

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

**THÈSE PRÉSENTÉE À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES**

**COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)**

**PAR
© FRANÇOIS AUGER**

**PROPOSITION D'OUVERTURE DU CONCEPT DE DILEMME DE CONTACT EN PGRO :
POUR FAVORISER L'EXPRESSION DES DIMENSIONS DÉFICITAIRES**

OCTOBRE 2013



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 978-0-494-96305-0

Our file Notre référence

ISBN: 978-0-494-96305-0

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

Canada

Composition du jury

Proposition d'ouverture du concept de dilemme de contact en PGRO :
pour favoriser l'expression des dimensions déficitaires
par François Auger

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Marc-Simon Drouin, directeur de recherche
(Département de psychologie, Faculté des sciences humaines,
Université du Québec à Montréal)
Jean Descôteaux
(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines,
Université de Sherbrooke)
Olivier Laverdière
(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines,
Université de Sherbrooke)

Sommaire

S'inscrivant dans le cadre de la Psychothérapie gestaltiste des relations d'objet (PGRO) de Delisle (1993, 1998, 2001, 2004, 2007), notre réflexion trouve d'abord sa source dans le travail clinique auprès de personnes ayant un trouble de la personnalité, puis dans l'expérience de supervision et de transmission du modèle de la PGRO auprès d'autres thérapeutes. En PGRO, le début de la démarche réflexive passe par la formulation d'un diagnostic structural qui repose, en bonne partie, sur la notion de dilemme de contact : ce concept invite en quelques sortes le thérapeute à réfléchir, à partir des informations dont il dispose sur le passé développemental de son client, sur les facteurs ayant pu contribuer au développement de son trouble de la personnalité. C'est dans l'utilisation clinique de ce concept que nous rencontrons un écueil : dans sa formulation actuelle, il semble mener à des énoncés toujours semblables, qui rendent mieux compte des aspects conflictuels que déficitaires de la pathogenèse. À partir de ce constat, nous avons souhaité offrir une reformulation à la notion de dilemme de contact. Nous avons été particulièrement inspirés par les travaux de Karasu (1992, 1995) : c'est à partir des catégories développées par cet auteur, soit les configurations dyadiques, triadiques, déficitaires et conflictuelles, que nous nous sommes proposé de revoir la démarche diagnostique en PGRO et plus spécifiquement le concept de dilemme de contact. Pour ce faire, nous nous sommes demandé si, chez des thérapeutes pratiquant à partir du modèle de la PGRO et qui acceptent d'élaborer sur leur compréhension clinique de l'un de leurs clients, il serait possible de trouver des éléments se rapportant à chacune de ces catégories. Le but est d'en arriver à proposer une nouvelle formulation, davantage

opérationnelle pour les thérapeutes dans leur démarche diagnostique et d'assimilation du modèle en PGRO. À partir d'une méthodologie mixte qui s'inspire d'abord partiellement de l'analyse par théorisation ancrée, s'élabore à travers une démarche d'analyse qualitative à l'aide des catégories conceptualisantes et conduit à une vérification de la concordance interjuge, nous analysons neuf études de cas provenant d'autant de professionnels de la psychothérapie pratiquant dans une approche PGRO. À l'aide du logiciel Weft-QDA, nous définissons quatre catégories inspirées des travaux de Karasu (1992, 1995) et basée sur une séquence développementale allant des contextes dyadiques figure parentale-enfant vers les contextes triadiques mère-père-enfant (les catégories «contexte dyadique déficitaire», «contexte dyadique conflictuel», «contexte triadique déficitaire» et «contexte triadique conflictuel»). À partir de ces catégories, nous procédons à la codification de nos données, soit les extraits d'études de cas qui présentent des informations portant des affinités thématiques ou sémantiques avec ces catégories. Les résultats nous indiquent que les thérapeutes d'approche PGRO, dans leurs efforts pour expliquer l'origine et le sens de la pathologie de leurs clients, ont recours à des éléments qui concernent à la fois les dimensions déficitaire, conflictuelle, dyadique et triadique de la pathogenèse. Nous proposons une reformulation du concept de dilemme de contact et nous explorons les implications de nos résultats pour la supervision et la formation des thérapeutes en PGRO.

Mots clés : PGRO, étiologie des troubles de la personnalité, dimensions déficitaire, conflictuelle, dyadique et triadique de la pathogenèse.

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux et figures	x
Remerciements	xii
Introduction	1
Contexte théorique.....	12
Le modèle de la PGRO de Delisle	13
La théorie de l'être humain selon la PGRO	13
La théorie de la psychothérapie selon la PGRO	19
La reproduction	20
La reconnaissance	25
La réparation	26
La relation tri-modale et les grands enjeux développementaux	27
Le contexte développemental des pathologies de l'attachement	28
La reproduction avec les clients souffrant de pathologies de l'attachement ..	29
La reconnaissance avec les clients souffrant de pathologies de l'attachement.....	30
La réparation avec les clients souffrant de pathologies de l'attachement	30
Le contexte développemental des pathologies de l'estime de soi	31
La reproduction avec les clients souffrant de pathologies de l'estime de soi.....	32
La reconnaissance avec les clients souffrant de pathologies de l'estime de soi	33

La réparation avec les clients souffrant de pathologies de l'estime de soi	33
Le contexte développemental des pathologies de l'amour et la sexualité.....	34
La reproduction avec les clients souffrant de pathologie de l'amour et la sexualité	34
La reconnaissance avec les clients souffrant de pathologie de l'amour et la sexualité	35
La réparation avec les clients souffrants de pathologie de l'amour et de la sexualité	35
Les procédures et techniques spécifiques de la PGRO	37
Les champs expérientiels et les transitions Interchamps.....	38
L'identification projective selon la PGRO	41
Précisions sur les notions de conflit et de déficit	43
Les limites du concept de dilemme de contact	55
Illustration des limites au concept de dilemme de contact : vignettes cliniques	57
Vignette I (Delisle, 1998)	58
Contexte de la thérapie, motif de consultation et symptômes associés.....	58
Éléments d'anamnèse.....	59
Diagnostic multiaxial	61
Diagnostic structural	61
A. Fonctions / structure du Self.....	61
Fluidité et puissance des émergences.....	61
Capacité de traduire les émergences et les représentations (soi – autres) dans les rapports avec l'environnement actuel.....	61
Configuration et nature des représentations de soi et des autres.....	62

B. Inférences quant au champ introjecté	62
Formulation d'hypothèses quant à la présence de microchamps introjectés	62
Vignette 2.....	65
Contexte de la thérapie, motif de consultation et symptômes associés.....	65
Éléments d'anamnèse	66
Diagnostic multiaxial	67
Diagnostic structural	67
A. Fonctions / structure du Self.....	67
Fluidité et puissance des émergences.....	67
Capacité de traduire les émergences et les représentations (soi – autres) dans les rapports avec l'environnement	68
Configuration et nature des représentations de soi et des autres.....	68
B. Inférences quant au champ introjecté	69
Formulation d'hypothèses quant à la présence de microchamps introjectés	69
L'ouverture multimodale en PGRO.....	77
L'ouverture multimodale pour éclairer les hypothèses génétiques selon Millon.....	78
Les facteurs biologiques	80
Le vécu et les sources de l'apprentissage pathogéniques	81
La continuité des apprentissages précoces	84
L'ouverture multimodale pour éclairer la dimension déficitaire de la pathogenèse	86
L'ouverture multimodale et les modèles théoriques basés sur la mentalisation .	89

L'ouverture multimodale et les travaux de Schore sur la régulation affective	93
L'ouverture multimodale et les travaux de Karasu	97
Les dimensions déficitaire et conflictuelle selon Karasu	100
Des relations dyadiques vers les relations triadiques	103
Les objectifs visés	104
Méthode.....	108
Le choix de la méthode	108
L'amorce de notre réflexion.....	109
L'analyse qualitative à l'aide des catégories conceptualisantes	114
Les participants	120
La collecte de données.....	123
La consigne présentée aux participants.....	123
Le matériel	124
La concordance interjuge	125
Résultats	129
Présentation des diagnostics des clients de notre échantillon	130
Étude de cas du thérapeute 1 : diagnostic multiaxial.....	131
Étude de cas du thérapeute 2 : diagnostic multiaxial.....	131
Étude de cas du thérapeute 3 : diagnostic multiaxial.....	131
Étude de cas du thérapeute 4 : diagnostic multiaxial.....	131
Étude de cas du thérapeute 5 : diagnostic multiaxial.....	132
Étude de cas du thérapeute 6 : diagnostic multiaxial	132

Étude de cas du thérapeute 7 : diagnostic multiaxial.....	133
Étude de cas du thérapeute 8 : diagnostic multiaxial.....	133
Étude de cas du thérapeute 9 : diagnostic multiaxial.....	133
La présentation des résultats	134
Accord interjuges : synthèse des cotations	135
Les résultats obtenus aux calculs des Coefficients de Kappa	138
La synthèse des résultats de la codification	148
Mise en relation des résultats avec la question de recherche.....	150
Discussion.....	161
Rappel des objectifs de la recherche.....	162
Retour aux résultats	164
Apport de notre recherche aux connaissances actuelles.....	164
Retour à nos résultats, en lien avec la question de recherche.....	166
Implications de notre recherche pour la PGRO	169
Proposition d'une reformulation du dilemme de contact.....	169
Les limites de notre recherche	174
Les limites de notre méthode.....	175
Limites liées à l'interprétation de notre recherche	177
Pistes de recherche futures.....	180
Conclusion.....	187
Références	191

Appendice 1 : Les modes de régulation du contact selon Delisle (1998)	200
Appendice 2 : Description des catégories de l'analyse thématique.....	203
Appendice 3 : Tableaux comprenant les cotations de l'auteur et du juge.....	210
Appendice 4 : Croisement des cotations de l'auteur et du juge pour permettre le calcul des Kappas	219
Appendice 5 : Le diagnostic structural en PGRO (CIG, 2002)	226

Liste des tableaux et figures

Figure 1 : Le développement multifactoriel selon Delisle (2004)	15
---	----

Tableau

1 Résumé du diagnostic structural en PGRO (CIG, 2002).....	23
2 Les huit champs de la psychothérapie (Delisle, 2004).....	39
3 Légende	127
4 Diagnostics à l'axe II des clients de l'échantillon.....	134
5 Sommaire de la cotation de l'auteur et du juge.....	135
6 Degré d'accord et valeur de Kappa selon Landis et Koch (1977)	137
7 Compilation des résultats obtenus aux calculs des Kappas.....	138
8 Codification de l'étude de cas du thérapeute 1	139
9 Codification de l'étude de cas du thérapeute 2	140
10 Codification de l'étude de cas du thérapeute 3	141
11 Codification de l'étude de cas du thérapeute 4	142
12 Codification de l'étude de cas du thérapeute 5	143
13 Codification de l'étude de cas du thérapeute 6	144
14 Codification de l'étude de cas du thérapeute 7	145
15 Codification de l'étude de cas du thérapeute 8	146
16 Codification de l'étude de cas du thérapeute 9	147
17 Synthèse de la codification des neuf (9) études de cas	148
18 Prévalence des extraits analysés pour chacune de nos catégories.....	149

19	Étude de cas du thérapeute 1 : Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires	152
20	Étude de cas du thérapeute 2 : Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires	153
21	Étude de cas du thérapeute 3 : Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires	154
22	Étude de cas du thérapeute 4 : Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires	155
23	Étude de cas du thérapeute 5 : Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires	156
24	Étude de cas du thérapeute 6 : Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires	157
25	Étude de cas du thérapeute 7 : Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires	158
26	Étude de cas du thérapeute 8 : Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires	159
27	Étude de cas du thérapeute 9 : Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires	160

Remerciements

Peu nombreuses sont les rencontres qui orientent le cours d'une vie. Celle avec Marc-Simon Drouin aura eu cet impact pour moi : d'abord, bien avant d'être le Directeur de cette thèse, il a été un professeur marquant dont l'enseignement stimulant s'est avéré déterminant dans le choix de mon orientation professionnelle. Ensuite, la supervision dont j'ai pu bénéficier auprès de lui dès le début de ma pratique en tant que psychologue a joué un rôle important dans le développement de mon identité professionnelle et des compétences liées à la pratique de la psychothérapie. Enfin, son aide soutenue et sa collaboration précieuse m'ont offert les conditions nécessaires à la réalisation de cette thèse. Mille fois merci.

Je remercie le Centre d'intégration Gestaltiste (CIG) et souhaite souligner la générosité dont ont fait preuve Gilles Delisle et Line Girard dans les démarches entourant la collecte de mes données : merci pour la confiance que vous m'avez accordée en me confiant ce matériel précieux. Je remercie tous les thérapeutes qui ont participé à la réalisation de cette recherche, en acceptant gentiment que leurs travaux soient soumis à notre processus d'analyse de données ou en participant à la démarche d'accord interjuge. Merci enfin à ma famille et à ma conjointe Karine : vos encouragements et votre support constants durant toutes ces années ont été essentiels à ma réussite.

Introduction

La Psychothérapie gestaltiste des relations d'objet (PGRO) est un modèle qui s'est doté d'un cadre théorique permettant de rendre compte des configurations relationnelles complexes propres aux troubles de la personnalité (Delisle, 1998). De par son ouverture multimodale, elle permet au thérapeute de puiser à même diverses théories du développement pour saisir la nature singulière des enjeux présents pour chaque client. Sa démarche invite à la formulation d'inférences quant au contexte propre au développement de la pathologie (le dilemme de contact) en proposant aux cliniciens des balises pour identifier les manifestations de la psychopathologie à travers différents champs de l'expérience spatio-temporelle d'un sujet (Delisle 1998). Il s'agit d'un modèle enseigné à plusieurs cliniciens à chaque année, tant au Québec qu'à l'étranger.

Comme tout modèle thérapeutique rigoureux, la PGRO propose une modalité d'évaluation des clients : le Centre d'Intégration Gestaltiste (CIG) (2002) a développé une grille de diagnostic structural qui se veut le point de départ de la démarche réflexive du thérapeute. Bien que cette étape ne soit qu'un pas dans la démarche clinique, lorsqu'il s'agit d'enseigner le modèle de la PGRO ou de superviser de jeunes thérapeutes, elle trouve toute son importance en ce sens qu'elle organise l'espace réflexif du thérapeute qui tente de saisir la réalité idiosyncratique de chaque client. L'identification du dilemme de contact fait partie intégrante de ce processus d'évaluation : ce concept invite le thérapeute à réfléchir aux facteurs ayant pu contribuer au développement du trouble

de la personnalité de son client, à partir des informations dont il dispose sur le passé développemental de celui-ci. S'il est pertinent, lors de l'évaluation, de formuler de telles hypothèses génétiques, c'est que cette démarche réflexive, qui se veut l'amorce de la démarche thérapeutique, représente ce à partir de quoi nous cherchons à éclairer la notion de reproduction : le concept de dilemme de contact vise à donner un début de sens aux impasses qu'un client reproduit à la fois dans ses relations contemporaines significatives et au sein de la relation thérapeutique.

C'est précisément dans l'utilisation du concept de dilemme de contact que nous rencontrons un écueil, non seulement dans notre travail clinique à partir de ce modèle mais, de manière encore plus évidente, dans le cadre de nos fonctions de supervision auprès d'autres thérapeutes. En effet, notre expérience de la transmission du modèle et de la supervision de thérapeutes s'initiant au modèle nous confronte à certaines difficultés qui concernent la formulation du dilemme de contact : nous observons un décalage entre sa formulation théorique et la complexité des réalités cliniques qu'elle cherche à éclairer. Dans sa formulation actuelle impliquant une expérience qui aurait été à la fois indispensable et intolérable, la PGRO utilise un langage jusqu'à un certain point statique, qui rend plus aisément compte d'une étiologie conflictuelle de la pathogenèse et ce, au détriment des éléments déficitaires. Nous croyons que l'univers théorique et clinique de la PGRO reconnaît l'impact des déficits et des conflits sur le développement et sur la pathogenèse. Toutefois, son recours au concept de dilemme de contact, tel qu'il est actuellement formulé, implique un biais où les aspects conflictuels de la pathogenèse

sont mieux reconnus et nommés que les aspects déficitaires. Par conséquent, l'expérience clinique démontre que les inférences étiologiques faites à partir du cadre conceptuel et du langage propres à la PGRO sont à risque de mener à des énonciations semblables, qui ne sont pas favorables au travail d'élaboration du sens de la pathologie de la personnalité de différents clients. Nous souhaitons donc apporter notre contribution à l'élaboration du diagnostic structural en PGRO, par une révision de la notion de dilemme de contact, afin de la rendre plus facilement utilisable et représentative de la réalité singulière que présente chaque client par les thérapeutes pratiquant à l'intérieur de ce modèle.

D'entrée de jeu, il est important de faire quelques précisions nécessaires à la compréhension de notre réflexion et de notre démarche. D'abord, l'utilisation que nous faisons ici des notions de conflit et de déficit ne veut aucunement suggérer qu'elles représentent des catégories mutuellement exclusives ou capables à elles seules d'expliquer la pathogenèse d'un trouble donné. Nous adhérons en ce sens à la position d'une majorité d'auteurs et selon laquelle aucune étiologie n'est à ce jour établie pour quelque trouble mental que ce soit (Delisle, 2004, Millon, 2000). Nous croyons encore moins à la possibilité qu'une seule expérience puisse mener au développement d'une pathologie de la personnalité. Le dilemme de contact ne réfère pas à un événement isolé, mais plutôt à une ambiance qui trouvera son écho dans la vie contemporaine du client. Nous pensons par contre que les notions de conflit et de déficit représentent un point de repère précieux, en ce sens qu'elles offrent un début d'éclairage sur ce qui a pu se

produire jadis chez un client, tant au niveau intersubjectif qu'intrapsychique, et sur ce qui sera rejoué dans ses relations contemporaines (il en va de même des dimensions dyadique et triadique auxquelles nous nous référerons également). Le sens détaillé que nous donnons aux notions de conflit et de déficit sera précisé ultérieurement. Pour les besoins conceptuels de notre démarche et sans réduire la pathogenèse à un choix entre le conflit et le déficit, nous nous appuyons sur ces dimensions pour tenter de saisir les enjeux les plus saillants dans l'histoire singulière des clients et qui vont se rejouer dans la relation thérapeutique. En ce sens, toute démarche diagnostique implique de faire une sorte d'arrêt sur image au cœur d'un processus réflexif. Ainsi, dans le contexte d'une démarche de supervision et d'enseignement du modèle de la PGRO, dans cette perspective d'arrêt sur image nécessaire à l'élaboration d'un diagnostic structural, nous affirmons que le recours au dilemme de contact semble donner une image nette lorsqu'il est question de conflits alors qu'il est difficile de rendre compte des situations déficitaires à partir des termes et élaborations proposées par ce concept dans sa forme actuelle. Cette faille dans le modèle théorique de la PGRO apparaît particulièrement lorsqu'il est question de superviser un jeune thérapeute qui s'engage dans une démarche diagnostique pour éclairer les impasses qu'il observe au sein des reproductions de son client ou lors de l'enseignement du modèle à des thérapeutes qui souhaitent l'intégrer à leur pratique. Lorsque nous demandons à un thérapeute de se prononcer sur la possibilité d'une expérience qui aurait été à la fois indispensable et intolérable pour le client, l'exercice semble généralement aisé lorsque nous sommes devant un contexte conflictuel alors que devant un contexte déficitaire, le jeune thérapeute tend à

s'embrouiller. Et à plus forte raison quand nous concevons que ces dimensions ne sont pas mutuellement exclusives.

Il est clair que dans le travail clinique, le thérapeute ne cherche pas à préciser seul la nature et les caractéristiques particulières du dilemme de contact du client, par la voie unique de ses propres réflexions. Nous verrons d'ailleurs comment les thérapeutes formés en PGRO utilisent la co-construction de sens au sein d'un dialogue herméneutique afin de saisir la réalité idiosyncratique de chaque client. Toutefois, dans le contexte spécifique du diagnostic structural, le thérapeute se trouve seul à réfléchir au sens de l'expérience de son client : à cette étape de son processus réflexif, il commence à saisir les grandes lignes des enjeux reproduits, sans que l'image qui en résulte ne soit nécessairement précise ou définitive. Les reproductions de son client qu'il cherche à éclairer concernent un espace relationnel fait des représentations internes de ce dernier, et non une situation objective. De la même manière et tel que nous le préciserons ultérieurement, le dilemme de contact n'invite pas le thérapeute à chercher les événements qui auraient fondé la pathologie : il vise plutôt à décrire une ambiance récurrente, qui aurait imprégné de façon importante l'univers relationnel de l'enfant en développement et son corolaire intrapsychique. Cette ambiance pouvant être porteuse d'éléments conflictuels et déficitaires.

Consulter la littérature sur la pathogenèse des troubles de la personnalité nous permet de constater que cet éclairage privilégié sur l'une ou l'autre de ces dimensions de la

pathogénèse, le conflit ou le déficit, ne semble pas une exception. À notre avis, il ne s'agit pas d'omissions ou de préférences volontaires de la part des auteurs, mais bien d'une sensibilité particulière à l'une ou l'autre des dimensions. Or, l'essor important que connaissent les neurosciences, notamment en ce qui concerne la théorie de Fonagy (2003) et Fonagy et ses collaborateurs (2004, 2006, 2008 et 2010) sur la mentalisation et la théorie de Schore (1994, 2000a, 2000b, 2003a et 2003b) sur la régulation affective, nous apparaît comme une voie possible pour chercher une alternative enrichissante pour harmoniser ou encore intégrer ces deux dimensions dans l'étiologie des troubles. Ces théories novatrices offrent un éclairage large sur la complexité des enjeux liés à la pathogénèse, sans que des obstacles ne viennent obscurcir la possibilité de reconnaître aussi bien l'impact des enjeux conflictuels et déficitaires sur le développement. Elles sont en mesure de décrire tout autant la présence simultanée de l'indispensable et de l'intolérable, telle que représentée par le dilemme de contact, que ce que nous pourrions ici nommer l'intolérable absence de l'indispensable propre aux enjeux déficitaires. C'est pourquoi nous y trouvons une source importante d'inspiration face à notre désir de contribuer au développement du modèle de la PGRO et à une reformulation de la notion de dilemme de contact qui intègre ces deux réalités complémentaires.

Pour définir le concept de dilemme de contact et situer sa place et son importance dans le modèle dont il relève, nous commencerons notre démarche en résumant le cadre théorique de la PGRO et en illustrant ses applications cliniques. La PGRO est un modèle qui cherche à offrir un cadre permettant de profiter pleinement du patrimoine de

connaissances sur le développement psychique élaboré à ce jour (Delisle, 2004). Sans favoriser l'une ou l'autre des théories usuelles du développement psychique, elle propose plutôt une forme d'ouverture multimodale permettant d'apprécier ces diverses théories pour leur valeur intrinsèque, en évitant les limites imposées par des considérations d'école ou d'appartenance institutionnelle (Delisle, 2004). C'est dans cette perspective que nous allons enrichir notre réflexion en se référant à différents auteurs et modèles théoriques. Ainsi, après avoir décrit comment le concept de dilemme de contact rend plus aisément compte de la dimension conflictuelle que de la dimension déficitaire de la pathogenèse, nous utiliserons des vignettes cliniques qui permettront d'illustrer de manière concrète cette difficulté que nous rencontrons dans l'utilisation du dilemme de contact tel qu'il est actuellement formulé. Nous mettrons ensuite en lumière la diversité des influences développementales pouvant mener au développement des troubles de la personnalité par un aperçu des travaux de Millon (2000) en lien avec la pathogenèse. Le choix de se référer à cet auteur nous apparaît pertinent pour diverses raisons : d'abord, le dilemme de contact, qui s'inscrit dans la démarche diagnostique en PGRO, oriente la démarche réflexive du thérapeute. Le recours à ce concept implique la formulation d'hypothèses génétiques, qui visent à éclairer la notion de reproduction : les travaux de Millon (2000) sont riches en précisions sur ce type d'hypothèses. Ensuite, notre intérêt pour la diversité des facteurs impliqués dans la pathogenèse, tels qu'ils sont décrits dans les travaux de Millon (2000), vise à supporter notre position selon laquelle les notions de conflit et de déficit ne sont ni des catégories mutuellement exclusives, ni suffisantes pour expliquer à elles seules le sens et l'origine d'un trouble de la

personnalité. Après ce survol des travaux de Millon (2000), nous nous inspirerons de l'essor important que connaissent actuellement les neurosciences pour présenter des théories novatrices qui apportent un autre éclairage sur l'étiologie des troubles de la personnalité : les travaux de Fonagy (2003) et Fonagy et ses collaborateurs (2004, 2006, 2008 et 2010) et ceux de Schore (1994, 2000a, 2000b, 2003a et 2003b) seront utilisés pour faire un survol de certaines théories qui semblent avoir mieux élaboré l'impact des déficits sur la pathogenèse, en complément de modèles ayant mis davantage l'accent sur la notion de conflit. Notons que bien que nous nous attarderons successivement sur le modèle de la PGRO, sur les notions de conflit et de déficit, sur les hypothèses génétiques en lien avec les troubles de la personnalité ou sur d'autres théories, nous ne visons nullement une révision exhaustive de ces différents passages. Nous les utilisons plutôt comme autant d'appuis à notre démarche visant à doter le dilemme de contact d'une formulation plus ouverte et opérationnelle que celle qu'elle possède actuellement : c'est là notre principal objectif. Pour l'atteindre, nous nous démarquerons des travaux et des écrits relatifs au champ disciplinaire de la PGRO en dotant la formulation actuelle du dilemme de contact de dimensions propres à la séquence développementale allant des contextes dyadiques figure parentale-enfant vers les contextes triadiques mère-père-enfant telle que proposée dans les travaux de Karasu (1992, 1995). C'est à partir des catégories développées par cet auteur que nous nous proposerons de revoir la démarche diagnostique en PGRO et plus spécifiquement le concept de dilemme de contact. Pour ce faire, nous nous demandons si, chez des thérapeutes pratiquant à partir du modèle de la PGRO et qui acceptent d'élaborer sur l'histoire de l'un de leurs clients, il serait possible

de trouver des éléments se rapportant à chacune de ces catégories. Notre démarche s'inscrit dans une perspective diagnostique et didactique, tel que l'entend la supervision de jeunes thérapeutes ou la transmission du modèle de la PGRO. Elle vise à contribuer à la compréhension clinique des thérapeutes de leurs patients et au développement de leurs habiletés réflexives, ainsi qu'à l'enrichissement théorique du modèle de la PGRO. L'utilité de s'en remettre aux notions de conflit et de déficit rejoint notre désir d'aider des thérapeutes débutants ou désireux d'intégrer à leur pratique le modèle de la PGRO à identifier ce qui semble saillant dans les impasses relationnelles qui se reproduisent chez les clients aux prises avec un trouble de la personnalité. Sans suggérer un aspect exclusif à ces catégories, nous les utilisons comme éclairage privilégié, quoique partiel mais néanmoins opérationnalisable à l'intérieur d'une démarche clinique d'évaluation, de ce que le client va tendre à reproduire de façon contemporaine dans ses relations significatives, y compris au sein de la relation thérapeutique. Nous visons une ouverture du concept de dilemme de contact en PGRO, en lui proposant une nouvelle formulation qui saura éviter le piège de la dimension trop statique et reconnaître mieux la dimension déficitaire de la pathogenèse, tout en étant plus ouverte, malléable et pertinente que celle qu'elle cherche à remplacer.

Notre démarche implique une méthodologie mixte qui s'inspire partiellement de l'analyse par théorisation ancrée, s'élabore à travers une démarche d'analyse qualitative à l'aide des catégories conceptualisantes et conduit à une vérification de la concordance interjuge. À travers ce parcours, nous analysons neuf études de cas provenant d'autant

de professionnels de la psychothérapie pratiquant dans une approche PGRO. À l'aide du logiciel Weft-QDA, nous utilisons quatre catégories inspirées des travaux de Karasu (1992, 1995) (les catégories «contexte dyadique déficitaire», «contexte dyadique conflictuel», «contexte triadique déficitaire» et «contexte triadique conflictuel») pour codifier nos données, soit les extraits d'études de cas qui présentent des informations portant des affinités thématiques ou sémantiques avec ces catégories. Les résultats nous indiquent que les thérapeutes d'approche PGRO, dans leurs efforts pour expliquer l'origine et le sens de la pathologie de leurs clients, ont recours à des éléments qui se rapportent à la fois aux dimensions déficitaire, conflictuelle, dyadique et triadique de la pathogenèse. Nous proposons une reformulation du concept de dilemme de contact et nous explorons les implications de nos résultats pour la supervision et la formation des thérapeutes en PGRO.

Contexte théorique

Le modèle de la PGRO de Delisle

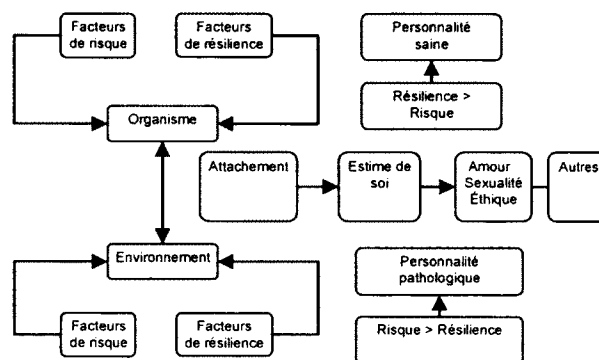
Pour mettre en lumière les difficultés que nous rencontrons dans l'utilisation du dilemme de contact en PGRO, il importe d'abord de résumer les principaux concepts propres à ce modèle. Nous verrons alors où se situe le dilemme de contact dans la démarche diagnostique en PGRO. Cela nous permettra ensuite de démontrer que ce concept occupe une place importante au sein du modèle, mais se trouve peu précisé et défini par ce dernier. Nous pourrons enfin présenter les limites que nous observons dans la formulation actuelle du concept de dilemme de contact, surtout dans le cadre du travail de supervision clinique et de transmission du modèle de la PGRO. Dans cette démarche où sera présentée l'armature du modèle de la PGRO, nous organiserons l'information selon les divers niveaux conceptuels d'un système thérapeutique, tels que définis par Mahrer (1989) : la théorie de l'être humain, la théorie de la psychothérapie et les procédures et techniques spécifiques.

La théorie de l'être humain selon la PGRO

La PGRO est le fruit d'un travail épistémologique rigoureux qui a rendu possible la rencontre de deux théories : d'une part, la Gestalt thérapie avec sa vision holistique, sa reconnaissance de la relation réelle et de la relation transférentielle en thérapie et ses techniques efficaces pour favoriser l'expérience de « l'ici et maintenant » ; d'autre part, la théorie des relations d'objet de Fairbairn (1954) et l'éclairage qu'elle offre quant au

lien entre les relations précoces avec les figures d'attachement et le développement de la personnalité adulte. Delisle (1998) s'appuie sur le postulat de la Gestalt Thérapie de Perls, Herfferline et Goodman (1951) selon lequel l'être humain qui vient au monde est un « organisme psychophysiologique unitaire vivant dans un champ unifié » (p. 87). Pour lui, le développement psychique passe par la rencontre d'un individu et de son environnement, tous deux constitués de facteurs de risques et de facteurs de résiliences, à travers un parcours parsemé d'enjeux développementaux. Les enjeux propres au développement sont regroupés en 3 catégories : les enjeux de sécurité et d'attachement, les enjeux d'identité et d'estime de soi et les enjeux d'amour et de sexualité. L'importance de ces enjeux développementaux est telle que Delisle (2004) pose ainsi leur impact sur le développement : « La pathologie de la personnalité est la conséquence d'une impossibilité de parachèvement de l'un ou plusieurs enjeux développementaux et c'est dans la phénoménologie d'une pathologie spécifique que se profile la trace des enjeux inachevés. » (p. 17). Ainsi, l'enfant qui vient au monde serait doté de potentiels (cognitifs, affectifs, sensorimoteurs, etc.) susceptibles de se développer au contact d'un environnement humain propice (Delisle, 2004).

Figure 1 : Le développement multifactoriel selon Delisle (2004)



Selon Delisle (1998), le « Self » représente l'appareil psychique qui se constitue à travers le contact avec l'environnement humain. Il est une structure processuelle, façonnée par le contact dans le champ organisme-environnement et essentiellement composé de relations humaines intériorisées. Dans cette perspective, le Self possède une fonction archive, qui porte la trace des opérations les plus significatives et marquantes de la relation mère enfant, puis de celle au père ou aux autres figures d'attachement présentes de manière stable dans l'environnement. Ces opérations, déterminantes pour le processus d'intériorisation de l'enfant, conjuguent des facteurs multiples qui agissent dans le champ et qui se condensent lors des épisodes de contact les plus significatifs : ils incluent le bagage génétique unique de l'enfant et son tempérament, les modes de contacts singuliers des parents, les caractéristiques sociales et culturelles de l'environnement, etc. (Delisle, 1998). Le processus d'intériorisation du champ se fait à partir de 2 différents modes : l'assimilation, qui se veut le résultat du contact et où il y a prise de conscience de la nouveauté assimilable et rejet de la nouveauté inassimilable. Les représentations assimilées s'accumulent pour former le patrimoine signifiant du

Self : elles sont l'historique des interactions complétées du Self à la frontière-contact et pourront être maintenues dans le champ de la conscience (Delisle, 1998). Ensuite, l'introjection primaire, qui résulte d'un échec de la complétion d'un cycle de contact et qui s'accompagne d'une différenciation structurale pathologique. À partir de ce processus par lequel le Self perd son unité originelle, voici comment Delisle (1998) pose l'un des postulats de la PGRO :

« Nous adopterons donc comme position heuristique que, dans l'univers clinique (...) les sujets portent en eux –mêmes des situations inachevées résultant de dilemmes précoces de contact, que, partant, ils ont perdu l'unité originelle de conscience et que le rétablissement de cette unité fournit sinon un objectif atteignable, du moins une orientation générale à la psychothérapie. » (p. 99).

Cela implique qu'à travers le parcours développemental d'un individu, il se produit des événements caractérisés par une configuration du contact dans le champ où ce qui est indispensable au développement est aussi vécu comme étant intolérable, de façon simultanée et récurrente : c'est précisément ce que Delisle (1998) nomme le dilemme de contact. Le dilemme de contact ne concerne pas directement des événements, tant bien que le climat récurrent qui en découle et qui teinte l'univers de l'enfant en développement : il englobe l'espace intersubjectif de la relation parent-enfant et son corolaire intrapsychique. Le dilemme de contact représente, pour le Self, un dilemme insoluble : sa seule option pour obtenir l'indispensable sans connaître l'intolérable est l'introjection de l'élément inassimilable de l'environnement. La résolution d'un tel dilemme passe par le processus d'introjection primaire décrit précédemment où, ne pouvant intégrer ou donner un sens à l'expérience qui s'offre à lui, l'enfant réagit pour sortir du contact d'une façon telle que l'expérience soit interrompue et inachevée (la

situation inachevée ou SI). Dès lors, l'enfant va porter en lui-même quelque chose dont il doit ignorer la nature, ce qui cause la perte d'unité du Self : l'introjecte se voit refoulé et va demeurer inaccessible à la conscience, pour continuer à ignorer l'intolérable. Toutefois, puisque le champ qui a été introjecté était aussi porteur d'un élément indispensable, le microchamp introjecté (ou MI) doit être préservé et demeurer vivant. C'est pourquoi ces microcosmes du champ, qui ont été introjectés dans le Self et y vivent sous formes de représentations maintenues hors de la conscience, demeurent actifs et tendent à se réactiver au cours de situations qui présentent des similarités aux enjeux inachevés desquels ils relèvent (Delisle, 1998). C'est cette réactivation du champ introjecté, dans des situations contemporaines portant des affinités thématiques avec les contextes développementaux pathogéniques, qui est à la base des reproductions d'impasses relationnelles caractéristiques des troubles de la personnalité. L'auteur précise comment les introjects contaminent alors les émergences chez l'individu et peuvent être confondus avec le champ (ou s'y substituer, comme dans les états psychotiques). Pour avoir l'indispensable sans connaître l'intolérable, divers processus de régulation du contact devront être mis en place afin de créer, dans l'environnement, les conditions nécessaires au maintien du champ introjecté. Le sens de certaines des expériences du Self à la frontière-contact s'en trouvera modifié : l'environnement sera alors perçu à travers la lentille déformante des microchamps introjectés (Delisle, 1998).

À la lumière de ces considérations, la théorie propre à la PGRO définit ainsi le trouble de la personnalité :

(...) une constellation de comportements et d'attitudes conservatrices, dont la fonction est de maintenir les Microchamps Introjectés (MI) en recherchant et en produisant dans les divers champs expérientiels, des configurations de contact et de relations qui peuvent entretenir des liens dynamiques et thématiques avec les Situations Inachevées (SI) du passé développemental. (p. 32)

Bref, la reproduction d'impasses relationnelles propre aux troubles de la personnalité se trouve expliquée par la recherche de complétion des situations inachevées provenant de dilemmes de contact. Les éléments du champ qui ont été pris à l'intérieur du Self par le processus de l'introjection primaire tendent à y subsister car ils n'ont pu se dissoudre dans le contact. La complétion des situations inachevées se voit toutefois entravée par l'infiltration de ces introjects, qui subsistent à l'intérieur du Self : ils contaminent les émergences de la personne, ses excitations organiques, ses perceptions de l'environnement, etc. Ils tendent également à restreindre le registre des sentiments. C'est donc dire que dans la pathologie, ce sont les intériorisations qui ont accompagné la situation inachevée (introjection primaire) qui animent les cycles de contact : les microchamps introjectés, ces relations d'objet intériorisées sur un mode pathogène, viennent désormais influencer les opérations de la personne à la frontière-contact (Delisle, 1998). Les impasses relationnelles qui en résultent sont maintenues par le recours inconscient à différents modes de régulation du contact (la projection, la confluence, l'introjection, la déflexion et la réflexion) dans le cadre de relations interpersonnelles et sont confirmées par le renforcement des différentes configurations des représentations positives et négatives de soi et des autres (la « Matrice de représentations du champ ») (Delisle, 1998). Les modes de régulation du contact que nous venons d'énumérer sont définis en annexe, dans l'appendice 1. La personne aux

prises avec un trouble de la personnalité doit consacrer une large partie de son énergie psychique à ses microchamps introjectés : ses processus de contact dans le champ en perdent leur potentiel d'ajustement créateur. Le contact avec l'environnement, se faisant alors sur un mode conservateur, est avant tout mis au service du maintien du champ introjecté (Delisle, 1998). En somme, la reproduction d'impasses de contact propre aux troubles de la personnalité se veut un processus où l'individu utilise son environnement pour perpétuer son attachement à ses objets internes : c'est en quelques sortes l'externalisation de son champ introjecté (Delisle, 1998). À travers la reproduction, la personne cherche à donner et maintenir un sens étriqué à sa vie et espère, souvent inconsciemment, la complétion d'une expérience et donc, la résolution d'un dilemme archaïque (Delisle, 2004).

La théorie de la psychothérapie selon la PGRO

La PGRO se définit comme étant le traitement des impasses de contact, dans les divers champs expérientiels, au sein d'un dialogue herméneutique (Delisle, 1998). Le modèle développé par Delisle (1998, 2004) envisage la relation thérapeutique sous l'angle d'un processus à la fois interpersonnel et intrapsychique, d'essence développementale. Pour Delisle (2004), la relation thérapeutique implique le recours à trois modes relationnels : le mode transférentiel, le mode herméneutique et le mode réel. Selon lui, tous les épisodes constituant le processus de l'interaction thérapeutique peuvent présenter des propriétés propres à chacun de ces modes ; ces derniers permettent à leur tour l'accomplissement d'une autre trilogie, celle de la trajectoire thérapeutique,

soit la reproduction, la reconnaissance et la réparation (Delisle, 2004). Ainsi, le client souffrant de pathologie de la personnalité tend à reproduire, à son insu et dans les relations significatives de sa vie, des enjeux développementaux inachevés. L'essence de la relation thérapeutique est de permettre à ces enjeux d'aboutir à leur complétion. Le processus thérapeutique implique différents épisodes où se déploie la trilogie reproduction-reconnaissance-réparation. L'issue souhaitée d'un cycle thérapeutique vise d'abord à permettre la reproduction suffisante d'un enjeu développemental ; à mettre en place travail de reconnaissance dans lequel le thérapeute invite le client à co-construire le sens de cette reproduction au sein d'un dialogue herméneutique ; de mener à une forme de complétion, la réparation, qui procure un achèvement à l'enjeu développemental se trouvant au cœur du cycle en question (Delisle, 2004). Selon Delisle (2004), c'est précisément parce que la relation thérapeutique est porteuse d'un potentiel de réactivation des enjeux développementaux inachevés du client, impliquant la reproduction de dilemmes personnels au sein même de cette relation qui vise à l'aider, qu'elle offre la possibilité d'une éventuelle réparation (Delisle, 2004). En PGRO, la reproduction est intimement associée au mode transférentiel, la reconnaissance prend place dans le mode herméneutique et la réparation se joue essentiellement sous le mode réel. Voici comment se définissent la reproduction, la reconnaissance et la réparation :

La reproduction. Selon Delisle (2004), le thérapeute doit partir de l'hypothèse selon laquelle le client tend à mettre en place, dans l'ensemble de ses relations significatives incluant la relation thérapeutique, des situations qui présentent des affinités thématiques

avec ses enjeux développementaux inachevés. Sachant que les clients aux prises avec un trouble de la personnalité tendent à reproduire des configurations relationnelles liées à leurs enjeux développementaux inachevés, le thérapeute doit s'attendre à les voir apparaître dans l'interaction thérapeutique. Le thérapeute, au cœur du processus thérapeutique, est ainsi appelé à recevoir et traiter l'impact que le client produit sur lui. Il doit y consentir dans une attitude d'indifférence créatrice, en ce sens qu'il ne doit pas présenter de préférence quant au type de relation que le client souffrant d'une pathologie de la personnalité voudra construire avec lui. La reproduction est en quelque sorte l'occasion, pour le thérapeute, de voir les impasses de contact du client se déployer, celles-ci étant en lien avec son dilemme de contact originel.

C'est au cours de cette phase du processus thérapeutique que le thérapeute sera invité à procéder à l'élaboration d'un diagnostic structural et donc, à formuler des hypothèses quant au dilemme de contact de son client. Nous avons vu précédemment la façon dont est défini le dilemme de contact dans les considérations de la PGRO sur l'étiologie des troubles de la personnalité et donc, dans la théorie du fonctionnement psychique proposée par ce modèle. Nous pouvons par conséquent reconnaître l'importance de ce concept dans le travail au sein de cette approche, puisqu'il représente ce par quoi le modèle cherche à rendre compte des contextes développementaux menant au développement des troubles de la personnalité et ce, pour tenter d'éclairer le sens des reproductions d'impasses relationnelles telles qu'elles se manifestent chez les personnes souffrant de troubles de la personnalité. Dans la perspective de la supervision ou dans la

transmission du modèle, aider les jeunes thérapeutes ou ceux voulant s'initier à la PGRO à repérer ces impasses et à tenter d'en comprendre le sens représente certainement un exercice significatif, tout en reconnaissant qu'il ne s'agit que d'un pas incomplet mais essentiel dans l'organisation de la démarche réflexive. Nous allons maintenant situer le concept de dilemme de contact dans la démarche diagnostique en PGRO. Dans cette approche, l'amorce de la démarche réflexive du thérapeute passe par l'élaboration d'un diagnostic structural. Nous savons aussi qu'un tel diagnostic repose, en bonne partie du moins, sur la notion de dilemme de contact. Pour bien comprendre à quoi cela réfère, nous allons résumer ici les principales composantes de cet exercice (une version intégrale du diagnostic structural se trouve à l'Appendice 1) :

Tableau 1

Résumé du diagnostic structural en PGRO (CIG, 2002)

Fonctions structure du Self	/ Fluidité et puissance des émergences	Qu'est-ce qui semble émerger le plus facilement et le moins facilement chez ce client ?
	Capacité de traduire les émergences et les représentations (soi – autres) dans les rapports avec l'environnement actuel	De quelle manière ce client a-t-il le plus recours aux modes de régulation et d'adaptation au contact (la projection, l'introjection, la déflexion, la réflexion, la confluence) ?
	Configuration et nature des représentations de soi et des autres	Que pouvons-nous décoder de la nature des représentations (soi – autre) que ce client porte ?
Inférences quant au champ introjecté	Formulation d'hypothèses quant à la présence de microchamps introjectés	Qu'est-ce que ce client tend à mettre en place (reproduction des impasses) dans ses relations significatives ?
		Peut-on formuler ce processus de reproduction en termes d'ajustement conservateur et préciser les opérations défensives qui lui permettent de se maintenir ?
		En quoi la matrice de représentation du champ de ce client est-elle utilisée pour maintenir cet ajustement conservateur ?
		Peut-on imaginer une configuration relationnelle plausible où une expérience aurait été à la fois indispensable et intolérable pour le client, et qui aurait pu se solder par une situation inachevée menant à l'établissement d'un microchamp introjecté ?

Pour un thérapeute, procéder à la formulation d'un dilemme de contact demande de réfléchir aux facteurs ayant pu contribuer au développement du trouble de la personnalité d'un client à partir des informations recueillies sur l'histoire développementale de celui-ci. Ce que le thérapeute cherche n'est nullement un lien causal entre des événements ou des facteurs objectifs du passé et la psychopathologie : le dilemme de contact réfère davantage à une ambiance, un climat dominant, qui a teinté de manière récurrente et marquante l'univers relationnel de l'enfant en développement (et son corolaire intrapsychique). À travers le diagnostic structural, le thérapeute cherche à repérer un mode relationnel fait des représentations internes de soi et de l'autre du client, ce qui permet de commencer à saisir les grandes lignes des enjeux reproduits par ce client à travers ses relations significatives. Ce faisant, le thérapeute sait que ses inférences ne mèneront pas nécessairement à l'élaboration d'une image précise ou définitive, mais plutôt à des pistes plausibles visant à donner du sens à ce dont il est témoin dans les reproductions de son client. Bref, à travers cette démarche, le thérapeute cherche à éclairer la reproduction des impasses que ce client rencontre dans les relations significatives de sa vie, incluant la relation thérapeutique. Tenter de formuler un dilemme de contact, c'est chercher à produire un éclairage privilégié, quoique partiel, sur ce que le client va tendre à reproduire de façon contemporaine à travers l'ensemble de ses relations significatives et qui est au cœur de sa souffrance. Par conséquent, la formulation de telles hypothèses génétiques trouve sa pertinence dans la volonté de comprendre la reproduction et de donner du sens aux impasses qui se reproduisent dans les relations contemporaines du client. Le dilemme de contact devient le concept par

lequel le thérapeute cherche à saisir l'essence des enjeux reproduits : cet univers relationnel unique fait des représentations internes de soi et de l'autre du client. Lors de la supervision de thérapeutes débutants ou désireux d'intégrer le modèle de la PGRO à leur pratique, le fait de chercher à identifier ce qui semble saillant dans les impasses relationnelles qui se reproduisent chez les clients aux prises avec un trouble de la personnalité trouve tout son sens et toute son importance.

La reconnaissance. La reconnaissance consiste en une démarche herméneutique où le thérapeute et le client s'engagent ensemble dans une co-construction du sens de l'expérience de ce dernier. Il faut éviter de voir dans le principe de reconnaissance la dimension uniquement cognitive ou réflexive du travail thérapeutique : il ne s'agit nullement d'un échange purement intellectuel sur l'origine des difficultés. Le thérapeute se doit d'offrir au client un éclairage bien calibré tout en l'aidant à réguler adéquatement son expérience affective. C'est à travers la reconnaissance que s'élabore la co-construction du sens des impasses relationnelles reproduites par le client, principalement celles qui se manifestent dans la relation thérapeutique, qui sont intimement liées au dilemme de contact de ce dernier. L'esprit de la démarche de reconnaissance proposée par Delisle (2004) implique que pour qu'une situation puisse être questionnée, il importe de repérer un certain nombre d'affinités thématiques avant d'intervenir. Si nous pouvons repérer, dans divers champs expérientiels (voir le tableau 2), des impasses récurrentes dans lesquelles le client « souhaite ceci et pour autant obtient cela », qui sont les manifestations contemporaines de son dilemme de contact, il devient alors plus probable

que ce dernier accepte de s'interroger et de construire avec nous le sens de ces reproductions (Delisle, 2004). Le thérapeute peut alors commencer à construire et nommer le thème récurrent avec le client ; à questionner, dans l'interaction thérapeutique, les rôles qui sont joués par chacun dans cette dynamique relationnelle récurrente pour le client ; à construire à deux le sens de l'expérience du client, dans le cadre d'un dialogue herméneutique ; à questionner avec le client ce qu'il cherche à accomplir avec le thérapeute en lui faisant sentir son désir de chercher avec lui plutôt que simplement dénoncer un comportement particulier.

La réparation. La réparation repose sur une réponse adéquate de l'environnement aux besoins du client. Il ne faut pas entendre par là une satisfaction parfaite des besoins, mais plutôt une rencontre réelle entre le client et le thérapeute. Le thérapeute est rencontré comme une personne réelle avec ses ressources et ses limites, certaines personnelles et certaines davantage reliées au cadre thérapeutique. La réparation est faite de tous les gestes du thérapeute qui dénouent le processus de reproduction (Delisle, 2004). En ce sens, elle se veut un effort d'érosion du champ introjecté et donc, des conséquences du dilemme de contact rencontré par le client jadis. Le thérapeute s'efforce de rejoindre son client dans une expérience qui contient des éléments semblables à ceux propres aux situations originelles dans lesquelles s'est interrompu son développement psychoaffectif (Drault & Gravouil, 2004) : il offre au client une réponse adressée à son besoin actuel et non à celui qui n'a pas reçu de réponse adéquate dans le passé.

La relation tri-modale et les grands enjeux développementaux. Selon Delisle (1998, 2004), les pathologies de la personnalité résultent de l'échec d'un ou plusieurs enjeux développementaux. Après avoir vu comment sont définies les phases de la relation tri-modale en PGRO, il est maintenant possible de voir comment elles se déploient à travers le traitement de ces arrêts développementaux. Nous savons que le client cherche à remettre en place des configurations expérientielles propres à condenser ces enjeux qui n'ont pu être suffisamment complétés. Puisqu'un chantier développemental resté en friche concernait une expérience indispensable, le client doit la retrouver, la rencontrer à nouveau dans les champs significatifs de sa vie. Pour cette raison, des trois phases du processus thérapeutiques décrites par Delisle (2004) (la reproduction, la reconnaissance et la réparation), c'est dans la reproduction que le thérapeute trouve les manifestations et les informations qui vont lui permettre de saisir la nature particulière du dilemme de contact de son client. Sans faire ici une présentation exhaustive des grands chantiers développementaux que sont l'attachement, l'estime de soi et les enjeux de l'érotisme tels que décrits par Delisle (2004), nous allons tenter d'illustrer des caractéristiques spécifiques de la relation tri-modale dans le travail thérapeutique avec des clients souffrant de pathologies de la personnalité, en lien avec ces trois grands enjeux développementaux. Une attention particulière sera portée à la notion de reproduction, celle-ci étant intimement liée au concept de dilemme de contact. Cette présentation de la relation tri-modale à travers les grands enjeux développementaux, qui permet de mieux comprendre comment s'articule la PGRO au plan clinique, vise à illustrer plus concrètement la place et l'importance du concept de

dilemme de contact dans ce modèle. Pour une illustration plus exhaustive, le lecteur est invité à consulter Delisle (2004).

Le contexte développemental des pathologies de l'attachement. Les pathologies de l'attachement auxquelles réfère Delisle (2004) renvoient au contexte développemental qui se situe avant l'apparition du langage (jusqu'à 18 mois environ). Selon Schore (2003a, 2003b), ces contextes peuvent être caractérisés par des situations conflictuelles, qui impliquent une hyperstimulation neurochimique avec insuffisance d'apaisement et de réparation, et des situations déficitaires qui elles, mènent à une hypostimulation neurochimique. Ces situations, traumatiques pour le jeune enfant, s'inscrivent au niveau de la mémoire implicite (circuits amygdaliens). Il en résulte une relation d'objet intériorisée inconsciente, pathogène et qui tendra à se reproduire dans les relations significative de la vie adulte. Ces enfants, nos éventuels clients adultes, développeront des stratégies d'autorégulation affective façonnées par ces traumatismes précoces et vont reproduire des impasses relationnelles dans un effort ambivalent de maintien de la cohésion et de tentative de résolution (Delisle, 1998) : ces impasses représentent la conséquence du dilemme de contact et elles portent plusieurs affinités thématiques avec lui. Elles se reproduiront de façon privilégiée dans la relation avec le thérapeute, par exemple dans la manière particulière dont le client entrera en relation avec lui et dans la manifestation ambivalente de sa demande.

La reproduction avec les clients souffrant de pathologies de l'attachement. Selon Delisle (2004), la reproduction joue un rôle dans le maintien de la cohésion du soi : par ce processus, la personne cherche à donner un sens à son expérience et à se protéger contre la souffrance archaïque associée à ses enjeux d'attachement. Encore une fois, la reproduction doit être comprise comme la manifestation d'un inachevé en quête de complétion (Delisle, 1998, 2004). Eu égard au caractère archaïque des enjeux concernés, reproduire remplace fréquemment le fait de se souvenir et de nommer. Les affects primitifs intenses qui n'ont pu être correctement métabolisés sont communiqués, du client au thérapeute, par contagion affective. L'indentification projective (nous référons ici à la définition de l'identification projective proposée par Tansey et Burke (1989)) devient donc une stratégie précoce et inconsciente ayant pour but d'organiser et de réguler les communications d'états intensément affectifs. Par le traitement de l'identification projective, le thérapeute obtient de l'information qui ne lui serait pas autrement disponible pour identifier le dilemme de contact du client, qui se reproduit au sein de la relation thérapeutique. S'il est en général difficile pour le thérapeute d'avoir accès directement au contenu verbal ou explicite de la reproduction, en revanche, il lui est possible d'observer les manifestations de reproduction dans différents comportements intimement associés aux enjeux d'attachement (Delisle, 2004) : cela concerne par exemple la façon spécifique du client de montrer de l'affection, de chercher le réconfort ou le soutien, de coopérer, d'explorer, etc. C'est notamment à partir de ces manifestations que le thérapeute va formuler les prémisses du dilemme de contact du client.

La reconnaissance avec les clients souffrant de pathologies de l'attachement. Un travail de reconnaissance doit viser le développement d'un dialogue thérapeutique qui aura pour effet de stimuler, réguler et modérer les affects du client. Dans le contexte des pathologies de l'attachement, une méconnaissance et un manque de compréhension du caractère archaïque des enjeux d'attachement peuvent constituer un obstacle majeur à la capacité du thérapeute d'établir un dialogue optimal nécessaire à la reconnaissance de ces enjeux : la sensibilité du thérapeute à la nature spécifique du dilemme de contact de son client est donc importante pour éviter que ce dernier ne fasse obstacle à la reconnaissance.

La réparation avec les clients souffrant de pathologies de l'attachement. Dans le contexte des pathologies de l'attachement, réparer c'est exercer des fonctions parentales qui soutiennent le développement d'un lien d'attachement sécure au sein de la relation thérapeutique (Schore, 2003a, 2003b). Le thérapeute, en tant que figure stable, aide le client à contenir et réguler les affects négatifs dissociés et projetés. Le thérapeute accueille sans riposter les impasses calquées sur le dilemme de contact du client et aide ce dernier à mettre des mots sur les expériences difficiles qui en découlent. Le thérapeute doit également aider à la création de sens en amenant des éclairages auxquels le client n'aurait pas accès de manière autonome. Un des éclairages spécifiques sur lequel devra insister le thérapeute est celui lié à la notion de deuil (Delisle, 2004). Dans un tel contexte, faire un deuil implique différents processus complexes : lever le clivage avec les besoins, reprendre contact avec des expériences ayant déjà été intolérables, faire

différents constats quant à ce qui est possible ou non d'obtenir devant tout ce que le client aurait souhaité avoir, n'a jamais obtenu et n'obtiendra peut-être jamais (Delisle, 2004). Comme le dit Delisle (2004), ces clients sont en deuil de l'attachement et de l'attention dont ils ont eu besoin et ont manqué dans le passé. Cela implique le défi important de faire le deuil de quelque chose qu'ils n'ont pas connu. Dans un tel contexte, le thérapeute doit cultiver l'espoir et favoriser une réparation par un contact réel, fait des ressources et des limites de la relation.

Le contexte développemental des pathologies de l'estime de soi. Temporellement, l'enjeu développemental de l'estime de soi se situe approximativement à partir de l'apparition du langage jusqu'à la puberté. Même s'il est moins archaïque que celui de l'attachement, il peut toutefois provoquer des perturbations importantes au niveau du fonctionnement relationnel de ceux qui n'ont pu l'achever correctement (Delisle, 2004). Certains parents se montrent incapables d'offrir à l'enfant un reflet adéquat de ses expériences développementales, déformant celles-ci à partir de leurs propres enjeux narcissiques. Ce faisant, ils participent à la mise en place d'une expérience de dépossession de soi, souvent associée au sentiment de vide interne caractéristique des pathologies du narcissisme (Delisle, 2004). À travers les dilemmes de contact qui en découlent, l'individu doit développer toutes sortes de mécanismes pour éviter les affects pénibles qui les accompagnent : il en résulte une interruption de cet enjeu développemental et le champ relationnel pathogène se trouve introjecté.

La reproduction avec les clients souffrant de pathologies de l'estime de soi. Le début du processus thérapeutique est souvent marqué d'un paradoxe avec ces clients, lié au besoin impérieux qu'ils portent de « bien faire en thérapie », avec l'angoisse de ne pas y parvenir. Le décalage qui peut exister entre les attentes du client et la réponse du thérapeute est à risque de réactiver des affects en lien avec la honte archaïque. Un tel contexte permet au thérapeute d'offrir au client une seconde chance développementale : pour ce faire, il doit chercher à ajuster ses interactions pour s'approcher de là où le client en était quand son processus développemental s'est interrompu (Delisle, 2004). À travers la reproduction, il procède au repérage qui lui permettra d'accéder à l'enjeu développemental resté en friche, notamment en cherchant à identifier les impasses de contact qui permettent d'imaginer le dilemme de contact de son client. Selon Delisle (2004), les clients vont reproduire dans les contextes significatifs de leur vie et éventuellement la relation thérapeutique, des impasses narcissiques : critiques incessantes, idéalisation et dévalorisation excessives, etc. Ici encore, le thérapeute ne doit pas empêcher la reproduction, mais au contraire l'accueillir. Il se trouvera ainsi exposé à des reproductions tournant autour de thèmes tels l'idéalisation, la dévalorisation, le perfectionnisme, la honte, le mépris, etc., qui sont autant d'indices qui témoignent de la nature du dilemme de contact du client. Ce n'est qu'en permettant l'élaboration d'un type spécifique de reproduction que le thérapeute pourra accéder aux informations nécessaires à l'identification du dilemme de contact du client, pour ensuite déterminer l'angle de travail thérapeutique à adopter.

La reconnaissance avec les clients souffrant de pathologies de l'estime de soi. Au niveau de la reconnaissance, l'un des principaux objectifs est de favoriser chez le client une prise de conscience de sa contribution aux impasses qu'il tend à reproduire, en lien avec son dilemme de contact, et du sens de celle-ci (Delisle, 2004). L'objectif central du travail de reconnaissance réside dans la transformation des réactions intenses et problématiques de ce trouble en un affect questionnable. Il s'agit en quelque sorte d'aider le client à prendre un recul interrogatif sur cette expérience plutôt que la considérer comme allant de soi (Delisle, 2004). Si, par exemple, le mépris est en général vécu par le client comme quelque chose que l'objet mérite amplement, il importe de pouvoir faire en sorte que le client prenne une distance face à cette manifestation de surface et s'interroge sur ce qui a bien pu la provoquer : par exemple, la blessure liée à son dilemme de contact et qui suscite en lui des sentiments vifs d'envie, de honte ou de rage.

La réparation avec les clients souffrant de pathologies de l'estime de soi. Comme nous le mentionnions plus tôt, la réparation est faite de tous les gestes du thérapeute, à travers la relation réelle avec le client, qui dénouent le processus de reproduction et donc, le dilemme de contact du client. Les interventions réparatrices doivent permettre l'expression des émotions dans le respect de la dignité du client. Les interventions du thérapeute qui négligent de tenir compte à la fois de la légitimité des affects parfois infantiles du client et du besoin que porte ce dernier de maintenir sa dignité d'adulte n'offrent pas beaucoup de chance de réparation. Par contre, lorsque ces conditions sont

réunies, la réparation peut alors passer par une expérience vicariante où le thérapeute se laisse être touché sans pour autant perdre sa contenance

Le contexte développemental des pathologies de l'amour et la sexualité. Cet enjeu développemental se distingue des autres enjeux en ce sens qu'il met davantage en scène à la fois le jeune enfant et le couple parental. La résolution de cet enjeu est donc corollaire de la réponse de chacun des parents au développement psychosexuel de l'enfant. Bien sûr, les deux parents étaient aussi impliqués dans les deux premiers enjeux développementaux que nous avons présentés, mais pas d'une façon aussi nette et différenciée. L'enfant doit donc vivre son développement psychosexuel avec deux parents qui n'ont possiblement pas résolu ce chantier développemental pour eux-mêmes. À notre avis, cette réalité fait partie de celles dont le dilemme de contact n'arrive pas à distinguer suffisamment. Nous croyons en effet que le dilemme de contact, dans sa formulation actuelle, ne permet pas de faire état de la participation singulière des deux parents dans les obstacles au développement de l'enfant. Par ailleurs, selon Delisle (2004), pour traiter les enjeux d'amour et de sexualité, il faut dépister le thème à travers certains types d'impasses qui apparaissent dans les divers contextes de la vie du client : ici encore, il faut concevoir ces impasses comme les manifestations contemporaines du dilemme de contact du client.

La reproduction avec les clients souffrant de pathologie de l'amour et la sexualité.

Le client reproduit une série d'événement, de phénomènes et d'expériences qui sont

autant d'épisodes contemporains de l'enjeu inachevé, de son dilemme de contact. Delisle (2004) suggère au thérapeute d'écouter le discours du client en se posant quelques questions pouvant le mettre sur la piste d'une potentielle reproduction : semble-t-il y avoir, dans le discours de ce client, quelque chose qui s'apparente à la fabrication d'un interdit ? Est-il possible de repérer des indices d'une inhibition génitale où le client semblerait incapable de profiter d'une pleine jouissance génitale lorsque cela est possible ? L'expérience amoureuse ou érotique est-elle accompagnée ou dissociée de l'univers affectif du client ? Etc. Bien entendu, une attention toute particulière doit être portée à la possibilité de reproduction à l'intérieur de la relation thérapeutique.

La reconnaissance avec les clients souffrant de pathologie de l'amour et la sexualité. Le travail de reconnaissance de ces enjeux s'articulera encore une fois autour de ce qui est resté inachevé dans le développement du client. Il importe pour le thérapeute de mettre en mot ce qui est communiqué non verbalement et parfois sous la forme d'une identification projective par le client. Puisque le traitement de ces identifications projectives implique de s'exposer aux enjeux singuliers du dilemme de contact du client, il pourra donc exposer le thérapeute à diverses expériences complexes qui, si elles ne sont pas suffisamment traitées et régulées, risquent de faire obstacle au travail de reconnaissance.

La réparation avec les clients souffrants de pathologie de l'amour et de la sexualité. Encore ici, la réparation viendra de tous les gestes que posera le thérapeute pour

résoudre la reproduction et donc, le dilemme de contact du client. Selon Delisle (2004), le lien réparateur repose sur une reconnaissance des représentations activées à chaque moment de l'interaction. Ce sont ces représentations qui orientent l'action réparatrice, en permettant au thérapeute de questionner quelle semble être la réponse optimale à offrir au client : compte tenu de la position fantasmatique du client, quelle serait la réponse optimale d'un objet avisé, calme et fort (Delisle, 2004) ? Cela implique par conséquent une identification pertinente du dilemme de contact du client par le thérapeute. À cet effet, Delisle (2004) invite à un jugement sensible quand vient le temps d'identifier les reproductions pathologiques propres à ces enjeux : par exemple, un thérapeute qui se montrerait incapable de différencier des préférences particulières chez son client des manifestations de la pathologie pourrait faire obstacle au processus de réparation. Ces considérations appuient l'idée que le l'identification du dilemme de contact oriente l'ensemble de la démarche thérapeutique subséquente.

A la lumière de ces précisions sur la relation tri-modale en PGRO, nous voyons à quel point les trois grands enjeux développementaux reconnus par Delisle (2004) renvoient à des contextes développementaux distincts, différents les uns des autres. Or, nous insistons sur le fait que le concept de dilemme de contact, dans sa forme actuelle, ne permet pas la formulation d'énoncés capables de rendre compte à la fois de la nature singulière et de la complexité de chaque enjeu.

Les procédures et techniques spécifiques de la PGRO

À la lumière de l'ensemble des considérations théoriques précédentes, il est possible d'affirmer que la PGRO se veut un effort de décloisonnement du champ introjecté visant à permettre à l'individu de retrouver sa vitalité, sa créativité et sa flexibilité dans ses interactions avec l'environnement (Delisle, 1998). C'est surtout le traitement du cycle de reproduction des impasses de contact, à travers les différents champs de l'expérience spatio-temporelle du client (voir le tableau 2) et par un dialogue herméneutique impliquant la co-construction du sens de l'expérience de ce dernier, qui rend possible l'atteinte de ce changement (Delisle, 1998). L'identification d'un dilemme de contact par le thérapeute pourrait en quelque sorte être considérée comme le début de sa participation à cette démarche de co-construction de sens. Bien que les objectifs thérapeutiques ne puissent être définis qu'en étroite collaboration avec chaque client, à partir du vécu, des problématiques et des besoins spécifiques de chacun, nous pouvons affirmer que la visée fondamentale de la PGRO concerne la reconstruction d'un Self unifié (Delisle, 1998). Cela implique d'aider le client à passer du mode chronicisé d'ajustement conservateur tel qu'il se manifeste dans les troubles de la personnalité vers un mode de fonctionnement où la conscience du sens de l'expérience permet davantage d'ajustements créateurs dans le champ (Delisle, 1998). Bien entendu, les objectifs spécifiques de la thérapie seront plus ou moins ambitieux selon le type de personnalité du client, la nature des microchamps introjectés qui subsistent dans le Self, la sévérité de sa pathologie, la qualité de ses ressources, etc. Nous allons ici survoler quelques procédures, propres à la PGRO, qui sont mises au service de l'atteinte de ces objectifs.

Les champs expérientiels et les transitions interchamps. Si la Gestalt-thérapie a été avant tout fondée et centrée presque exclusivement sur « l'ici et maintenant », la PGRO s'en démarque en reconnaissant les autres espaces-temps de l'expérience humaine et de l'interaction thérapeutique (Delisle, 2004). Bien entendu, « l'ici et maintenant » est doté d'un avantage particulier, en ce sens qu'il permet au thérapeute une observation et une participation directes du déploiement des cycles de contact et des impasses qu'ils contiennent. Aux notions d'espace et de temps, Delisle (1998, 2004) ajoute toutefois les dimensions interne et externe, pour créer une grille de huit champs spatio-temporels et expérientiels en psychothérapie, telle que présentée dans le tableau suivant :

Tableau 2

Les huit champs de la psychothérapie (Delisle, 2004)

	<i>Niveau externe</i>	<i>Niveau interne</i>
	La phénoménologie du contact observable dans le champ. (E)	Les représentations de Soi et de l'Autre. (I)
<i>Ici / maintenant (1)</i>	Le contact thérapeutique immédiat, observable par une personne raisonnable et de bonne foi.	Les représentations internes de la relation thérapeutique immédiate.
<i>Ici / pas maintenant (2)</i>	Un événement ou une séquence passée de la relation thérapeutique qui aurait pu être observée par un tiers raisonnable et de bonne foi.	Les représentations internes de la relation thérapeutique à un moment du passé.
<i>Ailleurs / maintenant (3)</i>	Les contacts et les relations significatives de la vie courante du client, tels qu'ils pourraient être observés par un tiers raisonnable et de bonne foi.	Les représentations internes de relations significatives contemporaines.
<i>Ailleurs / pas maintenant (4)</i>	Les contacts et les relations significatives du passé du client, en particulier celles de l'enfance, tels qu'ils pourraient être observés par un tiers raisonnable et de bonne foi.	Les relations internes de relations significatives du passé.

Dans les pathologies de la personnalité, la personne est souvent incapable de traiter son expérience à travers ces différents champs. Elle peut par exemple nier la réalité de sa vie psychique, être envahie par celle-ci au point de perdre de vue ce qui se passe dans le champ externe ou encore ne pas voir le rapport entre les différents champs de son expérience, ce qui fait largement obstacle à la possibilité de comprendre le sens de ce qu'elle met en place et déplore (Delisle, 2004). Dans ce contexte, le travail du thérapeute implique d'aider le client à élargir sa capacité de conscience face aux impasses qu'il tend à reproduire dans les différents domaines de sa vie. Pour ce faire, il doit pouvoir inviter le client dans l'exploration de son expérience à travers les différents champs spatio-temporels et expérientiels décrits précédemment. Ce travail d'identification des affinités thématiques interchamps constitue un moyen privilégié pour mettre en lumière les reproductions d'impasses liées aux trois grands enjeux développementaux et nourrir la réflexion du thérapeute quant aux dilemmes de contact qui sous-tendent ces reproductions. Il importe ici de rappeler une nuance fondamentale, tant pour la bonne compréhension du concept de dilemme de contact qui est au cœur de notre réflexion que du processus thérapeutique en PGRO : si, dans une théorie du champ, le passé n'est pas nié, il faut toutefois préciser que ce n'est pas tant le passé historique qui est en cause que le passé tel qu'il agit dans la configuration actuelle du champ (Delisle, 2004). Ainsi, le thérapeute ne cherche ni à expliquer la pathologie du client à partir d'événements du passé, ni à résoudre quelque chose qui s'est produit dans le passé. Il cherche avant tout à dissoudre quelque chose, qui trouve son écho dans le dilemme de contact et tend à se reproduire chroniquement dans la vie du client à travers les relations significatives qu'il

entretient, incluant la relation thérapeutique. Cette dernière est celle qui est privilégiée, car elle est la seule à laquelle a directement accès le thérapeute.

L'identification projective selon la PGRO. La PGRO fait une utilisation singulière du concept d'identification projective. En s'inspirant des travaux de Tansey et Burke (1989), Delisle (1993, 2004) propose une intégration particulière et épistémologiquement cohérente avec une position existentielle humaniste, de l'utilisation du concept d'identification projective. Pour Tansey et Burke (1989), et par extension pour la PGRO, le processus d'identification projective n'est pas strictement pathologique ni purement d'essence intrapsychique. Il nous accompagne toute notre vie et constitue l'un des fondements du développement d'un moi intégré. Il agit donc constamment au sein de la relation thérapeutique, où il est vu comme le mode de transmission inconsciente de représentations de soi et d'objet. La PGRO conçoit l'identification projective de manière concordante avec les travaux de Schore (2003a, 2003b) : selon lui, l'identification projective est une stratégie précoce, inconsciente et organisatrice, visant à réguler les communications de cerveau droit à cerveau droit, en particulier celles qui comportent des états affectifs intenses : l'identification projective est en somme une forme de communication. Par ce phénomène, le client communique au thérapeute un état interne et des représentations de soi et de l'autre. Nous pourrions aussi dire qu'il communique au thérapeute l'essence de son dilemme de contact. En général, ces représentations et ces états internes sont inconscients et contribuent aux difficultés vécues par le client : c'est pourquoi ils ne peuvent être communiqués que de façon

implicite du client au thérapeute, dans un effort pour résoudre un conflit interne. Le client projette donc des affects et des représentations de soi et de l'autre sur la personne du thérapeute. Or, pour que l'identification projective réussisse, il faut qu'elle trouve son écho dans une identification introjective de la part du thérapeute (Delisle, 1993, 2001, 2004) Celui-ci, abordant la relation dans une disposition empathique, reçoit comme autant d'identifications introjectives les identifications projectives du client. Elles sont reçues soit en mode concordant (entendre ici un parallèle affectif de l'état du client tel que vécu par le thérapeute) soit en mode complémentaire (expérience où la représentation de soi du thérapeute se trouve à correspondre à l'une des représentations d'objet du client). Le rôle du thérapeute est de transformer et de métaboliser l'identification introjective en une réponse adaptative qui sera ensuite communiquée et réintrojectée par le client, opérant à son tour en mode identificatoire introjectif. C'est ce qu'on appelle le traitement empathique de l'identification projective (Delisle, 1993, 2001, 2004). Cette démarche de traitement de l'identification projective représente l'une des voies importantes pouvant permettre de mettre à jour le dilemme de contact du client : elle aide le thérapeute à poser des inférences, qui devront bien sûr être co-construites avec le client, mais qui représentent la première source d'information pouvant mener à la formulation du dilemme de contact.

En somme, parmi tout le matériel clinique qu'il est pertinent de recueillir, le thérapeute en PGRO porte une attention particulière aux impasses de contact susceptibles de se reproduire dans les différents champs spatio-temporels et il cherche à

mettre à jour la nature des représentations de soi et de l'autre du client qui se trouvent liées à ces impasses. Dans la relation thérapeutique, il observe la manière particulière dont son client utilise ses différents modes de régulation et d'adaptation au contact pour maintenir ses ajustements conservateurs. Il tente de repérer des indices qui témoignent du champ introjecté du client, notamment en repérant les dissonances entre l'expression et l'expérience, et il se montre sensible à la tendance du client à transposer, d'un champ spatio-temporel à l'autre, des expériences inachevées (Delisle, 1998). À partir du matériel ainsi recueilli dans le contact avec son client et travers le traitement qu'il fait de l'identification projective, il organise sa démarche réflexive à l'aide de la grille de diagnostic structural (CIG, 2002) et cherche à préciser le dilemme de contact de son client. Il soumet les hypothèses étiologiques qui en découlent au processus herméneutique de création de sens en collaboration avec son client.

Précisions sur les notions de conflit et de déficit.

Nous allons bientôt présenter de manière plus détaillée les limites que nous observons dans la formulation actuelle du dilemme de contact. Toutefois, puisque notre recherche implique les dimensions déficitaire et conflictuelle de la pathogenèse et que nous nous référerons fréquemment à ces concepts tout au long de notre réflexion, il importe d'abord de définir plus spécifiquement le sens que nous leur conférons.

Nous avons vu la place et la définition du concept de dilemme de contact tant dans le modèle de la PGRO que dans la démarche diagnostique qui s'y rapporte. Nous avons fait

un survol des applications cliniques de ce modèle pour comprendre plus en détail sa mécanique. Maintenant, avant de rendre compte des limites que nous observons dans la formulation actuelle du dilemme de contact et pour clarifier le sens de notre démarche, il importe que nous définissions les notions de conflit et de déficit. Nous rappelons d'emblée que nous ne cherchons pas à expliquer l'origine des pathologies de la personnalité par deux seuls types distincts de contextes développementaux, conflictuels ou déficitaires. Au contraire, nous partageons l'idée que les facteurs impliqués dans la pathogenèse sont multiples et que les contextes développementaux impliqués dans la pathogenèse sont fort à risque de contenir ces deux dimensions et possiblement quelques autres. Les théories auxquelles nous nous référons dans notre contexte théorique illustrent d'ailleurs cette position : pour n'en citer qu'une, les travaux de Schore (1994, 2000a, 2000b, 2000c, 2003a, 2003b) nous offrent un exemple éloquent d'un modèle capable de reconnaître tout autant l'importance de ces deux aspects de la pathogenèse. Nous affirmons par contre que la démarche diagnostique en PGRO implique de faire une sorte d'arrêt sur image dans laquelle le thérapeute cherche à repérer ce qui semble le plus saillant dans les reproductions d'un client aux prises avec un trouble de la personnalité. Le concept de dilemme de contact est ce qui permet de produire cette image et ce que nous observons, c'est qu'elle s'avère claire lorsqu'on se trouve devant des contextes développementaux où ont prédominé des aspects conflictuels, et flous devant des contextes surtout marqués par des aspects déficitaires. Pour définir le sens que nous donnons à ces deux notions, il s'avère nécessaire de les séparer de manière un peu artificielle. Nous ne voulons toutefois pas suggérer que les catégories qui en

résultent sont le reflet direct de ce que nous observons dans la réalité clinique. Dans le cadre de la reformulation du concept de dilemme de contact, notre objectif n'est pas d'en arriver à deux définitions, décrivant une configuration soit conflictuelle, soit déficitaire. Nous souhaitons plutôt offrir à ce concept une formulation plus riche afin qu'il soit davantage en mesure de rendre compte à la fois de ces deux dimensions de la pathogenèse.

La définition et le sens que nous donnons à la notion de conflit pourraient être expliqués à partir de plusieurs théories différentes de la pathogenèse, mais c'est à partir des travaux de Fairbairn (1954) que nous puiserons nos assises. D'une part, ce choix s'appuie sur le fait que ce modèle nous semble offrir toutes les précisions nécessaires pour y parvenir. D'autre part, les affinités profondes entre la théorie de la personnalité de Fairbairn et les théories gestaltistes ont été démontrées par de nombreux auteurs (Bouchard & Delorme, 1987 ; Bouchard, 1990 ; Burgalières, 1991 ; Delisle, 1998). Les positions de Fairbairn (1954), soutenues par de récentes recherches sur la relation mère-nourrisson, partent du postulat selon lequel l'enfant est relationnel dès sa naissance et qu'il vient au monde dans un champ d'interaction et de communication dans lequel il est à la recherche de contact et doté de fonctions pour le faire (Zazzo, 1988 ; Olivier, 1994). Dans ce champ organisme-environnement, surviennent des événements parfois nourrissants, parfois toxiques pour lui (Skolnik, 1987). Bien que ses capacités de contact soient rudimentaires, le nourrisson est capable d'une certaine forme de conscience qui lui permet de ressentir et percevoir. Ses ressources encore embryonnaires ne lui

permettent toutefois pas de résoudre des problèmes complexes, qui nécessitent une capacité plus évoluée de conscience et de création de sens (Skolnik, 1987). Rubens (1984), reprenant les travaux de Fairbairn, décrit comment de tels problèmes surviennent lorsqu'un aspect du Self, qui est défini par sa relation affective avec un objet, est intolérable au point de ne pas pouvoir être intégré, tout en portant un caractère suffisamment intrinsèque et puissant pour ne pas pouvoir être abandonné. Nous retrouvons là l'essence du conflit dans le contact organisme-environnement dans le champ. Pour Fairbairn (1954), la réalité première de l'expérience est le contact et c'est lorsqu'il se présente de manière récurrente sous la forme d'un conflit où sont présents des éléments inassimilables, mais non-rejetables, que se développent les pathologies de la personnalité. Ne pouvant ni contacter les parties inassimilables de l'environnement, ni les rejeter, le Self embryonnaire du jeune enfant les introjecte et perd ainsi son caractère unitaire. Cette façon de décrire la pathogenèse représente pour nous le prototype d'un conflit : un problème insoluble pour le Self, qui se trouve face à un élément de l'environnement à la fois indispensable et intolérable et qui mène à une différenciation structurale pathologique.

Nous croyons que le modèle de la PGRO est tout à fait apte à rendre compte de cette dimension conflictuelle de la pathogenèse. Selon Delisle (1998), à travers le parcours développemental d'un individu, il peut se produire des événements caractérisés par une configuration du contact dans le champ où ce qui est indispensable au développement est aussi vécu comme étant intolérable, de façon simultanée et récurrente : c'est précisément

ce qu'il nomme le dilemme de contact. Pour le Self, il s'agit d'un problème insoluble : sa seule option pour obtenir l'indispensable sans connaître l'intolérable est l'introjection de l'élément inassimilable de l'environnement. La résolution d'un tel dilemme passe par le processus d'introjection primaire où, ne pouvant intégrer ou donner un sens à l'expérience qui s'offre à lui, l'enfant réagit pour sortir du contact d'une façon telle que l'expérience soit interrompue et inachevée (la situation inachevée). Dès lors, l'enfant va porter en lui-même quelque chose dont il doit ignorer la nature, ce qui cause la perte d'unité du Self : l'introject se voit refoulé et va demeurer inaccessible à la conscience, pour continuer à ignorer l'intolérable. Toutefois, puisque le champ qui a été introjecté était aussi porteur d'un élément indispensable, le microchamp introjecté doit être préservé et demeurer vivant. C'est pourquoi ces microcosmes du champ, qui ont été introjectés dans le Self et y vivent sous formes de représentations maintenues hors de la conscience, demeurent actifs et tendent à se réactiver au cours de situations qui présentent des similarités aux enjeux inachevés desquels ils relèvent (Delisle, 1998).

Pour bien comprendre le sens que nous donnons à la notion de conflit, il importe de se rappeler que la PGRO est une théorie du champ, qui s'intéresse à l'espace intersubjectif de l'interaction organisme-environnement. En ce sens, la PGRO se démarque d'autres univers théoriques où le conflit réfère invariablement à des processus intrapsychiques. Le conflit concerne à la fois cet espace intersubjectif de l'interaction organisme-environnement dans le champ (le dilemme de contact) et son corollaire intrapsychique (la perte d'unité du Self et l'établissement d'un champ introjecté). En

PGRO, les enjeux à l'origine de la pathologie, qu'ils concernent davantage des dimensions conflictuelles ou déficitaires, se passent à la fois dans le champ interne et dans le champ externe. Tel que nous l'avons vu précédemment, la PGRO s'est démarquée de la Gestalt-thérapie, essentiellement fondée sur « l'ici et maintenant », en reconnaissant les autres espaces-temps de l'expérience humaine et de l'interaction thérapeutique (Delisle, 2004). La grille des huit champs spatio-temporels et expérientiels en psychothérapie, élaborée par Delisle (1998, 2004) (voir le tableau 2), qui invite le thérapeute à s'intéresser à plusieurs dimensions de l'expérience du client et notamment dans leurs aspects internes et externes, se veut en accord avec l'idée que le dilemme de contact ne renvoie ni à des événements externes, ni uniquement à l'univers intrapsychique, mais plutôt à la fois l'espace intersubjectif de l'interaction organisme-environnement dans le champ et à son corollaire intrapsychique.

En somme, le conflit représente pour nous ce dilemme fondateur du trouble de la personnalité et dans lequel l'enfant est soumis à des forces de même puissance, mais de directions opposées : se trouver de manière récurrente dans une configuration du contact organisme-environnement, duquel il ne peut se soustraire et où ce qui est éprouvé comme étant indispensable à la survie est simultanément ressenti comme intolérable. C'est ce à quoi nous référons lorsque nous parlons de la dimension conflictuelle de la pathogenèse. Cette dimension conflictuelle de la pathogenèse, clairement définie en PGRO, est aussi décrite, à partir d'une terminologie différente, dans de nombreux autres modèles théoriques. À titre d'exemple, les travaux de Main et Solomon (1986) sur

l'attachement décrivent aussi cette configuration conflictuelle dans le contact organisme-environnement. Ils rappellent comment le nourrisson se tourne invariablement vers sa figure d'attachement lorsqu'il est alarmé. Or, puisque certains parents auraient alors des comportements ayant comme conséquence d'accroître davantage le niveau de détresse de l'enfant, ce dernier se trouve alors dans un paradoxe insoluble : il ne peut ni s'approcher du parent, ni s'en distraire, ni le fuir, ni organiser une stratégie d'adaptation qui lui permettrait de composer avec cette situation. Cette dimension conflictuelle de la pathogenèse est également mise en lumière dans les travaux de Schore (2003a) : ce dernier décrit des contextes où un parent induit des états traumatiques durables et marqués par des affects négatifs chez son enfant. Au lieu de moduler, ce parent participe de manière récurrente à l'induction de niveaux extrêmes d'activation affective chez l'enfant : cela compromet pour ce dernier son lien à l'objet primaire, ce qui est éprouvé comme une menace à sa survie. Le parent dysrégule le nourrisson et ce dernier, étant dépourvu de stratégies d'adaptation suffisantes, demeure pendant de longues périodes dans un état psychobiologique turbulent. Ce contexte répétitif fait obstacle à la saine maturation du cerveau et des structures psychiques et peut mener au développement des troubles de la personnalité. Pour sa part, Kernberg (1998), dans ses travaux sur l'agression endogène excessive et non régulée, a proposé une conception de la pathogenèse reposant sur le traumatisme relationnel. Selon lui, des dispositions familiales impliquant des expériences traumatiques graves et chroniques sont à risque de mener au développement des troubles de la personnalité. La théorie psychanalytique proposée par Kernberg et Caligor (2005) suppose que les comportements

dysfonctionnels propres aux troubles de la personnalité sont le reflet de structures psychologiques sous-jacentes : des relations d'objet internalisées qui proviennent d'interactions avec les figures d'attachement. Dans cette perspective, la psychopathologie est la conséquence de contextes récurrents, où des affects sont éprouvés de façon répétée, qui mènent à l'intégration de relations d'objet négatives. Des interactions associées avec une activation affective intense et négative mènent à l'établissement de structures mnémoniques affectives spécifiques : ce sont des relations d'objet internalisées, essentiellement constituées par une représentation de soi en interaction avec une représentation d'une personne significative sous la dominance d'un état affectif négatif à son apogée.

Bref, peu importe le modèle théorique auquel nous nous référons, le sens que nous donnons à la notion de conflit implique un dilemme insoluble pour le Self où des éléments, qui teintent de manière répétée le contact organisme-environnement, sont simultanément nécessaires à sa survie, donc non rejetables, et inacceptables ou insupportables pour lui, donc inassimilables. Cette configuration récurrente de l'espace intersubjectif dans l'interaction organisme-environnement, à travers laquelle le Self introjecte des aspects toxiques du champ, fait obstacle à la complétion des enjeux développementaux et mène au développement de troubles de la personnalité. Nous croyons que la notion de conflit est bien reconnue par la formulation actuelle du dilemme de contact en PGRO.

Par contre, l'expérience clinique et l'exploration du vécu idiosyncratique de chaque client démontrent parfois comment certains troubles de la personnalité semblent davantage en lien avec des contextes développementaux où les éléments qui s'avéraient nécessaires à la complétion des différents enjeux développementaux se sont avérés absents. Le prototype d'un déficit concerne donc un autre type de problème insoluble pour le Self, qui se trouve cette fois face à un élément de l'environnement à la fois indispensable et inaccessible, menant à la longue à une différenciation structurale pathologique. Dans cette perspective, le déficit, tout comme le conflit d'ailleurs, n'est pas uniquement intrapsychique : si le déficit représente en partie une forme de conflit psychique, c'est davantage la phénoménologie de cette notion que nous cherchons à mettre en lumière et c'est ce type de phénoménologie qui ne trouve pas aisément son écho dans la formulation actuelle du dilemme de contact. À titre d'exemple, nous ne référons pas avant tout aux représentations d'un enfant, qui arriverait par exemple à concevoir cognitivement le manque dont il souffre. Ici encore, le déficit concerne à la fois un espace intersubjectif dans l'interaction organisme-environnement dans le champ (le dilemme de contact) et son corollaire intrapsychique (la perte d'unité du Self et l'établissement d'un champ introjecté).

Cette dimension déficitaire, dont la formulation actuelle du dilemme de contact en PGRO n'arrive pas à notre avis à suffisamment rendre compte, est par ailleurs décrite dans de nombreux autres modèles théoriques. À titre d'exemple et tel que nous le verrons davantage ultérieurement, la théorie proposée par Schore (2003a, 2003b, 2008)

fait de la relation d'attachement mère-enfant le cadre fondamental du développement. Selon Schore (2003a, 2003b), les psychopathologies constituent des désordres de l'attachement qui se manifestent par des incapacités de régulation de soi ou des interactions. Dans cette perspective, ce sont des manques et des déficits récurrents dans le processus de régulation des états internes de l'enfant par son parent maternant, notamment en ce qui concerne ses états affectifs négatifs et intenses, qui entravent la maturation optimale du cerveau, font obstacle au développement du Self et tracent la voie vers la psychopathologie. De façon plus spécifique, au cours des premières années de sa vie, le développement de l'enfant implique le passage d'une position où ses habilités de régulation affectives sont assurées par sa figure maternelle vers une position où il intériorise ces fonctions (Schore, 2003b). Dans les situations où la figure maternelle ne participe pas suffisamment ou adéquatement aux fonctions réparatrices susceptibles de rétablir l'homéostasie, il se produit un déséquilibre psychobiologique qui, lorsqu'il perdure, fait obstacle à la saine maturation du cerveau et contribue au développement des psychopathologies. Ainsi, un parent incapable ou non disponible pour s'engager dans le processus de régulation interactive des états internes de son enfant est à risque de priver l'enfant des conditions essentielles à son développement, ce qui peut mener au développement de troubles de la personnalité. Dans le même ordre d'idées, le modèle de Kohut (1971, 1977, 1978a, 1978b, 1981, 1984) décrit comment ce sont les parents qui assurent les fonctions régulatrices de l'enfant au cours des premières années de sa vie. Par conséquent, c'est à travers les transactions entre le parent et l'enfant que ce dernier acquiert les fonctions adaptatives et intégratives ainsi que les capacités de régulation

émotionnelle. Kohut avance l'idée que le contexte propre au développement des psychopathologies implique un objet-soi inadéquat, ne pouvant assurer les fonctions régulatrices de l'enfant. Dans son modèle, cela est généralement illustré par des situations caractérisées par un manque d'interactions visant à réparer les réactions dissociatives de l'enfant. Celui-ci se trouve privé du support dont il a besoin pour réguler ses états affectifs et restaurer son équilibre interne. Cette position est appuyée par les travaux de Rotenberg (1995) pour qui les déficiences fonctionnelles de l'hémisphère droit du cerveau, qui prédisposent au développement des troubles de la personnalité, peuvent dépendre du manque de relations émotionnelles entre l'enfant et le parent.

En somme, peu importe le modèle théorique auquel nous nous référons, le sens que nous donnons à la notion de déficit implique un dilemme insoluble pour le Self où des éléments, qui teintent de manière répétée le contact organisme-environnement, sont simultanément nécessaires à sa survie, donc non rejetables, et inaccessibles, donc inassimilables. Cette configuration récurrente de l'espace intersubjectif dans l'interaction organisme-environnement, à travers laquelle le Self introjecte des aspects toxiques du champ, fait obstacle à la complétion des enjeux développementaux et mène au développement de troubles de la personnalité.

Enfin, nous ne suggérons nullement une association directe entre des concepts tels le déficit et la négligence ou le conflit et l'abus. La définition que nous donnons aux enjeux déficitaires de la pathogenèse peut impliquer des situations de négligence, mais ne se

limite pas à ces derniers. Il en va de même pour les enjeux conflictuels et l'abus. Par conséquent, si nous utiliserons parfois des exemples de négligence parentale pour illustrer la dimension déficitaires de la pathogenèse ou des exemples d'abus pour rendre compte de la dimension conflictuelle, nous ne faisons pas de ces notions des synonymes. Ce que nous affirmons, c'est que dans le contexte spécifique de la supervision ou de la transmission du modèle de la PGRO, lorsqu'il est question de la démarche de diagnostic structural (qui elle, contient le concept de dilemme de contact), l'utilité de s'en remettre aux notions de conflit et de déficit concerne la capacité qu'ils ont d'aider le clinicien à identifier ce qui semble saillant dans les impasses relationnelles qui se reproduisent chez les clients aux prises avec un trouble de la personnalité. À titre de rappel, nous ne suggérons donc nullement l'aspect exclusif de ces catégories, mais les utilisons comme éclairage privilégié, quoique partiel, de ce que le client va tendre à reproduire de façon contemporaine dans ses relations significatives incluant la relation thérapeutique. Il est d'ailleurs possible qu'un client, à deux moments distincts de son processus thérapeutique, manifeste des éléments de l'un ou l'autre des dimensions. Nous utilisons les notions de conflit et de déficit non pas pour établir des balises fermes qui dicteraient ce qui relève de l'une ou de l'autre, ni pour suggérer qu'elles sont suffisantes pour expliquer la pathogenèse, mais bien pour pallier à une lacune que nous observons dans la formulation actuelle du dilemme de contact et ainsi, aider de jeunes thérapeute ou des cliniciens voulant d'initier au modèle de la PGRO dans la démarche diagnostique propre à ce modèle. C'est pour des raisons d'organisation de l'information que nous séparons ainsi les notions de conflit et de déficit. Bien que dans la réalité clinique ces catégories

puissent se rejoindre, une telle différenciation trouve son sens dans la perspective d'un « arrêt sur image », tel qu'on le retrouve dans la démarche de diagnostic structural en PGRO et dans plusieurs autres modèles par ailleurs, lorsqu'il est question de repérer ce qui semble le plus saillant dans ce qu'un client tend à reproduire. Selon nous, l'établissement de nuances précises entre les notions de conflit, d'abus, de déficit ou de négligence s'inscrit davantage dans la perspective du travail clinique qui lie la co-construction du sens unique de l'expérience du client à une ouverture multimodale où le processus réflexif vient nourrir la démarche herméneutique.

Les limites du concept de dilemme de contact.

Comme nous l'avons vu précédemment, le modèle de la PGRO est certes explicite quant à sa conception de différents éléments fondamentaux d'une théorie de la psychothérapie : la psychopathologie, le processus d'intériorisation et le contenu des introjects, les mécanismes par lesquels se reproduisent les impasses qui caractérisent les troubles de la personnalité, etc. En revanche, en ce qui concerne le dilemme de contact, il offre peu de précisions sur ce concept, ce dont il cherche à rendre compte et la manière d'en faire un usage approprié sur le plan clinique. Bien qu'il occupe une place importante au sein du modèle théorique de la PGRO, principalement dans la démarche de diagnostic structural propre à ce modèle, le dilemme de contact repose pourtant sur de faibles assises théoriques dans la littérature : très peu d'écrits existent sur ce concept et aucun ne semble fournir d'explications capables d'éclairer convenablement la lacune que nous repérons dans sa formulation actuelle. Notre expérience clinique, surtout dans

l'enseignement du modèle et dans la supervision de thérapeutes s'initiant au modèle, a démontré comment il est facile d'être en proie à des moments de confusion souvent difficiles à dissiper sous le seul éclairage des ouvrages de référence. Par conséquent, si la PGRO s'est dotée d'un cadre théorique pour rendre compte de facteurs ayant pu contribuer au développement des troubles de la personnalité des clients rencontrés, plusieurs questions peuvent demeurer sans réponse pour le thérapeute qui cherche la manière de faire un usage approprié du concept de dilemme de contact lors du processus d'évaluation de ses clients. L'exercice relatif à la formulation du dilemme de contact demeure cliniquement significatif, puisqu'il représente un premier effort réflexif du thérapeute pour commencer à reconnaître et donner du sens aux reproductions d'impasses de contact qu'il observe chez son client ou qu'il rencontre avec lui dans les interactions du processus thérapeutique. En ce sens, le dilemme de contact représente souvent le point de départ de la démarche réflexive du thérapeute et il oriente ultérieurement la manière dont ce dernier va penser l'ensemble des éléments réflexifs se rapportant au diagnostic structural proposé en PGRO. Toutefois, cet exercice connaît aussi une limite : les balises susceptibles de guider le thérapeute, dans les inférences et énonciations qu'exige la formulation du dilemme de contact, semblent insuffisantes. Lorsqu'il est engagé dans son travail clinique, le thérapeute pourra bien entendu surmonter cette difficulté posée par la formulation du dilemme de contact : d'abord, il n'est plus seul à réfléchir à l'histoire développementale du client, mais procède avec lui à une co-construction du sens de son expérience, au sein d'un dialogue herméneutique qui permet de saisir la réalité idiosyncratique de ce client. Ensuite, il n'est plus tenu au

cadre limitatif imposé par la formulation actuelle du dilemme de contact. Il devient alors possible de s'engager dans ce travail d'exploration de l'expérience unique du client avec toute la liberté et les nuances que requiert la co-construction du sens. Le thérapeute ne se trouve plus limité par des cadres conceptuels : il peut se libérer de l'aspect parfois réductionniste de ces derniers. Il en est toutefois autrement au moment de l'évaluation initiale des clients, à partir du diagnostic structural. Ce contexte spécifique implique de faire une sorte d'arrêt sur image au cœur du processus réflexif : l'image qui en résulte, bien qu'elle ne soit pas nécessairement précise ou définitive, vise à mettre en lumière ce qui semble le plus saillant dans de ce que le client tend à reproduire de façon contemporaine dans ses relations significatives incluant la relation thérapeutique. Et cette image, en PGRO, c'est le dilemme de contact qui permet d'en rendre compte.

Illustration des limites au concept de dilemme de contact : vignettes cliniques.

Nous allons maintenant tenter d'illustrer plus concrètement la limite que nous observons dans la formulation actuelle du dilemme de contact et ce, à partir de vignettes cliniques. Dans un premier temps, nous résumerons une étude de cas publiée dans l'ouvrage de Delisle (1998) et qui se voulait un effort de mettre en forme du matériel clinique à partir de son modèle théorique. Il s'agit de matériel produit dans le cadre des *Séminaires cliniques sur la relation d'objet en Gestalt thérapie* et du *Groupe de Recherche sur l'Intégration en Psychothérapie*. Nous présenterons ensuite une autre vignette tirée de notre pratique clinique. Le choix des études de cas retenues ici repose essentiellement sur notre volonté de procéder à partir de matériel capable de permettre

une illustration claire de notre propos. Il va s'en dire que, dans tous les cas, les précautions usuelles auront été prises pour protéger l'identité et la confidentialité des clients concernés. Notre objectif est d'illustrer plus concrètement comment la formulation actuelle du dilemme de contact rend plus facilement compte des enjeux conflictuels que déficitaires de la pathogenèse. Pour chaque vignette, nous utiliserons la séquence suivante : une description sommaire du contexte entourant l'amorce de la thérapie, du motif de consultation et des symptômes associés ; des éléments d'anamnèse ; un diagnostic multiaxial (DSM-IV-TR, 2003); un diagnostic structural (CIG, 2002). Il importe de se montrer prudent, lors de l'analyse de ce matériel clinique, face à l'interprétation et au sens à apporter aux informations en question : par exemple, il ne faut pas suggérer un lien causal direct entre les événements rapportés dans les événements se trouvant dans les anamnèses et les pathologies subséquentes. Il faut plutôt tenter d'imaginer que ces événements sont représentatifs du climat stable ou récurrent ayant teinté l'univers de l'enfant en développement. Bien sûr, il est possible d'imaginer que d'autres personnes puissent faire une interprétation différente de ce contenu clinique selon leur orientation théorique, mais ce que nous voulons illustrer est l'utilisation et la lecture qu'en fait un thérapeute en PGRO.

Vignette 1 (Delisle, 1998)

Contexte de la thérapie, motif de consultation et symptômes associés. La cliente est une jeune femme d'une trentaine d'années, célibataire et sans enfants. Diplômée universitaire, elle agit à titre de professionnelle cadre. Elle dit venir en consultation

affirmant « broyer du noir » et avoir du mal à « focuser ». Elle décrit des fluctuations marquées et persistantes dans son sentiment de bien-être personnel. Référant à son hésitation à venir en consultation, elle décrit sa tendance à se débrouiller toute seule et sa difficulté à se confier aux autres et à leur faire confiance. Elle dit avoir une humeur « variable, incluant des périodes noires ». Sans avoir actuellement d'idéations suicidaires, elle dit en avoir déjà eu dans le passé. Elle dit se sentir souvent « vide », être « impulsive » et avoir du mal à entretenir des relations stables avec les autres.

En entrevue, la cliente semble initialement alterner entre une attitude soit réservée ou caractérisée par une vulnérabilité narcissique et une recherche constante d'amour et d'admiration. Graduellement, des variations de l'humeur et des indices traduisant une instabilité de l'image de soi apparaissent. Lorsqu'elle décrit ses relations contemporaines, son récit fait état d'une grande instabilité et illustre une sensibilité élevée au sentiment d'abandon, qu'elle cherche à éviter de différentes façons. Éventuellement, il est possible d'observer des phénomènes dissociatifs en situation de stress.

Éléments d'anamnèse. La cliente vient d'une famille de deux enfants où elle est la cadette. Elle affirme avoir été élevée de manière « hyper sévère » et ce, surtout par sa mère qu'elle décrit comme étant « autoritaire, critique, très exigeante, à qui il n'était jamais possible de plaire ». Elle dit que sa mère « méfiante » lui demandait de ne rien dévoiler à autrui quant à ce qui se passait à la maison. En ce qui concerne son père, la

cliente y réfère très peu, ne serait-ce que pour décrire comment il était « silencieux, passif et soumis à son épouse ». La cliente affirme ne pas bien s'entendre avec sa sœur, à qui elle reproche d'être la préférée de leurs parents et de ressembler à leur mère. Elle décrit des souvenirs d'enfance où sa sœur et elle devaient se tenir droites et tranquilles, notamment lors des visites chez des parents. Elle décrit que cette attitude leur valait des félicitations à leurs parents. Elle relate avoir souvent eu le besoin, au retour de ces visites chez des parents, de s'assurer de la satisfaction de sa mère à l'endroit de son comportement. La cliente dit ne pas se souvenir d'avoir reçu de marques d'affection de la part de ses parents. Elle dit s'être toujours sentie « différente » des membres de sa famille et relate les moments où elle s'imaginait avoir une autre famille ou vivre seule avec son père. Elle raconte que jusqu'à l'adolescence, elle a tenté de se montrer docile et sage dans l'espoir de satisfaire aux exigences de sa mère et, ainsi, recevoir de l'amour de sa part. Elle dit être ensuite devenue plus « rebelle », justifiant que « tant qu'à ne pas plaire à sa mère, autant faire ce qui lui plaît à elle ». Au début de l'âge adulte, la cliente s'est mariée avec un homme qu'elle décrit comme « une perle rare, un gars parfait ». Elle dit ne jamais avoir été amoureuse de lui, mais dit l'avoir épousé en raison de l'amour que ce dernier lui donnait. Avec le temps, elle se serait mise à le trouver « ennuyeux » et leur union se serait soldée par un divorce. Elle a ensuite rencontré un autre homme avec lequel elle aurait connu « la passion et le grand amour ». Elle décrit toutefois que cet homme s'est avéré violent, agressif et abusif. Elle se décrit comme ayant été « dépendante » de lui. La cliente a mis un terme à cette relation suite à une dispute violente ayant nécessité l'intervention des policiers; elle dit ne pas comprendre

pourquoi elle est restée dans cette relation violente. Au moment de l'amorce de la thérapie, elle dit souffrir de solitude, a peu d'amis autour d'elle et rapporte des relations tendues et difficiles avec ses collègues de travail.

Diagnostic multiaxial.

Axe 1 : Absence de diagnostic.

Axe 2 : Trouble de la personnalité borderline.

Axe 3 : Absence de diagnostic.

Axe 4 : Difficultés relationnelles avec les membres de la famille ; rupture amoureuse suite à une situation de violence conjugale ; isolement social ; problèmes relationnels et manque de stimulation au travail.

Axe 5 : Évaluation globale du fonctionnement (DSM-IV-TR, 2003) : 50.

Diagnostic structural.

A. Fonctions / structure du Self.

Fluidité et puissance des émergences. Les sentiments d'être incomprise, mal aimée, de ne pas être crue par les autres, la peine et la colère sont ceux qui émergent le plus facilement. À l'opposé, la confiance envers les autres et l'expérience de la satisfaction d'être en relation avec une personne bienveillante sont ceux qui émergent le moins.

Capacité de traduire les émergences et les représentations (soi – autres) dans les rapports avec l'environnement actuel. En se positionnant comme « un pilier pour les

autres », la cliente tend à projeter sur eux ses besoins de dépendance. Elle fait de même avec ses exigences personnelles élevées. En cherchant généralement à se débrouiller seule, elle tend à rétrofléchir son besoin de soutien face aux autres. Par introjection, elle reçoit les commentaires des autres comme des ordres auxquels il faut se conformer pour recevoir l'amour des autres et protéger son lien avec eux. Elle a recours à la déflexion devant les marques d'appréciation ou de chaleur des autres à son égard. Sa peur de l'envahissement fait obstacle à sa capacité à vivre une confluence saine avec autrui. Elle sait en revanche maintenir une confluence malsaine, telle une relation amoureuse empreinte de violence à son égard.

Configuration et nature des représentations de soi et des autres. En ce qui concerne ses représentations d'elle-même de la cliente, elles sont essentiellement bonnes. Elle se perçoit comme forte et capable de supporter les autres, sensible et attentive à leurs besoins. Ses représentations négatives d'elle-même, qu'elle porte plus secrètement, concernent la vulnérabilité, l'insécurité et la dépendance aux autres. Quant aux représentations de l'autre, elles sont essentiellement négatives : elle leur prête des caractéristiques telles la critique, la tyrannie, le manque d'intégrité, la mesquinerie, la froideur, la distance, etc.

B. Inférences quant au champ introjecté.

Formulation d'hypothèses quant à la présence de microchamps introjectés. Les impasses que la cliente tend à reproduire implique un scénario où une personne est

incomprise, insatisfaite, dominée, etc. par une autre qui elle est plutôt tyrannique et rejettante.

L'ajustement conservateur est maintenu par le recours aux modes de régulation et d'adaptation du contact : l'introjection et la projection maintiennent les représentations négatives de l'autre et positives de soi de la cliente ; la réflexion permet de cacher aux autres les besoins de soutien de la cliente, ce qui confirme la cliente dans ses représentations d'eux (insensibles, distants, etc.) ; il en va de même de la déflexion des aspects chaleureux des autres par la cliente ; l'incapacité de la cliente à vivre une confluence saine fait entrave à la possibilité d'une relation plus satisfaisante, empreinte d'un soutien réciproque. En niant ses besoins de soutien et de dépendance, la cliente peut ainsi préserver une image de soi comme « forte », ce qui fait que les autres lui offrent peu de support et demeurent ainsi perçus comme « indifférents » par elle. De la même façon, en se présentant comme une femme « forte », elle accepte toutes les demandes qu'on lui fait, ce qui lui permet de maintenir sa représentation « tyrannique » des autres.

En ce qui concerne cette cliente, on peut faire l'hypothèse d'une enfant utilisée comme le prolongement narcissique des besoins de sa mère, qui se montre exigeante et critique de manière constante et démesurée à son égard. La tendance du père à être plus en retrait permet que l'enfant soit victime de la relation tyrannique avec sa mère. On peut facilement imaginer que la cliente se soit sentie peu aimée et seule dans cet

environnement empreint d'hostilité et d'insécurité. Le contact à la mère, à la base si important pour l'enfant, devient d'autant plus indispensable face à la position de retrait et passivité du père. Or, dans sa relation à sa mère, cet enfant ne peut exister telle qu'elle est et se trouve devant l'obligation de se conformer aux attentes qui sont dirigées vers elle. C'est là une configuration du contact dans le champ mettant en présence un élément à la fois indispensable et intolérable à la survie de l'enfant. Ne pouvant donner de sens à cette expérience précoce, le Self cherche à refouler la douleur, ce qui mène à la situation inachevée et à l'introjection primaire : les aspects tyranniques de la mère sont introjetés et se lient aux aspects de l'enfant tels son obéissance, son côté dominé, sa tendance à se montrer sans besoin et sans vulnérabilité devant les autres, etc. Nous retrouvons là l'essence de ce qui tend à être reproduit de manière contemporaine par la cliente dans les relations significatives de sa vie.

À partir de cette vignette clinique, si on s'imagine dans un contexte de supervision clinique où il serait question d'aider un jeune thérapeute à identifier ce qui apparaît comme à l'avant plan dans les impasses relationnelles de cette cliente, il semble y avoir quelque chose de saillant au niveau d'un scénario impliquant une « personne sans besoins apparents, tyrannisée par une autre, exigeante et distante ». Il serait possible d'affirmer que cela semble trouver racine dans un contexte développemental où des enjeux conflictuels dyadiques ont prédominés (cette mère qui utilise sa fille essentiellement comme le prolongement de ses propres besoins), sans exclure que des déficits ou des enjeux triadiques (p.ex. le manque d'affection, de soutien du père, etc.)

aient pu jouer un rôle. Dans un tel cas, il est possible de s'en tenir à la formulation actuelle du dilemme de contact pour affirmer qu'il semble avoir été à la fois intolérable et indispensable, pour cette petite fille, de se développer à travers le contact avec cette mère tyrannique, qui ne permettait pas d'être aimée pour ce qu'elle était.

Vignette 2.

Contexte de la thérapie, motif de consultation et symptômes associés. La cliente est une femme âgée dans la fin quarantaine, mariée depuis une vingtaine d'années et mère de 2 enfants. Possédant une formation professionnelle, elle ne travaille plus suite à la naissance de ses enfants. C'est d'elle-même qu'elle vient en consultation, affirmant se sentir préoccupée par sa propre jalousie. Elle affirme penser continuellement que son mari ne l'aime pas et dit craindre « ne pas être à la hauteur » lorsqu'il regarde une autre femme. Devant lui, elle dit perdre ses moyens et s'effacer. Lorsqu'il y a des décisions à prendre, elle se dit « paniquée » et affirme « ne rien faire sans lui ». Elle exprime son sentiment que son mari « s'occupe de tous les autres sauf d'elle » et dit tenter de « faire beaucoup d'efforts pour éviter de lui déplaire » (p. ex., en cessant de pratiquer des activités de conditionnement physique, même si elle adore y prendre part, affirmant que cela risquerait de lui déplaire). Ce souci de ne pas déplaire à son mari semble toutefois en contradiction avec sa tendance à étouffer ce dernier et à le culpabiliser. Elle arrive en consultation suite à un incident où, ne supportant plus les crises de jalousie de la cliente, son mari aurait récemment avancé l'idée d'une possible séparation.

Éléments d'anamnèse. La cliente est la cadette d'une famille de 3 enfants. Ses parents sont tous les deux des professionnels actifs et grandement impliqués dans leur travail. La cliente décrit que sa mère serait très rapidement retournée au travail après sa naissance. Bien qu'elle n'ait pas de souvenirs de cette époque, elle y réfère en parlant « du premier des abandons de sa mère à son égard ». Elle dit avoir déjà cherché à questionner sa mère sur le sens de son choix de travailler au lieu de prendre soin d'elle, sans réussir à obtenir autre chose que des réponses vagues comme « c'était mieux ainsi pour tout le monde ». La cliente aurait été confiée aux soins de diverses nourrices, dont elle dit qu'elles finissaient « toujours par quitter la maison sans que quiconque ne lui explique pourquoi ». Elle ajoute à cela que « d'ailleurs, on ne lui expliquait rien et laissait ses questions sans réponses ». Elle dit avoir toujours cru que ses nourrices « l'abandonnaient parce qu'elle était sans doute un bébé trop difficile, qui pleurait trop souvent ». Elle exprime à plusieurs reprises que « ses parents étaient trop occupés pour lui offrir l'attention, l'affection et le réconfort dont elle avait besoin ». Elle décrit sa mère comme « froide et peu présente envers elle, mais très énergique et engagée dans le travail et les tâches domestiques. ». En ce qui concerne son père, qu'elle dit « légèrement plus affectueux », il aurait été absent pour le travail la plupart du temps. La cliente dit de son père « qu'il aurait pu compenser pour les manquements et la froideur de sa mère, mais qu'il était mou et l'a laissée seule avec elle-même ». Elle dit s'être sentie « transparente devant ses deux parents » et relate comment ces derniers « la laissait tout faire ce qu'elle voulait, sans chercher à l'encadrer ». Elle dit de ses deux parents qu'ils ont toujours été « absorbés par leurs travail et uniquement centrés sur leurs

responsabilités ». Elle affirme que ses souvenirs d'enfance sont « empreints de solitude car, aussi loin qu'elle se souvienne, elle devait se réfugier seule dans sa chambre pour s'apaiser avec une poupée lorsqu'elle était en peine ou en détresse ». Elle dit à cet effet qu'elle a toujours cru que « ses émotions n'existaient pas ou n'étaient pas prises au sérieux par ses parents ». La cliente dit que les seuls gestes d'affection de sa mère dont elle se souvient, bien qu'ils aient été rares, étaient réservés à l'un de ses frères aînés. Elle relate que ce dernier avait été confié à un pensionnat en bas âge et décrit un souvenir d'observer ce dernier se faire cajoler et prendre sur les genoux de leur mère lors de l'une de ses visites à la maison. Elle dit ne jamais avoir eu droit à ce genre d'attention.

Diagnostic multiaxial.

Axe 1 : Trouble de l'adaptation avec humeur mixte.

Axe 2 : Trouble de la personnalité dépendante.

Axe 3 : Absence de diagnostic.

Axe 4 : Difficultés conjugales (menace de rupture).

Axe 5 : Évaluation globale du fonctionnement (DSM-IV-TR, 2003) : 60.

Diagnostic structural.

A. Fonctions / structure du Self.

Fluidité et puissance des émergences. Les émergences de la cliente sont dominées par la jalousie, la crainte de déplaire à son mari, le sentiment de soumission, le doute envers ses propres capacités et moyens, le besoin de rassurance et la peur de l'abandon. Ce qui

émerge le moins chez elle concerne le sentiment d'autonomie, la colère envers les figures de soutien, la confiance en soi et l'agressivité.

Capacité de traduire les émergences et les représentations (soi – autres) dans les rapports avec l'environnement actuel. Le mode de régulation du contact privilégié de la cliente est la confluence, qu'elle recherche activement avec son mari. Sa tendance à éviter de lui déplaire, à se sacrifier pour lui faire plaisir, à s'accrocher à lui en ayant peur de le perdre en témoigne. C'est à travers son recours à l'introjection qu'elle maintient sa dépendance : elle se répète ainsi comment elle « doit être une bonne épouse », « ne doit pas se montrer trop fière, cela étant prétentieux », « a besoin du support de son mari pour compenser sa propre incompetence », etc. La rétroflexion de sa colère, de son agressivité est justifiée par sa peur de « blesser les autres » et sa croyance « qu'il est méchant de faire de la peine à autrui ». Les qualités qui sont désavouées chez elle (p.ex. l'autonomie, la compétence, la force, etc.) tendent à être projetées sur les autres. La projection est aussi utilisée pour confirmer ses représentations d'elle et des autres : « mon mari s'intéresse davantage aux autres femmes qu'à moi » ; « les autres femmes sont plus belles et intéressantes que moi » ; etc. Ayant tendance à défléchir les situations interpersonnelles tendues, la cliente arrive davantage à éviter les situations de conflit qui tendent à accroître sa peur de l'abandon.

Configuration et nature des représentations de soi et des autres. En ce qui concerne ses représentations positives d'elle-même, la cliente se perçoit comme dévouée et

capable de faire plaisir aux autres. Ses représentations négatives d'elle-même concernent l'incompétence, l'impression de ne pas « être à la hauteur », la faiblesse, etc. La cliente se voit aussi jalouse et « étouffante pour son mari ». Par ailleurs, la cliente tend à porter des représentations des autres où ces derniers sont plus forts et adultes qu'elle, moins sensibles et plus aptes à agir qu'elle. Les autres sont par contre aussi menaçant, car ils peuvent lui retirer leur appui et l'abandonner, se montrer froids ou rejettants envers elle, etc.

B. Inférences quant au champ introjecté.

Formulation d'hypothèses quant à la présence de microchamps introjectés. Les impasses que la cliente tend à reproduire impliquent un scénario où une personne est soumise, fragile et a besoin du support et de l'approbation de l'autre personne, qui elle est plutôt forte, dynamique, mais menaçante parce que capable d'abandon. L'ajustement conservateur est maintenu par le recours aux modes de régulation et d'adaptation du contact : l'introjection et la projection maintiennent la dépendance de la cliente envers les autres, mais aussi sa peur d'abandon face aux autres ; la rétroflexion permet de contenir les affects pouvant menacer le lien de la cliente aux autres et il en va de même de la déflexion des tensions relationnelles ; la recherche active de confluence fait entrave à la possibilité d'une relation satisfaisante et égalitaire. En se représentant ainsi comme inadéquate et peu autonome et en voyant les autres comme étant plus forts et responsables qu'elle, la cliente s'accroche aux autres pour obtenir leur support et leur protection. Le fait de percevoir l'autre (dans ce cas son mari) comme aussi capable

d'abandon, accroît sa tendance à exiger d'être rassurée par l'autre, ce qui tend à l'exaspérer : par conséquent, en s'éloignant d'elle, l'autre lui confirme sa crainte de se retrouver seule et abandonnée.

En ce qui concerne cette cliente, on peut faire l'hypothèse d'une enfant qui a souffert de l'absence de ses parents dès sa naissance, du manque d'affection, d'engagement et d'encadrement de leur part. Cette enfant semble avoir souffert d'être invisible devant ses parents. Cela a pu être exacerbé par le fait d'être témoin, à quelques occasions rares mais marquantes, des marques d'affection et d'intérêt différentes de ses parents envers l'un de ses frères. Elle ne semble pas avoir été apaisée dans ses moments de détresse et semble avoir manqué d'attention, d'affection, etc. Son besoin indispensable d'un contact avec ses parents où elle aurait été vue, aimée, encadrée, soignée, etc., n'a pas été satisfait. Il a sans doute été intolérable pour elle d'être privée de ce contact. Nous retrouvons là les éléments qui tendent à être reproduit de manière contemporaine par la cliente dans les relations significatives de sa vie : rechercher un contact sécurisant auprès d'une personne forte, tout en éprouvant la crainte d'être rejetée ou abandonnée au profit d'une autre personne.

Ici encore, si on se replace dans le contexte d'une démarche de supervision visant à aider un jeune thérapeute à repérer les aspects dominants des impasses de cette cliente, il semble y avoir quelque chose de saillant au niveau d'un scénario mettant en présence « une personne dévouée, mais fragile et ayant un grand besoin du support d'une autre,

forte, mais menaçante parce que capable d'abandon ». Cela semble avoir trouvé racine dans un contexte développemental où des enjeux déficitaires triadiques ont prédominés, sans exclure la part possible d'autres enjeux (p. ex., conflictuels ou dyadiques). Dans un tel cas, il est impossible de s'en tenir à la formulation actuelle du dilemme de contact pour rendre compte d'un contexte développemental marqué par un contact contenant des éléments à la fois indispensables et intolérables. Faute de pouvoir respecter la formulation actuelle du dilemme de contact pour éclairer le sens et l'origine des impasses que reproduit cette cliente, on se trouve devant l'obligation de conclure que le besoin indispensable de cette petite fille de se développer à travers un contact chaleureux avec ses parents, où elle aurait reçu attention, affection, apaisement de sa détresse, etc., n'a pas été satisfait. Notre expérience est à l'effet qu'il s'agit d'un type de situation fréquemment rencontré lors de la supervision de thérapeutes en formation. Toutefois, nous souhaitons arriver à une formulation de dilemme de contact qui puisse être opérationnelle tout en faisant partie d'une démarche diagnostique rigoureuse.

Pour bien décrire la lacune que nous observons dans le concept de dilemme de contact, nous partons de notre expérience selon laquelle l'exercice visant à nommer les dilemmes de contact semble invariablement mener à des formulations statiques, car elles sont faites d'un langage qui restreint ce dont il est possible de rendre compte. En effet, le fait de s'en remettre à la formulation actuelle du dilemme de contact, impliquant une « configuration du champ telle qu'un élément de l'environnement est vécu comme à la

fois indispensable et intolérable pour la survie »¹ permet difficilement la reconnaissance des aspects déficitaires de la pathogenèse. Nous ne suggérons pas que la PGRO soit un modèle essentiellement conflictuel et ne cherchons ni à démontrer comment le dilemme de contact ne laisse aucune place au déficit, ni à différencier avec précision ce qui relève du conflit ou du déficit. Nous affirmons que ce modèle reconnaît l'impact respectif des conflits et des déficits sur le développement, mais que son recours au concept de dilemme de contact, tel qu'il est actuellement formulé, implique un biais où les aspects conflictuels de la pathogenèse sont mieux reconnus et nommés que les aspects déficitaires. Cela risque d'obliger bien involontairement le thérapeute débutant à toujours envisager à priori la problématique du client sous l'angle du conflit.

Lors de l'amorce de sa démarche réflexive et pour commencer à imaginer les aspects les plus saillants de la configuration du contact dans le champ propre à l'univers développemental d'un client, le thérapeute qui s'en tient à la formulation actuelle du dilemme de contact doit nécessairement passer par des énoncés qui incluent la présence simultanée de l'indispensable et de l'intolérable. Par conséquent, lorsque des éléments déficitaires ont prédominé au sein de cet univers développemental, le thérapeute engagé dans l'exercice du diagnostic structural se trouve devant une impasse où tout ce qu'il lui est possible d'affirmer est que quelque chose qui aurait été essentiel au développement s'est avéré absent. Toutefois, le concept de dilemme de contact, tel qu'il a été formulé par Delisle (1998), ne peut être résumé comme un amalgame de mouvement distincts et

¹ Delisle (1998) p. 128

opposés, par exemple un besoin indispensable de l'enfant qui rencontrerait une réponse intolérable de la part de son parent ou une absence de réponse de ce dernier. Il est plutôt formulé pour rendre compte d'une forme de configuration du contact qui contient de manière unifiée l'expérience de l'indispensable et de l'intolérable, à travers les interactions organisme-environnement dans le champ. Comme nous l'avons vu, le dilemme de contact concerne une sorte de climat particulier et récurrent duquel l'enfant ne pouvait se soustraire, qui contenait des facteurs se voulant à la fois indispensable et intolérable pour lui et qui aurait teinté de manière importante ou récurrente ses interactions avec ses figures d'attachement primaires (et leur corolaire intrapsychique). Cette façon de lier l'indispensable et l'intolérable s'avère propice à la reconnaissance et à la description des contextes développementaux où les enjeux conflictuels ont prédominés. Or, le fait de formuler le dilemme de contact ainsi, en liant nécessairement l'indispensable et l'intolérable, rend difficile d'imaginer comment un élément du champ aurait pu être à la fois indispensable, intolérable, mais absent. Comment est-il alors possible, dans cette manière de formuler le dilemme de contact, de bien rendre compte des contextes développementaux où cette configuration du contact dans le champ entre l'organisme et l'environnement dont parle Delisle (1998) aurait été caractérisée par une prédominance de déficits ? Comment faire pour énoncer, en une phrase qui décrit un élément à la fois indispensable et intolérable pour la survie, quelque chose qui faisait défaut et dont l'absence a fait obstacle au développement ? Le fait que des déficits aient pu faire entrave au développement sain d'un individu, qui n'a pu obtenir ce dont il avait besoin pour parachever ses enjeux développementaux, ne concerne plus cette

configuration du contact qui implique la présence simultanée de l'indispensable et de l'intolérable telle que décrite par Delisle (1998). On se retrouve plutôt devant une configuration du champ où le contact organisme-environnement, qui s'avère indispensable au développement sain, s'est caractérisé par une intolérable absence et ce, de manière suffisamment importante et durable pour faire entrave à une complétion suffisante de l'un ou l'autre des grands enjeux développementaux. Notre expérience démontre qu'il ne semble pas possible de rendre compte de tels contextes développementaux tout en respectant la formulation actuelle du dilemme de contact : le cadre relativement étroit imposé par celle-ci semble s'établir au détriment de la possibilité d'éclairer convenablement certains de facteurs déterminants dans le développement d'un trouble de la personnalité.

Il serait légitime de questionner la pertinence d'établir des distinctions précises entre les concepts de conflit et de déficit : nous pouvons facilement imaginer que les contextes développementaux qui mènent au développement de troubles de la personnalité sont fort à risque de contenir ces deux dimensions. Pour nous, la preuve n'est pas à faire que les situations conflictuelles et déficitaires sont toutes deux impliquées dans les facteurs étiologiques des troubles de la personnalité et qu'elles peuvent être présentes dans un même contexte développemental. En ce sens, il paraît juste d'affirmer qu'il ne semble pas exister d'opposition chez les différents auteurs qui traitent de ces considérations dans la littérature portant sur le développement des troubles de la personnalité. Toutefois, nos observations sont à l'effet que différents modèles théoriques visant à faire

état des facteurs contribuant au développement des troubles de la personnalité, semblent rendre compte de l'impact respectif des contextes déficitaires et conflictuels de manière inégale. Ainsi, nous constatons en quoi des modèles théoriques, notamment celui propre à la PGRO, sont à risque de mettre un accent sur l'une de ces dimensions au détriment de l'autre. Nous croyons que la formulation théorique actuelle du dilemme de contact, qui rend mieux compte de l'une des deux dimensions, s'avère incompatible avec l'approche intégrative de la PGRO : le système thérapeutique de ce modèle repose sur une épistémologie intégrative constitué de la synthèse de divers courants, notamment la perspective expérientielle de la Gestalt-thérapie, les perspectives développementales proposées par les théories de la relation d'objet et les apports des neurosciences contemporaines (Centre d'Intégration Gestaltiste, 2011). Ce modèle intégratif de la psychothérapie s'appuie sur une ouverture multimodale des différentes hypothèses étiologiques (Centre d'Intégration Gestaltiste, 2011). Pour rendre compte du développement des troubles de la personnalité, nous sommes d'avis qu'une telle approche intégrative se doit de porter un éclairage large sur les facteurs impliqués dans le développement des troubles de la personnalité. Comme nous l'avons décrit précédemment, ce n'est toutefois pas ce que nous observons en réalité. Ici encore, nous ne remettons pas en question le fait que le modèle de la PGRO reconnaisse l'impact des déficits sur le développement des troubles de la personnalité : à notre avis, c'est la formulation actuelle du concept de dilemme de contact qui ne permet pas suffisamment d'en rendre compte. Si la pertinence que nous accordons à la représentativité aussi fluide des notions de conflit et de déficit relève notamment de l'observation, dans la

formulation actuelle du dilemme de contact, d'une meilleure reconnaissance de la première de ces deux dimensions au détriment de l'autre, elle ne se limite pas à cet enjeu. Nous croyons que notre réflexion trouve pleinement son sens dans la perspective de la transmission du modèle de la PGRO aux thérapeutes voulant s'y initier : d'abord, comme nous le préciserons ultérieurement, les réflexions ayant mené à l'élaboration de cette recherche ont trouvé leur source dans un processus d'intégration du modèle de la PGRO et dans des échanges s'inscrivant dans le cadre de supervisions cliniques et didactiques. Nous ne sommes pas sans croire que bon nombre de thérapeutes d'expérience, ayant intégré et appliqué le modèle de la PGRO dans leur pratique depuis longtemps, ont sans doute su développer une application nuancée du concept de dilemme de contact, intuitivement ou explicitement ; ce n'est pas à ces derniers que notre réflexion s'adresse avant tout. Notre recherche, en proposant une ouverture du concept de dilemme de contact, offre de nouvelles perspectives visant la validation et la transmission du modèle de la PGRO, en permettant d'imaginer l'ébauche de nouvelles pistes didactiques susceptibles d'aider le jeune thérapeute de cette approche dans sa démarche réflexive. Cela nous semble particulièrement pertinent pour le domaine de la supervision des thérapeutes désirant s'initier au modèle de la PGRO. Si le travail de co-construction du sens de l'expérience du client prédomine dans le travail clinique du thérapeute d'approche PGRO, en revanche, en supervision ou dans les phases d'apprentissage du modèle, la démarche d'évaluation présente une importance indéniable. En ce sens, rappelons-nous que la formulation du dilemme de contact représente souvent le point de départ de la démarche réflexive du thérapeute et qu'il

teinte ultérieurement la manière dont celui-ci va penser l'ensemble des éléments réflexifs se rapportant au diagnostic structural proposé en PGRO. Cela vient souligner l'importance de bien orienter la démarche réflexive du thérapeute dès son point de départ et c'est dans cette optique que nos objectifs trouvent leur sens.

Nous allons maintenant faire un survol de certaines théories susceptibles de venir éclairer la notion de dilemme de contact et les dimensions déficitaire, conflictuelle, dyadique et triadique de la pathogenèse auxquels nous nous intéressons. En plus de présenter des modèles offrant des alternatives pertinentes à la limite que nous observons dans celui de la PGRO, ces théories nous permettront de trouver un appui aux catégories que nous souhaitons retenir pour proposer une nouvelle formulation au concept de dilemme de contact.

L'ouverture multimodale en PGRO.

La PGRO ne cherche pas à élaborer une nouvelle théorie du développement, mais plutôt à proposer un cadre permettant de profiter pleinement des connaissances sur le développement psychique élaborées à ce jour (Delisle, 2004). En favorisant une ouverture multimodale, qui invite le thérapeute à se référer à plusieurs modèles théoriques tout au long de sa démarche réflexive pour élaborer sa compréhension de la pathologie de ses clients, elle permet une appréciation des diverses théories pour leur valeur intrinsèque. La PGRO est donc un modèle intégratif de la psychothérapie qui

permet et encourage le recours à plusieurs univers théorico-cliniques dans les réflexions du thérapeute sur le sens des difficultés de son client et lorsqu'il élabore des hypothèses étiologiques en lien avec celles-ci. C'est justement à la richesse de cette ouverture que la formulation actuelle du dilemme de contact ne semble pas faire honneur. Dans cette perspective d'ouverture multimodale, nous allons maintenant trouver, chez d'autres auteurs, des sources d'inspirations intéressantes pour mettre en lumière des modèles qui ont su bien reconnaître l'importance des enjeux auxquels nous nous intéressons, que ce soit en ce qui concerne la formulation d'hypothèses génétiques ou les dimensions déficitaire, conflictuelle, dyadique ou triadique de la pathogenèse.

L'ouverture multimodale pour éclairer les hypothèses génétiques selon Millon.

Nous allons d'abord éclairer la notion de dilemme de contact en explorant la conception d'autres auteurs sur les hypothèses génétiques en lien avec les troubles de la personnalité. En PGRO, le diagnostic structural, qui contient le concept de dilemme de contact, représente l'amorce de la démarche réflexive du thérapeute. Or, le dilemme de contact invite ce dernier à formuler des hypothèses quant aux facteurs ayant pu contribuer au développement du trouble de la personnalité de son client, à partir des informations dont il dispose sur le passé développemental de celui-ci. S'il s'avère pertinent de formuler des hypothèses génétiques lors de l'évaluation diagnostique, c'est que cette étape de la démarche réflexive du thérapeute représente ce à partir de quoi il cherchera à éclairer la notion de reproduction : en PGRO, le concept de dilemme de contact vise à donner un début de sens aux impasses qu'un client reproduit à la fois dans

ses relations contemporaines significatives et au sein de la relation thérapeutique. Dans l'esprit de l'ouverture multimodale propre à la PGRO et pour mieux éclairer la notion de dilemme de contact, nous nous référons aux travaux de Millon et al. (2000) : si nous retenons ces auteurs, c'est qu'ils se sont prononcés de manière exhaustive sur la diversité et la complexité des influences menant au développement des troubles de la personnalité. Leurs travaux sont riches en précisions sur les hypothèses génétiques que le thérapeute sera appelé à formuler pour élaborer les prémisses du dilemme de contact de son client. Par ailleurs, le fait de s'intéresser à la diversité des facteurs impliqués dans la pathogenèse telle que décrite par Millon et al. (2000) vise à appuyer notre affirmation selon laquelle les notions de conflit et de déficit ne représentent pas des catégories mutuellement exclusives, capables à elles seules d'expliquer l'origine ou le sens d'un trouble donné.

Selon Millon et al. (2000), les troubles de la personnalité sont des construits théoriques employés pour rendre compte de différents styles ou modes à travers lesquels l'organisation de la personnalité fonctionne de façon inadaptée en relation avec son environnement : par exemple, lorsque les stratégies employées pour atteindre des buts, pour créer des relations ou pour gérer des situations de stress sont peu nombreuses ou sont empreintes de rigidité; lorsque les comportements visant la satisfaction des besoins tendent à reproduire ou intensifier des difficultés préexistantes; lorsqu'une personne manque de résilience devant des stressors; etc. (Millon et al., 2000). Parmi tous les facteurs identifiés par Millon et al. (2000) dans leurs efforts pour retracer l'étiologie des

troubles de la personnalité, nous proposons un survol de trois catégories conceptuelles, les facteurs biologiques, le vécu et les sources d'apprentissage pathogéniques et les causes de la continuité des apprentissages précoces, qui permettent de cerner l'étendue des facteurs en cause.

Les facteurs biologiques. En PGRO, les facteurs biologiques correspondent aux facteurs de risques et de résiliences de l'organisme décrits par Delisle (2004) tel que nous les avons vus précédemment. Puisque le thème central de notre réflexion concerne le concept de dilemme de contact en PGRO, donc l'espace intersubjectif du contact entre l'enfant et son environnement et son corolaire intrapsychique, nous allons limiter l'exploration des facteurs biologiques aux points qui supportent les positions des auteurs auxquels nous allons nous référer ultérieurement pour éclairer notre démarche. Millon et al. (2000) décrivent en quoi le fonctionnement psychologique normal dépend de l'intégrité de certaines structures biologiques cruciales : tout dommage ou altération de ces structures risque de provoquer des troubles au niveau de la pensée, des émotions ou du comportement. Selon eux, même si les mécanismes exacts par lesquels les fonctions biologiques contribuent au développement des troubles de la personnalité demeurent obscurs, leur implication n'est plus remise en question. Bien que des dysfonctions biologiques puissent entraver le développement normal, ce sont les déterminants psychologiques et sociaux qui façonneraient généralement la forme que prendront les manifestations de la pathologie. Les facteurs génétiques agiraient en tant que base physiologique susceptible de prédisposer une personne à des dysfonctions sous

l'influence de stress (Livesley, Jang, & Vernon, 2003). Il importe de comprendre que les facteurs biologiques et psychologiques interagissent dans le développement de la personnalité et de la psychopathologie. Nous trouvons dans ces positions un appui à la théorie de Schore (1994, 2000a, 2000b, 2003a et 2003b) sur la régulation affective et à celle de Fonagy (2003) et Fonagy et ses collaborateurs (2004, 2006, 2008 et 2010) sur la mentalisation. Ces auteurs décrivent comment les troubles de la personnalité s'avèrent, en partie du moins, la conséquence d'altérations de structures biologiques en lien avec des interactions, au sein d'une relation d'attachement parent-enfant, qui font obstacle à la saine maturation du cerveau. En présentant les facteurs biologiques, Millon et al. (2000) lient des thèmes tels la réactivité émotionnelle, l'attachement et le renforcement de l'individualité de l'enfant par ses parents, qui sont aussi explicités dans les modèles théoriques de Schore (1994, 2000a, 2000b, 2003a et 2003b) et Fonagy (2003) et Fonagy et ses collaborateurs (2004, 2006, 2008 et 2010). Selon Millon et al. (2000), la maturation biologique dépend largement d'expériences environnementales favorables et le développement biologique lui-même peut être entravé ou complètement arrêté si l'organisme en maturation est privé de stimulation lors de périodes spécifiques caractérisées par une croissance neurologique rapide (Millon et al., 2000).

Le vécu et les sources de l'apprentissage pathogéniques. Millon et al. (2000) précisent comment les événements qu'ils mettent en rapport avec la pathogenèse ne représentent pas des situations uniques ou spécifiques, mais se rapportent davantage à une atmosphère qui caractérise le milieu familial dans lequel un enfant se développe et

impliquent à la fois une façon particulière de gérer les activités propres à la vie quotidienne et un mode spécifique de régulation des relations interpersonnelles. Cela se veut conforme avec l'esprit du dilemme de contact en PGRO, qui ne réfère pas avant tout à des événements particuliers que rencontre l'enfant, mais au climat stable ou récurrent dans lequel il se développe. Le dilemme de contact réfère donc à une atmosphère ambiante et récurrente. Selon Millon et al. (2000), de la même façon qu'un enfant porte l'héritage génétique de ses deux parents, ses apprentissages reflètent les expériences auxquelles il a été exposé au contact de chacun d'eux. La pathogenèse représente une combinaison complexe de ces expériences combinées. Les auteurs résument cette idée en décrivant deux types d'événements associés à la pathogenèse, qui mettent en lumière la dualité des conditions développementales pathogéniques auxquelles nous nous référons pour revoir la formulation du dilemme de contact en PGRO, soit les contextes déficitaires et les contextes conflictuels. D'abord, ils décrivent les événements qui provoquent une anxiété excessive chez l'enfant, en l'exposant à des demandes qui dépassent ses capacités ou en compromettant ses sentiments de sécurité ou de confort. La récurrence et la persistance de ces événements émotionnellement perturbateurs entraînent des réactions d'adaptation qui, éventuellement, peuvent mener à l'apprentissage de stratégies défensives généralisées. Ces stratégies peuvent être efficaces pour diminuer certains sentiments d'inconfort, mais au long cours, elles peuvent s'avérer préjudiciables au fonctionnement normal et sain en se voyant activées dans des circonstances inappropriées. Les expériences traumatiques auxquelles les auteurs réfèrent ici mènent à l'apprentissage de réactions qui se veulent durables,

notamment parce qu'elles impliquent un haut niveau d'activation neurale, nécessaire pour faire face aux facteurs de stress intenses. Dès lors, plusieurs associations neuronales deviennent liées à ces situations stressantes ; plus l'activation neurale est élevée en réponse à une situation donnée, plus les réactions qui y sont développées fondent des apprentissages durables et plus il sera difficile d'en modifier les contenus. Au-delà de ces contextes qui concernent davantage la dimension conflictuelle de la pathogenèse, Millon et al. (2000) traitent de ceux qui sont surtout marqués par l'insuffisance des expériences nécessaires à l'apprentissage de comportements adaptés : nous trouvons ici un support aux enjeux déficitaires auxquels nous référons. Selon eux, un environnement faible en stimulations ou en expériences sociales est à risque d'entraîner des déficits dans l'acquisition des comportements adaptés. Ces déficiences importantes dans les habiletés et compétences à gérer le contact avec un environnement représentent une forme de « sous-apprentissage pathologique », issues de contextes souvent caractérisés par la négligence parentale et les carences affectives et où l'enfant est privé du support et de la sécurité dont il a besoin pour bien se développer (Emde, 1989; Maccoby & Martin, 1983). Millon et al. (2000) traitent également du climat affectif dans lequel se développe l'enfant et des manques qu'il peut contenir : à titre d'exemple, ils placent le sentiment de ne pas être désiré et aimé comme étant l'un de ceux ayant un impact le plus significatif sur le développement de l'enfant.

Enfin, la composition même d'une famille peut souvent mettre en scène les conditions menant à l'apprentissage d'attitudes et de modes relationnels pathologiques

(Clausen, 1966). Par exemple, en ce qui concerne les enjeux déficitaires, l'absence de figures d'attachement adultes significatives au sein de la famille risque de priver l'enfant de l'opportunité d'acquérir, à travers l'imitation, plusieurs des patrons comportementaux complexes nécessaire au fonctionnement normal à l'âge adulte (Emery, 1982; Ferri, 1976; Millon, 1987). Les enjeux familiaux conflictuels sont aussi communément reconnus parmi les facteurs pathogènes : non seulement les enfants témoins de conflits persistants et récurrents entre leurs parents sont exposés à des modèles relationnels malsains, mais ils font face à des influences néfastes qui peut mener au développement de comportements pathologiques (Crockenberg, 1985; Cummings, Pellegrini, Notarius, & Cummings, 1989; Millon, 1987; Rutter & Giller, 1983).

La continuité des apprentissages précoces. Selon Millon et al. (2000), l'extinction d'un comportement implique l'exposition à des expériences qui se veulent similaires à celles au cours desquelles l'apprentissage en question a été fait, tout en offrant des opportunités de nouveaux apprentissages qui viennent remplacer ce qui a précédemment été appris. Or, comme plusieurs apprentissages ont été fait à une période présymbolique où les représentations des enfants sont momentanées et changeantes et leurs systèmes perceptuel et cognitif sont immatures, ce qu'ils ont vu et appris à propos de leur environnement ne pourra plus jamais être expérimenté de la même façon plus tard dans leur vie. Par conséquent, il leur devient difficile de remplacer leurs réactions primaires par d'autres qui se voudraient plus appropriées. Afin de mettre en lumière la reproduction de comportements et des réactions archaïques, Millon et al. (2000) ont

décrit divers processus. Partant du phénomène par lequel les souvenirs associés à des expériences passées souffrantes tendent à être maintenues hors du champ de la conscience par le refoulement, ils décrivent les expériences actuelles susceptibles de réactiver ces souvenirs refoulés tendent à être évitées de manière similaire. L'individu en vient à élaborer une série de mesures protectrices conscientes et inconscientes afin de réduire la probabilité que l'une ou l'autre de ces expériences se produisent. Par conséquent, l'individu en vient à restreindre son champ d'expériences; cela réduit son sentiment d'anxiété en lui permettant de maintenir hors de sa conscience des sources internes d'inconfort. Toutefois, cela empêche aussi la possibilité de remplacer ces sentiments ou de faire de nouveaux apprentissages plus appropriés. Par ailleurs, si certains processus tendent à préserver le passé, d'autres peuvent également transformer le présent pour le rendre conforme au passé : c'est le cas des distorsions cognitives et perceptuelles (Millon et al., 2000). Les gens développent des anticipations en lien avec différents types d'expériences passées, qui orientent et filtrent l'ensemble des nouvelles expériences auxquelles ils sont exposés. Les perceptions et interprétations d'une personne sont donc susceptibles de se voir contaminées ou déformées par ses apprentissages passés pour les rendre conformes à ceux-ci. Cela crée un cercle vicieux dans lequel les distorsions cognitives et perceptuelles tendent à perpétuer les apprentissages passés tous en les confirmant et en les intensifiant. Ces idées se rapprochent du concept de reproduction d'impasse tel que défini par Delisle (1998) auquel nous référerions précédemment.

L'ouverture multimodale pour éclairer la dimension déficitaire de la pathogenèse.

Toujours dans la perspective de l'ouverture multimodale en PGRO, nous allons maintenant explorer des modèles qui ont su tenir compte à la fois de l'importance de la dimension déficitaire et conflictuelle de la pathogenèse. Notre propos n'est pas de faire une présentation détaillée de ces travaux, mais de trouver une source d'inspiration et d'appui théorico-clinique à notre volonté de retrouver l'importance du déficit dans le modèle de la PGRO. Puisque notre réflexion émerge de l'observation d'une limite, dans la formulation actuelle du concept de dilemme de contact en PGRO, dans sa capacité à rendre compte de la dimension déficitaire de la pathogenèse, il nous semble important de présenter des modèles alternatifs, qui ont su échapper à cette lacune. Ainsi, grâce à l'essor important que connaissent les neurosciences, nous assistons actuellement à l'émergence de théories novatrices qui mettent en lumière l'impact des déficits sur la pathogenèse. Les théories issues des travaux de recherche menés par Fonagy (2003) et Fonagy et ses collègues (2004, 2006, 2008 et 2010), ainsi que Schore (1994, 2000a, 2000b, 2000c, 2003a, 2003b) en sont des exemples particulièrement éloquents. Les modèles qui y sont proposés, respectivement fondés sur la mentalisation et la régulation affective, amènent un nouvel éclairage sur l'étiologie des troubles de la personnalité en mettant l'accent sur la convergence des postulats relatifs aux conditions qui sous-tendent la pathogenèse. C'est en raison de la richesse avec laquelle ces auteurs ont su rendre compte à la fois de l'impact des conflits et des déficits sur le développement que nous choisissons d'appuyer notre réflexion sur leurs modèles.

Afin d'introduire ces modèles théoriques, nous partons des travaux de Bateman et Fonagy (2004) qui décrivent le déséquilibre, dans la littérature scientifique, entre les études qui rendent respectivement compte de l'impact des dimensions déficitaires et conflictuelles sur le développement. Selon eux, les contextes développementaux empreints d'un climat conflictuel manifeste ont souvent été documentées dans le vécu familial des personnes aux prises avec des syndromes cliniques ou ayant un trouble de la personnalité (Bateman & Fonagy, 2004). Pourtant, selon Johnson, Smailes, Cohen, Brown et Bernstein, (2000), dans l'ensemble des contextes développementaux pouvant mener au développement des troubles de la personnalité, les milieux caractérisés par des déficits pathogéniques connaissent une prévalence plus élevée, bien qu'ils demeurent ceux qui sont le moins étudiés par les recherches étiologiques. En effet, nous pouvons certes imaginer qu'il s'avère plus facile d'étudier quelque chose qui semble s'être produit et qui s'est manifesté que quelque chose qui a été absent. Une telle négligence des phénomènes se rapportant à la dimension déficitaire de la pathogenèse est troublante, surtout lorsque l'on tient compte du fait que d'une part, leurs impact traumatique a été démontré comme équivalant à celui des phénomènes liés à la dimension conflictuelle et, d'autre part, qu'ils font partie des facteurs pouvant mener au développement des troubles de la personnalité (Egeland, 1997).

Des études longitudinales sont venues mettre en lumière le lien significatif entre différents déficits au cours de l'enfance et le développement de troubles de la personnalité (Bateman & Fonagy, 2004). Dans leur recherche longitudinale menée entre

1975 et 1993, *The New York Children in the Community Study*, Johnson et al. (2000) ont décrit comment différents manques récurrents dans les interactions des parents à l'enfant sont associés à un risque accru de développer un trouble de la personnalité. Bien que les manifestations respectives du conflit et du déficit s'accompagnent souvent et que leurs effets néfastes sur le développement tendent à se conjuguer, ces recherches démontrent en quoi l'impact des déficits sur la pathogenèse demeure significatif après que les variables se rapportant aux conflits aient été isolées (Johnson et al., 2000). Les déficits pathogéniques peuvent se manifester de différentes façons. À titre d'exemple, Allen, Fonagy et Bateman, 2008 en distinguent trois larges catégories : ceux qui se rapportent à des enjeux émotionnels et qui correspondent à des manques dans la sensibilité et l'accordage du parent aux états émotionnels de l'enfant; ceux qui se rapportent à des enjeux cognitifs et qui se concernent un échec dans le support et la stimulation du développement cognitif et éducationnel; ceux qui se rapportent à des enjeux sociaux et qui représentent un manque ou une absence de support au développement social et interpersonnel. Egeland et Erikson (Egeland, 1997; Erikson & Egeland, 1996) ont aussi mis en évidence la dimension déficitaire de la pathogenèse en décrivant l'impact du manque ou de l'absence de disponibilité psychologique envers un enfant. Ils définissent ce phénomène en décrivant le comportement de parents qui ne répondent pas aux manifestations des besoins de réconfort et de chaleur de leur enfant. À titre d'exemple, les mères qui ne sont pas psychologiquement disponibles se montrent relativement détachées et insensibles envers leur enfant, interagissant avec lui de manière mécanique. Selon ces auteurs, à la lumière des conclusions d'une étude longitudinale l'impact de ces

déficits sur le développement de l'enfant dépasse celui des autres formes de maltraitance.

L'ouverture multimodale et les modèles théoriques basés sur la mentalisation.

Les modèles théoriques basés sur la mentalisation représentent une source d'inspiration particulièrement intéressante pour nous, car ils font partie de ceux qui ont su reconnaître tout autant la dimension déficitaire que conflictuelle de la pathogenèse. Ils apportent un éclairage pertinent sur le développement de l'esprit à travers les interactions précoces entre les parents et leurs enfants. Se ralliant à la pensée de Vygotsky (1978), Allen et al. (2008) partent du postulat selon lequel le développement de l'esprit humain s'inscrit dans une perspective interactionnelle allant du monde externe vers le monde interne : l'esprit mature du parent qui prend en charge l'esprit immature de l'enfant et régule les états internes de ce dernier. Leurs travaux permettent de comprendre le lien qui existe entre la capacité des parents à comprendre les états internes de leur enfant et l'acquisition de diverses capacités telles la régulation affective, le contrôle attentionnel, le développement du sentiment d'identité, etc. L'acquisition de ces capacités, qui nécessite des interactions entre un parent disponible et capable de porter attention à ses états mentaux et à ceux de son enfant, serait un pré requis au développement d'une bonne santé mentale : selon Fonagy et al. (2010), les enfants qui ne peuvent bénéficier d'un tel contexte développemental sont particulièrement à risque de développer, plus tard dans leur vie, un trouble de la personnalité. Dans une telle perspective, les déficits pathogéniques sont à l'avant scène : différents manques dans la

relation parent enfant, par exemple dans la capacité du parent à comprendre les états internes de son enfant, à lui offrir une présence stable nécessaire à la régulation de ces états internes, à lui fournir des reflets suffisamment justes pour valider ses expériences internes, etc., sont à risque de contrevenir au développement sain de ce dernier.

L'habileté de l'enfant à comprendre les comportements interpersonnels en termes d'états mentaux (tels les désirs, les croyances ou les sentiments), soit la capacité de mentalisation, est essentielle dans l'organisation du Self et nécessaire à la régulation affective (Fonagy & Target, 1997; Fonagy et al., 2002). Selon cette perspective, les bébés apprennent à différencier les sensations internes des stimulations physiologiques et viscérales qui accompagnent différentes émotions en observant les réactions verbales et non verbales de leurs parents à travers leurs reflets en miroir (Legerstee & Varghese, 2001; Mitchell, 1993.). Les reflets en miroir font donc partie des conditions nécessaires au développement sain de l'enfant et des déficits dans la capacité du parent à y prendre part sont à risque d'y faire obstacle. L'échec du reflet en miroir amène l'enfant à intérioriser un état mental non contingent comme faisant partie des représentations du Self : ces intériorisations sont à l'intérieur du Self, sans toutefois y être connectées par une série de significations. Selon Fonagy et Target (2000), elles forment le Self étranger. Puisque ces intériorisations ne correspondent à aucune expérience personnelle de l'enfant, elles ne peuvent s'inscrire dans les expériences significatives du Self. Des parties du monde interne sont éprouvées comme si elles faisaient partie du Self, tout en étant aussi substantiellement différentes. Les conséquences sur le développement et le

fonctionnement ultérieur de l'enfant sont multiples : elles incluent des enjeux tels l'attribution par l'enfant des affects lui appartenant à son parent ; un déficit dans le développement de la capacité de représentation de second ordre de l'émotion primaire de l'enfant, conduisant à une incapacité dans l'auto perception et dans l'auto contrôle de l'affect ; l'établissement de l'identification projective comme forme dominante de l'expérience émotionnelle ; la construction du faux Self narcissique, où les représentations des états internes ne correspondent à rien de réel ; etc.

Bateman et Fonagy (2004) décrivent comment les parents contribuent à l'intégration des modes primaires de représentation de la réalité interne notamment à travers les moments de jeu avec leur enfant : ils rapportent les conclusions de diverses études qui démontent le lien entre l'engagement des parents dans le jeu avec l'enfant et l'attachement sécure (Dunn, 1996; Dunn, Deater-Deckard, Pickering, & Golding, 1999, 2000; Emde, Kubicek, & Oppenheim, 1997; Milligan, Atkinson, Trhub, Benoit, & Poulton, 2003). Ils font en revanche valoir en quoi le manque vécu par les enfants dont les parents sont dépourvus d'une attitude enjouée représente l'un des facteurs les plus significativement associés aux psychopathologies. Parmi les autres facteurs impliqués dans le développement de la mentalisation, Fonagy et al. (2010) traitent aussi de l'importance de l'exposition à des conversations familiales normales. Selon eux, il s'agit d'une condition nécessaire au développement de la capacité de mentalisation (Siegal & Peterson, 2008). Par conséquent, l'absence de conversations permettant à l'enfant

d'explorer et de se familiariser avec ses états mentaux et ceux de ses proches représente un obstacle supplémentaire au développement de la capacité de mentalisation.

Bref, les théories sur la mentalisation fournissent un appui à notre effort pour mettre en lumière la difficulté que nous observons dans la formulation actuelle du dilemme de contact en PGRO. Les exemples qui permettent d'illustrer l'impact des déficits sur le développement y sont multiples : ils concernent notamment une absence ou une trop pauvre relation d'attachement parent-enfant, ne permettant pas de contenir et de moduler les affects négatifs de ce dernier ; l'absence d'une capacité réflexive suffisamment bonne chez le parent pour assurer une disponibilité, une attention et un engagement dans ses interactions avec l'enfant ; une incapacité du parent à s'engager dans des moments de régulation affective interactive avec son enfant ; une capacité de mentalisations insuffisante pour permettre le déploiement du processus de reflet en miroir des expériences internes de l'enfant ; des ruptures ou des pertes dans la relation parentale, privant l'enfant des modèles ou expériences dont il a besoin pour se développer ; le faible engagement des parents dans des moments de jeu avec l'enfant, nécessaires au dépassement des modes primaires de représentation de la réalité ; l'absence de conversations permettant à l'enfant d'explorer et de se familiariser avec ses états mentaux et ceux de ses proches ; l'absence d'un adulte capable de se comporter de manière contingente avec les états internes du jeune enfant ; etc. Ces différentes manifestations de la dimension déficitaire de la pathogenèse n'excluent en rien la présence et l'impact des conflits ou des autres facteurs pouvant être impliqués dans le

développement des troubles de la personnalité. Elles illustrent toutefois de manière précise des enjeux qui se sont produits jadis et que le client va possiblement reproduire dans la relation thérapeutique, mais que le concept de dilemme de contact n'arrive pas à rendre compte de manière suffisante.

L'ouverture multimodale et les travaux de Schore sur la régulation affective.

Schore (2003a, 2003b, 2008) présente un modèle qui intègre des idées contemporaines issues des sciences du développement et du fonctionnement social, des données récentes provenant des sciences comportementales et des nouvelles recherches sur les neurosciences. La théorie qu'il propose fait état des processus qui sous-tendent la régulation affective dans le développement normal et pathologique. Elle décrit comment différents types de transactions entre un enfant et sa figure maternante permettent de créer un environnement favorable à la croissance. Il s'agit d'un autre exemple de modèle qui a su reconnaître tout autant l'importance des dimensions déficitaire et conflictuelle de la pathogenèse. Selon Schore (2003a), le développement optimal du cerveau ne peut se produire que dans le contexte d'une relation à autrui, à un autre cerveau. Cette autre personne, la figure d'attachement primaire, agit en tant que régulateur externe des fonctions psychobiologiques dans le développement du système nerveux de l'enfant : c'est ce qui assurerait la maturation postnatale d'un système corticolimbique spécifique situé dans le cortex préfrontal, qui agit à titre de médiateur des fonctions régulatrices, homéostatiques et d'attachement. Cet autre modèle, qui repose sur des fondements épistémologiques similaires et compatibles avec ceux sur lesquels reposent les théories

proposées par Fonagy et ses collègues décrites précédemment, offre une description à la fois riche et pertinente de l'impact des déficits sur la pathogénèse dans sa conception sur l'étiologie des troubles de la personnalité.

La théorie proposée par Schore (2003a, 2003b, 2008) fait de la relation d'attachement mère-enfant le cadre fondamental du développement. Selon Schore (2003a, 2003b), les psychopathologies constituent des désordres de l'attachement qui se manifestent par des incapacités de régulation de soi ou des interactions. Ainsi, le développement des capacités de régulation affective est issu de la relation d'attachement mère-enfant : l'attachement concerne la régulation dyadique et interactive des émotions entre un enfant et sa figure maternante (Stroufe, 1996). Dans cette perspective, ce sont notamment des manques et des déficits récurrents dans le processus de régulation des états internes de l'enfant par son parent maternant, surtout en ce qui concerne ses états affectifs négatifs et intenses, qui entravent la maturation optimale du cerveau, font obstacle au développement du Self et tracent la voie vers la psychopathologie. De façon plus spécifique, au cours des deux premières années de sa vie, le développement de l'enfant implique le passage d'une position où ses habilités de régulation affectives sont assurées par sa figure maternelle vers une position où il intériorise ces fonctions (Schore, 2003b). Les interactions précoces entre le nourrisson et la mère sont « encodées sous la forme d'un modèle interne de représentations de l'attachement qui guide le comportement de la personne dans ses interactions avec les autres » (Schore, 2008, p. 267). Ces représentations sont conservées dans l'hémisphère droit du cerveau, plus

spécifiquement dans les aires limbiques, responsable du traitement de l'information émotionnelle (Schore, 2008). Schore démontre en quoi les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité porteraient des représentations internes pathologiques qui ont encodé un « Soi dysrégulé en interaction avec un autre, désaccordé » (2008, p.47). Les premières expériences d'attachement impliquent donc des transactions psychobiologiques entre les hémisphères cérébraux droits de la mère et de l'enfant. Le cerveau en développement de l'enfant encode les données qui émergent du cortex droit de la mère, celles-ci contenant les mécanismes responsables de la capacité de la mère à reconforter et apaiser l'enfant (Horton, 1995). La participation et l'engagement de la mère dans des moments de régulation interactive avec son enfant, dans des épisodes successifs où elle est « accordée psychologiquement » avec lui, où il y a rupture de cet état et où elle s'accorde à nouveau à lui, permettent non seulement de moduler les états affectifs de l'enfant, mais aussi de forger de façon permanente la capacité émergente du Self à s'organiser de manière autonome. Ce sont les manquements à ce processus de régulation interactive des états affectifs qui mènent à la psychopathologie.

Les travaux de Schore (2003a, 2003b, 2008) illustrent bien les dimensions conflictuelle et déficitaire de la pathogenèse. Par exemple, ils illustrent comment le nourrisson en détresse dirige inévitablement son besoin d'être apaisé vers son parent. Par conséquent, tout comportement du parent qui contribue à l'accroissement de la détresse du nourrisson place ce dernier dans un dilemme insoluble où il ne peut ni s'engager, ni se soustraire du contact avec son parent (Schore, 2003b). Dans ces

contextes propres à la dimension conflictuelle, le parent tend à induire de hauts niveaux de stress et à provoquer des états de dysrégulation affective chez le nourrisson, laissant ce dernier dans des moments prolongés marqués par la dysrégulation affectives qui dépassent ses stratégies rudimentaires d'adaptation (Schore, 2003b). À cet effet, Tronick et Weinberg (1997) ont décrit comment le nourrisson est à la merci de ces pertes d'équilibre homéostatique et ces états de dysrégulation affective : de tels contextes sollicitent la totalité des ressources d'adaptation du nourrisson, entraînant ainsi une interruption de son développement. Par ailleurs, Schore (2003a, 2003b) décrit aussi comment un parent peut s'avérer incapable de s'engager dans le processus de régulation interactive des états internes de l'enfant : sans nécessairement générer des états de stress ou de trop hauts niveaux d'activation affective chez l'enfant, le parent n'arrive pas à moduler les états internes de l'enfant. Dans ces situations où la figure d'attachement ne stimule pas suffisamment l'enfant ou ne participe pas de façon régulière aux fonctions réparatrices susceptibles de rétablir l'homéostasie, se rapportant davantage aux contextes déficitaires, il se produit un déséquilibre psychobiologique impliquant une chimie cérébrale dérégulée et potentiellement toxique. Une augmentation du niveau des corticostéroïdes durant l'enfance provoque la mort des cellules neuronales dans les centres affectifs du système limbique (Kathol, Jaeckle, Lopez, & Meller, 1989) et cause des lésions fonctionnelles permanentes de la capacité à diriger les émotions dans des canaux adaptés (DeKosky, Nonneman, & Scheff, 1982). Ainsi, un parent dépourvu de la capacité à stimuler suffisamment son enfant ou à s'engager dans le processus de régulation interactive des états internes de celui-ci est à risque de le priver des conditions

essentielles à son développement. Cela peut se manifester de différentes façon, dont passer peu de temps à jouer avec l'enfant, priver l'enfant de la protection dont il a besoin face à des abuseurs potentiels, se montrer inaccessible et réagir aux stress et à l'expression des émotions de son enfant de façon impassible, etc. L'exposition à de telles conditions déficitaires durant la période critique de maturation du système corticolimbique entraîne le développement de systèmes inefficaces, incapables de gérer de façon adaptée les états internes en réponse à des stressseurs provenant de l'environnement externe.

L'ouverture multimodale et les travaux de Karasu.

Nous avons précédemment décrit les difficultés fréquemment rencontrées dans l'utilisation du dilemme de contact et les avons illustrées à l'aide de vignettes cliniques. Nous avons aussi affirmé notre désir d'offrir une nouvelle formulation au dilemme de contact, qui soit plus ouverte et opérationnelle que celle qu'elle possède actuellement, tout en demeurant épistémologiquement compatible avec les postulats fondamentaux de la PGRO. Pour ce faire, nous trouvons chez Karasu (1992, 1995) une source d'inspiration particulièrement intéressante. Cet auteur propose un modèle développemental visant à comprendre les enjeux étiologiques impliqués dans le développement de la dépression et à guider le processus thérapeutique des patients dépressifs. Les travaux de Karasu (1992, 1995) sont inspirés de différents auteurs qui se sont avérés des théoriciens influents : ces inspirations multiples ne sont pas sans rappeler l'ouverture multimodale que l'on retrouve en PGRO. Pour rendre compte des postulats à

la base du modèle de Karasu (1992, 1995), nous allons faire un survol des sources dont il s'est inspiré en décrivant brièvement, pour chaque auteur concerné, le support théorique qu'il y a trouvé. Karasu (1992, 1995) s'appuie d'abord sur les écrits d'Abraham (1927), en mettant les principes psychanalytiques, notamment les stades psychosexuels freudiens, au service de la compréhension clinique des troubles de l'humeur. Ensuite, il puise chez Rado (1928) le postulat de facteurs intersubjectifs à la dépression, en mettant l'accent sur la dépendance de la personne dépressive sur des sources externes de soutien de son estime d'elle-même. Karasu (1992, 1995) s'inspire aussi de Fenichel (1945) qui a décrit l'état régressif propre à certains états dépressifs où le soi est indifférencié de l'objet, dans lequel les attaques dirigées vers l'objet d'amour sont équivalentes à des attaques du Self. Il incorpore la conception de Klein (1945), avec ses travaux sur la position dépressive, notamment l'hypothèse d'une période d'ambivalence marquée non seulement par la peur de perdre l'amour objectal, mais aussi par la culpabilité liée au désir du mauvais objet qui, lorsque non résolue, prédisposerait l'enfant à d'ultérieures dépressions. Le contexte théorique de Karasu (1992, 1995) s'appuie aussi sur les travaux de Gero (1936) : il retient de cet auteur l'importance d'élargir la compréhension de l'expérience dépressive en considérant l'ensemble des interactions mère-enfant dans l'étiologie de ce trouble. À l'instar de Bibring (1953), Karasu (1992, 1995) associe la dépression à l'émotion d'impuissance liée à l'incapacité de l'enfant à atteindre les idéaux du parent. Il reconnaît aussi l'idée selon laquelle la dépression représente une perte du sentiment de bien-être d'une personne où la perte de l'objet est secondaire à la perte des fonctions assurées par l'objet, telle qu'elle a d'abord

été formulée par Sandler et Joffee (1965). Karasu (1992, 1995), tout comme Jacobson (1953, 1971), met l'accent sur l'importance du développement d'une image de soi chez l'enfant dans l'acquisition d'un sentiment d'identité et d'un registre d'affects suffisamment élaboré. Il puise chez Kohut (1971, 1977) le besoin de l'enfant d'avoir accès à des objets-soi empathiques pour le développement d'une estime de soi normale : c'est notamment de cette façon qu'il illustre la dimension déficitaire de la pathogenèse, en décrivant, dans le même sens que Kohut (1971), des contextes développementaux où les interactions entre le parent et l'enfant sont marquées par des insuffisances, spécialement en ce qui concerne des manques, dans la capacité d'ajustement empathique du parent à l'enfant, qui font obstacle au développement du Self. Enfin, il s'accorde avec Bowlby (1980) en plaçant l'origine de la disposition dépressive dans l'expérience précoce de l'enfant en interaction avec ses parents où seraient présents des sentiments d'être inadéquat et de manque d'amour. En somme, Karasu (1992, 1995) reprend différents concepts issus de théories psychodynamiques (par exemple, les pulsions, le Moi, les relations d'objets, le Self, etc.), ainsi que différentes expériences interpersonnelles décrites par ces théories (par exemple, des pertes et déceptions précoces, les atteintes à l'estime de soi provenant d'un écart marqué entre le soi actuel et l'idéal du Moi, etc.), pour tracer une matrice qui représente le fondement des épisodes dépressifs à travers la répétition d'expériences interactionnelles précoces. Dans cette perspective, la réactivation de ces expériences précoces se manifeste par une interruption des processus intrapsychiques qui soutiennent l'estime de soi.

Les dimensions déficitaire et conflictuelle selon Karasu. Karasu (1992, 1995) décrit deux types de problèmes qui peuvent se présenter à l'enfant en développement : ceux qui se manifestent sous la forme de déficits et ceux davantage liés à des conflits. Selon lui, ces problèmes font obstacle au développement sain et tracent la voie de la psychopathologie en entravant le processus des différentes phases du développement psychosexuel. Ainsi, Karasu (1992, 1995) décrit comment les premières expériences relationnelles de l'enfant sont essentiellement dyadiques. Éventuellement, les interactions incluent d'autres personnes, spécialement le père, et deviennent donc progressivement triadiques. Des difficultés qui surviennent dans la relation à la mère (et les représentations mentales qui en découlent) peuvent occasionner soit des déficits dyadiques ou des conflits dyadiques. De la même façon, des difficultés qui apparaissent dans les interactions entre la mère, le père et l'enfant (et les représentations mentales qui en résultent) créent des déficits triadiques ou des conflits triadiques. Ce sont les conséquences de ces problèmes développementaux, dyadiques, triadiques, conflictuels ou déficitaires, qui mènent aux différentes formes de psychopathologies. Karasu (1992, 1995) spécifie toutefois en quoi ces catégories ne sont pas étanches les unes par rapport aux autres : il les décrit comme se recoupant dans des degrés et des combinaisons variées. C'est davantage pour des raisons heuristiques et pratiques qu'il les sépare ainsi en catégories distinctes. Cela donne lieu à quatre prototypes de trouble dépressif, se rapportant aux enjeux développementaux relatifs à la maturation psychosexuelle. Toutes ces formes de dépression réfèrent à différents types de contextes interactionnels allant des relations dyadiques vers les relations triadiques et impliquant des enjeux conflictuels

ou déficitaires. Il en ressort une taxonomie situant les enjeux étiologiques et les manifestations cliniques des différentes formes que peuvent prendre la dépression : la dépression dyadique-déficitaire, la dépression dyadique-conflictuelle, la dépression triadique-déficitaire et la dépression triadique-conflictuelle. Pour chacune de ces catégories, Karasu (1992, 1995) donne des exemples de contextes développementaux et décrit des types d'interactions parents-enfants qui les caractérise : nous avons placé en annexe (voir l'appendice 2) des tableaux illustrant des exemples, pour chacune de ces catégories, de contextes développementaux qui s'y rapportent, de leurs impacts respectifs sur le développement et de manifestations comportementales subséquentes à l'âge adulte. Nous nous contenterons ici de résumer ces informations en présentant, pour chaque catégorie, quelques exemples permettant d'illustrer ce à quoi elle réfère dans le modèle de Karasu (1992, 1995). D'abord, en ce qui concerne les contextes dyadiques déficitaires, Karasu (1995) décrit comment l'obstacle majeur au développement sain concerne l'absence ou la déficience d'un attachement sécure, incluant un processus d'interactions mutuelles, entre l'enfant et le parent. Cela peut notamment se traduire par une figure maternelle (et sa représentation interne) qui n'est pas disponible, ne se montre pas suffisamment aimante, etc. Par ailleurs, les contextes dyadiques conflictuels seraient davantage marqués par des problèmes liés aux tâches développementales se rapportant au processus de séparation-individuation et aux luttes impliquées par le développement de la permanence de l'objet et de la consolidation de l'identité (Karasu, 1995). Mettant d'abord l'emphase sur l'aspect intrapsychique de la dimension conflictuelle, Karasu (1995) décrit comment la dépendance complète de l'enfant envers sa figure maternelle

implique que celui-ci ne peut tolérer les fantaisies agressives ou destructrices qui pourraient menacer sa relation à sa mère : elles doivent être refoulées, ce qui entrave le développement du Self. L'auteur illustre ces enjeux conflictuels à partir de différents types d'interactions pouvant prendre place dans l'espace intersubjectif entre la mère et l'enfant. Les expériences dyadiques conflictuelles peuvent par exemple se manifester par des comportements intrusifs où il y a abus ou exagération du contrôle et des exigences de la mère envers l'enfant. Pour leur part, les contextes triadiques déficitaires sont le plus souvent marqués par l'absence du père : il peut être présent, mais inaccessible, rejetant, indifférent, etc. ou physiquement absent. Karasu (1995) décrit différents impacts de la privation d'un contact satisfaisant avec le père sur le développement de l'enfant : il est notamment question de lacunes dans les habiletés sociales, dans le développement d'un jugement moral sain, dans le développement de l'identité sexuelle, etc. Enfin, en ce qui concerne les contextes triadiques conflictuels, Karasu (1992, 1995) décrit notamment des enjeux liés à la rivalité sexuelle entre les membres de la famille qui font obstacle au développement sexuel sain ou à l'exposition à des modèles relationnels malsains, impliquant souvent le recours à la violence entre des membres de la famille. Bref, c'est en large partie en raison de la possibilité qu'offre le modèle de Karasu (1992, 1995) de reconnaître des dimensions diverses impliquées dans la pathogenèse, sans faire de celles-ci des catégories mutuellement exclusives, que nous avons choisi de nous en inspirer dans le cadre de notre démarche visant la reformulation du concept de dilemme de contact en PGRO.

Des relations dyadiques vers les relations triadiques. Selon Karasu (1992, 1995), la naissance psychologique typique implique que l'enfant traverse différentes phases développementales qui influencent, sinon forment, la nature et le rythme de sa maturation intrapsychique et la genèse possible de la psychopathologie. À travers ce processus, il reconnaît deux configurations relationnelles distinctes, desquelles découlent des représentations internes, qui sont liées au développement du Self de l'enfant : celles qui sont dyadiques (mère-enfant) et celles qui sont triadiques (père-mère-enfant). Cette conception trouve un appui chez plusieurs autres auteurs. À titre d'exemple, Kernberg et Caligor (2005) ont souligné l'importance de cette séquence développementale : leur modèle, tout comme celui de Karasu (1992, 1995), fait une description des processus relatifs à l'internalisation de relations d'objet dans une séquence allant des relations dyadiques vers les relations triadiques. Selon ces auteurs, dès les premiers jours de la vie, les relations d'objet internalisées proviennent de l'intégration de prédispositions affectives innées et d'interactions avec les figures d'attachement. Lorsqu'un affect est éprouvé de façon répétée dans le contexte d'un type d'interaction particulier, des souvenirs affectifs sont organisés pour former des représentations durables et chargées émotionnellement : ce sont des relations d'objet internalisées. Les relations d'objet les plus fondamentales sont dyadiques, c'est-à-dire qu'elles consistent en deux représentations : une représentation du self et une représentation d'une autre personne, en interaction. Lorsque les relations d'objet internalisées deviennent plus intégrées et organisées les unes avec les autres, elles peuvent devenir triadiques. Les relations d'objet triadiques consistent en une représentation du self en interaction avec deux

représentations d'objet. Or, le modèle théorique sur lequel repose la PGRO ne présente pas de distinctions explicites quant à l'impact respectif des contextes développementaux concernant des relations dyadiques ou triadiques. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons choisi de nous inspirer du modèle de Karasu (1992, 1995) pour enrichir la formulation du concept de dilemme de contact.

Les objectifs visés

À la lumière de l'ensemble de ces considérations théoriques, notre projet se veut une possibilité d'ouverture de la notion de dilemme de contact afin de favoriser de meilleures inférences étiologiques dans l'application clinique du modèle de la PGRO. Nous posons la question suivante : lorsque des thérapeutes s'inscrivant dans l'approche de la PGRO tentent de comprendre et d'expliquer l'origine et le sens de la pathologie de leurs clients, leur discours permet-il de retrouver des éléments contribuant à une vision aussi bien déficitaire que conflictuelle de la pathogenèse? C'est à partir des catégories développées par Karasu (1992, 1995), soit les configurations dyadiques, triadiques, déficitaires et conflictuelles, que nous nous sommes proposé d'explorer cette question. Pour ce faire, nous nous sommes demandé si, chez des thérapeutes pratiquant à partir du modèle de la PGRO et qui acceptent d'élaborer sur l'histoire de l'un de leurs clients, il serait possible de trouver des éléments se rapportant à chacune de ces catégories. La vérification d'une telle idée offre ainsi la possibilité d'une ouverture du concept de dilemme de contact en PGRO, pour dépasser son cadre étiologique rendu restreint par son recours à une formulation permettant mieux de rendre compte des aspects

conflictuels que déficitaires de la pathogenèse. Nous souhaitons que le concept de dilemme de contact puisse permettre de rendre aussi bien compte des contextes développementaux impliquant une configuration du contact dans le champ où « ce qui est indispensable au développement est aussi vécu comme étant intolérable » (Delisle, 1998), mais aussi de ceux caractérisés par l'intolérable absence de l'indispensable, c'est-à-dire par des déficits faisant entrave à la complétion des enjeux développementaux et pouvant mener au développement de troubles de la personnalité et ce, tant dans des configurations relationnelles dyadiques que triadiques. À notre avis, la pertinence de ce projet de recherche pour la pratique professionnelle concerne d'abord le travail de transmission et d'apprentissage du modèle de la PGRO : nous croyons qu'une ouverture du concept de dilemme de contact est nécessaire, d'une part pour lui permettre de rendre davantage compte de la diversité et de la complexité des facteurs impliqués dans la pathogenèse et, d'autre part, pour fournir aux thérapeutes de cette approche des balises théoriques permettant de meilleures inférences étiologiques quant au développement des troubles de la personnalité des clients qu'ils rencontrent et ce, à travers leurs efforts pour reconnaître et comprendre l'origine et le sens des reproductions mises en place par ces derniers. Nous ne doutons pas que le modèle de la PGRO reconnaisse l'importance du déficit, dyadique et triadique, dans le développement de la pathologie de la personnalité, mais nous croyons que la formulation actuelle du dilemme de contact ne rend pas compte de cette richesse de compréhension. En effet, s'il est clair que dans le travail clinique la co-construction de sens qui s'installe entre le thérapeute et le client vient pallier à la limite que nous observons dans la formulation actuelle du dilemme de

contact, en revanche, au niveau de l'élaboration du diagnostic structural, le problème demeure. Ce sont justement les moments où le thérapeute doit réfléchir à son client en l'absence de celui-ci que les difficultés nous semblent plus manifestes. Ce projet représente l'amorce d'une réflexion théorique susceptible d'offrir de nouvelles perspectives à l'application clinique du modèle de la PGRO. Notre réflexion se veut une occasion d'actualisation de la théorie propre à la PGRO, notamment par le biais d'une démarche intégrative s'inspirant des nouvelles données issues des recherches neuroscientifiques.

Nous insistons ici sur la nuance suivante : nous ne remettons nullement en question la capacité des thérapeutes PGRistes, dans leur travail clinique guidé par un souci de co-construction de sens avec le client, d'arriver à des formulations riches, étoffées et pertinentes à la fois théoriquement et cliniquement. C'est à la formulation actuelle du dilemme de contact que nous nous intéressons et à sa difficulté à rendre compte des enjeux conflictuels et déficitaires de manière tout autant satisfaisante et cliniquement significative. Lors des démarches d'analyse de nos résultats à venir, nous reviendrons sur cette limite que nous observons dans l'utilisation clinique du dilemme de contact : nous pourrions alors vérifier de quelle manière les thérapeutes participant à notre recherche ont fait usage de ce concept dans le cadre de leur propre diagnostic structural. Il sera dès lors possible de mettre en relation les formulations de dilemme de contact des thérapeutes avec la nature des enjeux dont ils cherchent à rendre compte : par exemple, comment les thérapeutes formulent-ils un dilemme de contact lorsqu'ils sont

respectivement en présence d'une dominance de la dimension déficitaire ou conflictuelle?

Méthode

Le choix de la méthode

Le choix d'une méthode découle de l'objet de recherche en cause : la méthode est au service de la question et non l'inverse (Miron, 2008). Par conséquent, rendre compte de la pertinence du choix de notre méthode passe par la compréhension des questions et objectifs qui orientent l'ensemble de notre démarche et de leur origine. Pour ce faire, nous allons décrire le contexte qui a permis l'émergence de notre objet de recherche, rappeler les questions et objectifs qui en découlent et définir la méthode qui s'y rapporte. Cela nous permettra de situer les fondements méthodologiques de notre démarche : d'abord, nous résumerons l'amorce de notre réflexion, qui s'inscrit dans la perspective du travail clinique en psychothérapie d'approche PGRO et s'inspire partiellement de la théorisation ancrée. Ensuite, nous ferons état du cœur de notre analyse, qui se veut une démarche théorique inspirée de l'analyse par catégories conceptualisantes. Enfin, nous présenterons notre démarche de validation de la concordance entre juges basée sur le calcul de Coefficients de Kappa.

L'amorce de notre réflexion

Le contexte qui a mené à l'émergence des questions et objectifs de notre recherche s'inspire partiellement de l'analyse par théorisation ancrée, approche introduite par Glaser et Strauss (1967) et reprise par Paillé (1994). Bien que nous n'ayons pas formellement procédé à une démarche de théorisation ancrée, si nous nous référons à ce

type d'analyse de données, c'est qu'elle permet de rendre compte à la fois du contexte qui a mené à l'émergence de notre projet de recherche, du fil de l'évolution de notre réflexion et de l'élaboration de notre contexte théorique. Le fait de décrire les étapes préliminaires de notre réflexion, en s'inspirant partiellement de l'analyse par théorisation ancrée, représente pour nous un effort pour favoriser la compréhension générale de notre démarche, en précisant son contexte d'origine. L'analyse par théorisation ancrée est une méthode d'analyse de données issue d'une adaptation et d'une traduction des travaux de Glaser et Strauss (1967) sur la « grounded theory » (Miron, 2004). Il s'agit essentiellement d'une démarche de théorisation qui se construit à partir de données empiriques et dont le processus implique une mise en relation constante et simultanée entre d'une part, les données ou les réalités observées et, d'autre part, l'analyse ou la théorisation en émergence (Paillé, 1994). Elle se caractérise par des allers-retours constants entre les données empiriques et l'analyse visant la théorisation (Miron, 2004). Cela implique une démarche de comparaison continue qui s'effectue à différents niveaux : entre les données recueillies, entre les données et les modèles théoriques, etc. (Miron, 2004). Selon Paillé (1994), l'analyse par théorisation ancrée consiste en la théorisation progressive d'un phénomène et sa démarche peut aussi bien porter directement sur les données empiriques que sur leur inscription matérielle dans diverses formes. La simultanéité de la collecte et de l'analyse des données est l'une des principales caractéristiques de cette méthode (Paillé, 1994).

Ainsi, le point de départ de notre réflexion se situe dans le travail clinique propre au modèle de la PGRO, tant dans l'intervention auprès de personnes ayant un trouble de la personnalité que dans la supervision de jeunes thérapeutes (et l'enseignement du modèle qui accompagne ces supervisions). C'est à travers une série d'allers-retours entre nos observations cliniques, notamment la difficulté que nous rencontrons dans l'utilisation du concept de dilemme de contact, et la littérature, c'est-à-dire les écrits portant sur ce concept dans le modèle théorique de la PGRO et les sources d'inspirations alternatives que nous avons trouvées chez d'autres auteurs, que s'est précisée cette réflexion. Nous en sommes arrivés à un projet de contribution à l'essor du modèle théorique de la PGRO, visant à offrir au concept de dilemme de contact une nouvelle formulation, susceptible de pallier à ses limites actuelles. Cette trajectoire, impliquant d'abord les données empiriques recueillies sur le terrain, l'alternance entre ces données et différents modèles théoriques et l'aboutissement dans un projet de théorisation, s'apparente à celle de la démarche d'analyse par théorisation ancrée.

De manière plus spécifique, c'est dans le cadre de nos fonctions de psychologue clinicien et dans nos interactions auprès de clients et d'autres thérapeutes que notre intérêt pour les difficultés posées par la formulation actuelle du concept de dilemme de contact a émergé. Par conséquent, notre position de départ impliquait une présence « sur le terrain » ou un contact avec les données du monde empirique antérieur à la recherche théorique. De façon plus spécifique, c'est à travers différents suivis de psychothérapie auprès d'individus aux prises avec un trouble de la personnalité, dans une intervention

propre au modèle de la Psychothérapie gestaltiste des relations d'objet (PGRO), qu'est apparue une expérience récurrente dans l'utilisation du concept de dilemme de contact tel que défini par Delisle (1998). Cette expérience était liée au constat selon lequel nos efforts visant la formulation d'hypothèses étiologiques sur le sens et l'origine des troubles de la personnalité de nos clients, dans le cadre de la démarche d'évaluation propre au diagnostic structural et impliquant le recours au concept de dilemme de contact, ne nous permettaient pas de bien rendre compte des spécificités relatives aux parcours développemental propre à chacun. Malgré les importantes différences dans le vécu familial, dans l'histoire développementale et dans la nature des enjeux sous-jacents aux difficultés de chacun, nous avons constaté des similarités dans l'énonciation et la définition des dilemmes de contact tel que l'entend un diagnostic structural propre au modèle de la PGRO. Cette observation a ensuite trouvé une résonance dans notre travail de supervision de jeunes thérapeutes soucieux de s'initier au modèle. Ce fût là le point de départ d'une démarche progressive visant à cerner et comprendre les difficultés dans l'utilisation clinique du concept théorique de dilemme de contact : à travers un enchaînement d'allers-retours entre l'expérience clinique et les modèles théoriques, nous nous sommes graduellement proposé une démarche visant une nouvelle théorisation, susceptible d'enrichir la formulation actuelle du concept de dilemme de contact. En ce sens, l'esprit et le processus de cette première phase de notre démarche s'inspire en partie de l'analyse par théorisation ancrée telle que définie par Paillé (1994) : des données empiriques recueillies dans le cadre de notre travail clinique ont simultanément fait émerger une analyse qui nous a mené vers un effort de théorisation. Ce processus

graduel, caractérisé par la simultanéité de la collecte et de l'analyse des données et impliquant des allers retours et des comparaisons continuels entre les univers cliniques et théoriques, a pu s'observer à différentes étapes lors de l'amorce de notre démarche : dans le cadre de la démarche d'évaluation diagnostique en PGRO, impliquant l'énonciation d'inférences quant au sens et à l'origine du trouble de la personnalité des clients rencontrés ; lors de l'observation d'une difficulté récurrente dans l'utilisation du concept de dilemme de contact ; dans le retour aux textes et aux théories, pour y chercher des éclaircissements susceptibles de nous aider à faire comprendre cette difficulté ; dans la poursuite des interventions avec différents clients pour valider les réflexions en émergence; lors de l'amorce de consultations auprès d'autres cliniciens d'approche PGRO pour sonder leur expérience clinique avec le concept de dilemme de contact ; dans la confirmation des difficultés qui semblent exister autour de l'utilisation du concept théorique, c'est-à-dire des formulations souvent semblables, permettant difficilement de rencontre compte de la dimension déficitaire de la pathogenèse ; lors de l'exploration des travaux d'autres auteurs sur la pathogenèse ou sur l'étiologie des troubles de la personnalité, pour trouver des sources d'inspiration alternatives ; dans l'amorce de la définition de notre question de recherche et de nos objectifs, en vue de la proposition d'une nouvelle théorisation impliquant la redéfinition du concept de dilemme de contact dans la théorie de la PGRO ; etc. Cette amorce de notre démarche fût donc à la fois ancrée dans le travail clinique propre à la PGRO et alimentée par une réflexion théorique simultanée faite d'allers-retours entre les données empiriques et les modèles théoriques. Elle nous a permis de mettre en lumière une difficulté dans

l'utilisation du concept de dilemme de contact en PGRO : celle concernant l'aspect statique de la formulation actuelle de ce concept, qui permet mieux de rendre compte de la dimension conflictuelle que de la dimension déficitaire de la pathogenèse lors de la démarche de diagnostic structural propre à ce modèle. Cette étape préliminaire de notre démarche nous a permis d'identifier, dans les travaux d'autres auteurs, des modèles théoriques alternatifs susceptibles de venir y pallier. À cet effet, les travaux de Karasu (1992, 1995), qui proposent des distinctions entre les relations primaires « dyadiques » et « triadiques » et différencie les contextes développementaux se rapportant à des « conflits » de ceux propres à des « déficits » nous a semblé représenter une proposition théorique qui, appliquée au concept de dilemme de contact, permettrait peut-être d'apporter des solutions à notre problématique de recherche. C'est du moins la question que nous cherchons à éclairer, en partant de l'idée selon laquelle l'étiologie des troubles de la personnalité concerne des configurations plus larges que celles se rapportant aux conflits, davantage reconnus par le concept de dilemme de contact en PGRO.

L'analyse qualitative à l'aide des catégories conceptualisantes

Notre question de recherche nous mène à nous demander si, chez des thérapeutes pratiquant à partir du modèle de la PGRO et qui acceptent d'élaborer sur l'histoire de l'un de leurs clients, il serait possible de trouver des éléments se rapportant à chacune de des catégories que nous avons formé en s'inspirant des travaux de Karasu (1992, 1995). Nous cherchons ainsi à en arriver à proposer une nouvelle formulation au dilemme de contact, davantage opérationnelle pour les thérapeutes dans leur démarche diagnostique

et d'assimilation du modèle en PGRO. Cette question de recherche coïncide avec l'amorce du cœur de notre démarche : puisqu'elle nous oriente vers l'utilisation de catégories déjà identifiées, les configurations dyadiques, triadiques, conflictuelles et déficitaires proposées par Karasu (1992, 1995), notre parcours rompt avec la démarche d'une analyse par théorisation ancrée telle que proposée par Paillé (1994). En effet, plutôt que de poursuivre nos efforts de théorisation en analysant un corpus, extraits de nos observations cliniques, par le biais des étapes se rapportant habituellement à la démarche propre à la théorisation ancrée (p. ex., la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation), nous nous orientons vers une démarche davantage inspirée par l'analyse qualitative à l'aide des catégories conceptualisantes, telle que définie par Paillé et Mucchielli (2005). Il s'agit d'une méthode permettant de poser les fondements d'une théorisation, dès la première analyse du matériel à l'étude, par le biais de la catégorie : un outil d'analyse défini comme «une production textuelle se présentant sous la forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche» (Paillé & Mucchielli, 2005, p. 147). Au-delà de la simple analyse du contenu des données, la catégorie réfère à un phénomène et implique l'attribution de sens du matériau analysé (Paillé & Mucchielli, 2005). Elle dépasse donc le caractère statique d'autres outils de désignation et permet de rendre compte, de manière dynamique, précise et empiriquement fondée, d'une partie de la complexité d'un phénomène ou d'une suite d'événements (Paillé & Mucchielli, 2005). L'analyse qualitative à l'aide des catégories conceptualisantes offre l'avantage de la flexibilité et

peut s'appliquer à tout type de matériau d'enquête. Bien que les auteurs précisent en quoi cette méthode d'analyse ne se résume pas à la simple reconduction de notions pré-identifiées, Paillé et Muchielli (2005) décrivent comment elle permet la «*déduction interprétative*» : il s'agit d'une démarche visant la création du sens du matériel à l'étude à partir de catégories fondées sur la base d'éléments théoriques déjà constitués.

Pour comprendre le choix de cette méthode, nous devons revenir à nos objectifs et au type de matériel avec lequel nous travaillons. En ce sens, nous nous intéressons au concept de dilemme de contact en PGRO et souhaitons lui proposer une nouvelle formulation. C'est donc dire que nous voulons contribuer à la théorisation du phénomène étudié : nous retrouvons ici le premier objectif fondamental de l'analyse qualitative à l'aide des catégories conceptualisantes, telle que définie par Paillé et Muchielli (2005). Ensuite, le matériel que nous étudions se rapporte à des éléments théoriques déjà constitués et ce, à partir de catégories : c'est là l'essence même de l'analyse qualitative à l'aide des catégories conceptualisantes. Puisque le choix d'une méthode découle de l'objet de recherche en cause, le fait que notre démarche concerne un concept (la notion de dilemme de contact en PGRO) auquel nous souhaitons fournir des apports théoriques (une nouvelle formulation) à partir de catégories (les notions de conflit, déficit, dyadique et triadique) justifie le recours à l'analyse qualitative à l'aide des catégories conceptualisantes.

Notre but ultime est d'aider de jeunes cliniciens ou des thérapeutes soucieux de s'initier au modèle de la PGRO à repérer et commencer à donner du sens, dans le cadre de la démarche diagnostique propre à ce modèle (le diagnostic structural, incluant la notion de dilemme de contact), à ce qui semble le plus saillant dans les reproductions mises en place par des clients aux prises avec un trouble de la personnalité. Pour ce faire, nous croyons qu'il importe de fournir au concept de dilemme de contact une nouvelle formulation, capable de mieux rendre compte de certaines dimensions de la pathogenèse. Le recours à nos catégories (les contextes conflictuels et déficitaires, dyadiques et triadiques), inspirées de travaux de Karasu (1992, 1995) nous semble un moyen approprié d'y parvenir. Or, dans une telle démarche et tel que nous le rappellent Paillé et Mucchielli (2005), une catégorie n'est pas nécessairement une entité autonome qui doit être repérée avec précision : nommer une catégorie est souvent un exercice artificiel, rendu nécessaire pour des raisons d'organisation de l'information et qui représente un acte de fermeture, c'est-à-dire l'apposition d'un concept sur une observation. En ce sens, la catégorie se trouve souvent à être plus étroite que les réalités dont elle cherche à rendre compte et ce fait trouve sa résonance dans l'exercice visant le repérage d'une catégorie ou la codification d'éléments à l'intérieur de catégories. Ainsi, l'esprit de notre démarche ne concerne pas avant tout un exercice d'élaboration de catégories étanches : notre l'objectif ultime n'est donc pas la définition de catégories mutuellement exclusives, dotées de critères d'inclusion ou d'exclusion fermes ou capables d'assurer la précision des observations de différents juges qui chercheraient à en repérer les occurrences. Paillé et Mucchielli (2005) affirment que si un analyste

cherche à générer des catégories riches, bien définies, pouvant être cernées et reconnues sans ambiguïté, en revanche, il n'y a pas d'obligation de performance en la matière. Selon eux, l'analyse qualitative représente un travail de construction signifiante, fait à partir d'approximations successives. Une démarche de catégorisation peut ainsi être comparée à une session de photographie : il ne suffit pas de bien viser le sujet car, d'une pose à l'autre, l'angle, la distance et l'éclairage pourront être différents. Ainsi, bien que certaines prises puissent être plus ou moins claires ou complètes que d'autres, il n'y en a toutefois pas de vraies ou de fausses. C'est donc dire que la variabilité à travers l'exercice n'est pas un problème majeur et c'est pourquoi il devient secondaire de chercher à la limiter à tout prix. Dans cette perspective, la comptabilisation de l'occurrence des catégories dans chaque étude de cas ne représente pas une fin en soi, mais plutôt le processus par lequel nous cherchons à éclairer notre question de recherche. L'utilisation de nos catégories et notre démarche de codification vise certes à apporter une contribution significative à notre objectif de reformulation du concept de dilemme de contact. Toutefois, tel que nous le rappellent Paillé et Mucchielli (2005), cette contribution va naître de l'articulation de l'ensemble de nos catégories et non de la somme des catégories prises une à une. Conformément à l'esprit des méthodes qualitatives, nous avons voulu permettre aux sujets de nous présenter leurs données à partir de leur vision propre. Dans un tel contexte, il ne faut pas limiter l'authenticité de l'analyse ou réduire la possibilité de compléter l'effort de théorisation en visant une codification à tout prix reproductible : bien avant d'être un exercice d'étiquetage rigoureux, la codification représente surtout l'articulation d'une conceptualisation en

action et où se rencontrent données empiriques, référents théoriques, etc. (Paillé & Mucchielli, 2005).

En somme, à la lumière des étapes préliminaires à travers lesquelles notre réflexion a trouvé son amorce, l'analyse des données recueillies prendra la forme d'une analyse qualitative à l'aide des catégories conceptualisantes, telle que définie par Paillé et Mucchielli (2005). Les catégories analysées seront créées à partir du modèle de Karasu (1992, 1995), notamment à partir des distinctions que fait cet auteur entre les relations primaires « dyadiques » et « triadiques » et en différenciant les situations se rapportant à des « conflits » de ceux propres à des « déficits ». La séquence développementale débutant par les interactions dyadiques entre une mère et son enfant et évoluant graduellement vers les interactions triadiques entre les deux parents et leur enfant est mise en lien avec deux principaux types de configurations relationnelles pathogènes : d'une part, ceux où le contact essentiel du jeune enfant avec ses figures d'attachements est aussi porteur d'une expérience inassimilable et récurrente (les situations conflictuelles, impliquant la rencontre simultanée de l'indispensable et de l'intolérable telles que définies par le dilemme de contact en PGRO). D'autre part, ceux où le contact entre le jeune enfant et ses figures d'attachement implique que les éléments qui se veulent nécessaires à la complétion des différents enjeux développementaux s'avèrent absents (les situations déficitaires, impliquant l'inaccessibilité de l'indispensable). Il devient alors possible de développer une taxonomie en définissant quatre catégories pour

notre analyse : les contextes dyadiques déficitaires, les contextes dyadiques conflictuels, les contextes triadiques déficitaires et les contextes triadiques conflictuels.

Le récit de différents thérapeutes, portant sur leur compréhension du sens et de l'origine du trouble de la personnalité de l'un de leurs clients et des manifestations de ce trouble au sein de différentes relations contemporaines incluant la relation thérapeutique, fera l'objet d'une analyse basée sur les catégories suivantes : les contextes dyadiques déficitaires, les contextes dyadiques conflictuels, les contextes triadiques déficitaires et les contextes triadiques conflictuels. Pour préciser les critères d'inclusion et d'exclusion se rapportant à ces catégories, en plus des balises proposée par Karasu (1992, 1995) telles que nous les avons définies précédemment, un résumé des repères concernant les éléments suivants est fourni à l'appendice 2 pour chacune des catégories : le type d'environnement et d'interactions se rapportant à un tel contexte développemental ; les impacts attendus de ceux-ci sur le développement de l'enfant ; le portrait clinique type d'un adulte ayant grandi dans un tel contexte.

Les participants

D'abord, notre démarche repose sur l'analyse du discours de 9 thérapeutes, qui ont accepté d'élaborer sur leur compréhension du sens et de l'origine du trouble de la personnalité de l'un de leurs clients. Le fait de s'en tenir à un nombre de neuf participants n'est, au fond, pas un choix, mais une conséquence de la difficulté à pouvoir compter sur la collaboration de thérapeutes. Bien que tous les thérapeutes ayant été

formés à la PGRO au Centre d'Intégration Gestaltiste et étant inscrits au bottin de référence de ce centre de formation aient été sollicités, seulement neuf d'entre eux ont accepté de nous fournir du matériel clinique pour notre recherche. Il faut ici comprendre que les documents qui leur ont été demandés et qui nous ont été remis sont substantiels : chacun compte en moyenne une trentaine de pages et exige, de la part de son auteur, une réflexion approfondie sur sa compréhension de l'histoire d'un client donné. Toutefois, après la lecture des neuf présentations de cas reçues, nous avons pu constater qu'elles assuraient la représentativité suffisante à la fois de la clientèle d'un thérapeute en PGRO et des catégories à l'étude dans notre recherche : par exemple, les diagnostics des clients à l'axe II (trouble de la personnalité) sont répartis à travers les groupes A, B et C du DSM-IV-TR (2003) ; il y a une prédominance des diagnostics les plus fréquemment rencontrés dans les services de psychothérapie (p.ex., le trouble de la personnalité borderline, dépendante, narcissique, etc.) et une absence des diagnostics qu'on y rencontre le moins souvent (p.ex., le trouble de la personnalité antisociale ou schizoïde) ; etc. À notre avis, recueillir plus d'informations n'aurait pas généré de matériel différent, mais simplement en plus grande quantité. S'il existe un avantage de ce processus de sélection, c'est peut-être celui de créer une démarche aléatoire, évitant un biais qui aurait pu être dû à des critères de sélection plus étroits. Quant aux critères qui ont guidé la sélection des rapports, ils ont été limités aux conditions suivantes : d'abord, afin d'uniformiser l'échantillon faisant l'objet de notre recherche et pour éviter les différences cliniques induites par les approches théoriques et le niveau d'expérience professionnelle, les thérapeutes recrutés sont des psychothérapeutes intervenant à partir

du modèle de la PGRO depuis au moins cinq ans. Ceux-ci devaient accepter d'élaborer sur le sens, l'origine et les manifestations actuelles du trouble de la personnalité d'un client en respectant un certain ordre de présentation des informations (voir la consigne présentée aux participants ci-dessous).

Pour leur part, les clients devaient être d'âge adulte et être en consultation pour traiter de difficultés se rapportant aux conséquences d'un trouble de la personnalité. Des mesures ont été prises afin de respecter la confidentialité des données à l'étude : chaque étude de cas était notamment dénominalisée et seuls l'auteur et l'assistant ayant pris part à la démarche d'accord interjuge n'ont eu accès au matériel clinique. Afin d'assurer la possibilité de faire une description scientifique des résultats auxquels nous arrivons, de mesurer la représentativité des cas concernés avec la pratique attendue d'un thérapeute en PGRO et d'évaluer le risque d'une surreprésentation d'un trouble particulier, nous allons présenter le diagnostic multiaxial de chaque patient de notre échantillon, tel qu'il nous a été présenté par son thérapeute, dans la présentation ultérieure de nos résultats. Nous sommes toutefois d'avis que le problème que nous soulignons dans la formulation actuelle concept de dilemme de contact en PGRO, soit sa difficulté à rendre compte de la dimension déficitaire de la pathogenèse, peut être observé peu importe le niveau de pathologie d'un client donné. En ce sens, nous ne voulons nullement suggérer que l'analyse de ces différents diagnostics est nécessaire à l'observation de la difficulté que nous rencontrons dans l'utilisation du dilemme de contact ou à l'aboutissement de notre démarche, soit la proposition d'une nouvelle formulation pour ce concept.

La collecte de données

Les sujets de l'expérimentation sont donc des thérapeutes : le déroulement de notre recherche passe par l'analyse de neuf présentations de cas, provenant d'autant de professionnels de la psychothérapie. La collecte de donnée s'est fait en collaboration avec le Centre d'intégration Gestaltiste (CIG), lieu même de l'élaboration du modèle de la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet (PGRO). À la fois centre de formation à la pratique professionnelle de la psychothérapie, clinique de psychothérapie, milieu de recherche sur l'intégration des neurosciences contemporaines en psychothérapie et maison d'édition, le CIG représente, depuis 1981, le cœur du rayonnement de la PGRO. Le rigoureux programme d'enseignement qui y est dispensé comprend trois cycles de formation clinique, impliquant au total plus de 600 heures de formation, et il est réservé aux professionnels de la santé mentale possédant déjà une expérience professionnelle pertinente. Les thérapeutes participants sont donc membres d'un Ordre professionnel traitant la santé mentale et répondent aux critères et dispositions liés à la pratique de la psychothérapie tels que définis par la loi 21 (éditeurs officiels du Québec, 2009). Ils ont tous complété les trois cycles de formation du CIG. Ils possèdent par conséquent une expérience significative et pertinente de la pratique clinique de la psychothérapie, impliquant le traitement des troubles de la personnalité à partir du modèle de la PGRO.

La consigne présentée aux participants

Notre recherche portant sur le développement du modèle théorique de la PGRO, il nous est apparu pertinent que les données analysées proviennent de l'élaboration

d'études de cas s'inscrivant dans ce modèle : en effet, le fait de procéder à partir de matériel élaboré selon la méthode et le langage propre à la PGRO favorise la possibilité de vérifier notre observation selon laquelle ce modèle comporte une lacune, qui favorise l'expression des enjeux conflictuels. En ce qui concerne la consigne présentée aux participants, il a été demandé à chaque thérapeute participant de présenter un rapport basé sur leur expérience clinique, sous la forme d'une analyse de cas telle que le veut le modèle de l'analyse structurale en PGRO (CIG, 2002), faisant état de leur compréhension du cas de leur patient. Puisque tous les rapports à l'étude respectent le modèle propre à l'analyse structurale, leur contenu est organisé autour des mêmes balises : description du client, motif de consultation, histoire pertinente, diagnostic multiaxial, diagnostic structural, etc. Ces présentations de cas permettent de rendre compte de la compréhension de l'étiologie possible du trouble de la personnalité de leur client pour chacun de ces thérapeutes.

Le matériel

Weft-QDA est un logiciel de codage de données, permettant l'analyse de documents textuels de toutes sortes, à partir de l'utilisation de catégories. Le codage à partir de catégories implique que les données à l'étude soient regroupées en extraits textuels qui, une fois rassemblés, permettent d'obtenir une compilation présentée sous forme de rapport. La codification peut s'élaborer en prenant la forme d'une structure arborescente: pour la construire, le chercheur devra d'abord lire chaque étude de cas ayant fait l'objet de la collecte de données pour en faire une analyse impliquant le repérage d'extraits se

rapportant à ses catégories. Weft-QDA nous permet de créer les catégories «contexte dyadique déficitaire», «contexte dyadique conflictuel», «contexte triadique déficitaire» et «contexte triadique conflictuel» et de compiler l'ensemble des données qui s'y rapportent, soit les passages des analyses de cas à l'étude qui contiennent des informations portant des affinités thématiques ou sémantiques avec ces catégories. Cela permet d'obtenir un rapport de codification qui fait état de la prévalence des phénomènes auxquels renvoient ces quatre catégories. Une fois cette étape complétée, nous obtenons un rapport de codification pour chacune des neuf études de cas analysées qui fait état de tous les extraits retenus, classés dans les catégories auxquelles ils se rapportent.

Par la suite, ces rapports de codification ont été rapportés dans des tableaux pouvant rendre compte, pour chacune des neuf études de cas, de différentes informations : le nombre d'extraits retenus, la répartition de ces extraits dans les catégories propres à notre analyse et la prévalence de chaque catégorie en pourcentage.

La concordance interjuge

Bien que l'utilisation de logiciels permettant l'analyse de données sur la base des observations d'un chercheur unique représente une pratique répandue en recherche qualitative (Lavoie, 2007) et qu'il a été démontré que la fiabilité des résultats obtenus ne soit pas conditionnelle à la présence de plusieurs juges (Bachelor & Joshi, 1986), l'auteur principal de cette démarche a choisi de soumettre ses résultats à un processus

d'accord interjuge, auprès d'un autre chercheur. Notons que le choix de procéder à une telle démarche, ainsi que celui des mesures statistiques à utiliser pour la réaliser, s'est fait dans le contexte d'une concertation auprès du Centre de Soutien et de Formation à la Recherche (CSFR) de l'Université de Sherbrooke (Parent, 2012). Nous allons maintenant décrire cette étape de notre démarche.

Pour vérifier le niveau de convergence entre les observations de deux observateurs quant aux manifestations et à la prévalence des catégories à l'étude, nous avons soumis notre démarche à un processus d'accord interjuge. Partant du matériel obtenu par la codification des passages retenus dans les neuf analyses de cas dont nous disposons, nous avons d'abord convenu d'une légende visant à faciliter le traitement ultérieur de nos données. Chacune de nos quatre catégories a été traduite en un chiffre tel que l'illustre le tableau suivant :

Tableau 3

Légende

LÉGENDE	
Lorsqu'un passage du texte est codé comme un...	lui apposer la numérotation...
contexte dyadique déficitaire	1
contexte dyadique conflictuel	2
contexte triadique déficitaire	3
contexte triadique conflictuel	4

Cette conversion de nos catégories en chiffre ne se voulait qu'une procédure visant à faciliter la comparaison des observations et de l'accord entre les juges. Ainsi, les neuf rapports de codification obtenus précédemment à l'aide du logiciel Weft-QDA, puis traduits dans des tableaux synthèses, ont été rapportés dans autant de grilles traduisant nos données selon cette légende : pour chaque étude de cas, nous avons obtenu un tableau présentant le nombre d'extraits retenus et la numérotation de chaque extrait selon notre légende. Il devenait alors possible de soumettre nos données à l'évaluation d'un autre juge et de les organiser de manière identique. En ce qui concerne le choix du juge, ce dernier a d'abord été choisi en raison de sa connaissance intime du modèle de la PGRO : ayant complété les 3 cycles de formation clinique du CIG et comptant plus d'une vingtaine d'années de pratique à partir de ce modèle, il agit à titre de superviseur didactique au CIG. Nous l'avons aussi retenu en raison de son imposante expérience clinique liée au traitement des troubles de la personnalité : ayant dirigé pendant plus de

vingt ans un programme de traitement des troubles de la personnalité en milieu hospitalier, il continue à œuvrer dans ce domaine, maintenant dans un centre externe de psychiatrie, affilié à un centre hospitalier, dont l'un des mandats principaux concerne le traitement des troubles de la personnalité. Étant lui-même doctorant en psychologie, il est familier avec les méthodes de recherche et la codification de données. Ces caractéristiques faisaient à notre avis de lui un candidat capable de bien respecter les consignes de la démarche de codification de matériel issu d'étude de cas, dans un langage PGRO et concernant le sens et l'origine du trouble de la personnalité de différents clients. Ainsi, à partir des neuf études de cas, les 129 extraits retenus ont été présentés au juge, qui devait les classifier dans l'une ou l'autre de nos quatre catégories. Nous obtenions donc, pour chacun des juges et pour chaque extrait issu des études de cas, une valeur numérique comprise entre 1 et 4 se rapportant à notre légende. Cela rendait dès lors possible la vérification de l'accord interjuge : pour ce faire, afin de rendre cette mesure cohérente avec le choix de notre méthode, nous avons utilisé le coefficient Kappa. Cet indice statistique, qui permet de contrôler la part de hasard ou de subjectivité pouvant nuire à l'appréciation juste des résultats lors d'une démarche d'accord entre des jugements qualitatifs, représente la méthode la mieux indiquée lorsque nous travaillons à partir de données qualitatives réparties en catégories (Bergeri, Michel, & Boutin, 2002).

Résultats

Ce chapitre regroupe les informations nécessaires à la bonne compréhension des analyses que nous avons effectuées. Nous allons nous en tenir ici à une description sobre de nos résultats, en soulignant au besoin leur relation avec les objectifs que nous poursuivons : l'interprétation plus approfondie des résultats et l'aboutissement attendu de notre démarche, soit la proposition d'une nouvelle formulation au concept de dilemme de contact en PGRO, seront réservées au chapitre suivant.

Présentation des diagnostics des clients de notre échantillon

Nous allons d'abord présenter le diagnostic multiaxial de chaque patient de notre échantillon, tel qu'il nous a été présenté par son thérapeute. Nous sommes d'avis que le problème que nous soulignons dans la formulation actuelle concept de dilemme de contact en PGRO, soit sa difficulté à rendre compte de la dimension déficitaire de la pathogenèse, peut être observé peu importe le niveau de pathologie d'un client donné. Nous souhaitons toutefois offrir la possibilité de mesurer la représentativité des cas concernés avec la pratique attendue d'un thérapeute en PGRO et d'évaluer le risque d'une surreprésentation d'un trouble particulier.

Étude de cas du thérapeute 1 : diagnostic multiaxial.

Axe 1 : Trouble de l'adaptation avec perturbation à la fois des émotions et des conduites.

Axe 2 : Trouble de la personnalité schizotypique.

Axe 3 : Absence de diagnostic.

Axe 4 : Problèmes relationnels, économiques et professionnels.

Axe 5 : Évaluation globale du fonctionnement: 45 à l'amorce de la thérapie.

Étude de cas du thérapeute 2 : diagnostic multiaxial.

Axe 1 : Dépendance et abus d'alcool et de cannabis.

Axe 2 : Trouble de la personnalité évitante.

Axe 3 : Absence de diagnostic.

Axe 4 : Absence de diagnostic.

Axe 5 : Évaluation globale du fonctionnement: 55 à l'amorce de la thérapie.

Étude de cas du thérapeute 3 : diagnostic multiaxial.

Axe 1 : Épisode dépressif majeur, récurrent.

Axe 2 : Trouble de la personnalité NS.

Axe 3 : Absence de diagnostic.

Axe 4 : Problèmes conjugaux et professionnels.

Axe 5 : Évaluation globale du fonctionnement: 45 à l'amorce de la thérapie.

Étude de cas du thérapeute 4 : diagnostic multiaxial.

Axe 1 : Absence de diagnostic.

Axe 2 : Trouble de la personnalité dépendante.

Axe 3 : Absence de diagnostic.

Axe 4 : Problèmes conjugaux.

Axe 5 : Évaluation globale du fonctionnement: 55 à l'amorce de la thérapie.

Étude de cas du thérapeute 5 : diagnostic multiaxial.

Axe 1 : Épisode dépressif majeur, isolé. État de stress aigu.

Axe 2 : Trouble de la personnalité narcissique.

Axe 3 : Douleur chronique sévère. Amputation d'une jambe (sensations d'un membre fantôme) et lésion cérébrale provenant d'un accident de la route.

Axe 4 : Accident de la route. Maladie grave d'un enfant. Problèmes financiers.

Axe 5 : Évaluation globale du fonctionnement: 50 à l'amorce de la thérapie.

Étude de cas du thérapeute 6 : diagnostic multiaxial.

Axe 1 : Trouble des conduites alimentaires (boulimie). Trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive.

Axe 2 : Trouble de la personnalité borderline.

Axe 3 : Absence de diagnostic.

Axe 4 : Départ des enfants de la maison.

Axe 5 : Évaluation globale du fonctionnement: 40 à l'amorce de la thérapie.

Étude de cas du thérapeute 7 : diagnostic multiaxial.

Axe 1 : Phobie spécifique (peur de contamination). Trouble d'anxiété généralisé.

Trouble des conduites alimentaires (boulimie). Trouble de l'excitation sexuelle.

Axe 2 : Trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive.

Axe 3 : Absence de diagnostic.

Axe 4 : Problèmes psychosociaux et environnementaux.

Axe 5 : Évaluation globale du fonctionnement: 70 à l'amorce de la thérapie.

Étude de cas du thérapeute 8 : diagnostic multiaxial.

Axe 1 : État de stress post-traumatique, chronique, survenue différée.

Axe 2 : Trouble de la personnalité Borderline.

Axe 3 : Symptômes liés à la ménopause.

Axe 4 : Décès récent des deux parents. Conflits familiaux. Difficultés relationnelles et professionnelles.

Axe 5 : Évaluation globale du fonctionnement: 50 à l'amorce de la thérapie.

Étude de cas du thérapeute 9 : diagnostic multiaxial.

Axe 1 : Absence de diagnostic.

Axe 2 : Trouble de la personnalité Borderline.

Axe 3 : Absence de diagnostic.

Axe 4 : Problèmes relationnels.

Axe 5 : Évaluation globale du fonctionnement: 50 à l'amorce de la thérapie.

La présentation des résultats

Afin de permettre une consultation plus rapide des informations pouvant favoriser une bonne compréhension de nos résultats, voici un tableau qui rappelle les différents diagnostics concernant les troubles de la personnalité des clients de notre échantillon :

Tableau 4

Diagnostics à l'axe II des clients de l'échantillon

Études de cas	Diagnostics à l'axe II
Étude de cas du thérapeute 1	Trouble de la personnalité schizotypique
Étude de cas du thérapeute 2	Trouble de la personnalité évitante
Étude de cas du thérapeute 3	Trouble de la personnalité NS
Étude de cas du thérapeute 4	Trouble de la personnalité dépendante
Étude de cas du thérapeute 5	Trouble de la personnalité narcissique
Étude de cas du thérapeute 6	Trouble de la personnalité borderline
Étude de cas du thérapeute 7	Trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive
Étude de cas du thérapeute 8	Trouble de la personnalité borderline
Étude de cas du thérapeute 9	Trouble de la personnalité borderline

Accord interjuges : synthèse des cotations

Tel que nous l'avons annoncé précédemment, nous avons procédé à une démarche de vérification de l'accord interjuge, soit entre les cotations de l'auteur de cette recherche et celles d'un autre juge. L'intégral des cotations des deux juges est présenté dans des tableaux en appendice 3. Nous présenterons ici une synthèse des cotations obtenues : dans le tableau 4, les colonnes et les rangs (portant les numéros de 1 à 4) se rapportent à notre légende et représentent nos catégories d'analyse. Pour leur part, les valeurs comprises dans le tableau représentent le croisement des cotations de l'auteur et du juge, soit le nombre de fois où les observations de l'un étaient semblables ou différentes de celles de l'autre.

Tableau 5

Sommaire de la cotation de l'auteur et du juge :

ÉTUDE DE CAS DES THÉRAPEUTES 1 À 9					
JUGE 1					
		1	2	3	4
JUGE 2	1	40	0	1	0
	2	4	4	0	1
	3	1	0	29	0
	4	1	0	8	40

Puisque nous travaillons à partir de données qualitatives réparties en catégories, nous avons utilisé le coefficient Kappa qui a été proposé par Cohen (1960) pour mesurer le degré de concordance entre nos observations et celles du juge. Tel que le résumant Bergeri et al. (2002), il existe, dans le processus d'accord entre différents jugements qualitatifs, une part de hasard et une part d'accord réel. Le Kappa de Cohen est un indice statistique qui permet de contrôler la part de hasard ou de subjectivité pouvant nuire à notre appréciation juste des résultats d'une démarche d'accord entre des jugements :

$$K = \frac{\text{Proportion d'accords observés} - \text{proportions d'accords dus au hasard}}{100 - \text{proportions d'accords dus au hasard}}$$

Landis et Koch (1977) ont proposé un classement permettant d'interpréter le Kappa de Cohen :

Tableau 6

Degré d'accord et valeur de Kappa selon Landis et Koch (1977)

Accord	Kappa
Excellent	0,81
Bon	0,80 – 0,61
Modéré	0,60 – 0,21
Mauvais	0,20 – 0,0
Très mauvais	<

Dans un premier temps, nous avons reproduit les cotations de l'auteur et du juge dans des tableaux qui permettent de rendre compte à la fois de la prévalence des cotations semblables et différentes des deux observateurs ainsi que du croisement des cotations de ces derniers. Ces tableaux sont placés en appendice 4. Par souci d'efficacité, nous avons eu recours, pour notre analyse statistique, aux feuilles de calcul Excel mises à notre disposition par M. Jean Bégin (2012), agent de recherche et statisticien au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), par le biais de son site internet (Le diable de la statmanie). Le choix de ce recours a également fait l'objet d'une concertation auprès du Centre de Soutien et de Formation à la Recherche (CSFR) de l'Université de Sherbrooke (Parent, 2012). Il s'agissait alors de reproduire nos neuf tableaux contenant le croisement des cotations de l'auteur et du juge dans les feuilles de calcul Excel pour déterminer nos valeurs de Kappa.

Les résultats obtenus aux calculs des Coefficients de Kappa

Le tableau suivant présente les résultats obtenus lors du calcul de Coefficients de Kappa :

Tableau 7

Compilation des résultats obtenus aux calculs des Kappas

Études de cas	Kappa	Conclusion statistique	Valeur de Kappa selon Landis et Koch (1977)
Thérapeute 1	$k = 1,0$	$p < 0,5$	Excellent
Thérapeute 2	$k = 1,0$	$p < 0,5$	Excellent
Thérapeute 3	$k = 1,0$	$p < 0,5$	Excellent
Thérapeute 4	$k = 0.8370$	$p < 0,5$	Excellent
Thérapeute 5	$k = 0.5091$	$p < 0,5$	Modéré
Thérapeute 6	$k = 0.5380$	$p < 0,5$	Modéré
Thérapeute 7	$k = 0.2857$	n.s.	Très mauvais
Thérapeute 8	$k = 0.8193$	$p < 0,5$	Excellent
Thérapeute 9	$k = 0.7143$	$p < 0,5$	Bon

Les tableaux suivants font état des résultats obtenus lors du rapport d'analyse réalisé à l'aide du logiciel Weft-QDA :

Tableau 8

Codification de l'étude de cas du thérapeute 1

Nombre de passages présentant des hypothèses étiologiques en lien avec la pathologie en cause				
	Contexte dyadique défictaire	Contexte dyadique conflictuel	Contexte triadique défictaire	Contexte triadique conflictuel
Répartition	5	2	10	1
selon la fréquence				
%	27.77 %	11.11 %	55.55 %	5,55 %

Tableau 9

Codification de l'étude de cas du thérapeute 2

Nombre de passages présentant des hypothèses étiologiques en lien avec la pathologie en cause				
	Contexte dyadique déficitaire	Contexte dyadique conflictuel	Contexte triadique déficitaire	Contexte triadique conflictuel
Répartition	4	0	2	0
selon la fréquence				
%	66,66 %	0%	33.33 %	0%

Tableau 10

Codification de l'étude de cas du thérapeute 3

Nombre de passages présentant des hypothèses étiologiques en lien avec la pathologie en cause				
	Contexte dyadique déficitaire	Contexte dyadique conflictuel	Contexte triadique déficitaire	Contexte triadique conflictuel
Répartition	1	0	0	9
selon la fréquence				
%	10.00 %	0 %	0 %	90.00 %

Tableau 11

Codification de l'étude de cas du thérapeute 4

Nombre de passages présentant des hypothèses étiologiques en lien avec la pathologie en cause				
	Contexte dyadique défictaire	Contexte dyadique conflictuel	Contexte triadique défictaire	Contexte triadique conflictuel
Répartition	19	0	2	1
selon la fréquence				
%	86.36 %	0 %	9.09 %	4.54 %

Tableau 12

Codification de l'étude de cas du thérapeute 5

Nombre de passages présentant des hypothèses étiologiques en lien avec la pathologie en cause				
	Contexte dyadique déficitaire	Contexte dyadique conflictuel	Contexte triadique déficitaire	Contexte triadique conflictuel
Répartition	2	0	7	0
selon la fréquence				
%	22,22 %	0 %	77,77 %	0 %

Tableau 13

Codification de l'étude de cas du thérapeute 6

Nombre de passages présentant des hypothèses étiologiques en lien avec la pathologie en cause				
	Contexte dyadique déficitaire	Contexte dyadique conflictuel	Contexte triadique déficitaire	Contexte triadique conflictuel
Répartition	10	0	7	0
selon la fréquence				
%	58.82 %	0%	41.18 %	0 %

Tableau 14

Codification de l'étude de cas du thérapeute 7

Nombre de passages présentant des hypothèses étiologiques en lien avec la pathologie en cause				
	Contexte dyadique déficitaire	Contexte dyadique conflictuel	Contexte triadique déficitaire	Contexte triadique conflictuel
Répartition	1	0	8	1
selon la fréquence				
%	10.00 %	0%	80.00 %	10.00 %

Tableau 15

Codification de l'étude de cas du thérapeute 8

Nombre de passages présentant des hypothèses étiologiques en lien avec la pathologie en cause				
	Contexte dyadique déficitaire	Contexte dyadique conflictuel	Contexte triadique déficitaire	Contexte triadique conflictuel
Répartition	1	2	3	23
selon la fréquence				
%	3.45 %	6.90 %	10.34 %	79.31 %

Tableau 16

Codification de l'étude de cas du thérapeute 9

Nombre de passages présentant des hypothèses étiologiques en lien avec la pathologie en cause				
	Contexte dyadique déficitaire	Contexte dyadique conflictuel	Contexte triadique déficitaire	Contexte triadique conflictuel
Répartition	3	0	0	5
selon la fréquence				
%	37.5 %	0 %	0 %	62.5 %

La synthèse des résultats de la codification

Le tableau suivant présente la synthèse de l'ensemble des données obtenues lors de la codification de nos données à l'aide du logiciel Weft-QDA :

Tableau 17

Synthèse de la codification des neuf (9) études de cas

Nombre de passages présentant des hypothèses étiologiques en lien avec la pathologie retenus pour l'ensemble des études de cas				
	Contexte dyadique déficitaire	Contexte dyadique conflictuel	Contexte triadique déficitaire	Contexte triadique conflictuel
Répartition par catégorie	46	4	39	40
Prévalence (%)	35,66 %	3,10 %	30,23 %	31,01 %

Il devient dès lors possible de rendre compte de la prévalence de chacune des dimensions à la base de nos catégories et ce, pour l'ensemble des études de cas faisant l'objet de notre analyse :

Tableau 18

Prévalence des extraits analysés pour chacune de nos catégories

Étude de cas du thérapeute...	Enjeux déficitaires	Enjeux conflictuels	Enjeux dyadiques	Enjeux triadiques
1	83,32 %	16,68 %	38,90 %	61,10 %
2	100 %	0 %	66,66 %	33,34 %
3	10,0 %	90,0 %	10,0 %	90,0 %
4	95,45 %	4,55 %	86,36 %	13,64 %
5	100 %	0 %	22,23 %	77,77 %
6	100 %	0 %	52,94 %	47,06 %
7	10,0 %	90,0 %	10,0 %	90,0 %
8	10,35 %	89,65 %	10,35 %	89,65 %
9	37,5 %	62,5 %	37,5 %	62,5 %
Moyennes	Enjeux déficitaires	Enjeux conflictuels	Enjeux dyadiques	Enjeux triadiques
	60,74 %	39,26 %	37,22 %	62,78 %

Ces données offrent une première parcelle de réponse à notre question de recherche : le discours des thérapeutes en PGRO, lorsqu'ils tentent d'expliquer leur compréhension de l'origine et du sens de la pathologie de leurs clients, semble permettre de rendre compte de la dimension déficitaire de la pathogenèse. En effet, dans l'ensemble des études de cas faisant l'objet de notre analyse, parmi tous les extraits où les thérapeutes

ont présenté des informations ou des hypothèses visant à créer du sens autour de l'étiologie des troubles de la personnalité de leur client, 65,89 % d'entre eux se rapportaient à des contextes déficitaires. Au premier regard sur ces résultats, nous constatons une occurrence plus élevée des enjeux déficitaires sur les enjeux conflictuels et des enjeux triadiques sur les enjeux dyadique. Nous reviendrons ultérieurement sur ces observations.

Mise en relation des résultats avec la question de recherche

Puisque nous nous intéressons au concept de dilemme de contact en PGRO et aux écueils que nous rencontrons dans son utilisation clinique, il nous semble important d'amorcer ici une mise en relation de certains de nos résultats et de notre question de recherche. Pour ce faire, nous allons d'abord présenter, pour chaque étude de cas analysée, un tableau rappelant la répartition des codifications obtenues précédemment à travers les quatre catégories utilisées lors de notre analyse ; un rappel de la conclusion statistique obtenue lors du calcul des coefficients de Kappa ; une présentation du dilemme de contact, tel que formulé par chaque thérapeute lors de l'élaboration du diagnostic structural qui a été demandé pour chaque étude de cas. Chaque tableau sera suivi d'un bref commentaire sur l'utilisation du dilemme de contact par chaque thérapeute. D'une part, notre objectif est de vérifier si le dilemme de contact de chaque thérapeute semble respecter la formulation initialement proposée dans le modèle théorique de la PGRO : cet exercice représente pour nous une occasion d'explorer la façon dont d'autres thérapeutes en PGRO font usage de ce concept théorique. Nous

pourrons ainsi vérifier si les difficultés que nous rencontrons dans l'utilisation clinique du dilemme de contact semblent trouver une résonance dans le travail des thérapeutes participants. D'autre part, nous souhaitons évaluer si la formulation des différents dilemmes de contact semble affectée par la nature des enjeux (p.ex., déficitaires ou conflictuels) prédominants dans chaque étude de cas. Ces vérifications sont susceptibles d'apporter un éclairage sur les résultats obtenus, par exemple sur notre observation selon laquelle il y a une prédominance des enjeux déficitaires sur les enjeux conflictuels dans les études de cas analysées. Bien entendu, nous reviendrons plus en détails sur ces considérations dans le chapitre suivant.

Tableau 19

Étude de cas du thérapeute 1
Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires

Répartition des codifications par catégories (%)	Kappa : conclusion statistique	Dilemme de contact tel que formulé par le thérapeute
Contexte dyadique déficitaire : 27.77 %	k = 1,0	« L'enfant est aux prises avec son indispensable besoin de survie, mais se heurte à une intolérable expérience d'abandon et de négligence. Alors l'intolérable de l'abandon et de la négligence est maintenu hors de la conscience, de façon à préserver l'indispensable qu'est sa survie, et constitue le dilemme de contact qui est en lien avec la situation inachevée (S.I.) et qui a mené à l'établissement d'un microchamp introjecté (M.I.). »
Contexte dyadique conflictuel : 11.11%	p < 0,5	
Contexte triadique déficitaire : 55.55 %	Excellent	
Contexte triadique conflictuel : 5,55 %		

Commentaires sur l'utilisation du dilemme de contact : nous sommes ici en présence d'une étude de cas où la dimension déficitaire dyadique et triadique) de la pathogenèse domine largement dans le discours du thérapeute qui tente de comprendre le sens et l'origine du trouble de la personnalité d'un client. Or, nous observons en quoi la formulation du dilemme de contact faite par ce thérapeute ne respecte pas celle de la théorie de la PGRO : elle scinde le dilemme de contact en un besoin indispensable et une absence de réponse, ce qui ne respecte pas une formulation qui ferait état d'une configuration du contact dans le champ à la fois indispensable et intolérable pour le Self.

Tableau 20

Étude de cas du thérapeute 2
Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires

Répartition des codifications par catégories (%)	Kappa : conclusion statistique	Dilemme de contact tel que formulé par le thérapeute
Contexte dyadique déficitaire : 66,66 %	$k = 1.0$	« L'enfant s'est développé à travers une configuration relationnelle récurrente où ses besoins ne semblent pas avoir trouvé écho dans l'environnement. On peut penser que, très tôt, J. a dû ignorer ses propres besoins pour être en lien avec l'autre. La nécessité d'être en lien (l'indispensable) s'est heurté au manque de présence et de capacité du parent à s'ajuster à lui (l'intolérable). »
Contexte dyadique conflictuel : 0%	$p < 0,5$	
Contexte triadique déficitaire : 33.33 %	Excellent	
Contexte triadique conflictuel : 0 %		

Commentaire sur l'utilisation du dilemme de contact : nous sommes ici en présence d'une étude de cas où, dans le discours du thérapeute qui tente de comprendre le sens et l'origine du trouble de la personnalité d'un client, la dimension déficitaire (dyadique et triadique) de la pathogenèse domine totalement. Encore une fois, nous observons comment la formulation du dilemme de contact faite par ce thérapeute ne respecte pas celle de la théorie de la PGRO : elle scinde de nouveau dilemme de contact en un besoin indispensable et une absence de réponse à ce besoin, ce qui ne respecte pas une formulation qui ferait état d'une configuration du contact dans le champ à la fois indispensable et intolérable pour le Self.

Tableau 21

Étude de cas du thérapeute 3
Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires

Répartition des codifications par catégories (%)	Kappa : conclusion statistique	Dilemme de contact tel que formulé par le thérapeute
Contexte dyadique déficitaire : 10,00 %	$k = 1.0$	« Le fait de devoir diriger ses besoins (de reconnaissance, de validation, etc.), vers ce père dénigrant impliquait, pour l'enfant, de faire l'expérience d'un contact à la fois indispensable et intolérable pour lui. »
Contexte dyadique conflictuel : 0%	$p < 0,5$	
Contexte triadique déficitaire : 0 %	Excellent	
Contexte triadique conflictuel : 90.00%		

Commentaire sur l'utilisation du dilemme de contact : nous sommes cette fois en présence d'une étude de cas où la dimension conflictuelle (triadique) de la pathogenèse domine largement dans le discours du thérapeute qui tente de comprendre le sens et l'origine du trouble de la personnalité d'un client. Or, la formulation du dilemme de contact faite par ce thérapeute respecte les balises proposées par la théorie de la PGRO : elle fait état d'une configuration du contact dans le champ à la fois indispensable et intolérable pour le Self.

Tableau 22

Étude de cas du thérapeute 4
Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires

Répartition des codifications par catégories (%)	Kappa : conclusion statistique	Dilemme de contact tel que formulé par le thérapeute
Contexte dyadique déficitaire : 86.36 %	$k = 0.8370$	« Il est indispensable : Que J. soit vue, et reconnue. Reconnue comme une petite fille qui a besoin d'être câlinée, elle aussi. Qu'elle reçoive cette attention maternelle dont elle a besoin pour se développer harmonieusement. Et intolérable : De ne pas recevoir cette attention : sa mère, dont elle attend l'affection (indispensable), ne la remarque pas, tout occupée à mater ce grand frère, qui de surcroît est turbulent, alors que J. est sage (intolérable). »
Contexte dyadique conflictuel : 0 %	$p < 0,5$	
Contexte triadique déficitaire : 9.09 %	Excellent	
Contexte triadique conflictuel : 4.54 %		

Commentaire sur l'utilisation du dilemme de contact : dans cette étude de cas, nous nous trouvons devant une dominance de la dimension déficitaire (dyadique) dans le discours du thérapeute qui fait état de sa compréhension du sens et de l'origine du trouble de la personnalité de son client. Ici encore, la formulation attendue d'un dilemme de contact n'est pas respectée : on y trouve plutôt une série de besoins, présentés comme « ce qui est indispensable », qui se heurtent à une intolérable absence de réponse de la part de la mère.

Tableau 23

Étude de cas du thérapeute 5
Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires

Répartition des codifications par catégories (%)	Kappa : conclusion statistique	Dilemme de contact tel que formulé par le thérapeute
Contexte dyadique déficitaire : 22.22 %	$k = 0.5091$	« Nous sommes confrontés à un Microchamp Introjecté (MI) formé par un dilemme de contact : la nécessité de se montrer fort pour se faire apprécier, tout en se sentant intérieurement incomplet, dans un environnement où les émotions étaient invalidées tandis que le fait de se montrer fort était récompensé. Cette configuration relationnelle, basée sur une expérience d'enfance récurrente, tend à se remettre en place dans ses relations contemporaines. »
Contexte dyadique conflictuel : 0 %	$p < 0,5$	
Contexte triadique déficitaire : 77.77 %	Modéré	
Contexte triadique conflictuel : 0 %		

Commentaire sur l'utilisation du dilemme de contact : nous sommes ici en présence d'une étude de cas où la dimension déficitaire (dyadique et triadique) de la pathogenèse domine totalement dans le discours du thérapeute qui tente de comprendre le sens et l'origine du trouble de la personnalité d'un client. La formulation du dilemme de contact faite par ce thérapeute diverge de ce qui est proposé par le modèle de la PGRO : aucune allusion n'est faite, dans la description d'une configuration du contact organisme-environnement dans le champ, à un élément éprouvé comment étant à la fois indispensable et intolérable pour la survie par le Self.

Tableau 24

Étude de cas du thérapeute 6
Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires

Répartition des codifications par catégories (%)	Kappa : conclusion statistique	Dilemme de contact tel que formulé par le thérapeute
Contexte dyadique déficitaire : 58.82 %	$k = 0.5380$ $p < 0,5$	Absence de formulation du dilemme de contact.
Contexte dyadique conflictuel : 0%	Modéré	
Contexte triadique déficitaire : 41.18 %		
Contexte triadique conflictuel : 0 %		

Commentaire sur l'utilisation du dilemme de contact : dans cette étude de cas, le thérapeute a rempli toutes les sections du diagnostic structural, à l'exception de celle portant sur « les inférence quant au champ introjecté (CI) », qui contient la notion de dilemme de contact. Pour expliquer sa compréhension du sens et de l'origine du trouble de la personnalité de son client, ce thérapeute passe plutôt par une anamnèse détaillée, mise en lien avec les autres sections du diagnostic structural en PGRO.

Tableau 25

Étude de cas du thérapeute 7
Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires

Répartition des codifications par catégories (%)	Kappa : conclusion statistique	Dilemme de contact tel que formulé par le thérapeute
Contexte dyadique déficitaire : 10.00 %	$k = 0.2857$	Absence de formulation du dilemme de contact.
Contexte dyadique conflictuel : 0%	ns	
Contexte triadique déficitaire : 80.00 %	Très mauvais	
Contexte triadique conflictuel : 10,00 %		

Commentaire sur l'utilisation du dilemme de contact : dans ce cas, le thérapeute a rempli toutes les sections du diagnostic structural, y compris celle portant sur « les inférence quant au champ introjecté (CI) », qui contient la notion de dilemme de contact, mais sans toutefois formuler le dilemme de contact. Pour expliquer sa compréhension du sens et de l'origine du trouble de la personnalité de son client, ce thérapeute passe plutôt par une anamnèse détaillée et mise en rapport avec les autres sections du diagnostic structural en PGRO, ainsi que de multiples inférences sur le champ introjecté (CI) qui mènent à une conclusion générale disant que « c'est l'ensemble des expériences décrites précédemment qui semblent constituer une configuration relationnelle à la fois indispensable et intolérable qui aurait mené à l'établissement d'un Microchamp introjecté (...) ».

Tableau 26

Étude de cas du thérapeute 8
Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires

Répartition des codifications par catégories (%)	Kappa : conclusion statistique	Dilemme de contact tel que formulé par le thérapeute
Contexte dyadique déficitaire : 3.45 %	$k = 0.8193$ $p < 0,5$	Absence de formulation du dilemme de contact.
Contexte dyadique conflictuel : 6.90 %	Excellent	
Contexte triadique déficitaire : 10.34 %		
Contexte triadique conflictuel : 79.31%		

Commentaire sur l'utilisation du dilemme de contact : ici encore, le thérapeute a rempli toutes les sections du diagnostic structural, y compris celle portant sur « les inférence quant au champ introjecté (CI) », qui contient la notion de dilemme de contact, mais sans toutefois formuler le dilemme de contact. Pour expliquer sa compréhension du sens et de l'origine du trouble de la personnalité de son client, ce thérapeute passe plutôt par une anamnèse détaillée et mise en rapport avec les autres sections du diagnostic structural en PGRO, ainsi que des inférences sur le champ introjecté (CI) faite à partir d'une perspective multimodale, incluant des références à des auteurs variés (Delisle, Kernberg, Malher).

Tableau 27

Étude de cas du thérapeute 9
Rappel des résultats, présentation du dilemme de contact et commentaires

Répartition des codifications par catégories (%)	Kappa : conclusion statistique	Dilemme de contact tel que formulé par le thérapeute
Contexte dyadique déficitaire : 37.5 %	$k = 0.7143$	« Ce père alcoolique, schizophrène et sexuellement déviant, était par ailleurs la figure parentale dominante, tant au niveau de la présence auprès de l'enfant que de l'encadrement de celle-ci. L'enfant était davantage en contact avec ce père malade et c'est là le drame : pour se développer, elle a été confrontée à une configuration relationnelle récurrente faite d'un contact à la fois intolérable et indispensable à ce père malade. »
Contexte dyadique conflictuel : 0 %	$p < 0,5$	
Contexte triadique déficitaire : 0 %	Bon	
Contexte triadique conflictuel : 62.5%		

Commentaire sur l'utilisation du dilemme de contact : nous sommes cette fois en présence d'une étude de cas où, dans le discours du thérapeute qui tente de comprendre le sens et l'origine du trouble de la personnalité d'un client, domine la dimension conflictuelle (triadique) de la pathogenèse. Or, la formulation du dilemme de contact faite par ce thérapeute correspond de manière générale aux balises proposées par la théorie de la PGRO : elle fait état d'une configuration du contact dans le champ à la fois indispensable et intolérable pour le Self.

Discussion

Rappel des objectifs de la recherche

Notre recherche concerne une proposition d'ouverture du concept théorique de dilemme de contact, qui constitue la pierre angulaire de la démarche diagnostique et réflexive du travail thérapeutique en PGRO. Notre réflexion trouve sa source dans l'utilisation clinique du concept de dilemme de contact, où nous rencontrons un écueil : dans sa formulation actuelle, il semble mener à des énoncés statiques, qui rendent mieux compte des aspects conflictuels que déficitaires de la pathogenèse. Nous proposons une révision de ce concept afin que les formulations auxquelles il mène permettent davantage la rencontre des enjeux conflictuels et déficitaires de la pathogenèse. Nous souhaitons ainsi fournir aux thérapeutes d'approche PGRO un outil réflexif, s'inscrivant dans la démarche de diagnostic structural propre à ce modèle, où la formulation du dilemme de contact serait plus représentative d'une partie de la réalité clinique. Nous posons la question suivante : lorsque des thérapeutes s'inscrivant dans l'approche de la PGRO tentent d'expliquer leur compréhension de l'origine et du sens de la pathologie de leurs clients, leur discours permet-il de retrouver des éléments contribuant à une vision à la fois porteuse d'éléments conflictuels, déficitaires, dyadiques et triadiques de la pathogenèse? C'est à partir des catégories développées par Karasu (1992, 1995), soit les configurations dyadiques, triadiques, déficitaires et conflictuelles, que nous nous sommes proposé d'explorer cette question. Pour ce faire, nous nous sommes demandé si, chez des thérapeutes pratiquant à partir du modèle de la PGRO et qui acceptent

d'élaborer sur l'histoire de l'un de leurs clients, il serait possible de trouver des éléments se rapportant à chacune de ces catégories. C'est la vérification d'une telle idée qui ouvre la possibilité d'une ouverture du concept de dilemme de contact en PGRO, pour éviter une formulation qui permette de rendre compte de la dimension conflictuelle, mais pas déficitaire, de la pathogenèse et qui ne semble tenir compte que des aspects dyadiques au détriment de la possibilité d'une situation triadique dans l'évaluation structurale actuelle. Le but est d'en arriver à proposer une nouvelle formulation, davantage opérationnelle pour les thérapeutes dans leur démarche diagnostique et d'assimilation du modèle en PGRO. Nous souhaitons permettre aux cliniciens qui ont recours au concept de dilemme de contact d'émettre des hypothèses de sens, quant à l'étiologie du trouble de la personnalité de leur client et leurs manifestations contemporaines, qui rendent compte non seulement des contextes développementaux impliquant une configuration du contact dans le champ où « ce qui est indispensable au développement est aussi vécu comme étant intolérable » (Delisle, 1998), mais aussi de ceux caractérisés par l'intolérable absence de l'indispensable, c'est-à-dire par des déficits faisant entrave à la complétion des enjeux développementaux et pouvant mener au développement de troubles de la personnalité. Notre recherche vise à contribuer à la compréhension clinique des thérapeutes de leurs patients et au développement de leur réflexivité, ainsi qu'à l'enrichissement théorique du modèle de la PGRO.

Retour aux résultats

Nous avons précédemment insisté sur l'idée que notre proposition d'ouverture du concept de dilemme de contact se veut une manière de lui permettre de rendre compte d'une plus large part des réalités cliniques auxquelles est exposé le thérapeute en PGRO. Notre recours à des catégories, qui invitent le clinicien à tenir compte de diverses dimensions de la pathogenèse (soit les contextes dyadiques déficitaires, les contextes dyadiques conflictuels, les contextes triadiques déficitaires et les contextes triadiques conflictuels), se veut un effort pour y parvenir. Or, s'il est couramment admis que l'un des manques inhérent aux différents modèles s'inscrivant dans la perspective existentielle-humaniste concerne le nombre restreint de théories du développement s'inscrivant dans ce courant, le fait de fournir aux thérapeutes en PGRO des balises plus claires pour tenter de saisir les enjeux développementaux de leurs clients se veut à la fois innovateur et pertinent : c'est là un premier apport de notre recherche aux connaissances actuelles. Cela est susceptible d'aider ces thérapeutes, lors de leurs démarches réflexives et diagnostiques, à formuler de meilleures inférences étiologiques, celles-ci trouvant une résonance dans les impasses de contact qui sont reproduites dans les divers champs expérientiels (incluant « l'ici-maintenant » de la relation thérapeutique). Nous avons vu en quoi la PGRO représente un modèle intégratif de la psychothérapie, qui s'appuie sur une ouverture multimodale des différentes hypothèses étiologiques et qui propose au thérapeute de se référer à plusieurs modèles théoriques tout au long de sa démarche réflexive pour élaborer sa compréhension de la pathologie de ses clients. Par conséquent, nous sommes d'avis qu'une telle approche intégrative se doit de porter un éclairage large

sur les facteurs impliqués dans le développement des troubles de la personnalité : une approche multimodale doit aussi se doter d'outils multimodaux. Or, tel que nous l'avons décrit précédemment, ce n'est pas tout à fait ce que nous observons en réalité : la formulation actuelle statique du concept de dilemme de contact, dans sa manière de rendre plus aisément compte de la dimension conflictuelle de la pathogenèse, semble rompre avec l'esprit d'une approche multimodale. Ici encore, nous ne remettons pas en question le fait que le modèle de la PGRO reconnaisse l'impact des déficits sur le développement des troubles de la personnalité : à notre avis, c'est la formulation actuelle du concept de dilemme de contact qui ne permet pas suffisamment d'en rendre compte. Nous croyons donc que notre recherche, en permettant une ouverture du concept de dilemme de contact de manière à reconnaître une plus large part des réalités cliniques et à fournir aux thérapeutes de meilleures balises pour tenter de saisir les enjeux développementaux, contribue à la fois à l'essor de la PGRO et au caractère multimodal de cette approche. Il s'agit pour nous d'une occasion de contribuer à l'actualisation de la théorie propre à la PGRO : la pertinence de ce projet de recherche pour la pratique professionnelle concerne d'abord et avant tout le travail de transmission et d'apprentissage du modèle de la PGRO ainsi que les expériences de supervision dans le cadre de ce modèle. Ce projet représente l'amorce d'une réflexion théorique susceptible d'offrir de nouvelles perspectives à l'application clinique du modèle de la PGRO. Puisqu'à ce jour, il n'existe rien au sein du modèle de la PGRO qui puisse aider les cliniciens à éclairer les reproductions de leurs clients par le biais de meilleures inférences étiologiques, nous croyons qu'il s'avère pertinent d'emprunter aux autres

modèles qui se sont intéressés à cet enjeu tout en veillant à demeurer valables épistémologiquement. Voilà pourquoi la proposition de Karasu nous semble pertinente : elle tend à résister à l'épreuve de la confrontation avec du matériel issu de thérapeutes pratiquant dans cette approche spécifique.

Retour à nos résultats, en lien avec la question de recherche. D'abord, dans le cadre de notre démarche visant la vérification de l'accord interjuge, les résultats que nous avons obtenus aux calculs des Coefficients de Kappa se sont majoritairement avérés statistiquement significatifs. En observant ce qui se dégage des résultats que nous avons obtenus lors de l'analyse de nos données, nous constatons une dominance, dans le récit des différents thérapeutes pour tenter d'expliquer l'origine et le sens du trouble de la personnalité de leur client, des enjeux déficitaires sur les enjeux conflictuels. Sans affirmer que cette tendance soit généralisable, cela met malgré tout en évidence l'importance d'une formulation du dilemme de contact qui permette de rendre compte de ces dimensions. Il semble donc y avoir un écart, d'une part entre les réflexions faites par les thérapeutes de cette approche pour tenter de comprendre l'origine et le sens du trouble de la personnalité de leurs clients, qui peuvent majoritairement se rapporter à la dimension déficitaire de la pathogenèse et, d'autre part, la problématique que nous soulignons dans la formulation actuelle du dilemme de contact et qui concerne sa tendance à rendre mieux compte des enjeux étiologiques conflictuels. Pour tenter de comprendre comment des thérapeutes travaillant à partir d'un concept théorique favorisant l'élaboration conflictuelle en arrivent à des présentations de cas où les

références à la dimension déficitaire de la pathogenèse dominant, nous devons analyser la manière dont chacun fait usage du dilemme de contact. C'est ce que nous avons fait lors de l'analyse de nos résultats, tel que nous en avons fait état dans les tableaux 19 à 27. Or, nous avons pu observer en quoi très peu de thérapeutes respectaient la formulation actuellement proposée pour le dilemme de contact. D'abord, trois (3) des neuf (9) thérapeutes n'ont tout simplement pas eu recours au dilemme de contact pour rendre compte de leur compréhension du sens et de l'origine du trouble de la personnalité de leur client et ce, bien qu'ils se soient prêtés à la démarche de diagnostic structural propre à la PGRO, qui inclue ce concept. Nous avons observé en quoi les deux (2) seules présentations de cas où des thérapeutes ont utilisé le dilemme de contact en respectant sa formulation actuelle, qui décrit une configuration du contact organisme-environnement dans le champ où quelque chose était éprouvé comme à la fois indispensable et intolérable pour la survie, contenaient une majorité d'hypothèses étiologiques se rapportant à la dimension conflictuelle de la pathogenèse (voir les tableaux 21 et 27). Enfin, en ce qui concerne les quatre (4) présentations de cas restantes, nous y avons trouvé une majorité d'inférences étiologiques se rapportant à la dimension déficitaire de la pathogenèse et, dans tous les cas, les formulations du dilemme de contact n'étaient pas conformes aux balises théoriques proposées pour ce concept. Ces observations viennent à notre avis supporter l'idée que nous défendons et selon laquelle le modèle de la PGRO et les thérapeutes de cette approche reconnaissent l'impact des déficits sur le développement des troubles de la personnalité, mais ne peuvent en rendre compte à travers la formulation actuelle du dilemme de contact. Elles

semblent également appuyer le fait que formulation actuelle du dilemme de contact est caduque, en se montrant statique et en menant plus aisément à la reconnaissance de la dimension conflictuelle de la pathogenèse. En revanche, le discours des thérapeutes arrive à contourner cette problématique et permet quant à lui de retrouver une vision clinique plus large : les résultats obtenus indiquent qu'à partir de l'analyse du discours de thérapeutes sur la pathologie de leurs clients, nous avons trouvé des éléments se rapportant à chacune des dimensions qui forment nos catégories : à titre de rappel, les dimensions déficitaire et conflictuelle ont représenté respectivement 60,74 % et 39,26 % des cotations qui ont été faites. Quant à elles, les dimensions dyadique et triadique se partagent respectivement 37,22 % et 62,78 % des cotations. Par conséquent, nos résultats impliquent que l'on pourrait faire des élaborations plus facilement à l'aide de nos quatre catégories que par le biais de la formulation actuelle du dilemme de contact.

Toutefois, nous remarquons qu'il semble toujours y avoir l'une ou l'autre des catégories que nous avons développées qui se trouve sous-représentée dans le discours de chaque thérapeute ayant participé à notre recherche pour rendre compte des facteurs étiologiques en cause dans le développement du trouble de la personnalité de son client. D'une part, nous ne doutons pas que cette observation puisse être le reflet de contextes impliquant qu'il y ait eu, dans le passé développemental d'individus aux prises avec un trouble de la personnalité, une dominance majeure ou une relative absence de l'une ou l'autre des dimensions auxquelles renvoient nos catégories. D'autre part, nous sommes conscients du fait que différents biais perceptuels présents à la fois chez le client (se

rapportant par exemple à un souvenir, une représentation ou une compréhension partielles des enjeux ayant le plus fait obstacle à la complétion de ses enjeux développementaux), chez le thérapeute (impliquant par exemple une sensibilité inégale aux enjeux déficitaires, conflictuels, dyadiques ou triadiques, en lien avec son propre parcours développemental et ses compétences affectives particulières) et chez les juges (en lien avec leur compréhension respective du sens, de l'étendue et des limites de chaque catégories) peuvent avoir mené à une telle sous-représentation de l'une ou l'autre de nos catégories. Ces aspects seront traités davantage ultérieurement, lorsque nous présenterons les limites de notre recherche.

Implications de notre recherche pour la PGRO.

Proposition d'une reformulation du dilemme de contact. Nous arrivons ici à l'aboutissement attendu de notre démarche, soit la proposition d'une nouvelle formulation pour le concept de dilemme de contact en PGRO. À notre avis, le fait de proposer une ouverture de ce concept, en tenant compte de l'ensemble des dimensions représentées par nos quatre catégories d'analyse, offre des perspectives intéressantes à la fois en ce qui concerne la transmission du modèle et la démarche diagnostique et réflexive du thérapeute. Dans le premier cas, lors de l'initiation au modèle de la PGRO ou dans le processus de supervision didactique visant son intégration, le fait d'inviter le thérapeute à identifier, dans le matériel clinique recueilli à travers le processus de l'interaction thérapeutique, des informations se rapportant à chacune de nos catégories d'analyse représente à notre avis un nouvel outil permettant de contribuer au

développement des compétences affectives et réflexives du thérapeute. En effet, si nous croyons que la formation au modèle propre à la PGRO est susceptible d'entraîner une problématique dans laquelle le thérapeute se voit obligé d'intégrer les éléments importants de la pathogenèse dans une formulation qui rend mieux compte de la dimension conflictuelle de la pathogenèse, nous pensons aussi que le fait de proposer aux cliniciens de cette approche une réflexion inspirée de nos catégories pourrait permettre de pallier à ce biais. Le fait d'inviter le clinicien à tenir compte, lors de sa démarche de diagnostic structural, de dimensions plus larges pouvant faire partie de la pathogenèse représente une contribution au développement de ses compétences affectives et réflexives. Par exemple, à l'instar de la démarche proposée dans l'outil de diagnostic structural en PGRO (voir l'appendice 5) demandant au thérapeute de tenter d'identifier à la fois ses réactions contre-transférentielles positives et négatives à l'endroit d'un client ou encore les affects qui semblent émerger le plus et le moins chez ce même client, nous pourrions imaginer un exercice proposant au thérapeute de chercher à reconnaître, parmi toute les informations dont il dispose sur le vécu familial d'un client au cours de son enfance, celles se rapportant à chacune de nos catégories : les contextes dyadiques déficitaires, les contextes dyadiques conflictuels, les contextes triadiques déficitaires et les contextes triadiques conflictuels. Cet exercice, en plus d'offrir le potentiel de corriger cette tendance que nous avons décrite précédemment et où le thérapeute se voit forcé de penser en des termes qui se traduisent mieux par un enjeu conflictuel, au détriment d'autres types d'informations qui ne trouvent pas aisément leur expression, permettrait d'identifier une dominance (la prévalence plus

marquée de l'une ou l'autre des quatre catégories) riche en indications quant aux enjeux ayant fondé la pathologie d'un client donné ; le cas échéant, il deviendrait possible de mettre ces informations en rapport avec les observations du thérapeute relatives aux reproductions d'impasses de contact du client à travers les différents champs expérientiel, dont celui privilégié de la relation thérapeutique. Cette démarche pourrait enfin représenter un outil utile pour explorer la compétence affective du thérapeute, en donnant des indices révélateurs de la sensibilité du thérapeute aux différents enjeux développementaux de son client : ce à quoi il tend à « résonner » et « raisonner » le plus. Il deviendrait ainsi possible, pour le thérapeute, de réfléchir aux sens de ces informations et à la lumière de sa propre trame développementale.

À notre avis, la nouvelle formulation du dilemme de contact doit respecter et s'inscrire dans l'esprit actuel de la démarche de diagnostic structural en PGRO. Nous proposons donc de partir de la formulation actuelle du dilemme de contact dans cet outil diagnostic pour développer notre nouvelle proposition :

« Pouvez-vous imaginer une configuration relationnelle plausible où une expérience aurait été à la fois indispensable et intolérable pour le client ou la cliente et qui aurait pu se solder par une SI, menant à l'établissement d'un MI? » (CIG, 2002).

Partant de cet énoncé, nous proposons l'ouverture suivante : « À la lumière des informations recueillies auprès de votre client sur son vécu développemental et de vos observations concernant les reproductions mises en place par ce dernier à travers les différents champs expérientiels, pouvez-vous imaginer une configuration relationnelle

plausible et récurrente du champ 4, entre le client et ses figures d'attachement primaires, qui se serait soldée par une Situation Inachevée (SI) et aurait entraîné l'établissement d'un Microchamp Introjecté (MI) et où le contact organisme-environnement aurait été caractérisé par l'une ou l'autre des configurations suivantes ? (le cas échéant, décrivez votre compréhension actuelle de cette configuration relationnelle en faisant au besoin des liens avec la manière dont elle tend à se reproduire dans les champs 1-2 et 3) :

- Une configuration dyadique-conflictuelle (impliquant un dilemme insoluble pour le Self où des éléments qui ont teinté de manière répétée le contact figure parentale-enfant se sont avérés simultanément indispensables à sa survie et intolérables pour lui, ce qui a fait obstacle à la complétion des enjeux développementaux).
- Une configuration dyadique-déficitaire (impliquant un dilemme insoluble pour le Self où des éléments qui ont teinté de manière répétée le contact figure parentale-enfant se sont avérés simultanément indispensables à sa survie et inaccessibles, ce qui a fait obstacle à la complétion des enjeux développementaux).
- Une configuration triadique conflictuelle (impliquant un dilemme insoluble pour le Self où des éléments qui ont teinté de manière répétée le contact père-mère-enfant se sont avérés simultanément indispensables à sa survie et intolérables pour lui, ce qui a fait obstacle à la complétion des enjeux développementaux).

- Une configuration triadique déficitaire (impliquant un dilemme insoluble pour le Self où des éléments qui ont teinté de manière répétée le contact mère-enfant se sont avérés simultanément indispensables à sa survie et inaccessibles, ce qui a fait obstacle à la complétion des enjeux développementaux). »

Tel que nous venons de le voir, l'une des premières implications de notre recherche pour l'univers théorico-clinique de la PGRO concerne l'apport, au concept de dilemme de contact, de balises mieux définies et manifestement plus ouvertes pour favoriser la possibilité d'élaboration sur mesure, afin de favoriser une meilleure adéquation entre les formulations qui en découlent et les enjeux cliniques et développementaux dont elles cherchent à rendre compte. Par ailleurs, le fait de proposer une reformulation du dilemme de contact implique évidemment des conséquences sur la formation des thérapeutes en PGRO. Nous pensons ici à la possibilité d'une révision du programme de formation dispensé au CIG, notamment le volet concernant l'évaluation diagnostique et structurale propre au modèle de la PGRO. En effet, si nous sommes d'avis que la formation des thérapeutes au modèle propre à la PGRO est susceptible d'entraîner un biais conflictuel, lié à la formulation actuelle du dilemme de contact, nous croyons aussi que le fait de proposer aux cliniciens de cette approche une réflexion inspirée de nos catégories pourrait permettre de pallier à ce biais.

Les limites de notre recherche

Avant de procéder à l'analyse des limites de notre recherche, nous souhaitons souligner ce qui nous apparaît l'une des plus grandes forces de celle-ci. Nous savons déjà comment cette recherche représente un effort de contribution à la PGRO, en offrant une proposition visant à pallier à une limite théorique que nous observons dans ce modèle. Tout au long de notre démarche, nous avons procédé à partir du discours spontané de différents thérapeutes, qui rendaient compte de leur travail clinique et de leurs réflexions personnelles sur le sens et l'origine de la pathologie d'un client. La recherche semble donc avoir une certaine validité écologique, en ce sens qu'elle prend appui sur le discours de vrais thérapeutes pratiquant dans cette approche et portant sur de vrais clients rencontrés dans leur véritable pratique. Sans avoir recours à des manipulations expérimentales, nous sommes allés au plus près du travail clinique. Nous rappelons ici que les thérapeutes participants étaient tous des cliniciens en exercice, membres d'un ordre professionnel reconnu pour la pratique de la psychothérapie. Puisque que nous n'avons nullement cherché à forcer ou orienter le matériel qui nous a été fourni et qui a été soumis à notre analyse dans une direction particulière, nous croyons que notre recherche se veut une étude naturaliste, présentant un niveau appréciable de validité écologique.

Les limites de notre méthode. En premier lieu, nous rappelons qu'il nous a été difficile de pouvoir compter sur la participation volontaire de thérapeutes à notre recherche. Malgré une sollicitation vaste de notre part (nous avons communiqué avec

chacun des thérapeutes inscrits au bottin de référence du CIG), nous n'avons obtenu que neuf réponses favorables. À cet effet, nous sommes conscients que l'étroitesse de notre échantillon vient limiter la possibilité d'une généralisation de nos résultats.

Nous croyons que le recours à nos catégories implique un certain risque, celui d'enfermer des termes dans une conception théorique particulière, ce qui pourrait causer une surreprésentation ou une sous-représentation de certaines catégories. Ces termes ne représentent pas des catégories discrètes, dotées d'une définition pouvant jouir d'un certain consensus à travers les différents courants et approches de la psychothérapie. À titre d'exemple, la notion de conflit tend à prendre un sens différent à travers les différents courants théoriques, allant d'une réalité relationnelle externe (p.ex., le conflit interpersonnel, tel que pourrait en rendre compte un thérapeute d'orientation systémique-interactionnelle), vers une dimension intrapsychique interne (p.ex., le conflit intrapsychique, tel que pourrait en rendre compte un thérapeute d'orientation psychodynamique-analytique), en passant par un amalgame des deux (p.ex., le conflit propre à un dilemme de contact, concernant à la fois l'espace intersubjectif de la relation interpersonnelle et son corolaire intrapsychique, tel que pourrait en rendre compte un thérapeute d'orientation humaniste-existentielle). Ainsi, le fait que nos catégories ne soient pas désignées par des termes possédant une définition et un sens propres et qu'elles ne soient pas mutuellement exclusives entre elles représente un certain risque, notamment pour les exercices de codification et d'accord interjuge auxquels nous nous sommes prêtés. Nous croyons que cette limite a pu influencer notre démarche d'accord

interjuge, en faisant varier la compréhension du sens de nos catégories d'un juge à l'autre. Malgré des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion de nos catégories, elles ne sont pas pour autant mutuellement exclusives et tous ne portent pas la même définition de ce qui est « dyadique », « triadique », « conflictuel » et « déficitaire ». Nous croyons que cette lacune, liée à l'utilisation de nos catégories, est en partie responsable du fait que la conclusion statistique que nous avons obtenue lors du calcul des Coefficients de Kappa pour les études de cas des thérapeutes 5, 6 et 7 s'est avérée modérée ou non significative. En effet, dans le processus d'accord interjuge, il a pu apparaître un flou entre les concepts « dyadique » et « triadique ». Nous avons vu en quoi le modèle de la PGRO propose une ouverture multimodale permettant et encourageant le recours à plusieurs univers théorico-cliniques dans les réflexions du thérapeute sur le sens de l'expérience et des difficultés de son client. Or, nous avons constaté en quoi la perspective théorique à laquelle on se réfère de manière spontanée lors de l'observation des données d'analyse semble influencer à la fois la perception et la compréhension des réalités cliniques et des catégories utilisées pour les classer. Il faut comprendre ici que le fait que les deux juges soient d'approche PGRO n'est pas un gage de protection parfait contre ce biais, notamment en raison de l'ouverture multimodale de cette approche qui les invite à des références, à travers leur processus réflexif, à différents auteurs, modèles, théories, etc. À titre d'exemple, dans un univers théorique « winnicottien », ne pourrions-nous pas avancer l'idée qu'un homme n'est pas toujours un homme, mais parfois aussi la condensation de la mère en la personne du père? Ou encore, dans un univers théorique « kernbergien », ne serait-il pas tentant de conclure

que les enjeux liés au surmoi renvoient davantage au contexte dyadique mère-enfant? Dans le même ordre d'idées, il est possible qu'un tel flou ait pu se manifester en lien avec les concepts « déficitaire » et « conflictuel » : l'un des juges ayant davantage interprété le matériel à l'étude sous l'angle des déficits pathogéniques et l'autre, en référant aux conflits internes générés par ces déficits. Bref, il faut se mettre en garde contre l'emploi de catégories étroites et possiblement limitatives, qui font émerger les divergences perceptuelles, interprétatives et réflexives de chacun. Nous maintenons toutefois l'idée que le recours à nos quatre catégories demeure un exercice pertinent qui permet possiblement de contourner la tendance, que nous décrivons dans la formulation actuelle du dilemme de contact, à mieux reconnaître les enjeux conflictuel.

Enfin, si nous savons que le choix d'une méthode découle de l'objet de recherche en cause et que c'est la méthode qui se doit d'être au service de la question, en revanche, nous croyons qu'il n'existe pas de méthode parfaite pour le genre de question que nous cherchons à éclairer. En ce sens, notre méthode ne reproduit pas une analyse qualitative pure : elle est plutôt inspirée de différents outils et son caractère mixte peut en soit impliquer une limite.

Limites liées à l'interprétation de notre recherche. D'abord, notre centration sur les limites du concept de dilemme de contact pourrait suggérer à tort l'idée que la théorie propre à la PGRO ne reconnaît nullement l'impact des déficits sur le développement. Bien que nous ayons tenté d'éviter cette inférence en précisant en quoi c'est à la

formulation actuelle du concept de dilemme de contact que nous nous intéressons et non à la reconnaissance des déficits en PGRO, cette nuance pourrait être la source d'une certaine confusion chez d'éventuels lecteurs. Notre désir de préciser le concept de dilemme de contact est de nature à susciter un débat sur le sens même de la création de ce concept et sur la manière de l'utiliser : certains diront que le concept de dilemme de contact a volontairement été élaboré sans balises précises quant à la manière de le formuler, car il ne peut être considéré que dans l'esprit d'une démarche herméneutique dans laquelle il appartient au thérapeute de chercher avec son client le sens permettant de préciser les particularités du dilemme de contact de celui-ci et d'en faire une formulation appropriée pour son cas singulier. D'autres rappelleront en quoi nous ne sommes pas toujours en présence de notre client lorsque nous réfléchissons au sens de l'expérience de celui-ci et que, tel que le propose l'exercice du diagnostic structural (voir l'appendice 5) en PGRO, le thérapeute est parfois appelé à imaginer par lui-même la voie qui a menée au développement du trouble de la personnalité de son client. Ainsi, là où nous cherchons à prémunir le thérapeute contre le risque de négliger l'impact des enjeux déficitaires sur le développement de son client, d'autres y verront un piège où la recherche de balises précisant la formulation du dilemme de contact risque d'éloigner le thérapeute d'une position de confusion créatrice propice à la recherche du sens unique de l'expérience de son client. Cela nous met en garde contre le risque qu'une démarche visant à opérationnaliser un concept ne devienne un modèle réductionniste limitant la liberté réflexive. Par ailleurs, notre proposition de replacer le dilemme de contact sur un continuum allant des relations précoces et dyadiques figure parentale-enfant vers les

relations triangulées et plus tardives incluant la mère, le père et l'enfant pourrait suggérer, encore à tort, que la PGRO ignore les expériences marquantes du tout début de la vie d'un enfant. Pourtant, la théorie de la PGRO définit bien la présence d'enjeux développementaux précoces et ayant un impact déterminant sur le développement normal ou pathologique : à titre d'exemple, les écrits de Delisle (2004) sur les enjeux d'attachement sont riches de précisions à cet effet. Par conséquent, il faut être vigilant et articuler notre propos de manière nuancée pour éviter que les distinctions entre des enjeux dyadiques et triadiques ne soient comprises comme un manque important à la théorie de la PGRO par d'éventuels lecteurs. Quant à lui, le recours aux quatre catégories que nous avons utilisées pour procéder à la codification et à l'analyse de nos données pourrait également induire un biais dans la compréhension de notre démarche : celui selon lequel notre intérêt réside davantage dans la recherche des causes de la pathologie, au détriment de la recherche du sens de l'expérience. Il faut se mettre en garde contre l'erreur de supposer un lien causal direct entre les expériences de l'enfance et la pathologie ultérieure de la personnalité. À cet effet, Delisle (2004) précise comment la pathologie de la personnalité se veut la conséquence d'un manque de parachèvement de l'un ou plusieurs enjeux développementaux, mais que cette trame du développement concerne la rencontre de multiples facteurs de risque et de résilience à la fois chez l'individu et dans son environnement. Enfin, la démarche de codification de nos données impliquait avant tout de repérer, dans l'ensemble de nos études de cas, des extraits présentant la compréhension des auteurs-thérapeutes quant à l'étiologie du trouble de la personnalité de leur client. Ces passages pouvaient prendre différentes formes : par

exemple, la description d'un événement traumatisant, des caractéristiques liées aux parents, des informations sur les interactions entre l'enfant et ses parents, des inférences étiologiques sur les facteurs pathogènes en cause, etc. Or, cette démarche pourrait laisser croire à tort que les troubles de la personnalité se fondent sur des événements uniques et ayant eu lieu dans la réalité externe de l'enfant. Pour comprendre le sens de notre réflexion et de notre démarche, il faut postuler que les extraits retenus lors de la codification de nos données à l'aide de nos quatre catégories concernent des événements qui représentent autant de prototypes représentatifs d'un climat stable, impliquant la récurrence des situations en jeu, et formant un contexte développemental particulier (incluant son corollaire intrapsychique).

Pistes de recherche futures.

Parmi les pistes de recherche futures que nous envisageons, l'une concerne la possibilité de changer davantage l'orientation théorique du concept de dilemme de contact en PGRO. Nous avons exploré plus tôt les limites que nous rencontrons dans l'utilisation de ce concept : nous avons vu en quoi la formulation du concept de dilemme de contact, tel qu'elle est proposée actuellement, est statique et limitée et que cela est particulièrement saillant lorsqu'il s'agit d'éclairer la notion de déficit. L'une des voies qui nous semble représenter une issue possible à cette limite consiste à changer l'orientation du dilemme de contact, pour lui permettre de mieux rendre compte de la notion de figure-fond dans l'espace relationnel. Puisque la notion de figure-fond représente l'un des concepts fondamentaux de la Gestalt-thérapie, constituant elle-même

l'une des bases théoriques de la PGRO, elle est par conséquent théoriquement compatible avec la PGRO. Selon la Gestal-thérapie (Pearls et al., 1951), l'individu ne peut être abordé séparément de son environnement et ce sont les opérations (ou le contact) qui les lient l'un à l'autre qui forment le centre d'intérêt de cette approche. À travers les opérations de contact organisme-environnement, c'est le Self qui organise les rapports entre ce qui apparaît en figure et ce qui représente le fond. La Gestalt conçoit notamment la conscience comme l'aptitude de l'individu à être en contact avec le champ, qui inclut à la fois la figure et le fond : elle est le processus continu d'ajustement créateur entre l'individu et son environnement, à travers le contact qui les lie (Pearls et al., 1951). Or, notre recherche représente l'amorce d'une démarche qui nous apparaît pertinente à poursuivre et dans laquelle l'accent pourrait être mis sur la notion de figure-fond dans l'espace relationnel. Le thérapeute, dans sa démarche réflexive et à travers ce qu'il observe des reproductions de son client à la fois dans les relations contemporaines de celui-ci et au sein de la relation thérapeutique, pourrait chercher à identifier ce qui semble en figure dans le champ expérientiel : est-ce le conflit ou le déficit ? Dans une perspective dyadique ou triadique ? Nous savons bien que les éléments du fond du champ peuvent émerger et qu'il n'est pas rare en thérapie d'assister à un renversement figure-fond. Une nouvelle formulation du dilemme de contact pourrait rendre compte de cet état de chose en éclairant ce qui est saillant, sans pour autant négliger ce qui demeure dans le fond du champ. Cela pourrait aider à faire en sorte que le dilemme de contact ne soit pas une notion statique, en lui permettant d'être continuellement révisé afin de savoir ce qui est en figure chez le client. Si notre recherche invite le thérapeute à tenir

compte d'une plus large gamme de dimensions lors de l'évaluation des clients et à travers la démarche réflexive du thérapeute, à l'aide du recours à nos catégories (les configurations dyadiques, triadiques, déficitaires et conflictuelles), cette piste de recherche implique un pas supplémentaire vers une formulation du dilemme de contact qui soit dynamique et souple.

De cette première piste de recherche en découle une seconde : ce désir de doter le concept de dilemme de contact d'une formulation le rendant plus souple et dynamique, de manière à pouvoir en faire une utilisation adaptée à la fois à l'expérience singulière des clients et aux manifestations des reproductions qui tendent à être mises en place par ceux-ci dans les différents champs expérientiels, ouvre sur l'idée de bonifier la démarche de diagnostic structural en PGRO (et donc le dilemme de contact) en lui permettant de rendre aussi compte de l'évolution des clients en cours de thérapie. Comme tout modèle thérapeutique rigoureux, la PGRO reconnaît l'importance de suivre l'évolution du client en cours de thérapie. À titre d'exemple, la PGRO se montre particulièrement sensible au fait d'établir les objectifs thérapeutiques et la direction du changement à atteindre en fonction de ce qui semble souhaitable et atteignable de manière spécifique pour chaque client et dans le cadre de chaque démarche thérapeutique : elle propose ainsi un continuum, dans le traitement des troubles de la personnalité, où le thérapeute est appelé à s'adapter, en fonction du rythme particulier de l'évolution d'un client donné, à cinq niveaux d'objectifs thérapeutiques (Delisle, 1998). Si cette démarche suppose bien sûr, de la part du thérapeute, une sensibilité à l'évolution du client, en revanche, elle offre

peu de repères explicites permettant de repérer les manifestations de cette évolution. C'est pourquoi nous proposons, pour l'enrichissement du concept de dilemme de contact, l'intégration d'une perspective capable de reconnaître davantage ces indices de changement. Pour ce faire, nous trouvons dans les travaux de Luborsky et de ses collaborateurs (1986, 1998) sur le « Core conflictual Relation Theme » (CCRT), une source d'inspiration intéressante et ce, à deux différents niveaux : d'une part, pour le développement d'une approche davantage intersubjective et, d'autre part, pour mieux mesurer l'évolution des clients en thérapie. Le CCRT a été défini comme un outil de mesure des phénomènes transférentiels qui permet d'identifier les dynamiques centrales (scénarios ou schémas) que les gens reproduisent à travers leurs relations interpersonnelles (Rosbrow, 1995). Pour développer cet instrument, Luborsky s'est intéressé aux aspects récurrents du discours des patients, lors de leurs séances de psychothérapie, à travers la description qu'ils font de leurs interactions avec les autres (Rosbrow, 1995). La méthode du CCRT repose sur l'analyse que fait le clinicien des propos d'un patient et ce, à partir de l'identification de trois types d'affirmations que ce patient fait à propos de lui-même et des autres (Mitchell, 1995) : celles concernant ses désirs (incluant ses besoins et ses intentions), celles concernant les réponses des autres à ces désirs et celles concernant les réactions du patient aux réponses des autres (Luborsky & Crits-Christoph, 1998). Dès lors, des « épisodes relationnels », ou segment d'une session de psychothérapie dans laquelle le patient fait une description claire de ses relations avec les autres, sont identifiés par le biais de l'analyse de verbatims (Luborsky & Crits-Christoph, 1998). Lorsque des aspects d'épisodes relationnels semblent

récurrents, ils sont alors analysés afin de déterminer le désir, besoin ou intention du patient, les réponses des autres et les réactions du patient à ces réponses (Luborsky & Crits-Christoph, 1998). Des distinctions sont établies entre les réponses négatives (celles qui impliquent que le patient anticipe ou vive une frustration quant à la satisfaction de son désir) et les réponses positives (celles qui impliquent que le patient anticipe ou vive une expérience de satisfaction de son désir) (Luborsky & Crits-Christoph 1998). Ainsi, un thérapeute qui intègre le CCRT à sa pratique est appelé à repérer un thème relationnel central à travers les interactions de son patient. L'identification de ce thème et sa formulation explicite pose un point de repère distinct sur la nature des enjeux reproduits par ce patient. Or, puisque le thérapeute est invité à prendre cette mesure à différents moments de la démarche thérapeutique, il devient dès lors possible d'identifier les modifications au thème relationnel central d'un patient : lorsque ce thème relationnel central se modifie, le thérapeute obtient l'indice d'une évolution chez le patient. Par conséquent, cette façon propre au CCRT, dans sa démarche visant à identifier des épisodes relationnels récurrents chez un patient, de tenir compte des changements dans le thème relationnel central d'un patient, nous semble une source d'inspiration vers le développement d'une démarche diagnostique et réflexive plus apte à rendre compte de l'évolution des clients en PGRO. Le CCRT, en tenant compte à la fois des besoins d'un individu, des réponses des autres à ces besoins et des réponses de l'individu aux réponses venant des autres, nous apparaît comme une source possible d'inspiration pour l'intégration d'une toute nouvelle perspective davantage intersubjective au dilemme de contact.

Enfin, les pistes de recherche futures susceptibles de donner suite à notre recherche devraient inclure des moyens de soumettre notre proposition de reformulation du dilemme de contact en PGRO à l'expérience de différents thérapeutes et ce, notamment dans deux contextes : d'abord, dans le domaine clinique, nous imaginons la possibilité de proposer notre reformulation du dilemme de contact à des thérapeutes en PGRO pratiquant la thérapie de groupe en milieu hospitalier. À titre d'exemple, la *Clinique des troubles anxieux et de l'humeur réfractaires et des troubles de la personnalité de l'hôpital Louis-H.-Lafontaine* de Montréal est notamment dirigée par des thérapeutes (psychologues et psychiatres) d'approche PGRO. Puisque les modalités de traitements incluent des sessions de thérapie de groupe, ce milieu pourrait représenter une occasion de vérifier si les hypothèses génétiques faites à partir de l'utilisation de notre nouvelle formulation du dilemme de contact peuvent être retracées à travers les reproductions observables mises en place par les clients au sein du groupe de thérapie (donc avec les thérapeutes et entre les membres du groupe). Ensuite, nous croyons que notre proposition de reformulation du dilemme de contact en PGRO gagnerait à être soumise à l'épreuve de l'enseignement et de la transmission du modèle de la PGRO. Par exemple, en intégrant la nouvelle proposition de formulation du dilemme de contact au programme d'enseignement du CIG, dans une cohorte de thérapeute s'initiant au modèle, il deviendrait possible de vérifier si elle aide ces derniers à mieux utiliser le concept à travers l'ensemble de leur démarche réflexive. Il serait alors possible d'établir des comparaisons entre l'expérience des thérapeutes de cette cohorte et celle de thérapeutes ayant été formée au modèle à partir de la formulation d'origine du dilemme

de contact. En soumettant ainsi notre nouvelle formulation du dilemme de contact à l'expérience de thérapeutes dans des contextes variés, nous ouvririons la voie vers une éventuelle démarche de validation de notre recherche : cela nous rapprocherait de la possibilité de vérifier dans quelle mesure les résultats auxquels nous sommes arrivés correspondent à la nature de ce que nous cherchons à cerner.

Conclusion

Cette recherche se veut un effort pour participer au développement de l'univers théorique et clinique de la PGRO, déjà riche et jouissant d'un rayonnement respectable. De manière plus spécifique, notre réflexion propose une ouverture du concept de dilemme de contact en PGRO pour lui offrir une formulation capable de reconnaître de manière plus représentative de la réalité clinique les enjeux déficitaires, conflictuels, dyadiques et triadiques impliqués dans développement des troubles de la personnalité. Nous croyons que l'ensemble de nos réflexions théoriques et de notre démarche méthodologique comporte des implications pouvant venir éclairer les défis posés par la transmission et l'apprentissage du modèle théorique propre à la PGRO. Rappelons ici deux principaux constats : d'une part, lorsque l'on explore le discours de thérapeutes, dont la pratique s'inscrit dans le courant de la PGRO, lorsqu'ils expliquent leur compréhension quant à l'origine et au sens du trouble de la personnalité d'un de leurs clients, il semble y avoir un décalage entre la formulation actuelle du concept de dilemme de contact et les réalités qu'ils cherchent à rendre compte. Par ce qu'on appelle l'ouverture multimodale, la PGRO jouit d'un recul qui lui permet d'apprécier les diverses théories du développement pour leur valeur intrinsèque, sans être trop entravé par des considérations d'école ou d'appartenance institutionnelle. Or, si l'univers théorique de la PGRO permet une réflexion à la fois vaste et profonde sur le sens des carences développementales qui contribuent à la pathologie de la personnalité, en

revanche, son recours au concept de dilemme de contact, dans sa formulation actuelle, ne rend pas justice à cette richesse réflexive. À notre avis, l'ouverture du concept de dilemme de contact représente une proposition qui s'avère cohérente avec l'approche intégrative de la PGRO.

D'autre part, la PGRO favorise de bonnes conditions pour engager la co-construction du sens de l'expérience singulière du client, par son ouverture à des hypothèses étiologiques variées et complémentaires. Toutefois, si c'est à travers ce processus de reconnaissance, propre au dialogue herméneutique, que se déploie toute la profondeur et la portée du processus thérapeutique, il est invariablement accompagné d'une démarche réflexive où le thérapeute tente d'articuler sa compréhension du sens de la pathologie de son client. Cette démarche est particulièrement explicite dans l'espace réflexif propre à la supervision clinique et didactique ou lors de l'apprentissage du modèle théorique propre à la PGRO : lorsque l'on tente d'intégrer ce modèle, d'accompagner un thérapeute à le faire, ou d'y avoir recours pour baliser notre processus réflexif, on est à même de constater la difficulté posée par la formulation actuelle du dilemme de contact, en lien avec la reconnaissance à la fois des enjeux déficitaires et conflictuels de la pathogenèse. Or, nous croyons que le fait d'inviter un thérapeute à replacer dans chacune de nos catégories d'analyse (les catégories «contexte dyadique déficitaire», «contexte dyadique conflictuel», «contexte triadique déficitaire» et «contexte triadique conflictuel») les informations qu'il recueille à travers ses interactions avec son client présente des pistes pouvant servir à l'élaboration d'un nouvel outil didactique,

susceptible de contribuer au développement des compétences affectives et réflexives du thérapeute. Ces informations pourront également enrichir la reconnaissance d'affinités thématiques dans des univers comportant des dimensions dyadiques et triadiques ainsi que des composantes conflictuelles et déficitaires. Ce n'est donc pas que la notion de dilemme de contact qui se voit ainsi bonifiée, mais la démarche même d'identification des affinités thématiques interchamps telle que proposée en PGRO. Nous avons proposé une nouvelle formulation au dilemme de contact qui nous semble posséder des balises mieux définies et manifestement plus ouvertes pour favoriser la possibilité d'élaborations sur mesure, afin de favoriser une meilleure adéquation entre les formulations qui en découlent et les enjeux cliniques et développementaux dont elles cherchent à rendre compte. Nous sommes déjà à poursuivre notre réflexion, à travers une perspective intégrative visant à pallier au caractère dichotomique que présente le recours à une classification catégorielle telle que l'implique notre méthodologie actuelle, pour cheminer davantage dans notre projet d'actualisation et d'enrichissement théorique de la PGRO. Après tout, si les enjeux dont cherchent à rendre compte les catégories sur lesquelles nous appuyons notre proposition de reformulation du dilemme de contact font partie des facteurs ayant contribué au développement du trouble de la personnalité de certaines personnes, il n'en demeure pas moins que dans l'esprit de ces dernières, ils existent de manière unifiée. Cela nous rappelle le message de Delisle (2001), qui invite le thérapeute à se présenter au client dans un sentiment d'ouverture à sa complexité et à sa singularité expérientielle.

Références

- Abraham, K. (1927). Notes on the psycho-analytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions.
- Allen, J., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. London : American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi & M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- Assemblée Nationale du Québec, (2009). Projet de loi no. 21 (chapitre 28) : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Québec : Éditeurs officiels du Québec.
- Bachelor, A., & Joshi, P., (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based Treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bégin, J. (2012). Le diable de la statmanie. Document consulté le 03 mars 2012 de <http://www.er.uqam.ca/nobel/r3o574>.
- Bergeri, I., Michel, R., & Boutin, J.-P. (2002). Pour tout savoir ou presque sur le Coefficient de Kappa. *Médecine Tropicale*, 62, 634-636.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. Dans P. Greenacre (Éd.), *Affective Disorders*, New York: International Universities Press.
- Bouchard, M. A., Delorme, G. (1987). La Gestalt thérapie et les autres écoles : complémentarité clinique et perspective de développement, dans Lecompte, C., Castonguay, L. G. (1987). *Rapprochement et intégration en psychothérapie*. Gaetan Morin Éditeur. Montréal.
- Bouchard, M. A. (1990). *De la phénoménologie à la psychanalyse*. Pierre Mardaga, Éditeur. Bruxelles.

- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: (Vol.3) Loss: Sadness and depression. New York: Basics Books.
- Burgalières, R. (1992). La Gestalt thérapie et la théorie des relations d'objet. *La Revue Québécoise de Gestalt*. Les Éditions du CIG. Montréal.
- Centre d'intégration gestaltiste (2002). *Fiche d'ouverture de dossier, évaluation structurale et multiaxiale*. Document inédit.
- Centre d'intégration gestaltiste (2011). *Le CIG et la formation professionnelle à la psychothérapie : cahier d'information à l'intention des candidats*. Document inédit.
- Clausen, J. (1966). Ability structure and subgroups in mental retardation. Oxford, England: Spartan Books.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 27-46.
- Crockenberg, S. (1985). Toddler's reaction to maternal anger. *Merrill-Palmer Quarterly*, 31, 361-373.
- Cummings, J. S., Pellegrini, D. S., Notarius, C. I. & Cummings, E. M. (1989). Children's responses to angry adults as a function of marital distress and history of interparent hostility. *Child Development*, 60, 1035-1043.
- DeKosky, S. T., Nonneman, A. J. & Scheff, S. W. (1982). Morphologic and behavioral effects of perinatal glucocorticoid administration. *Physiology and Behavior*, 29, 895-900.
- Delisle, G. (1993). *Les troubles de la personnalité, perspective gestaltiste*. Montréal : Les Éditions du Reflet
- Delisle, G. (1998). La relation d'objet en Gestalt thérapie. Montréal : Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2001). Vers une psychothérapie du lien. Montréal : Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2004). Les pathologies de la personnalité : Perspectives développementales. Montréal : Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2007). Une neurodynamique du self en dialogue thérapeutique. *Revue Québécoise de Gestalt*, 10, 111-137.

- Drault, É. et Gravouil, J. F. (2004). *La réparation en psychothérapie : un paradoxe ?* Roubaix : Les Éditions du Champ G.
- Dunn, J. (1996). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1995. Children's relationships: Bridging the divide between cognitive and social development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 507-518.
- Dunn, J., Deater-Deckard, K., Pickering, K. & Golding, J. (1999). Siblings, parents, and partners: family relationships within a longitudinal community study. ALSPAC study team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1025-1037.
- Egeland, B. (1997). Mediators of the effects of child maltreatment on developmental adaptation in adolescence.
- Erikson M. F. & Egeland, B. (1996). Child Neglect. In *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Edited by Briere J, Berliner L, Bulkley J A, et al., Thousand Oaks, CA, Sage, pp. 4-20.
- Emde, R., Kubicek, L, & Oppenheim, D. (1997). Imaginative reality observed during early language development. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 115-133.
- Emde, R. N. (1989). The infant's relationship experience: Developmental and affective aspects.
- Emery, R. E. (1982). Interparental conflict and the children discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92, 310-330.
- Fairbairn, W. R. D. (1954). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. Basic Books, New York.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: WW Norton.
- Ferri, E. (1976). *Growing up in a one-parent family*. Slough, England: NFER.
- Fonagy, P. (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal*, 24, 212-239
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2006). Mechanism of change in mentalization based treatment of borderline personality disorder. *Journal of clinical Psychology*, 62, 411-430.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York, Other Press.
- Fonagy P., Luyten, P, Bateman, A., Gergely, G., Strathearn, L., Target, M., Allison, E. (2010). *Attachment and Personality PAtiology*.
- Fonagy P., & Target, M. (1997). Attachment and reflexive function: Their role in self-organisation. *Dev Psychopathol*, *9*, 679-700.
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). The place of psychodynamic theory in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, *12*, 407-425.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine.
- Gero, G. (1936). The construction of depression. *International Journal of Psychoanalysis*, *17*, 423-461.
- Glaser, B. G., & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine.
- Horton, P. C. (1995). The comforting substrate and the right brain. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *59*, 480-486.
- Jacobson, E. (1953). *Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression*.
- Jacobson, E. (1971). *Depression*. New York: International Universities Press.
- Johnson, J. G., Smailes, E. M., Cohen, P., Brown, J., & Bernstein, D. P. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: Findings of a community-based longitudinal study. *Journal of Personality Disorders*, *14*, 171-187.
- Karasu, B. T. (1992). Developmentalist metatheory of depression and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *46*, 37-49.
- Karasu, B. T. (1995). Conflict and deficit: Toward an integrative vision of the self. *American Journal of Psychoanalysis* *55*(3):279-288.
- Kathol, R. G., Jaeckle, R. S., Lopez, J. F., & Meller, W. H. (1989). Pathophysiology of HPA axis abnormalities in patients with major depression: An update. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 311-137.

- Kernberg, O. F. (1988). Interview with the developer of an object relations psychoanalytic therapy for borderline personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 52 (2) Spring.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders.
- Klein, M. (1945). A contribution to the psychopathogenesis of manic-depressive states.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1978a). Forms and transformations of narcissism.
- Kohut, H. (1978b). Thoughts on narcissism and narcissistic rage.
- Kohut, H. (1981). On empathy.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Landis, J. R., Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Lavoie, A. M. (2007). *Le relogement en centre d'hébergement d'un proche atteint de problèmes cognitifs : l'expérience des épouses et des filles*. Université du Québec à Trois-Rivières, document inédit.
- Legerstee, M., & Varghese, J. (2001). The role of maternal affect mirroring on social expectancies in 2-3 month-old infants. *Child Development*, 72, 1301-1313.
- Livesley, W. J., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (2003). Genetic basis of personality structure.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding Transference: The core conflictual relationship theme method*. (2e éd.). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., & Mellon, J. (1986). Advent of Objective Measures of the Transference Concept. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 39-47.
- Maccoby, E. & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction.

- Mahrer, A. R. (1989). *The integration of psychotherapies*. Human Sciences Press.
- Main, M., and Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern : Procedures, findings and implications for the classification of behaviour. In T. B. Brazelton and M. W. Yogman (Éds), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ : Ablex.
- Milligan, K., Atkinson, L., Trhub, S. E., Benoit, D., & Poulton, L. (2003). Maternal attachment and the communication of emotion through song. *Infant behavior and Development*, 26, 1-13.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S & Ramnath, R. (2000). *Personality Disorders in Modern Life*. New York: John Wiley and Sons.
- Millon, T. (1987). On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: A social learning thesis. *Journal of Personality Disorders*, 1, 354-372.
- Miron, J. M. (2004). La théorisation ancrée. Université de Sherbrooke, document inédit.
- Miron, J. M. (2008) : Université de Sherbrooke, document inédit.
- Mitchell, R. W. (1993). Mental models of mirror self-recognition: Two theories. *New ideas in Psychology*, 11, 295-325.
- Mitchell, J. (1995). Coherence of the Relationship Theme : An extension of Luborsky's Core Conflictual Relationship Theme Method. *Psychoanalytic Psychology*, 12(4), 495-512.
- Olivier, C. (1994). *Le fils d'Oreste ou la place du père*. Flammarion. Paris.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Paillé, P., & Mucchielli A. (2005) *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin, Paris.
- Parent, V. (2012) Université de Sherbrooke : communications personnelles.
- Pearls, F. S., Hefferline, R. & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy : Excitement and Growth in the Human Personality*. Julian Press. New York.
- Rado, S. (1928). The problem of melancholia. *International Journal of Psycho-analysis*, 9, 420-438.

- Rosbrow, T. (1995). Understanding Transference: The CCRT Method Review. *Psychoanalytic Psychology*, 12(4), 607-610.
- Rotenberg, V. S. (1995). Right hemisphere insufficiency and illness in the context of search activity concept. *Dynamic Psychiatry*, 150/151, 54-63.
- Rubens, R. L. (1984). The meaning of structure in Fairbairn. *International Review of Psycho-Analysis*, 11, 429-440.
- Rutter, M., & Giller, H. (1983). *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. Hammondsworth, England: Penguin.
- Sandler, J., & Joffee, W. G. (1965). Notes on childhood depression. *International Journal of Psychoanalysis*, 46, 88-96.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schore, A. N. (2000a). Attachment, the right brain, and empathic processes within the therapeutic alliance. *Psychologist Psychoanalyst*, 20, 8-11.
- Schore, A. N. (2000b). Plenary address: Parent-infant communications and the neurobiology of emotional development.
- Schore, A. N. (2000c). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2, 23-47. New York: Cambridge University Press.
- Schore, A. N. (2003a). *Affect dysregulation & disorders of the self*. WW Norton & Company, New-York.
- Schore, A. N. (2003b). *Affect regulation & the repair of the self*. WW Norton & Company, New-York.
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal : Les Éditions du CIG
- Siegel, M., & Peterson, C. C. (2008). Language and Theory of Mind in atypical children: Evidence from studies of deafness, blindness, and autism.
- Skolnik, T. (1987). What Do We Call Survival ? Re-Structuring the Gestalt Therapy Position in Your Mind. *The Gestalt Journal*. 10 (2), 5-27.
- Stroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organisation of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.

Tansey, M. J. & Burke, W. F. (1989). *Understanding Countertransference : From Projective Identification to Empathy*. Hillsdale, The Analytic Press.

Tronick, E. Z., & Weinberg, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA, Harvard University Press.

Zazzo, R. (1988). *Où en est la psychologie de l'enfant ?* Galimard. Paris.

Appendice 1

Les modes de régulation du contact selon Delisle (1998)

Les modes de régulation du contact selon Delisle (1998)

La confluence : processus consistant à nier la frontière-contact, qui influence le processus d'intériorisation et la qualité de l'expérience, menant à une incapacité à différencier le Self de l'environnement. Il en résulte notamment une confusion entre les représentations de Soi et de l'Autre de la personne. Il s'agit d'un état de non-contact, où l'interne et l'externe ne sont pas différenciés.

La projection : processus consistant à éprouver le champ empirique de manière conforme au champ introjecté, qui implique que les interactions à la frontière-contact s'établissent comme si la configuration actuelle du champ était la même que les représentations internes de la personne. Cette dernière tente de faire correspondre le champ externe au champ interne. Cela consiste à attribuer une partie du Self à l'environnement, comme si l'interne existait à l'externe.

L'introjection : processus par lequel le champ est intériorisé, sans qu'il ne soit préalablement déstructuré puis assimilé. Le champ introjecté représente alors une copie conforme des opérations du Self à la frontière-contact. Cela consiste à attribuer au Self une partie de l'environnement, comme si l'externe existait à l'interne.

La réflexion : processus qui consiste à tenir à distance le champ externe et le champ interne. Il en résulte une incapacité de contact, une partie du Self tenant alors le rôle de

l'environnement. Cela consiste à retourner l'énergie de contact contre le Self, pour empêcher l'interne de toucher l'externe.

La déflexion : processus qui consiste à agir à la frontière-contact pour voir à ce que la dynamique du champ externe n'affecte pas celle du champ interne. Il en résulte une incapacité, pour l'environnement, de percer la frontière-contact. Cela consiste à se détourner du contact, pour empêcher l'externe de toucher l'interne.

Appendice 2

Description des catégories de l'analyse thématique

Tableau 1

Les configurations dyadiques déficitaires

<p>Exemples de contextes développementaux</p>	<p>Une mère physiquement ou psychologiquement absente ou dont la présence est irrégulière ou imprévisible ;</p> <p>Une mère qui n'aime pas son enfant ou dont le style d'attachement est insécure ;</p> <p>Les caractéristiques de la mère font obstacle aux fonctions maternelles de base telles l'amour, les soins corporels de l'enfant, l'apaisement et le réconfort, les récompenses et la valorisation, etc.</p>
<p>Exemples d'impacts sur le développement.</p>	<p>Entrave dans la complétion des enjeux liés à l'estime de soi.</p> <p>Entrave dans le développement d'un système de représentations mentales stable de soi et des autres.</p> <p>Développement d'une faible tolérance aux affects intenses.</p> <p>Développement d'une vulnérabilité durable aux privations et aux déceptions.</p>
<p>Exemples de manifestations comportementales à l'âge adulte.</p>	<p>Difficultés importantes à établir des relations interpersonnelles ;</p> <p>Tendance au développement d'un sentiment d'impuissance devant les difficultés personnelles ;</p> <p>Tendance à développer des comportements de dépendance, de l'anxiété, des préoccupations hypochondriaques, des sentiments d'avidité pour l'affection, des attitudes personnelles empreintes</p>

	<p>d'autocritique, etc.</p> <p>Tendance à s'investir dans des relations avec des partenaires plus âgés ou qui leur apparaissent comme sécurisants ;</p> <p>Tendance au refoulement de l'agressivité et peur marquée de l'abandon ;</p> <p>Tendance à fonctionner en dessous de leurs capacités et recours fréquent à l'autodépréciation ;</p> <p>Etc.</p>
--	---

Tableau 2

Les configurations dyadiques conflictuelles

Exemples de contextes développementaux	<p>Une mère intrusive, contrôlante, porte des attentes excessives et irréalistes envers son enfant ;</p> <p>Une mère qui aime et accepte et aime son enfant de façon conditionnelle ;</p> <p>Les caractéristiques de la mère font obstacle aux comportements de séparation et d'individuation de son enfant ;</p> <p>Une mère manifestant des comportements d'abus physiques ou psychologiques envers son enfant ;</p> <p>Etc.</p>
--	--

<p>Exemples d'impacts sur le développement</p>	<p>Ces conflits correspondent aux enjeux propres au stade psychosexuel anal. L'enfant développe des idéaux du moi inatteignables.</p> <p>Les attentes excessives de la mère induisent des idéaux irréalistes chez l'enfant, le rendant éventuellement vulnérable au développement représentations de soi mauvaises et d'une faible estime de soi.</p>
<p>Exemples de manifestations comportementales à l'âge adulte.</p>	<p>Tendance au perfectionnisme et à porter des attentes irréalistes envers soi-même et les autres ;</p> <p>Tendance à l'accusation se manifestant par la colère et l'irritabilité ;</p> <p>L'agressivité semble être mise au service des défenses contre la dépression ;</p> <p>Tendance au développement de sentiments chroniques de désespoir, de futilité, de perte de contrôle ou d'être contrôlé induits par des échecs réels ou imaginés ;</p> <p>Besoin excessif de contrôle ;</p> <p>Etc.</p>

Tableau 3

Les configurations triadiques déficitaires

Exemples de contextes développementaux	<p>Un père physiquement ou psychologiquement absent ou dont la présence est irrégulière ou imprévisible ;</p> <p>Un père peu fiable, peu disponible ou immoral ;</p> <p>Etc.</p>
Exemples d'impacts sur le développement	<p>L'enfant est confronté à des modèles parentaux auxquels il ne peut s'identifier (p.ex. un père abuseur et méprisant envers les femmes et une mère qui se soumet à lui). Il en résulte des déficits dans le développement du surmoi.</p>
Exemples de manifestations comportementales à l'âge adulte.	<p>Tendance à exploiter les autres financièrement ou sexuellement ;</p> <p>Faible croyance en l'autorité ou aux valeurs sociales (se traduisant, au sein de la relation thérapeutique, par une difficulté à établir et à maintenir le cadre thérapeutique) ;</p> <p>Faible capacité à porter des idéaux : la motivation est restreinte à l'atteinte de gratifications externes (p.ex. liées au statut financier ou professionnel) ;</p> <p>Faible capacité à éprouver de la culpabilité : les règles sociales ne sont respectées que dans le but d'éviter des représailles ;</p> <p>Faible capacité d'engagement relationnel : l'engagement est souvent lié à la recherche de gratifications externe ; Etc.</p>

Tableau 4

Les configurations triadiques conflictuelles

<p>Exemples de contextes développementaux</p>	<p>Un père qui abuse psychologiquement ou physiquement l'enfant ou la mère ;</p> <p>Un parent qui préfère l'enfant au conjoint, nourrissant ainsi chez l'enfant des craintes de représailles ;</p> <p>Un parent qui se montre séduisant envers l'enfant ou qui a tendance à être séduit par lui ;</p> <p>L'indifférence ou la négation des intérêts sexuels de l'enfant par les parents ;</p> <p>Le découragement de l'affirmation de soi de l'enfant de la part de ses parents ;</p> <p>L'encouragement excessif de la rivalité et de l'agressivité de l'enfant par un parent ;</p> <p>Etc.</p>
<p>Exemples d'impacts sur le développement</p>	<p>Ces contextes sont susceptibles de résulter en conflits inconscients liés à des enjeux sexuels et d'agression-soumission. Les désirs et les inhibitions internalisées sont refoulées et maintenues hors du champ de la conscience.</p>
<p>Exemples de manifestations</p>	<p>Incapacité à prendre des initiatives, à faire des choix ;</p> <p>Sentiment d'être inadéquat sexuellement ;</p>

comportementales à l'âge adulte.	Agressivité ou soumission excessive ; Peur ou recherche excessive de la compétition ; Etc.
-------------------------------------	--

Appendice 3

Tableaux comprenant les cotations de l'auteur et du juge

LÉGENDE	
orsqu'un passage du texte est codé comme un...	lui apposer la numérotation...
contexte dyadique déficitaire	1
contexte dyadique conflictuel	2
contexte triadique déficitaire	3
contexte triadique conflictuel	4

ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 1		
Passages retenus	Codification de l'auteur	Codification du juge
1	1	1
2	3	3
3	3	3
4	3	3
5	4	4
6	2	2
7	3	3
8	3	3
9	1	1
10	3	3
11	3	3

12	2	2
13	1	1
14	1	1
15	3	3
16	1	1
17	3	3
18	3	3

ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 2		
Passages retenus	Codification de l'auteur	Codification du juge
1	1	1
2	3	3
3	1	1
4	3	3
5	1	1
6	1	1

ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 3		
Passages retenus	Codification de l'auteur	Codification du juge
1	4	4
2	4	4

3	4	4
4	1	1
5	4	4
6	4	4
7	4	4
8	4	4
9	4	4
10	4	4

ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 4		
Passages retenus	Codification de l'auteur	Codification du juge
1	1	1
2	1	1
3	1	1
4	4	4
5	3	3
6	1	1
7	1	3
8	1	1
9	1	1
10	1	1

11	1	1
12	1	1
13	1	1
14	1	1
15	1	1
16	3	3
17	1	1
18	1	1
19	1	1
20	1	1
21	1	1
22	1	1

ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 5		
Passages retenus	Codification de l'auteur	Codification du juge
1	3	3
2	3	3
3	3	3
4	1	1
5	3	4
6	3	4

7	4	4
8	3	4
9	1	1

ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 6		
Passages retenus	Codification de l'auteur	Codification du juge
1	1	1
2	1	1
3	3	3
4	3	3
5	1	1
6	1	1
7	3	3
8	3	3
9	1	1
10	3	3
11	3	4
12	3	4
13	1	2
14	1	1
15	1	2

16	1	2
17	3	3
18	1	1

ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 7		
Passages retenus	Codification de l'auteur	Codification du juge
1	3	3
2	4	4
3	3	4
4	1	2
5	3	4
6	3	4
7	3	3
8	3	3
9	3	3
10	3	3

ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 8		
Passages retenus	Codification de l'auteur	Codification du juge
1	3	3
2	4	4

3	4	4
4	4	4
5	2	2
6	4	4
7	4	4
8	4	2
9	4	4
10	4	4
11	4	4
12	4	4
13	1	1
14	3	1
15	4	4
16	4	4
17	4	4
18	4	4
19	4	4
20	4	4
21	4	4
22	4	4
23	4	4

24	3	3
25	4	4
26	2	2
27	4	4
28	4	4
29	4	4

ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 9		
Passages retenus	Codification de l'auteur	Codification du juge
1	4	4
2	1	1
3	4	4
4	4	4
5	4	4
6	1	4
7	1	1
8	4	4

Appendice 4

Croisement des cotations de l'auteur et du juge pour permettre le calcul des Kappas

COMPILATION POUR LE CALCUL DES KAPPAS					
ÉTUDE DE DU THÉRAPEUTE 1					
AUTEUR					
	1	2	3	4	
JUGE	1	5	0	0	0
	2	0	2	0	0
	3	0	0	10	0
	4	0	0	0	1

COMPILATION POUR LE CALCUL DES KAPPAS					
ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 2					
AUTEUR					
	1	2	3	4	
JUGE	1	4	0	0	0
	2	0	0	0	0

	3	0	0	2	0
	4	0	0	0	0

COMPILATION POUR LE CALCUL DES KAPPAS					
ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 3					
AUTEUR					
		1	2	3	4
JUGE	1	1	0	0	0
	2	0	0	0	0
	3	0	0	0	0
	4	0	0	0	9

COMPILATION POUR LE CALCUL DES KAPPAS					
ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 4					
AUTEUR					
		1	2	3	4
JUGE	1	18	0	0	0
	2	0	0	0	0
	3	1	0	2	0
	4	0	0	0	1

COMPILATION POUR LE CALCUL DES KAPPAS					
ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 5					
AUTEUR					
		1	2	3	4
JUGE	1	2	0	0	0
	2	0	0	0	0

	3	0	0	3	0
	4	0	0	3	1

COMPILATION POUR LE CALCUL DES KAPPAS					
ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 6					
AUTEUR					
		1	2	3	4
JUGE	1	7	0	0	0
	2	3	0	0	0
	3	0	0	5	0
	4	0	0	2	0

COMPILATION POUR LE CALCUL DES KAPPAS					
ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 7					
AUTEUR					
	1	2	3	4	
JUGE	1	0	0	0	0
	2	1	0	0	0
	3	0	0	5	0
	4	0	0	3	1

COMPILATION POUR LE CALCUL DES KAPPAS					
ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 8					
AUTEUR					
	1	2	3	4	
JUGE	1	1	0	1	0
	2	0	2	0	1

	3	0	0	2	0
	4	0	0	0	22

COMPILATION POUR LE CALCUL DES KAPPAS					
ÉTUDE DE CAS DU THÉRAPEUTE 9					
AUTEUR					
		1	2	3	4
JUGE	1	2	0	0	0
	2	0	0	0	0
	3	0	0	0	0
	4	1	0	0	5

Appendice 5

Le diagnostic structural en PGRO (CIG, 2002)

Le diagnostic structural en PGRO (CIG, 2002)

Centre d'Intégration Gestaltiste :

Fiche d'ouverture de dossier, évaluation structurale et multiaxiale

Nom du client ou de la cliente :

Date et endroit :

A) DIAGNOSTIC MULTIAXIAL :

1. Description de la situation initiale :

1.1 Allure générale et fonctions de contact manifestes :

1.2 Motif de consultation tel que formulé par le client ou la cliente :

1.3 Histoire pertinente :

1.4 Comportement initial en thérapie :

COMPORTEMENTS	INDICES
Réservé	
Expansif	
Affaissé	
Agressif	
Critique	
Autre :	

1.5 Dispositions transférentielles :

DISPOSITIONS TRANSFÉRENTIELLES	INDICES
Semble vouloir aller vers le thérapeute	
Semble vouloir fuir le thérapeute	
Semble vouloir agresser le thérapeute	
Autre :	

1.6 Réactions affectives et contre-transférentielles du thérapeute à l'égard du client :

Réactions positives :

Réactions négatives :

2. Diagnostic multiaxial :

2.1 Axe I : syndromes cliniques :

CATÉGORIES	PRÉCISIONS (TROUBLES SPÉCIFIQUES)	CODE DSM	CRITÈRES DIAGNOSTIQUES
1. Délirium, démence, amnésie et autres troubles cognitifs			
2. Trouble mental dû à l'état de santé physique			

3. Trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives			
4. Schizophrénie et autres troubles psychotiques			
5. Trouble de l'humeur			
6. Trouble anxieux			
7. Trouble somatoforme			
8. Trouble dissociatif			
9. Trouble sexuel et de l'identité sexuelle			
10. Trouble du sommeil			
11. Trouble factice			
12. Trouble du contrôle des impulsions			
13. Trouble de l'adaptation			
14. Trouble de l'alimentation			
15. Code V			

2.2 Axe V : Évaluation globale du fonctionnement :

Veillez évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel du client ou de la cliente sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne

pas tenir compte d'un handicap du fonctionnement dû à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental. Veuillez encercler le chiffre correspondant et utiliser les codes intermédiaires lorsque cela est justifié.

TERME	DÉFINITION
100	Plus haut niveau de fonctionnement
90	Symptômes absents ou minimes (p.ex. : anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p.ex. : conflit occasionnel avec les membres de la famille.)
80	Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p.ex. des difficultés de concentration après une dispute familiale), pas plus qu'un handicap léger du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p.ex. fléchissement temporaire du travail scolaire).
70	Quelques symptômes légers (p.ex. humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p.ex. école buissonnière épisodique) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.
60	Symptômes d'intensité moyenne (p.ex. émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p.ex. peu d'amis, conflits avec les collègues de travail).
50	Symptômes importants (p.ex. idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou handicap important dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p.ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).
40	Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p.ex. discours par moment illogique, obscur ou inadapté) ou handicap majeur dans plusieurs domaines comme

	le jugement, la pensée, l'humeur, le travail, l'école ou les relations familiales (p.ex. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).
30	Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou trouble grave de la communication ou du jugement (p.ex. parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans tous les domaines (p.ex. reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).
20	Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p.ex. tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (p.ex. se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p.ex. incohérence indiscutable ou mutisme).
10	Danger persistant d'hétéro-agression grave (p.ex. accès répétés de violence) ou incapacité à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

2.3 Axe IV : Facteurs de stress psychosociaux :

#	TERME	EXEMPLES (ADULTES)	FACTEURS PRÉSENTS
1	Aucun	Absence d'événements aigus ou de circonstances durables susceptibles d'être en rapport avec le trouble	
2	Léger <ul style="list-style-type: none"> ○ ponctuel ○ continu 	Rupture sentimentale, conflits familiaux durables, départ d'un enfant du foyer, insatisfaction professionnelle durable, début ou fin d'études, etc.	
3	Moyen	Mariage, séparation, retraite, perte d'emploi,	

	<input type="radio"/> ponctuel <input type="radio"/> continu	problèmes financiers importants, parent célibataire, etc.	
4	Sévère <input type="radio"/> ponctuel <input type="radio"/> continu	Divorce, naissance d'un 1 ^{er} enfant, chômage, pauvreté, etc.	
5	Extrême <input type="radio"/> ponctuel <input type="radio"/> continu	Mort du conjoint, maladie grave, viol, maladie chronique grave personnelle ou chez un enfant, traumatismes sexuels ou physiques répétés.	
6	Catastrophique <input type="radio"/> ponctuel <input type="radio"/> continu	Mort d'un enfant, suicide du conjoint, catastrophe naturelle, situation d'otage, expérience de camp de concentration, etc.	
0	Informations inutilisables ou sans changement		

2.4 Axe II : Trouble ou style de la personnalité :

Veillez encercler le ou les troubles ou styles de personnalité qui sont présents chez cette personne :	Veillez lister les critères DSM (pour un trouble) ou les traits (pour un style) sur lesquels se fondent votre évaluation :
--	--

Trouble	Style	
Schizoïde	Solitaire	
Schizotypique	Marginale	
Paranoïaque	Vigilante	
Narcissique	Sûre de soi	
Histrionique	Exubérante	
Borderline	Fluctuante	
Antisocial	Aventurière	
Obsessionnelle- compulsive	Consciencieuse	
Évitante	Discrète	
Dépendante	Dévouée	

2.5 Niveau global du fonctionnement de la personnalité :

NIVEAU	DESCRIPTION	INDICES PRÉSENTS
1	Fonctionnement supérieur : des traits de personnalité admirables et bien adaptés qui facilitent un fonctionnement social et professionnel de haute qualité. Les problèmes de l'existence ne semblent jamais échapper à la maîtrise. On recherche et on apprécie la compagnie de cette personne, en raison de sa chaleur et de son intégrité.	

2	<p>Très bon fonctionnement : les traits de personnalité favorisent un bon fonctionnement dans toutes les sphères d'activités. Cette personne a des intérêts variés, est socialement efficace et généralement satisfaite de son existence.</p>	
3	<p>Bon fonctionnement : il n'y a aucune perturbation évidente qui entraverait son fonctionnement social et professionnel. Cette personne est en général efficace socialement et professionnellement. Son estime d'elle-même semble adéquate. À l'occasion, les problèmes quotidiens peuvent sembler la déborder.</p>	
4	<p>Fonctionnement moyen : quelques légères perturbations de la personnalité lui causent des difficultés dans plusieurs sphères d'activités, bien qu'en général, la personne fonctionne plutôt bien et ait quelques relations interpersonnelles significatives. À l'exception des professionnels de la santé mentale, la plupart des gens la considéreraient difficile, mais non malade.</p>	
5	<p>Fonctionnement faible : la personne a plusieurs traits de personnalité inadaptés qui nuisent de façon significative à son fonctionnement social et professionnel, de même qu'à son estime d'elle-même.</p>	
6	<p>Fonctionnement très faible : la personne a des traits de personnalité qui nuisent de façon marquée à son fonctionnement à plusieurs niveaux, notamment au travail, dans la famille, dans ses amitiés et sur le plan de</p>	

	son estime d'elle-même.	
7	Fonctionnement grossièrement carencé : la personne a des traits de personnalité gravement inadaptés qui rendent son fonctionnement grossièrement inadapté à presque tous les niveaux. De plus, elle se blesse ou a souvent des accidents ou encore se néglige ou néglige les autres.	

3. Planification de l'intervention thérapeutique :

B) DIAGNOSTIC STRUCTURAL :

1. *Fonctions et structure du Self :*

1.1 Le Ça : fluidité et puissance des émergences

Qu'est-ce qui semble émerger le plus facilement et le moins facilement ?

1.2 La fonction Je : capacité de traduire correctement le ça et la MRC dans les rapports avec l'environnement actuel :

1.3 La fonction personnalité : configuration de la MRC et nature des représentations :

1.4 Que pouvons-nous décoder quant à la nature des représentations de Soi et de l'Autre?

2. Inférences quant au CI

Hypothèses inférentielles quant à la présence de Microchamps Introjectés dans l'arrière-fond du Ça, compte tenu de votre observation de la fonction Je et de la MRC :

2.1 Qu'est-ce que le client semble chercher à mettre en place (processus de reproduction des impasses) dans les relations qu'il évoque ou dans la relation thérapeutique ? Pouvez-vous formuler ce processus de reproduction en termes d'ajustement conservateur ?

2.2 En quoi les opérations défensives sont-elles utilisées pour maintenir cet ajustement conservateur ?

2.3 En quoi la MRC est-elle utilisée pour maintenir l'ajustement conservateur ?

2.4 Pouvez-vous imaginer une configuration relationnelle plausible où une expérience aurait été à la fois indispensable et intolérable pour le client ou la cliente et qui aurait pu se solder par une SI, menant à l'établissement d'un MI ?

Signature :