. Pour le Dr M., une pathologie sous forme de régression et de dépendance était inhérente au désir de Carole de rester connectée à sa thérapeute. Une fois cependant que le Dr M eut émotionnellement reconnu l'importance de l'expérience par Carole de sentir sa thérapeute comme faisant partie d'elle-même, son désir de rester dans le bureau ne lui parut plus représenter une résistance. Plus exactement, le Dr M. comprit que la demande de contrôle et d'omnipotence de Carole était une tentative saine pour maintenir un sentiment de connectivité à une personne particulière, vécue comme emmêlée à l'organisation de son soi. Le besoin de connectivité était ainsi devenu plus important que l'autonomie, ou même que le simple accordage affectif, dans l'économie psychique de l'enfant. Le Dr M. s'était laissée sculpter comme présence métaphorique spécifique dans la vie de Carole. Elle avait renoncé à son besoin de changer Carole

de l'intérieur. Elle avait permis que sa présence à elle dans la vie de Carole serve de catalyseur aux capacités de modulation de la tension que le soi de Carole présentait de façon persistante.<sup>5</sup>

### **Le dévoilement de soi**

Les analystes ne sont pas connus comme pratiquant eux-mêmes la confession même si quelques analystes, postmodernes, ont poussé un peu plus dans cette direction là. Nous semblons, pourtant, avoir une propension générale à faire le portrait des états internes de nos patients et à éviter le danger du dévoilement de soi qui relève du privé. Et même si certains analystes relationnels croient que l'expression de leur subjectivité est en soi thérapeutique, leur croyance est le plus souvent formulée en termes généraux : ceux des effets bénéfiques de l'authenticité, de la reconnaissance de l'altérité, et de l'insight dans les patterns et les attentes relationnels. Dans ce contexte, l'approche de la relation thérapeutique à partir d'une perspective de sensibilité à la connectivité offre une motivation et un rationnel théorique différents au dévoilement de soi. Dans un monde de frontières perméables, le dévoilement de soi est guidé par notre compréhension empathique de sois qui s'interpénètrent. Faire l'expérience de l'authenticité de l'analyste dans le contexte de la connectivité permet au patient de se rendre compte que notre personnalité (notre subjectivité) contribue de manière significative à notre compréhension de lui ou d'elle (et ainsi à sa propre compréhension de lui-même). Mais, plus important encore, lorsque notre altérité est vécue comme faisant partie de l'organisation de soi du patient, elle facilite un changement d'envergure dans la capacité du patient à être authentique.

Linda est une patiente extrêmement avenante et lucide, avec un sens poétique et créatif certain et, selon sa propre description, une personnalité limite qui entrave parfois notre connectivité intime. En dépit d'un passé d'abus physiques et émotionnels sévères qui l'avaient conduite à un état permanent de fragilité à la fragmentation, Linda avait atteint un sentiment de cohésion de soi assez remarquable durant sa première année d'analyse. Elle attribuait souvent ses progrès à ma disponibilité à me révéler moi-même, une caractéristique, me disait-elle, qui lui permettait de s'exprimer pleinement et complètement. Outre ses traumatismes d'enfance, Linda avait vécu une tragédie insoutenable lorsque son fils premier-né avait contracté une infection bactérienne aiguë et avait souffert de sévères dommages au cerveau ayant provoqué un placement permanent en institution. Pendant une séance vers la fin de la première année de traitement, Linda me dit qu'en dépit de ses progrès, elle avait été jusqu'ici incapable de me parler de son fils Allen : « Vous n'avez jamais été capable de comprendre..., vous ne voulez pas aller là, vous voulez juste l'éviter. A chaque fois que j'ai essayé, vous ne pouvez pas répondre. Vous vous comportez comme si vous éprouviez de la sollicitude... parce que je sens que vous pensez que je dois avoir besoin d'en parler. Vous pensez probablement que vous devriez pouvoir m'écouter parce que vous êtes un psy d'enfant, mais vous ne savez pas ce que c'est que de vivre ce qu'il a subi ou ce que j'ai subi ».

Ce n'était pas la première fois que Linda m'avait communiqué sa croyance que sa peine profonde au sujet d'Allen m'était inaccessible. Je lui dis que j'essayais de chercher ce qui était

---

<sup>5</sup> Quoiqu'en dehors du champ de cette discussion, la capacité à être une présence que Carole ressentait dans sa vie permettait aussi au Dr M. d'avoir la flexibilité clinique suffisante pour permettre à Carole elle-même de devenir une présence ressentie dans sa propre vie.

vrai dans ses observations et que j'étais peut-être fermé à son cauchemar. Je lui dis que, de fait, j'avais cru, au début, que c'était juste trop douloureux à entendre pour tout parent, mais que je pensais, maintenant, qu'il y avait quelque chose de plus, qui était une réverbération à partir de mon histoire. Elle se montra alors curieuse de cette analogie personnelle. Alors je lui dis qu'à chaque fois que je m'imaginai le traumatisme d'Allen, c'est l'image d'un bébé mort-né qui s'évoquait pour moi, un bébé si défectueux qu'on ne pouvait même pas discerner s'il était mâle ou femelle. « Vous voulez parler de votre sœur qui est morte? » me demanda-t-elle, se rappelant que j'avais préalablement partagé avec elle cette partie de mon histoire. Sans attendre ma réponse, Linda continua : « Vous voulez dire que vous avez associé (ce souvenir) à Allen et que vous étiez alors tellement submergé que nous ne pouviez pas le verbaliser? ».

« Oui », lui répondis-je, « un enfant de deux ans et demi aurait beaucoup de difficultés à le mettre en mots et alors, oui, je pense que c'est en partie ça qui s'est mis dans mon cheminement ». Ce retour sur moi stimula d'autres questions de la part de Linda. « Pensez-vous que Jamie (le frère d'Allen) a pu se sentir comme s'il avait perdu un frère? ». Lorsque je lui répondis que je le pensais absolument, elle confirma ma croyance en disant : « Je sais qu'il a vécu ça comme si son frère était mort ». Je lui répondis : « Je pense que ça n'aurait pu être ressenti de nulle autre manière ». Linda continua de me questionner : « Est-ce que quelqu'un vous a parlé de ce qui était arrivé, je veux dire, vous l'a expliqué? ». Je continuai de partager mon histoire subjective. « C'est une bonne question. Pour autant que je le sache, pas avant que je n'ai été plus vieux, quoiqu'on puisse difficilement savoir ce qu'un bébé de 2 ans et demi peut se rappeler ». Dans la continuité de ses associations, Linda se souvint que Jamie était né quand Allen avait 2 ans. Me réprimandant gentiment, elle me dit : « J'aurais souhaité que nous me disiez ce dont vous vous étiez rendu compte plus tôt, quand ça vous est venu. Ça fait une grande différence de savoir ça. Ça me rend capable de vous parler de lui ». Elle s'est alors mise à réfléchir sur sa réticence à partager avec moi les détails de l'histoire d'Allen en disant : « Vous savez, je crois aussi qu'une partie de moi ne voulait pas parler d'Allen avec vous... J'ai une sorte de blocage, un vide d'émotion aussi au sujet d'Allen ». Linda passa alors le reste de l'heure à décrire les détails intimes de l'horrible séquence d'évènements qui avait culminé, en l'espace de quelques jours, dans la détérioration tragique d'Allen. D'enfant en bonne santé, il était devenu un enfant avec des dommages au cerveau, sans qu'elle-même ni les médecins qui le suivaient ne puissent sortir de leur impuissance à faire quoi que ce soit. « C'est réel et irréel en même temps. Je n'ai personne à qui parler de ça; c'était si horrible. Je suis contente de pouvoir finalement vous le dire ». J'acquiesçai : « Oui, et je peux vous laisser le faire ».

Dans cette vignette, j'ai été guidé par la présomption de ma connectivité avec Linda. Elle ne semble pas avoir été perturbée par cette interaction entre nous deux. J'accepte la réalité subjective de Linda qu'un phénomène inconscient m'a empêché d'entendre la profondeur de son traumatisme. Lorsqu'elle a manifesté de la curiosité au sujet de la nature de cette barrière, j'ai alors partagé avec elle mon imagerie intime, ma subjectivité. Linda s'est souvenue de mon histoire et, s'appuyant sur notre connectivité empathique, mutuelle et grandissante, elle m'a suggéré que j'étais trop submergé pour mettre des mots sur son traumatisme. J'ai vécu sa réponse non seulement comme un signe de progrès dans le traitement (Ornstein, 2006), mais aussi comme témoignant de sa capacité à reconnaître (parce que je suis une présence qu'elle ressent être dans sa vie) comment son propre traumatisme avait pu inhiber son élucidation de la

tragédie d'Allen. En continuant à réfléchir sur mon état, Linda a présumé que son plus jeune fils avait pu vivre ça comme si Allen était mort. Elle s'est enquis de savoir si quelqu'un m'avait aidé à faire face à la perte de ma sœur et elle s'est vite tournée, alors, vers son propre état expérientiel, sa propre réticence à partager le traumatisme avec moi. Si moi, comme autre qui fait partie de son soi, peut reconnaître et exprimer un vide de sentiments, alors elle aussi peut vivre ce vide dans son soi. En d'autres mots, une fois qu'elle a compris ce qui avait pu me bloquer dans ma compréhension, elle a pu se rendre compte qu'elle avait pu ne pas vouloir que je la comprenne aussi. Le fait que je sois devenu une partie d'elle-même, avec empathie, subjectivement, et comme un objetsoi, est maintenant connecté à son habileté à reconnaître ce qui se passe à l'intérieur d'elle-même.

Parce que Linda me vit comme une partie d'elle-même, apprendre quelque chose à mon sujet, lorsque cet apprentissage est guidé par l'immersion empathique, rehausse la cohésion du soi de Linda, le renforce, et catalyse son habileté à transcender la tension dialectique normale, que chaque patient traumatisé vit, entre le souhait de révéler et la peur que personne ne puisse jamais comprendre. Le soi de Linda est étayé par ma présence métaphorique dans son psychisme *lorsque je suis connu d'elle*<sup>6</sup>.

### **Rupture, perturbation et réparation**

Historiquement, lorsqu'une relation orageuse entre un patient et un thérapeute menaçait un parcours analytique, la turbulence qui en résultait était attribuée à la pathologie du patient : réaction thérapeutique négative, agressivité non résolue, émergence d'un transfert négatif. Kohut et Stolorow, utilisant tous deux un langage un peu différent à partir de points de vue théoriques divergents mais compatibles, ont remis en question ces idées traditionnelles. Ils ont mis en lumière le fait que de telles tempêtes analytiques survenaient dans un contexte intersubjectif, et qu'il était de notre responsabilité thérapeutique de chercher à savoir comment la blessure vécue par le patient, sa perception de la contribution de l'analyste à l'impasse ou à la perturbation, et sa compréhension de l'intention consciente et inconsciente de l'analyste, pouvaient contenir au moins une parcelle de vérité. Kohut mettait au compte d'échecs empathiques la survenue de ces tempêtes analytiques. Mais, actuellement, plusieurs d'entre nous croyons qu'il est plus fécond de penser en termes de perturbations du lien analytique et de disjonctions suscitées par des malentendus et des désaccordages affectifs mutuels.

L'impact thérapeutique de l'analyse des perturbations provoque chez le patient une expérience émotionnelle correctrice, l'allègement du blâme porté à soi-même, l'acceptation de l'imperfection humaine (Wolf, 1995); la restauration du lien analytique entraîne la

---

<sup>6</sup> Quoique hors du champ de cet article, une importante implication de cette argumentation veut que, plutôt que de présumer que la patiente bénéficie de ne pas connaître l'analyste (ce que les théoriciens de la psychologie du soi, de l'intersubjectivité et les théoriciens relationnels conviennent être impossible), je suggère que dans beaucoup de cas, nous sous-estimons la profonde importance de l'expérience de la patiente qui, à sa demande, est *autorisée* à connaître l'analyste, et la consolidation du soi qui en résulte. Cela ne veut pas dire, cependant, que nous encourageons de quelque manière que ce soit l'idée qu'il faudrait reconnaître « l'autre », mais seulement que nous croyons que, à mesure que la patiente en vient à nous connaître, « l'expérience relationnelle (de la patiente avec le thérapeute)... devient encodée comme expérience de soi » (Lessem, P. et Orange, D., 19\_\_, p.23).

compréhension du traumatisme développemental revécu, la mise en lumière des convictions émotionnelles qui ont organisé la signification de la perturbation pour le patient, et la compréhension par l'analyste de sa contribution à la perturbation (Stolorow, 19--). Lorsque nous procédons à la perlaboration des perturbations dans un processus de restauration, souvent nous « portons les attributions » (Lichtenberg, Lachmann, & Fosshage, 1996), à savoir que les qualités subjectives que le patient attribue à l'analyste sont admises mais non validées ni questionnées. Cependant, en recourant à l'éclairage fourni par le prisme de la connectivité, je crois que nous améliorons une qualité fréquemment ignorée qui résulte de la guérison et survient pendant le processus de restauration : le développement de la capacité d'empathie pour soi-même. Voici la séquence d'un processus de restauration s'étant déroulé après une perturbation survenue avec Deborah, environ huit mois après la période où se situait la vignette précédente dans laquelle elle me disait que c'était ma tâche de la réparer.

Au fur et à mesure que Deborah et moi nous étions sentis attirés l'un vers l'autre, parfois douloureusement, parfois avec enjouement, elle m'avait graduellement révélé de brefs moments de vulnérabilité émotionnelle : ils semblaient apparaître dans les coulisses d'un désordre d'attachement émergent. En dépit du fait que je savais combien important était son besoin d'un partenaire égalitaire dans notre parcours (un transfert de jumelage naissant), je fis l'erreur d'utiliser le mot asymétrie à la fin d'une heure de traitement alors que nous nous débattions pour essayer de comprendre notre relation. Elle quitta mon bureau en se sentant, selon ses propres mots, « le cœur brisé et dévastée ». A l'instant même, je sus que j'avais, par mégarde, écrasé les bourgeons naissants d'une connectivité plus profonde.

Le jour suivant, Deborah me dit avec colère : « Vous ne comprendrez jamais. C'est asymétrique, vous vous rappelez ! Je me hais moi-même de m'être laissée devenir vulnérable. Vous êtes exactement comme Tim (son ami de cœur) et le Dr T. et tous les autres, et j'avais cru que ça serait peut-être différent ici, mais c'est même pas la peine d'en parler parce que vous ne comprendrez pas de toute façon, et il n'y a pas de relation ici. Je me suis bercée d'illusion moi-même en croyant que ça existait, ou vous m'avez fait croire que ça existait ». Je reconnus que mes commentaires, qui lui avaient brisé le cœur, avaient pu lui faire ressentir le goût de ne même rien essayer. « C'est exact », m'informa Deborah, « mais c'est à vous d'arranger les choses. Quant à moi », dit-elle, « j'ai payé la note et je me retire ». Je lui dis que je pouvais comprendre pourquoi se retirer était la meilleure manière qu'elle avait de se protéger elle-même. Quand je faisais en sorte qu'elle me perde, c'était comme si elle perdait une partie d'elle-même, et c'était un sentiment dévastateur. Deborah me répondit avec un frisson d'espoir : « Je veux juste que vous réagissiez et que vous me laissiez savoir ce que je vous fais vivre. C'est la seule manière dont vous pouvez réparer ça. Vous voulez le réparer, alors dites-moi ce que vous ressentez vraiment en rapport avec tout ça, et ne me dites pas que vous n'avez pas voulu me faire mal. Je sais que votre intention n'était pas de me faire mal ». Il y eut un bref silence alors que nous nous regardions l'un l'autre. En reconnaissant à quel point je sentais qu'elle faisait partie de moi-même, je dis : « Deborah, j'ai eu un rêve la nuit dernière. Vous étiez dans une forêt et j'essayais de vous rejoindre. A chaque fois que je m'approchais, vous disparaissiez et alors vous apparaissiez à un autre endroit, et j'allais encore vers vous et vous disparaissiez encore ».

Avec un soulagement évident provoqué par ce sentiment de continuer à être une présence importante dans ma vie, elle me demanda, « Est-ce que vous vous sentiez anxieux dans le

rêve? ». « Un peu », reconnus-je : « Je sentais que vous étiez très apeurée et que je ne pouvais trouver aucun chemin pour vous rejoindre et vous apporter la sécurité ».

« C'est mon retrait à chaque fois que je suis blessée. Je fais ça, vous savez ». Alors, avec une conscience teintée de curiosité empathique pour elle-même, elle se demanda si sa longue histoire de retrait avait contribué à son incapacité à se connecter à qui que ce soit. Deborah formula alors son envie de se reconnecter à moi, mais pas avant que je reconnaisse la profondeur de sa blessure dévastatrice et que j'en assume la responsabilité. « Vous savez », dit-elle en me réprimandant d'une façon plaintive: « vous pouvez être empathique et être encore réel comme vous venez de l'être tout à l'heure. Je ne peux pas faire ceci à moins que vous me laissiez vous connaître, et la seule manière que je sache, c'est que vous me laissiez savoir... Pourquoi n'avez-vous pas pu faire plus tôt cette semaine ce que vous venez de faire? ». Je lui répondis que je me sentais reconnecté et que je me demandais comment elle se sentait. « Oui, je le suis aussi. Je ne croyais pas que ça se produirait aujourd'hui. Est-ce que vous allez essayer de me laisser vous connaître comme vous l'avez fait aujourd'hui? ».

Lorsque l'analyste reconnaît volontiers sa contribution à une perturbation, lorsqu'il découvre et valide le grain de vérité qui correspond à la réalité subjective du patient, il est simultanément en empathie avec sa propre erreur. En confirmant que mes commentaires lui avaient en fait brisé le cœur, j'ai initié une discussion prolongée sur mon rôle dans la disjonction. Cependant, et peut-être est-ce encore plus important, du point de vue d'une perspective de perméabilité des frontières, à mesure que le soi de l'analyste colore l'expérience de la patiente et se fond dans son organisation, l'empathie de l'analyste pour ses propres erreurs est vécue par la patiente comme faisant partie d'elle-même, et cela facilite en retour l'amélioration de l'empathie qu'elle a elle aussi pour elle-même. Et c'est cette empathie pour soi-même qui devient si importante dans le parcours thérapeutique parce qu'il est extrêmement difficile de traiter l'expérience émotionnelle sans capacité à être empathique avec soi-même (A. Ornstein, communication personnelle).

Les tentatives de Deborah pour retrouver un contrôle absolu sur moi – la partie d'elle-même perdue – surviennent quand elle affirme qu'elle s'est retirée et qu'il m'appartient de réparer les choses. Lorsque je lui permets cette régulation de moi-même (son objetsoi), à laquelle elle s'attend, et que je comprends avec empathie le besoin qu'elle a de se protéger face à l'échec dans lequel je me suis mis, Deborah retrouve l'espoir que je redevienne une présence significative ressentie dans sa vie. Elle sort de son retrait et prend le risque de m'informer sur la façon dont réparer les choses : « dites-moi exactement ce que vous ressentiez à propos de ça ». En d'autres termes : dévoilez-moi votre subjectivité. Dégagé de tout sentiment d'obligation d'être séparé d'elle, je lui ai alors communiqué mon rêve de la nuit précédente, permettant ainsi à nos sois qui s'interpénètrent de vibrer ensemble dans une connectivité mutuellement rétablie. Deborah comprit immédiatement que l'anxiété de mon rêve et son retrait étaient des états subjectifs qui se recoupaient, que j'avais inclus son soi blessé dans mon monde, et qu'elle était désormais prête à permettre à nouveau que j'aie ma place dans son monde. Elle me rappela alors que, bien que l'empathie fût un ingrédient nécessaire à notre connectivité, l'incorporation de ma subjectivité dans son monde facilitait, à ce moment clinique précis, son expérience de moi comme une vraie présence dans sa vie.

Je soutiens donc, en empruntant un point de vue ancré dans une sensibilité à la connectivité, que les réparations menant au bon dénouement des perturbations requièrent non seulement une compréhension empathique de lui-même et de son patient par l'analyste, mais tout autant une compréhension empathique de l'analyste par le patient. Car un sentiment profond d'empathie et de compréhension de soi-même ne peut émerger que lorsque nos frontières deviennent assez perméables pour permettre un sentiment partagé de vulnérabilité. La restauration de la connectivité objetsoi nécessite ainsi un mélange complexe de compréhension empathique et de subjectivités entremêlées. La patiente ne peut se sentir comprise par l'analyste si elle n'a pas une compréhension subjective de cet analyste particulier. Comme Deborah le suggérait, « la seule manière que je sache, c'est que vous me laissiez savoir... ». Contrairement à ce que plusieurs théories affirment, une telle compréhension subjective mutuelle se développe sur la base d'une compréhension des frontières entre soi et autrui comme perméables et non sur la base d'une affirmation d'altérité.

## **Conclusion**

La perspective d'écoute à partir de laquelle se développe le travail de l'analyste, même si elle évolue et se façonne sous l'effet de son histoire personnelle, de sa formation, de sa théorie et de son expérience thérapeutique, incarne une sensibilité qui influence radicalement le cours et la nature du parcours analytique. Impossible de jamais cacher cette sensibilité, car, pour emprunter les mots d'Elizabeth Bishop, « comme la première couche de chaux blanche lorsqu'elle est fraîche, le mince nuage gris laisse tout paraître à travers ». Inhérente à la perspective d'écoute de Kohut, il y a une conscience inarticulée que la connectivité est cette sensibilité qui traverse et tisse son chemin à travers l'évolution de la psychologie du soi. En dépit du fait qu'elle appartient à une psychologie structurale, la connectivité implique un sens de la perméabilité des frontières que Kohut a concrétisée en éliminant le trait d'union de sa première présentation de l'« objet-soi » et en fusionnant les deux mots en un concept fait d'entremêlement, un concept qui a servi d'ancrage à sa théorie et à sa thérapie.

En construisant mon propos sur une interprétation implicite de la perméabilité des frontières de Kohut, j'ai suggéré une modification de notre perspective d'écoute. Elle tend à mettre l'accent sur l'expérience vécue par le patient et l'analyste de la présence ressentie de chacun d'entre eux dans la vie de l'autre. Par le biais de vignettes illustrant le transfert objetsoi, la résistance, le dévoilement de soi, et le processus de réparation des perturbations, j'ai tenté de mettre en lumière comment, au travers du prisme offert par la conceptualisation des frontières perméables, la connectivité pouvait élargir et approfondir nos modes de compréhension et d'explication des interactions cliniques. Parce que, dès lors que nous prenons conscience que nous existons comme présence ressentie dans la vie du patient et qu'il en va également ainsi de sa présence dans notre vie, de nombreux changements profonds et simples surviennent. J'ai décrit comment des subjectivités qui s'interpénètrent enrichissent le terrain thérapeutique dans lequel les relations intimes peuvent fleurir; j'ai indiqué que permettre au patient de faire l'expérience de l'analyste comme faisant partie de lui-même facilitait sa capacité à mettre en forme et à modeler nos réponses pour le plus grand bénéfice d'une reprise interne d'une croissance normale; et j'ai développé l'idée que l'immersion empathique mutuelle de sois qui s'interpénètrent promouvait des liens affectifs profonds, lesquels préviennent le conformisme et

les difficiles asymétries qui caractérisent tant de traitement analytiques. Finalement, j'espère avoir démontré que les composantes de la connectivité, – les transferts objetsoi, la subjectivité, et l'empathie –, quoique soulignées et isolées à des fins de discussion clinique, ne pouvaient être séparées dans le travail quotidien de la psychanalyse. Lorsque le patient nous vit comme présence ressentie dans sa vie, il appréhende généralement l'ensemble de toute notre capacité à répondre. Même si, occasionnellement, telle composante, la compréhension empathique, le partage personnel, ou l'expérience d'une fonction objetsoi, peut être sur le devant de la scène et être ainsi ressentie comme étant plus importante pour le patient, c'est cependant du sentiment holistique d'une connectivité faite d'entremêlements que naissent les conditions nécessaires à la revitalisation d'un développement jusqu'ici entravé.

Edgar Allen Poe, dans son histoire d'Eleonore, a dit : « Ceux qui rêvent le jour sont instruits de bien des choses qui échappent à ceux qui ne rêvent que la nuit ». Les frontières perméables sont ainsi un donné de nos états de rêves nocturnes, mais quand nous les reconnaissons dans nos relations du jour, la connectivité devient alors ce processus inarticulé sur lequel Kohut construisit sa structure du soi.

## Références

- Bacal, H. (1985), Optimal responsiveness and the therapeutic process. In: *Progress in Self Psychology, Vol. 1*, ed. A. Goldberg. New York: Guilford, pp. 202–227.
- \_\_\_\_\_ & Newman, K. (1990), *Theories of Object Relations: Bridges to Self Psychology*. New York: Columbia University Press.
- Barnes, K. (2003), *Kneeling Orion*. Boston: Godine.
- Benjamin, J. (1995), *Like Subjects, Love Objects: Recognition and Sexual Difference*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Bishop, E. (1983), *The Complete Poems: 1927–1979*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Fonagy, P. (2006), *A genuinely developmental theory of sexual enjoyment and its implications for psychoanalytic technique*. Plenary paper at the winter meeting of the American Psychoanalytic Association, January, New York City.
- Geist, R. (2007), Who are you, who am I, and where are we going: Sustained empathic immersion in the beginning phase of psychoanalytic treatment. *Internat. J. Psychoanal. Self Psych.* 2(1):1–26.
- Jarrell, R. (1983), A view of three poets. In: *Richard Wilbur's Creation*, ed. W. Salinger. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press, p. 49.
- Kohut, H. (1971), *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- \_\_\_\_\_ (1977), *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- \_\_\_\_\_ (1976/1978), Creativeness, charisma, group psychology: Reflections on the self analysis of Freud. In: *The Search for the Self: Selected Writings of Heinz Kohut: 1950–1978. Vol. 1–2*, ed. P. H. Ornstein. New York: International Universities Press, pp. 793–844.
- \_\_\_\_\_ (1984), *How Does Analysis Cure*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lessem, P. & Orange, D. (2000), Emotional bonds: The therapeutic action of psychoanalysis revisited. Unpublished manuscript.
- Lichtenberg, J. D. (1990), What is a selfobject. *Psychoanal. Dial.* 1:455–479.

- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. & Fosshage, J. (1992), *Self and Motivational Systems: Toward a Theory of Psychoanalytic Technique*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lindon, J. (1994), Gratification and provision in psychoanalysis. Should we get rid of “the rule of abstinence”? *Psychoanal. Dial.* 4:549–582.
- Oliver, M. (1995), *Blue Pastures*. New York: Harcourt Brace.
- Orange, D. (1995), *Emotional Understanding: Studies in Psychoanalytic Epistemology*. New York: Guilford.
- Ornstein, A. (1974), *The dread to repeat and the new beginning*. *Annual of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- \_\_\_\_\_ (1991), The dread to repeat: Comments on the working through process in psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 39:337–398.
- \_\_\_\_\_ (2006), Psychoanalytic psychotherapy of self disorders: Tracking changes in the course of psychotherapy. Paper presented at The Therapeutic Action of Psychoanalytic Psychotherapy: Current Concepts of Cure, March, Boston.
- Ornstein, P. & Ornstein, A. (1977), *On the continuing evolution of psychoanalytic psychotherapy: Reflections and predictions*. *The annual of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- \_\_\_\_\_ & Ornstein, A. (1994), On the conceptualization of clinical facts in psychoanalysis. *Internat. J. Psycho-Anal.* 75:977–994.
- Stolorow, R., Atwood, G. & Orange, D. (2002), *Worlds of Experience*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R., Brandchaft, B. & Atwood, G. (1987), *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Tolpin, M. (2002), Doing psychoanalysis of normal development: Forward edge transferences. In: *Postmodern Self Psychology: Progress in Self Psychology*. Vol 18, ed. A. Goldberg. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, pp. 167–190.
- Wilbur, R. (1997), *The Catbird's Song*. New York: Harcourt Brace.
- Wolf, E. (1988), *Treating the Self*. New York: Guilford.
- \_\_\_\_\_ (1995), Optimal responsiveness and the disruption-restorations. In: *Optimal Responsiveness: How Therapists Heal Their Patients*, ed. H. Bacal. Northvale, NJ: Jason Aronson.

*Richard A. Geist, Ed.D.*  
 1905 Beacon St.  
 Newton, MA 02468  
 617-964-6943  
 richard.geist@comcast.net