



UNE EXPLORATION PHÉNOMÉNOLOGIQUE ET GESTALTISTE DES TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS

[Gianni Francesetti](#), Traduction [Séverine Pluinage](#)

Collège européen de Gestalt-thérapie | « [Cahiers de Gestalt-thérapie](#) »

2019/1 n° 41 | pages 44 à 75

ISSN 1277-6874

ISBN 9782913706866

DOI 10.3917/cges.041.0044

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-gestalt-therapie-2019-1-page-44.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Collège européen de Gestalt-thérapie.

© Collège européen de Gestalt-thérapie. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



Une exploration phénoménologique et gestaltiste

des troubles obsessionnels compulsifs

*« Accrochés à un échafaudage branlant,
nous nous sécurisons nous-mêmes avec nos
propres fixations »*

Résumé

Cet article propose une approche des Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) à partir de la théorie de la Gestalt Thérapie, de la psychologie Gestaltiste et de la phénoménologie psychiatrique. Après avoir défini un cadre diagnostique, les expériences des clients sont d'abord explorées sous l'angle de l'expérience spatio-temporelle, puis de la relation entre le tout et les parties, puis des limites, et enfin de la matérialité. À la lumière de la Gestalt Théorie de la perception, les symptômes obsessionnels compulsifs sont configurés comme un ajustement créateur capable de protéger le client de la terreur. Après avoir décrit comment le champ obsessionnel-compulsif s'actualise esthétiquement en thérapie, plusieurs difficultés et manières de traverser sont soulignées pour aider les thérapeutes au cours de leur cheminement avec ces personnes souffrantes.

Mots-clés : *Troubles Obsessionnels Compulsifs, Gestalt Thérapie, Phénoménologie, Gestalt psychologie, Perception, Psychopathologie, Champ psychopathologique, Langage, Esthétique.*

**Gianni
FRANCESETTI**

**Traduction
Séverine
PLUVINAGE**

*British Gestalt Journal, Mars
2018, vol 26, N°2,5-20*

Le but de cet article est de proposer une exploration du vécu de ceux qui souffrent de Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC), cela en vue de soutenir les praticiens dans leur pratique clinique. Cette exploration se base sur une expérience clinique directe et sur la littérature existante. Les références conceptuelles sont plus spécifiquement liées à des méthodes phénoménologiques (Moustakas, 1994 ; Spinelle, 2005 ; Ratcliffe, 2015 ; Gallagher and Zahavi, 2007), à la psychiatrie phénoménologique (Borgna, 1989 ; Galimberti, 1979 ; Callieri, 2001), aux méthodes empiriques de la Gestalt psychologie (Ash, 1995), et à la théorie et la pratique de la Gestalt Thérapie (Perls, Hefferline et Goodman, 1951 (dorénavant PHG) ; Spagnuolo Lobb, 2013a ; Robine, 2016 ; Bloom and O'Neill, 2014 ; Jacobs and Hycner, 2009 ; Francesetti, Gecele and Roubal, 2013 ; Vazquez Bandin, 2014).

J'espère à travers cette approche développer une compréhension structurée et relationnelle de telles souffrances, fournir un cadre qui éclaire la variété des expériences que le client vit et relate en séance. En offrant un exemple d'analyse de Gestalt Thérapie dans la psychopathologie et comment la psychiatrie phénoménologique peut soutenir ce parcours, la perspective de champ sera également présente pour étayer le travail en thérapie avec les personnes souffrant d'obsessions. Cela étant élaboré lors de précédents travaux (Francesetti, 2007 ; 2015a ; Francesetti et Gecele, 2011 ; Francesetti et Spagnuolo Lobb, 2013). La littérature est assez pauvre en ce qui concerne l'approche Gestaltiste des TOC (Morphy, 1980 ; Tarrega-Soler, 1997 ; Wheeler, 2002, p. 165 ; Dreitzel, 2010 ; Salonia, 2013). Le travail le plus méthodique est celui de Salonia. Il constitue le point de départ de mon propre travail, qui ira au-delà en proposant plutôt une compréhension différente de l'émergence des obsessions et des compulsions.

1) Considérations sur le diagnostic extrinsèque

Les TOC sont un trouble grave et fréquent qui peut rendre la vie très difficile à ceux qui en souffrent et à leurs proches. Il est caractérisé par deux symptômes principaux : Les obsessions et les compulsions. Les *obsessions* sont des pensées, des images, des impulsions ou des idées involontaires et intrusives qui sont vécues comme menaçantes, répugnantes, dépourvues de sens, obscènes ou blasphématoires. Les

thèmes sont variés et peuvent typiquement s'étendre de la contamination à la violence, à la religion, au sexe, à la responsabilité de causer une blessure à autrui, à l'ordre et à la symétrie.

Trois caractéristiques distinguent les obsessions d'autres pensées récurrentes : Elles ne sont pas désirées, elles sont incongrues par rapport au système de valeurs de la personne et elles suscitent une résistance interne quand la personne tente de les éliminer ou de diminuer leur importance. Les *compulsions* sont des comportements motivés et intentionnels que le sujet adopte en réponse à ses obsessions, dans un effort pour limiter l'anxiété et les conséquences désastreuses qu'elles provoquent. Les rituels compulsifs tournent typiquement autour de la décontamination, du contrôle, des répétitions et des actes mentaux.

Les symptômes obsessionnels et compulsifs peuvent apparaître à des niveaux variés de fonctionnement incluant les niveaux névrotiques, borderline et psychotiques. Tous les systèmes de diagnostic actuels distinguent les TOC de l'expérience psychotique mais bien que cela soit distinct, ce n'est pas si loin ou séparé de l'expérience psychotique. Selon certains auteurs (Straus, 1948 ; Stanghellini and Ballerini, 1992), et dans le modèle que je présente ici, les TOC sont considérés proches de la psychose, quoique différents. Dans certains cas ils sont le rempart qui sauve la personne de l'expérience psychotique.

Nous pouvons donc dire que les TOC émergent généralement à un niveau d'organisation névrotique, mais si les ajustements obsessionnels échouent à tenir la terreur en respect, il peut y avoir des symptômes obsessionnels compulsifs au sein d'une expérience psychotique. Ce diagnostic doit aussi être distingué du trouble de la personnalité Obsessionnel Compulsif qui est égosyntonique, c'est-à-dire que la personne n'est pas dérangée par son perfectionnisme, sa rigidité, son obstination ou sa maniaquerie. Elle ne cherche pas d'aide pour changer. Les TOC s'observent ou non avec le style de personnalité obsessionnel compulsif.

2) Une analyse phénoménologique : L'expérience de la personne souffrante

Andréa est terrifié par la peur de tuer sa fille âgée de deux ans, ou que quelqu'un d'autre lui fasse subir une atrocité. Il est tourmenté par

des images intrusives d'abus physiques et sexuels. Dans la maison il dissimule les couteaux et les objets pointus. Il compte les secondes nécessaires pour verrouiller la porte de la maison, atteindre le garage et démarrer la voiture. S'il ne tombe pas sur le bon chiffre, il va répéter la séquence d'action jusqu'à ce qu'il tombe juste. Ensuite si les chiffres de la plaque d'immatriculation qu'il voit ne lui semblent pas s'insérer dans un éventail logique, il calcule de laborieuses opérations mathématiques en usant d'un arithmétique complexe, le tout pour parer à l'éventualité que sa fille soit blessée avec les conséquences tragiques qui s'ensuivent.

Anna vit dans un monde contaminé et pour se protéger elle-même, elle est sans cesse obligée de décontaminer son espace. Cela signifie que chaque objet qui entre dans sa maison doit être nettoyé selon des procédures spécifiques. Tout, y compris elle-même, doit respecter un délai de mise en quarantaine. Sa peau est devenue une gaine ultra-fine toujours davantage exposée aux contaminants. Elle vit en permanence dans la peur et le désespoir.

Christina est dans l'incapacité de conduire car l'idée de renverser quelqu'un l'oblige constamment à s'arrêter et à faire marche arrière pour vérifier qu'elle n'a percuté personne. Même son travail dans un magasin est devenu intolérable car dès que quelqu'un achète un petit objet, Christina redoute qu'un enfant l'avale et s'étrangle avec. Les pensées sont devenues incessantes, la menant sans cesse à s'arrêter pour vérifier. Cette vérification soulage son anxiété mais seulement temporairement.

Ceux qui souffrent de TOC sévères commencent chaque journée avec une tâche surhumaine qu'ils ne pourront mener à bien. Sans répit ni fin, la bataille contre la maladie, la contamination, la saleté, l'incertitude, le préjudice, le risque de perte de contrôle, aspire toute leur énergie et les mène à l'épuisement.

Pour ces personnes souffrantes, le monde est terrifiant, constamment menacé par des tragédies et des catastrophes imminentes. Les compulsions sont l'antidote, le talisman qui pare au pire (Strauss, 1948 ; Ballerini and Callieri, 1996 ; Muscelli and Stanghellini, 2008 ; von Gebattel, 1967 ; Stanghellini and Ballerini, 1992 ; Borgna, 1997). Je vais essayer de décrire ces expériences par le prisme de quatre thèmes particulièrement significatifs avec les TOC : L'espace et le temps ; la relation entre le tout et les parties ; l'expérience des frontières ; la matérialité.

2.1) L'espace et le temps

L'espace se contracte. Comme dans toute expérience d'anxiété, cela devient oppressant (anxieux, du latin *angere* signifie étymologiquement « serrer »). Ceux qui vivent des expériences obsessives se sentent assaillis de toutes parts par le monde et ils restreignent l'espace de manière à le contrôler et à le garder de la contamination. Plus le besoin de contrôler et de décontaminer est grand, plus l'espace est restreint. Étymologiquement, *ob-session* vient du latin *obsidere*, qui signifie *assiéger*. Il y a ainsi une composante spatiale dans la signification originale de l'obsession. Une personne qui est obsédée est une personne assiégée, une personne qui ressent que l'espace manque, que les choses deviennent trop proches (Muscelli and Stanghellini, 2008, p.280). Le besoin et les stratégies pour réaliser la symétrie procurent un sentiment de contrôle sur l'espace, le sentiment de stopper la progression inexorable et chaotique, de repousser le siège. L'espace est menaçant non comme dans l'agoraphobie, où je me trouve dans un endroit exposé sans aucune protection (Francesetti, 2007 ; 2013), mais comme un endroit où il y a un manque d'espace suffisant entre les choses. L'expérience du manque d'espace entre les choses est le socle à partir duquel nous pouvons comprendre les efforts de la personne qui souffre d'obsessions pour créer de la distance, comme nous le verrons plus loin. L'usage privilégié de la vision, celui de nos sens qui est le plus objectif et distancié, répond également à ce besoin. C'est ainsi que le sujet se retrouve luttant dans une bataille de tranchées, un siège sans fin, dans un temps qui s'écoule mais sans élan, sans apogée et sans apaisement- c'est un mouvement linéaire et uniforme, un temps qui se répand inexorablement sans atteindre quoique ce soit qui serait ponctué par un soupir, qui annoncerait la fin de tout cela et qui permettrait enfin qu'une page se tourne. Le temps s'écoule sans devenir un *événement*, en générant une tension corporelle qui ne se résout jamais en un point culminant. La tension diminue seulement en raison de l'épuisement de l'énergie investie, et pas grâce à une destination où le repos pourrait être atteint. Le temps n'est pas un processus de maturation, ni d'interruption, et il n'y a donc pas d'assimilation. S'arrêter signifie se précipiter. Il n'y a pas de repos, pas de point final.

2.2) La relation entre le tout et les parties

Ceux qui souffrent de troubles obsessionnels ont des filets capables d'attraper des petits poissons mais qui laissent s'échapper les gros poissons. Les détails deviennent la figure. Ils sont amplifiés et analysés de manière répétitive sans véritablement apporter de sentiment d'accomplissement de l'expérience. Le manque de distance mène la personne à amplifier les détails spatiaux au point qu'ils en deviennent répugnants ou dangereux. Ce qui nous assiège doit être repoussé et une manière de faire cela est de l'objectiver visuellement, le traiter comme un objet mais qui inévitablement se tiendra trop près et deviendra ainsi répugnant ou dangereux. Les détails sont prégnants et viennent en avant-plan mais la figure n'est jamais complétée de manière satisfaisante. Dans de telles expériences, il est difficile de parvenir à une Gestalt finalisée qui est perçue comme complète et intégrant ses différents aspects signifiant. Les figures sont comme des pales de moulin à vent dans le sens où elles ne sont pas enracinées dans un sol qui les soutient. Elles deviennent obligatoirement répétitives et ne débouchent sur rien ; Ce qui n'est pas complété est répété (cf PHG). Le déficit d'expérience d'accomplissement nous aide à comprendre la soif spasmodique d'un accomplissement qui ne peut jamais s'assouvir. C'est ici que le perfectionnisme, qui n'est insensé qu'en apparence, émerge. *Perfecto* en latin signifie étymologiquement : accompli, complet. C'est un besoin continu d'une expérience d'accomplissement- c'est la soif qui guide les personnes souffrant d'obsessions, sans jamais pouvoir se désaltérer. *Perfecto* signifie aussi la mort et de manière significative, les personnes souffrant de TOC songent à la mort comme une façon de mettre fin à une lutte sans merci. « Souvent en conduisant sur l'auto-route, j'imagine qu'il suffirait que je ne tourne pas le volant dans le virage. Tout cela se terminerait enfin et tout le monde penserait que c'était juste un accident ».

2.3) L'expérience des frontières

Les frontières, les zones, les limites, les lisières, les rives : Ce sont des thèmes récurrents dans la bataille contre la proximité et la contamination, dans un effort de la personne pour repousser la dégradation, la putréfaction et la menace. C'est une bataille sans fin contre « le mal » sous plusieurs formes : la violence, le destin, la déliquescence de la chair, la maladie, les germes et les vers, le danger, les blessures, les influences

mal intentionnées. Mais le trait caractéristique du Mal est qu'il ne peut pas être enfermé. Les germes peuvent pénétrer même les plus petits interstices. La violence ou la fatalité peuvent frapper à tout moment. Le Mal est un effluve, un fluide qui suinte à travers les barrières les plus étanches. Ainsi la limite doit être raffermie, redéfinie, renforcée et épaissie mais elle reste fragile et pleine de trous. Les mains sont lavées pour éliminer la puanteur du Mal qui les encercle, mais la peau devient toujours plus fragile et la frontière s'affaiblit, exigeant dans un cercle vicieux infini toujours plus de nettoyage. Garder un œil attentif, un œil obsessif sur chaque barrière ne suffit pas. Elles se fissurent, s'effritent, pourrissent. Elles sont corrompues par l'inexorable passage du temps qui engloutit, consume et désintègre toute chose. Le dégoût, que certains auteurs (Strauss, 1948) considèrent comme l'expérience centrale de l'obsession, émerge de cette proche rencontre avec la matérialité qui ne peut pas être repoussée. Comme nous l'avons vu avec Swift, le manque d'une étendue spatiale large qui est écrasée par les choses provoque le dégoût. L'impossibilité d'établir une frontière sécurisée entre soi-même et l'incertitude de ce qui peut arriver n'importe quand nous aident à comprendre la phénoménologie de l'incapacité pour ces personnes de prendre du recul et de renforcer ses barrières d'une manière satisfaisante. Cela nous permet également de comprendre les pratiques de stockage de provisions. Étymologiquement « éliminer » signifie pousser à l'extérieur de la limite, du latin *e-* : « dehors » et *limen* : « seuil », mais c'est quelque chose qui est à la fois désiré et impossible. L'agressivité qui peut parfois mener à la violence est souvent une tentative en dernier recours pour dresser une barrière à l'endroit où quelqu'un a ouvert une brèche. Ce faisant, il a ouvert une fissure menaçante dans la ceinture de sécurité que le client construit et vérifie en permanence. Ici la peur de faire mal ne vient pas d'un désir refoulé de blesser. C'est une véritable peur qui s'exprime à la fois dans le risque de la défense ultime (quand la distance ne peut pas être instaurée et que la limite est défendue par tous les moyens) et dans le risque de perdre involontairement le contrôle.

2.4) La matérialité

Dans un monde obsessif, les choses sont vivantes. Elles bougent. Elles sont incontrôlables et imprévisibles. Elles sont fortement caractérisées par ce que les psychologues gestaltistes ont appelé les « quali-

tés physiologiques » (Metzger, 1941/1971 ; Straus, 1948), ce qui évoque immédiatement des expériences sensorielles et émotionnelles (voir paragraphe 3.1) qui sont de manière récurrente perturbantes, voire terrifiantes. Les choses ne sont pas au repos et elles suscitent donc de l'agitation. Les choses, quand vous les regardez très attentivement, vous regardent en retour. Les choses sont des créatures et donc le processus de l'entropie les décompose. La matière n'est pas un élément stable ; elle pourrit de manière continue. Dans de telles expériences, les choses ne sont pas là, clairement séparées et distantes de la position plus ou moins neutre de l'observateur. Cette position est convoitée mais jamais pleinement atteinte car les choses sont toujours là ; elles sont perturbantes et ne peuvent être éloignées. Il n'y a pas de limite claire et permanente. Quelque chose est toujours insaisissable, excessif. Une rayure sur l'aile de la voiture, une poussière sur le tableau de bord nettoyé la veille, une feuille flétrie dans les géraniums, des pièces tenues en main qui pourraient avoir été avalées : tout cela atteste de manière frappante à quel point les choses échappent à notre contrôle. Nous ne l'emporterons jamais dans la bataille sans répit et sans fin contre l'entropie.

Les personnes souffrant d'obsessions vivent en état de siège en étant exposées à tout moment à être blessées par les choses ou involontairement par elles-mêmes. Encerclées, elles se battent sans répit, ne trouvant jamais la paix.

3) Une analyse gestaltiste de l'expérience : La signification des ajustements créateurs obsessionnels compulsifs

Dans cette section, la question à laquelle je veux tenter de répondre est : Comment l'expérience obsessionnelle se structure-t-elle ? Il sera question de pathogénèse où comment certains types de souffrances prennent forme. Sur la base de cette analyse j'espère clarifier comment ce mode de vie si difficile peut néanmoins être un ajustement créateur fonctionnel dans certaines situations.

3.1) Au-delà des colonnes d'Hercule : *Vorgestalten*, proto-self, émergence du self et autres chimères

Pour aborder ce propos, je vais me baser sur plusieurs références théoriques et empiriques : et pour commencer la Gestalt psychologie de la perception en suivant l'analyse de Klaus Conrad et en particulier le travail de Metzger (1941/1971). Ces penseurs ont fourni des preuves empiriques qui ont montré que la perception est un processus qui, en quelques fractions de secondes, mène à une expérience perceptive où le sujet se perçoit lui-même comme séparé de l'objet, où le sujet est spatialement et émotionnellement détaché de l'objet qui possède un contour clair et défini. L'aboutissement de cette perception, que Metzger a appelé *Endgestalt* (Gestalt finale) est le résultat d'un processus qui émerge d'un moment de perception initial très différent. Les formes perceptives de ce moment de perception initial sont appelées *Vorgestalten* (pré-Gestalt). Au niveau de *Vorgestalten*, l'expérience perceptive est diffuse, indifférenciée et globale. La figure doit encore ressortir et se détacher du fond ; quelque chose est là mais c'est une présence instable, confuse et indéfinie. C'est une expérience de non-repos, d'où l'agitation qui est présente jusqu'à ce que le sujet se soit clairement détaché de l'objet. Au cours de cette première phase, les *qualités physiologiques de l'expression* prédominent- des qualités qui sont chargées affectivement et qui communiquent quelque chose sur un mode immédiat et pré-reflexif. Elles sont vécues sur un mode passif comme une saisie du sujet, puis monte une attente de développement, une intention qui demande encore à être définie, et si ce développement se fait attendre, de la tension émerge et l'agitation croît. Quand finalement *Endgestalten* arrive, ce sont des *qualités structurelles et matérielles* qui sont prédominantes et le soulagement se fait sentir de percevoir une figure distincte qui ressort et dont le sujet sent qu'il est séparé et qu'il peut observer en utilisant son sens critique et son détachement émotionnel. La sensation d'être passivement tiré vers quelque chose d'indistinct et de perturbant se termine. Au niveau de *Vorgestalten*, à l'origine de la perception, l'expérience est atmosphérique et pré-duelle, reposant à la base de notre vie pathique. (Tellenbach 1968/2013 ; Griffero, 2014 ; Böhme, 2010 ; 2017 ; Schmitz, 2011 ; Francesetti, 2015b).

Dans cette phase initiale de la perception, les limites et les polarités de la subjectivité et de l'objectivité ne sont ni définies, ni stables. Cette

analyse gestaltiste de la perception est alignée avec la description du self émergent développée par Antonio Damasio (2012). Selon ce modèle basé sur ses études neurologiques, le self émerge progressivement par niveaux dans la perception, et cela en l'espace de quelques fractions de secondes : le proto self, le self subjectif et le self autobiographique. Au niveau initial, originel, le proto self est alerté par la présence de quelque chose, sans conscience claire de son appartenance. L'état de repos se transforme en agitation que je ne peux pas encore m'attribuer à moi-même en tant que sujet, puisque la sensation d'être un sujet séparé émergera seulement un peu plus tard. Le concept de *self émergent* développé par Daniel Stern (1985) adopte aussi cette donnée initiale de toute expérience. Le soi émergeant se forme pendant les premiers mois de vie du petit enfant. À ce moment du développement infantile, il n'y a ni sens défini du soi, ni celui d'être distinct du monde. Ce qui fait figure est davantage le processus du soi en train d'émerger. Dans le modèle de Stern, les étapes par lesquelles nous passons au cours de notre développement sont présentes dans chaque expérience ultérieure et pour tout le reste de notre vie. La tradition phénoménologique désigne une dimension originelle de l'expérience dans laquelle sujet et objet restent à être différenciés. Elle décrit l'attitude naturelle, naïve (Husserl, 1913/1931) qui caractérise habituellement la perception comme une production et non comme le plan de référence expérientiel originel, bien que nous n'y portions aucune attention (Merleau Ponty, 1945/2003 ; Alvim Botelho, 2016). La présence de cette impulsion expérientielle originelle est prouvée par l'étymologie des mots eux-mêmes : « Nous voyons les vestiges de ce processus dans les mots sujet et objet : *sub-jectum* signifie en latin abaisser sous, *objectum* signifie chasser là-bas. Ainsi est portée la preuve qu'ils ne sont pas par essence originels mais plutôt la production d'une action d'être déplacés dans deux endroits différents du monde » (Francesetti, 2016a, p.150). Dans un ouvrage précédent nous avons appelé ce moment la dimension pré-personnelle de l'expérience (Francesetti et Spagnuolo Lobb, 2013) et l'avons pris comme pierre angulaire de notre compréhension de l'expérience psychotique. Dans l'expérience psychotique, le sujet échoue à sortir de cette dimension pré-personnelle de *Vorgestalten* et se retrouve égaré dans un monde sans limites finies, un monde agité et non communicable qui l'engloutit passivement et dont il ne peut se libérer. Les illusions et les hallucinations sont des ajustements créateurs élaborés.

rés pour échapper à ce cauchemar, qui mènent à un monde délimité à défaut d'être un monde partagé. Nous décrivons ce monde comme étant au-delà des colonnes d'Hercule, un endroit que les anciens croyaient au-delà du connu, du dicible. Un monde peuplé de monstres et de chimères dont les colonnes (mot rendu en grec par limites) nous protègent. Chacun d'entre nous, à la racine de chacune de nos expériences, vient de ce monde-là. Cette perspective est dans la même ligne que le concept du self émergent qui étaye la théorie de la Gestalt thérapie (Philipppson, 2009 ; Robine, 2016 ; Francesetti, 2016a ; Spagnuolo Lobb, 2016 ; Alvim Botelho, 2016 ; Bloom, 2016 ; Staemmler, 2016) dans laquelle le sens du soi est un processus qui émerge de la situation (PHG ; Robine, 2006). Reconnaître cette origine pré-duelle de la subjectivité est particulièrement important car cela étaye une perspective postcartésienne (ou post-Démocrite selon Schmitz, 2011) qui nous permet de comprendre la souffrance et la manière de la traiter avec une perspective de champ (ou la relation, la situation, la matrice intersubjective, selon les auteurs) et non une perspective individuelle. Cela bien que ce soit l'individu qui ressent, exprime la souffrance et en appelle à une transformation. À une autre échelle de temps, cette analyse du processus de la perception est à la base de la séquence de contact développée dans le PHG. Le moment indifférencié (pathique) est le royaume de la fonction ça du self. De là, et sur la base des contacts précédents assimilés (fonction *personnalité*), nous émergeons continuellement en tant que sujets.

3.2) La genèse structurelle de l'obsession : les bonds incessants d'Hercule

La littérature propose des exemples variés pour tenter de donner une signification à la manière dont les obsessions surviennent. Il y a notamment des modèles psycho-dynamiques (Gabbard, 1994), des modèles cognitifs et comportementaux (Beck, 1976, et les développements ultérieurs) et même des modèles venant de la Gestalt-thérapie (voir les références ci-dessus). Dans le PHG, les obsessions sont vues comme des pensées qui servent à évacuer l'anxiété due à l'excitation. L'analyse que je propose ici se construira à partir de cette affirmation, en repérant le trouble à partir des niveaux d'organisation psychotiques et névrotiques et en l'appréhendant à la lumière des processus perceptifs et de l'émergence du soi.

L'hypothèse que je propose dans ce paragraphe est *pathogénétique* ; ce qui signifie qu'elle tente d'expliquer comment l'expérience émerge indépendamment de ses causes, desquelles nous nous occuperons plus tard. Regardons donc les expériences obsessives avec l'analyse de la Gestalt-thérapie. Si nous mettons en correspondance l'expérience obsessive (voir paragraphe 2) avec la genèse de la perception (voir paragraphe 3.1), il apparaît immédiatement évident que les personnes souffrant d'obsessions sont assiégées dans le monde de *Vorgestalten*, mais en même temps jamais perdues ni inexorablement englouties là-bas. Ce que nous observons c'est une bataille en cours pour créer de la distance, pour clore, conclure, dessiner des limites, dresser des barrières et séparer. Dans l'expérience psychotique la personne est coincée, perdue dans ce monde sans différenciation et joue son drame à travers des illusions, des hallucinations, elle se retire dans l'indicible. Ce n'est pas ce qui se passe ici. Les personnes souffrant d'obsessions luttent contre le monde indifférencié en menant une bataille sans fin pour conquérir un endroit sûr, délimité et avec suffisamment de distance. Chaque centimètre de sol est vigoureusement gagné pour être immédiatement et inévitablement reperdu. Il n'est jamais temps pour une victoire car c'est une bataille sans fin ; ce n'est pas un événement mais un effort continu. Écoutons les mots d'un client, « je suis sur un canot de sauvetage abandonné au milieu de l'océan, seul dans la tempête. J'écope l'eau mais le canot est percé. Je ne peux pas m'arrêter d'écoper. Je ne coule pas, mais tous mes efforts pour changer la situation sont infructueux. Que se passera-t-il quand je serai trop fatigué pour continuer ? » Alors que dans l'expérience psychotique, la personne n'est pas capable de quitter *Vorgestalten* et de conquérir un monde partagé, ici la personne fait un effort herculéen pour tracer les contours et se tenir à une *Endgestalten* qui soit claire, définie et certaine - mais sans que *Vorgestalten* soit réellement arrivé à maturité avec des figures claires et définies, et sans enracinement au sol. C'est un bond venant du monde sensoriel, pré-verbal et immédiat jusqu'au monde réflexif, cognitif, verbal et logique/mathématique. Les obsessions ne sont rien d'autre que cela : la capacité à créer -et à se tenir à- des figures définies qui, faute d'être enracinées dans le sol, doivent être redéfinies et répétées sans fin pour pouvoir *ex-ist* (exister), *sub-ist* (subsister) et *persist* (persister). Vus sous cet angle, les expériences et les symptômes font sens, tel le perfectionnisme comme tentative de mener l'expérience à son terme tandis que l'anesthésie du corps est une tentative pour

repousser la sensation d'être encerclé par l'atmosphère diffuse. La lutte contre la contamination est une lutte pour créer des limites et se définir soi-même. La recherche de la symétrie, de la logique des choses, de l'ordre et du contrôle sont des tentatives pour réduire le chaos de l'indéterminé où tout peut arriver. La recherche de sécurité est une recherche d'un monde stable et prédictible dans lequel on puisse vivre sans souci - étymologiquement la sécurité vient du Latin *sine cura* qui signifie « sans souci » - c'est-à-dire sans avoir constamment à œuvrer pour le faire subsister. De tels efforts apportent du soulagement dans le sens où ils sont partie intégrante d'une bataille qui n'est pas perdue, bien qu'elle ne puisse jamais non plus être gagnée. C'est comme écopper de l'eau d'un bateau percé et rejouer le drame que la personne traverse. C'est un besoin fondamental dans tout champ psychopathologique car c'est seulement en jouant la souffrance- en l'actualisant dans l'ici et maintenant – que celle-ci peut trouver un espace relationnel dans lequel se transformer (Francesetti, 2015b). Dans cette perspective les symptômes obsessifs ne sont pas quelque chose à éliminer mais l'expression d'un ajustement créateur qui sauve le client d'un monde psychotique sans limites dans lequel il se perdrait. Ici nous pouvons évaluer la contiguïté entre les expériences obsessives et les expériences psychotiques mise en lumière par d'autres auteurs (Straus, 1948 ; Stanghellini et Ballerini, 1992). Une telle approche est très différente de celle qui considère que les pensées obsessives sont mauvaises et doivent être confrontées et surmontées. Ces pensées sont plutôt la manière dont le client s'échappe d'un fond sensoriel qui ne suscite qu'agitation et terreur. Et c'est précisément cette capacité à faire ce bond herculéen de la terreur des sens jusqu'à, même temporairement, un monde réflexif, logique mathématique, contrôlable, qui sauve le client d'une terreur encore plus grande. Peu importe comment, ce bond doit être répété à chaque instant : « Accrochés à un échafaudage branlant, nous nous sécurisons nous-mêmes avec nos fixations ».

3.3) L'excès esthétique : le diable est dans les détails

Cette analyse nous aide aussi à mettre en lumière comment les personnes souffrant d'obsessions mettent à distance les sens et le corps. La racine du ressenti dans une telle existence est en fait la source d'une terreur indéfinissable, diffuse, imprévisible et sans limites claires. Les mots d'un client : « Chaque minute de chaque jour, je transforme la

terreur en peur. Mais mes pieds sont toujours immergés dans la terreur ». Le bond hors de *Vorgestalten* est du ressort du ressenti esthétique vers un domaine cognitif, logique/mathématique et linguistique, où le client reste suspendu entre ces deux mondes en essayant de ne pas se perdre au-delà des colonnes d'Hercule (ce qui le préserve ainsi de la psychose). Il est cependant incapable de rester de manière stable dans le monde défini et différencié. Comme c'est un bond qui l'amène toujours au même endroit et pas un processus qui lui permet d'aller au-delà, il devrait, pour y rester en permanence, brûler définitivement les ponts qui le relient au monde sensoriel. Mais s'il parvient à le faire, alors une forme plus grave de souffrance pourrait émerger, par exemple une forme de sociopathie. Chez les personnes souffrant d'obsessions, la désensibilisation n'atteint pas un tel degré. Ce que le client expérimente et qui génère ses compulsions est un phénomène que nous appelons excès esthétique. En dépit de tous ses efforts, la personne obsessionnelle n'est pas en mesure d'accomplir le bond au-delà du ressenti, au-delà du ressenti diffus qui ne peut être saisi et avec lequel elle reste en contact. Une atmosphère n'est jamais complètement réductible à un objet qui peut être repoussé. Comme un fluide, quelque chose nous échappe toujours. Le ressenti ne peut être complètement saisi ou circonscrit par le langage. Le langage et le ressenti sensoriel sont incommensurables (Mazzeo, 2013). En géométrie, deux grandeurs ou chiffres sont irréductibles quand leur fraction génère un reste. Irréductible ne signifie pas inexprimable. C'est exprimable mais avec un reste. Ce reste laisse une marge inépuisable pour la régénération, comme pour l'approximation de l'infini telle la valeur de π qui est infinie et continuellement régénérée par sa décimale après la virgule. Le langage exprime le ressenti sensoriel de manière approximative, avec un reste. Comme Lynne Jacobs le souligne, l'approximation a une valeur en thérapie car cela indique un processus d'approche qui libère les personnes d'être dans la performance de trouver le mot exact. Elle permet de garder le dialogue et la discussion en permanence ouverts. Avec sa structure sujet-verbe-objet, le langage convient pour exprimer l'expérience après que la séparation sujet-objet soit advenue. La grammaire universelle (Chomsky, 1957) sert à exprimer entièrement le monde naturel et ingénu des sujets et des objets déjà séparés- le monde de la logique aristotélicienne. Pour exprimer cette expérience avant cette séparation - au-delà des colonnes d'Hercule, dans le monde du diffus et de *Vorgestalten* - d'autres langages sont nécessaires. Goodman suggère la poésie (PHG, 1951 ;

Vasquez Bandin, 2014). Ou la folie, l'infortunée belle-sœur de la poésie (Clemens Brentano, cité par Béguin, 1939). Le langage vif, poétique nous touche et nous frappe d'une harmonique corporelle. Il approche approximativement l'expérience sensorielle mais est porteur en même temps du parfum de ce qui reste à être nommé. C'est un langage qui à la fois atteint et manque son but, mais ce qui est manqué se fait entendre haut et fort - en réalité c'est ce qui est manqué qui donne au langage sa vivance enchantée et enchanteresse, à l'inverse de la mort et de *perfecto* (Loewald, 1989 ; Mitchell, 2000). L'excès diffus de ressenti sensoriel, ou excès esthétique est le démon que la personne obsessionnelle n'est pas capable de supprimer les choses qui n'entrent pas dans l'ordre logique (ou qui laissent un reste), le microbe qui survit à l'antiseptique, le ressenti impulsif qui refuse de s'en aller, la photo qui n'est pas droite, le grain de poussière sur la table. Le diable de l'obsession réside dans ces détails qui représentent l'insuppressible et qui sauvent la personne de l'anesthésie de la sociopathie. L'approximation est intolérable pour les personnes souffrant d'obsessions, car c'est un processus qui laisse un reste qui refuse de s'en aller, et par là même ne permet pas la complétude et la distance de l'accomplissement. Notre compréhension des rituels compulsifs est approfondie : ce sont des tentatives pour réduire ou mettre fin à cet excès esthétique qu'aucune logique mathématique ou linguistique ne peut jamais - et heureusement- réduire à néant. Ils sont cependant source de soulagement temporaire. Avec les rituels, par opposition aux jeux où le résultat est incertain, nous savons comment les choses vont se terminer. La prédictibilité offre un sentiment de contrôle. Et les rituels sont un moyen culturellement acceptable de contrôler la pression, de lui donner une forme et de construire des souvenirs. Pensons à la manière dont les rituels nous soutiennent dans les moments de grande intensité. Ils donnent une forme socialement acceptable à l'expérience individuelle tout en assurant une connexion relationnelle. Considérons la mort par exemple, l'événement excessif par excellence, où le temps et l'espace s'effilochent : les rituels donnent une forme à l'expérience individuelle tout en nous permettant de rester dans une socialisation partagée. Les personnes obsessionnelles, quelle que soit la manière dont elles s'y prennent, utilisent cet ajustement sans pour autant le partager avec d'autres et par conséquent sans soulager la solitude qui alimente leur terreur, et sans non plus réussir à mettre fin à l'excès esthétique qui au bout du compte les rattache au monde des vivants.

4) Dans quelles sortes d'existences les ajustements obsessionnels émergent-ils ?

Dans ce paragraphe, nous entrons sur un terrain épistémologique glissant où le risque de réductionnisme est grand et nous devons nous rappeler que tout ce que nous formulons sont des hypothèses. Ici nous nous occuperons de questions d'étiologie, ou des causes de cette souffrance. Tout en empruntant cette route, nous devons nous souvenir que les causes de ce trouble ne sont pas actuellement connues. Et paradoxalement, ce vide dans nos connaissances peut constituer une source de soutien pour le thérapeute. S'avancer dans ce vide avec *awareness* aide le thérapeute à maintenir l'ouverture et la curiosité pour un récit unique et partagé avec le client qui lui permette de donner un sens à sa souffrance. Ici, ne pas savoir est la clé pour approcher l'unicité.

Il est toujours nécessaire en psychopathologie de mettre de côté la logique simpliste et réductionniste de la causalité. En règle générale chaque souffrance a ses propres racines complexes et non réductibles. Ma position au sein de cette complexité est basée sur deux hypothèses : premièrement chaque souffrance a une signification (Borgna, 1989) ; et deuxièmement cette souffrance émerge dans un champ relationnel qui est actualisé dans la rencontre thérapeutique (Francesetti, 2015b ; 2016a ; 2016b ; Spagnuolo Lobb, 2013b). En psychopathologie, plutôt que de mettre le focus sur la causalité qui tend vers le réductionnisme et la généralisation, nous tirons un meilleur soutien du concept des chemins qui accentue la singularité, l'unicité et le contexte. En regardant attentivement de tels chemins, la psychodynamique a relié le développement des TOC au stade anal et aux conflits oedipiens (Gabbard, 1994 ; Straus, 1948). La psychanalyse intersubjective propose une perspective plus proche de la nôtre en explorant le trouble en termes de champs intersubjectifs (Stolorow et al., 1999). L'approche cognitiviste a produit beaucoup de littérature (Beck, 1976 ; Frost et Steketee, 2002 ; Clark, 2004) dont nous nous démarquons car nous n'adhérons pas au point de vue qui soutient que les obsessions sont causées au départ à un niveau cognitif ; au contraire, de notre point de vue, l'attachement obsessionnel à une pensée est un ajustement créateur pour se distancier soi-même d'une sensation perturbante et terrifiante.

Pour trouver notre chemin parmi ceux qui mènent à la souffrance obsessionnelle, commençons par deux données extraordinaires qui apparais-

sent comme évidentes. La première est que le fond émotionnel des personnes souffrant d'obsessions est fait de terreur (Salonia, 2013 ; Stanghellini et Ballerini, 1992 ; Muscelli et Stanguellini, 2008 ; Calvi, 1996). La deuxième émerge en thérapie, quand le client s'avère être inconscient de la possibilité de soulager sa terreur au sein de la relation. Quand il est effrayé, il ne perçoit pas le confort relationnel. Une fois encore, le poème terrifiant et pertinent de Marcoaldi exprime cet aspect :

*Qu'est ce que tu en penses ?
Si je te serre très fort,
Est-ce que j'aurais une chance
D'échapper à la morsure de la mort ?* ((Marcoaldi, 2008)

C'est une question qui peut typiquement émerger dans un champ obsessionnel. Évidemment la réponse est « non ». Une étreinte ne peut repousser *la mort*. Mais ceux qui posent une telle question ne réalisent clairement pas qu'une étreinte peut repousser *la peur de la mort*. Les personnes souffrant d'obsessions ne se rendent pas compte du pouvoir calmant de se prendre dans les bras, de goûter la proximité des corps, le confort relationnel. Étymologiquement *confort* signifie *forts ensemble*. Nous nous trouvons ici au cœur central de l'expérience : la solitude de la terreur. Le client obsessionnel est seul, mais en un certain sens il n'en est pas conscient car il ne se rend pas compte qu'il n'est pas obligé d'être ainsi. En effet, il n'a pas d'expérience de référence où il pourrait être nostalgique de l'autre et l'appeler. Au lieu de cela, comme nous l'avons vu, la structure de son expérience l'amène à chercher du soulagement dans la distance. Mais l'espace pour pouvoir sentir la distance n'est pas suffisant et par conséquent le désir de proximité, qui requiert un sens de la distance, ne peut émerger. En outre son expérience a un caractère d'urgence. Il est très difficile de lâcher l'échafaudage branlant qui vous sauve de l'abysse pour attraper la main de quelqu'un d'autre. Comme quelqu'un qui grimperait à une paroi rocheuse, suspendu au-dessus du gouffre sans encordage de sécurité, et qui serait invité à lâcher pour agripper la main d'une autre personne (Salonia, 2013). Dans une telle expérience la terreur et la défiance que nous devons affronter sont si intenses que nous pensons que la main de l'autre nous a déjà trahi, que l'autre est déjà parti. Il est aisé de trouver des histoires de vie où a manqué le contenant relationnel qui vient de la proximité affective et corporelle.

Les mots d'un autre client : « J'ai grandi durant toute mon enfance dans une maison sans murs, exposée aux tempêtes de toutes sortes, où les explosions d'angoisse violentes et imprévisibles secouaient la maison et où le froid paralysait tout. Il n'y avait que ma solitude, enroulée dans un coin caché qui me permettait de respirer malgré mes tremblements. Il n'y a que ma solitude qui a pu m'apporter du réconfort. J'ai commencé à lire dans l'immense bibliothèque, un livre après l'autre, depuis le coin en bas à gauche, dans l'ordre. Cela allait de la relativité générale à *La Chartreuse de Parme*, en passant par les ouvrages du Marquis de Sade. »

Ici, nous dessinons les contours des voies possibles dans lesquelles l'autre échoue à procurer du contenant au moment d'affronter la terreur et l'incertitude de la vie, mais nous n'irons pas plus loin sans éviter les stéréotypes et la cristallisation de l'expérience. Arrêtons-nous plutôt sur deux phénomènes identifiés de manière évidente : la terreur et la difficulté à concevoir un contenant relationnel. Ces phénomènes soulignent un élément rarement mis en lumière dans la littérature concernant les TOC : la solitude des expériences obsessives. En conclusion, tout en étant capable de décrire la forme spécifique que prennent ces troubles (pathogénèse, voir paragraphe 3), nous ne pouvons ni ne voulons réduire les TOC à des causes spécifiques. Tout ce que nous pouvons faire est l'hypothèse que cette forme de souffrance est modelée par des expériences existentielles marquées par la terreur et le manque d'un contenu relationnel suffisant. Ce manque de contenant reste en mémoire comme l'impossibilité de faire confiance, de compter sur son environnement. La thérapie fournira une nouvelle expérience où le contenant et la confiance peuvent s'éprouver. Je ne le vois pas comme une expérience réparatrice car ce qui a manqué ne peut être remplacé : dans le moment thérapeutique, réaliser la possibilité d'un contenant émerge avec la douleur de ce qui a manqué et cette douleur reste pour toujours (quoique sous différentes formes). Mais une nouvelle expérience de contenant qui procure de nouvelles possibilités est possible pour respirer et être au monde.

5) Le champ émergent Obsessif Compulsif dans l'ici et maintenant de la séance de thérapie

Quand nous rencontrons en thérapie une personne qui souffre d'obsessions, nous actualisons ensemble un champ phénoménologique qui rejoue la souffrance. Comme je l'ai décrit ailleurs (Francesetti, 2016b ; à paraître), rejouer ne signifie aucunement quelque chose d'artificiel mais se réfère spécifiquement à l'actualisation du champ entre nous et autour de nous, ce qui est l'acmé des corps vivants dans la situation présente. Ce qui émerge est quelque chose de réel – le champ phénoménologique – esthétiquement perceptible comme une atmosphère, presque une entité ni uniquement objective, ni uniquement subjective. C'est la survenue, l'ex-istence, d'un champ qui à la fois actualise les absences à la frontière contact (c'est-à-dire la souffrance) et à la fois appelle la présence (c'est-à-dire la potentialité pour la transformation et la présence). Le degré de présence et d'absence prend forme à travers la manière dont chacun d'entre nous reste à la frontière contact pendant la séance de thérapie ; c'est l'acmé de nos corps et de la situation. Un champ psychopathologique tient hautes les absences à la frontière-contact qui attendent la présence de l'autre pour pouvoir se transformer en douleur et en beauté (Francesetti, 2012).

Quelles sont les caractéristiques d'un champ obsessionnel ? Bien que différentes pour chaque rencontre, et d'abord pour chaque client, chaque thérapeute et chaque séance, nous croyons que certaines caractéristiques peuvent être définies (s'il est vrai que toutes les souffrances obsessionnelles ont une base commune d'expérience). Les expériences que je décris sont l'expression de thèmes qui circulent dans le champ et qui peuvent être senties parfois par le client, parfois davantage par le thérapeute. Il y a un effet de co-création.

Dans un tel champ, en thérapie, je pourrais sentir que je dois marcher très prudemment, que je suis au bord de faire une erreur sans vraiment comprendre pourquoi mais avec la sensation que je dois contrôler ce que je fais avec la plus grande attention. J'apprends que certains mots sont interdits - la terreur par exemple. Ou certains gestes comme serrer la main du client pour le saluer, ou parfois s'approcher trop près, franchir une certaine limite. En se contrôlant lui-même, mon corps se tend et se raidit, ma respiration se raccourcit imperceptiblement. Sans en prendre conscience, je me soulève légèrement au-dessus de mon fauteuil, élevant ainsi le barycentre de mon corps. Ma sensibilité est

réduite et l'air devient stérile. Parfois avant la séance, je vérifie que la pièce est bien ordonnée et que les sièges sont suffisamment espacés. J'ai même senti certaines fois que j'aurais aimé que la pièce soit plus vaste ou je sens que le client préférerait cela. Je me sens moins en contact avec mon corps, un peu désincarné. La présence corporelle peut presque devenir quelque chose de peu recommandable, voire superflu – « Qu'est-ce que le corps a à voir avec ce dont nous parlons ? Nous parlons de souffrances psychiques ici, de pensées irrépessibles ! Je suis suspendu au-dessus d'un gouffre et vous me dites de respirer ? Bien sûr que je respire, ce n'est pas le sujet ! Comment cela va-t-il m'aider ? » Parfois il y a un ressenti d'urgence qui me plaque dos au mur, sans possibilité aucune de s'échapper et j'ai le sentiment qu'il y a besoin d'une réponse maintenant, une réponse définitive et inébranlable. Dans de tels moments, l'espace se contracte et je ne peux pas respirer. Je me sens assiégé - quel soulagement ce sera à la fin de la séance ! Il peut arriver que je me sente emmené dans le mental, le débat, la narration, les listes détaillées, la logique pure et formelle. Le temps se met à passer en un flux de vitesse uniforme, sans atteindre un crescendo qui mène quelque part, un endroit duquel je pourrais dire « Aujourd'hui je suis arrivé jusque-là » avec un sentiment d'accomplissement. Cela peut occasionner des fins de séance plutôt difficiles, comme si quelque chose manque et prend un temps fou. L'air tend à devenir froid et craquant, rarement traversé par des élans affectifs, absorbé dans la poursuite de quelque chose que nous ne pouvons saisir fermement.

La clairière que chaque rencontre thérapeutique essaye d'ouvrir n'est jamais assez grande, ni assez confortable, douillette, chaude et substantielle, hospitalière et sécurisée. Ce n'est pas un endroit où faire une pause. Quelle surprise quand je trouve l'espace et l'audace de donner de la dignité à la vibration de mes émotions, d'être en contact avec mon âme comme si elle était réchauffée par le contact avec la personne qui souffre. (Arrivé à ce point je sens que je devrais expliquer ce que j'entends par « âme », mais c'est probablement l'effet d'un courant de rébellion présent dans le champ obsessif et que je suis en train d'actualiser en écrivant). L'autre m'échappe - il est facile d'être aveuglé par des détails ou par l'urgence des symptômes, mais il est difficile de ne pas perdre contact avec le corps qui vibre et souffre, qui sonde et touche le cœur. À certains moments, il semble que le client se trouve de l'autre côté d'un rideau d'acier ; à d'autres, qu'un mot inadéquat pourrait percer son âme en déchiquetant la chair. Parfois je me sens inutile,

même en tant qu'être humain. Je veux offrir du réconfort, mais cela semble trop petit- pas parce que le client n'attend rien (comme dans le champ dépressif), mais parce que je me sens impuissant face à la réitération du symptôme, face à l'urgence de la terreur, face à la radicalité des questions. J'essaye de faire la différence mais souvent j'échoue ; je m'épuise. A ce moment-là, je sens un désir de reculer, et peut-être que je recule. Et c'est là que je peux sentir la valeur précieuse d'un sentiment qui émerge lentement mais sûrement. Je sens la douleur chaude de laisser le client seul. Et le client, à un certain degré, peut sentir que l'air se refroidit quand je m'éloigne, que la terreur grandit. À ce moment précis, nous sommes hors du champ obsessif. Grâce à la présence incarnée, la terreur s'atténue et nous pouvons laisser aller au moins pour un instant le solitaire échafaudage branlant. La rencontre est un événement, une ponctuation de la respiration, la clairière devient un espace de repos.

6) Approches et directions thérapeutiques

La thérapie avec les personnes souffrant de TOC est généralement difficile et frustrante pour à la fois le client et le thérapeute. Mais bien que les résultats sur le long terme puissent être incertains, elle est néanmoins utile. NICE fournit un guide pour le traitement des TOC. La plupart des modèles d'interventions largement recensés sont basés sur les approches cognitivistes et behavioristes (Abramovitz and Siqueland, 2013 ; Foa et al., 1999, Beck, 1976 ; Frost et Steketee, 2002 ; Clark, 2004). Ils ont montré leur efficacité pour réduire les symptômes des TOC de manière assez significative mais sans toutefois les faire disparaître. Le trouble en fait est fréquemment chronique par nature, alternant les périodes de bien être avec les périodes où les symptômes sont plus intenses (Castonguay et Oltmanns, 2013). Il y a aussi des preuves que l'implication de la famille dans la psychoéducation ou dans la thérapie peut aider considérablement, dans le sens où une simple adaptation des proches aux exigences obsessives tend à empirer la situation. Partant de notre point de départ phénoménologique pour notre exploration gestaltiste, regardons quelques directions qui peuvent nous aider dans notre travail thérapeutique. En termes brefs et généraux, l'approche thérapeutique se concentre sur la capacité à sentir le phénomène de

champ émergent entièrement dans la séance de thérapie. Ce qui signifie se rendre présent aux absences qui sont actualisées dans le champ et à comprendre sa propre contribution dans cette co-crédation. Ceci est le seuil qui permet d'ouvrir la porte au changement. En modulant sa présence plutôt qu'en tentant de faire changer le client (Francesetti, 2015b ; Francesetti, à paraître), le champ co-crédé est modifié et permet l'émergence d'une nouvelle expérience, et ainsi à une nouvelle mémoire. Dans la rencontre thérapeutique, la souffrance est actualisée et quand elle atteint la frontière-contact, elle se transforme grâce aux deux présences, celle du client et celle du thérapeute (Francesetti, 2012 ; Spagnuolo Lobb, 2013a). C'est une perspective de Gestalt-thérapie sur le processus thérapeutique qui est valide pour chaque client, quelle que soit sa souffrance. Pour une connaissance plus approfondie, se référer aux travaux cités.

Mais quels sont les thèmes et les étapes sur lesquelles se concentrer quand nous nous retrouvons dans un champ obsessionnel compulsif ?

6,1) Du Körper au Leib. Garder vivante la sensibilité esthétique

La dimension esthétique est le monde sensoriel, la racine du ressenti. Dans un champ obsessif, le présent en cours tend constamment à nous entraîner loin de cette dimension. Il est donc important pour le thérapeute de prendre soin de rester en contact sensoriel avec son propre corps animé (le *Leib*). Dans un champ obsessif, ce contact peut aisément être perdu car la tension nous raidit et se transforme en anesthésie alors même que nous nous concentrons sur les pensées. Dans ce champ, le *Leib* devient facilement le *Körper*, le corps médicalisé, anatomique et fonctionnel. Le corps qui ne ressent pas et qui ne goûte pas. En cas d'urgence, les sens s'éveillent pour capter les dangers qui sont présents ; les yeux, oreilles et nez se mettent en alerte vers l'environnement et la respiration s'arrête dans l'attente d'une attaque. Le focus sur la perception esthétique, sur le ressenti corporel, proprioceptif et atmosphérique est perdu, ce même focus que le thérapeute doit être spécifiquement attentif à maintenir. Il est important que la respiration reste fluide, ce qui signifie donner du temps et de l'espace au contact. Donner de la plénitude à notre respiration donne de la plénitude à l'espace et aide à établir la distance juste. Sentir pleinement le cycle de la respiration et comment son achèvement modifie l'uniformité et la linéarité du mouvement du temps, génère un mouvement ascendant puis descendant en

un cycle *perfecto* d'achèvement et de conclusion. Rester en contact avec son propre corps animé permet aussi au thérapeute de jauger, instant par instant, la « température » du contact et l'actualisation des atmosphères au sein de la rencontre. La capacité à rester dans l'indéterminé qui survient à la racine des sens et à sentir tout ce qui émerge sans s'en éloigner nous permet la mise en contact avec des expériences de terreur qui nourrissent continuellement les obsessions et qui gardent à distance le client, ainsi que le thérapeute pendant la séance. Par conséquent, le travail est toujours corporel, dans le sens incarnation et présence à l'*awareness* du thérapeute. Parfois il est possible d'amener ce travail corporel en figure, à condition que le sentiment de dégradation qui émerge souvent quand on se concentre sur le corps soit vaincu, et que la relation thérapeutique soit devenue, au fil du temps, suffisamment confiante. Quand il est possible, ce travail corporel est précieux car nous pouvons expérimenter les effets de la distance et de la proximité et comment cela affecte l'expérience de l'espace, des frontières, de leur brouillage et de leur restitution, des émotions que ces mouvements suscitent, de la temporalité de ces exercices comme par exemple la technique d'ancrage au sein de laquelle le client sent d'abord la fatigue et la douleur physique, puis du soulagement. Soulagement qui signale la fin (*Perfecto* !) de l'exercice.

6,2) De la terreur au contenant par le contact

Les expériences de terreur vont progressivement émerger au cours de la thérapie- une terreur pour laquelle aucun contenant n'est envisagé. Une terreur pure et sans limite qui peut seulement être soumise au contrôle des obsessions. Une terreur pour laquelle il n'y a pas de réponse concrète. Un enfant âgé d'environ deux ans peut demander à sa mère : « Est-ce que tu vas mourir ? ». La mère répond immédiatement en s'approchant de l'enfant avec un sourire et une étreinte, et dira probablement quelque chose à propos du temps, quelque chose comme « mais je ne suis pas encore vieille ! ». L'enfant se calme et tourne son attention ailleurs. Dans cette séquence, l'espace est balayé par une forte résonance émotionnelle et par le corps de la mère qui apporte de la chaleur corporelle. Le temps se démarque et il se crée une distance entre un « maintenant » qui est proche et un « plus tard ». Un plus tard tellement éloigné qu'il ne peut nous atteindre (la frontière est là) ; le corps se calme dans les bras de la mère ; la respiration revient et le cycle

de l'expérience se complète. L'attention est libre de se diriger ailleurs. Plusieurs étapes doivent être complétées avant qu'une séquence de cette sorte, c'est à dire de *con-fort* (*forts ensemble*) de contact (pas nécessairement de contact physique) puisse émerger en thérapie. Le thérapeute doit avoir été présent à l'expérience du champ obsessif, sans s'être retiré ni anesthésié et sans être submergé, de telle sorte qu'il se rende progressivement visible et fiable pour le client. Le client vient pour poser la même question que Marcoaldi : « Si je te serre très fort, est-ce que j'aurais une meilleure chance d'échapper à la morsure de la mort ». Mais le travail thérapeutique, comme je l'ai déjà dit et comme je le dirai encore n'a pas pour but de changer le client. Les questions sur lesquelles se concentre le thérapeute sont : « Pendant la séance de thérapie et dans ma vie, comment je me débrouille avec la terreur suscitée par la pensée de ma propre mort ? Et par celle de ceux que j'aime ? Quel socle m'a porté, par le passé et à présent, qui me permet de continuer à respirer en évoquant ce champ des possibles ? Comment tout cela est-il actualisé au cours de la rencontre avec mon client ? » Se poser ces questions et explorer de manière authentique sa propre expérience vis-à-vis de ces problèmes nous permet de ne pas perdre le contact avec notre présence corporelle et affective en séance. Nous pouvons alors sentir que l'émergence de la terreur ne nous mènera pas à un évitement du contact thérapeutique. À partir de ce socle, des réponses vont arriver face aux questions pressantes que le client pose au thérapeute (Salonia, 2013). Des réponses qui ne sont pas fondées sur la réassurance mais sur le soutien permis par la vérité ; non pas en montrant une assurance que nous ne possédons pas mais en contemplant les limites de la vie et en continuant à respirer. Dans l'exemple ci-dessus, il ne serait pas aidant que le thérapeute assure au client qu'il ne va rien lui arriver. En réalité, cela saperait la relation de confiance car le thérapeute affirmerait quelque chose qu'il ne peut pas savoir. En revanche, ce qui est aidant est d'apprendre, quand nous sommes confrontés à l'imprévisibilité de la vie, à rester calmes ensemble, et cela grâce à nos présences vivantes qui soient suffisamment hospitalières - de *hosp* (hôte) et pas *hostis* (ennemi) (Salonia, 1999). La manière dont cela arrive ne peut pas être reproduite comme une technique. C'est une *phronésis* qui émerge seulement si le socle du thérapeute a été préparé à ces problématiques (Sichera, 2001 ; Orange, Atwood et Stolorow, 1999 ; Francesetti, 2015b). Une relation inter-corporelle va progressivement prendre la forme d'un contenant pour l'anxiété qui émerge.

6,3) De la solitude à la résonance affective

Être pleinement conscient de ses ressentis corporels et capable de rassembler, de soutenir et de maintenir la terreur va permettre à une dimension constitutive de l'expérience obsessionnelle d'émerger : la solitude. Une solitude terrifiante car exposée à la contraction de l'espace, la rupture des frontières, la dégradation de la matérialité et l'absence d'accomplissement. Pour le client, le « luxe » de sentir cette solitude sera possible seulement dans les recoins, rares au départ, quand du répit peut être accessible au sein de l'urgence. Aussi longtemps que l'urgence perdure, toute proximité viendra menacer la frontière instable, le besoin de distance et passera à côté du besoin immédiat de trouver une solution aux raisons de cette terreur. Néanmoins, avec le temps une certaine proximité pourra commencer à être appréciée et à acquérir une signification. Une résonance kinesthésique trouvera, avec des tâtonnements, son chemin (Frank, 2016), et le visage du thérapeute commencera à être vaguement perçu comme un autrui cicatrisant (Bloom, 2016). Tranquillement, presque furtivement, sans forcément le nommer ou l'amener à l'avant-plan, un socle de présence affective commencera à faire une différence. Pour que cela arrive, le thérapeute fera appel à sa patience, sans anticiper les événements et sans diminuer la valeur de la proximité - une pression forte dans un champ obsessionnel. Même à cet endroit, le thérapeute s'interrogera lui-même : « Comment la proximité a-t-elle été un réconfort pour moi ? Quelle valeur puis-je lui donner ? Qu'est-ce qui me soutient dans ma solitude ? ». Et il sera important de ressentir les sensations et les émotions qui émergent quand je me pose ces questions. Toutes les fois où le thérapeute apporte cela dans le champ, la plupart du temps de manière implicite (Stern, 2004), le champ se modifie et va aider le client à faire émerger ces mêmes expériences - les expériences qui ouvrent à une évolution dans l'expérience du client peuvent être expérimentées d'abord par le thérapeute. À travers cette approche, la manière d'être au monde peut se soumettre à une refondation relationnelle. Les expériences existentielles, indicibles mais bien vécues, celles qui nous permettent de respirer et de rester conscient et présent même en face de l'incertitude de la vie, peuvent être confrontées. Jusqu'à ce qu'en fin de compte, un socle relationnel suffisant soit ressenti pour appréhender la mort à l'horizon de la vie, un passage nécessaire pour permettre la temporalité, pour que l'espace soit cohérent et que le temps s'écoule (Heidegger, 1927/1962).

6,4) Le soutien pharmacologique

Le soutien pharmacologique devrait toujours être pris en considération pour ce type de troubles car il peut réduire significativement la souffrance du client. Quoi qu'il en soit, il est fondamental de le considérer comme un moyen de réduire l'intensité du symptôme et pas comme un moyen de réduire la signification de la souffrance à une fluctuation biochimique. Cela signifierait alors un dénigrement de l'expérience du client et une invalidation de son point de vue, avec le risque de produire des effets iatrogènes. Par conséquent, une proche collaboration est nécessaire entre le psychiatre qui prescrit la thérapie et le psychothérapeute, impliquant un respect mutuel des frontières et des champs de compétence. Parfois les clients souffrants de TOC refusent les traitements médicamenteux. Particulièrement quand les problématiques tournent autour de la contamination, prendre des médicaments peut être vécu comme une violation de la frontière par un corps étranger intrusif. Cela n'exclut pas une possibilité de conseil psychiatrique où le client est clairement informé des limites et du potentiel du soutien pharmacologique. De tels conseils clarifient, permettent de prendre du recul, donnent forme et dignité au choix du client. Parfois avant la prescription, il est nécessaire de construire une confiance suffisamment solide avec le client pour lui garantir que le sens de sa souffrance ne sera pas perdu, même si les médicaments s'avèrent efficaces. Les médicaments appropriés sont en premier lieu les antidépresseurs, plus particulièrement ceux qui agissent sur la sérotonine. Les benzodiazépines et les neuroleptiques peuvent également être utilisés dans certaines situations spécifiques.

6,5) Un bref exemple clinique

Je vais maintenant vous présenter deux brefs enregistrements qui vont aider à mettre en lien ce que j'ai décrit plus haut et la pratique clinique concrète. Andrea est un homme de quarante-cinq ans, responsable administratif pour une grande société, marié depuis quelques années et qui a une petite fille âgée de deux ans. Il est venu en thérapie en raisons de graves symptômes obsessionnels compulsifs qui pèsent lourdement sur sa vie et d'une terreur concernant la possibilité de faire du mal à sa femme et à sa fille. Ses rituels sont conçus pour prévoir et prévenir les accidents, les mésaventures, les maladies et les éventuelles explosions de violence. Tous les jours des calculs combinatoires

complexes lui imposent encore et encore la répétition de rituels secrets jusqu'à ce que leur accumulation finisse par repousser les dangers. Peu avant de débiter la thérapie, il a commencé à cacher tous les couteaux dans le cellier de peur de commettre l'irréparable dans un accès de rage. Face à moi, il se révèle extrêmement réservé et contrôlant, très intelligent et avec un esprit logique extraordinaire. Son corps est raide, contrôlé, retenu en arrière et vertical. Plus tard il me dira qu'il souffre de douloureuses tensions musculaires et de migraines. Il vient d'une famille nombreuse, avec des expériences d'enfance empreintes d'abandon et de solitude, de négligence affective, d'exposition aux accès de rage de ses parents et aux départs imprévisibles de sa mère. Une maison froide et désolée, sans murs, constamment battue par les vents et exposée à d'imprévisibles tempêtes et tremblements de terre. Fils aîné, il a une jeune sœur qui a été diagnostiquée schizophrène et un jeune frère aux prises avec des problèmes d'addiction. Mon expérience avec lui, surtout au début de la thérapie, est empreinte de tension et de contrôle dans mes actions. Je me sens très attentif et pas libre. Je dois me rappeler à moi-même de bien respirer et de faire reposer le poids de mon corps sur mon fauteuil pour pouvoir être présent, pour éviter que l'espace s'effrite comme aspiré dans le vide. Le phénomène de champ que nous actualisons est tel que je me sens impuissant, acculé sans mouvement possible tandis qu'il est laissé seul et exposé à la merci d'événements incontrôlables qui doivent être gérés sans mon soutien - c'est un champ obsessif. Les moments clés de cette thérapie sont les moments de contacts qui changent le champ co-construit. La nouvelle expérience relationnelle qui est réclamée est celle que possède toute personne ayant grandi avec une histoire suffisamment saine : l'expérience de rester calme face à l'incertitude grâce à la présence affective d'un autre signifiant et contenant.

Extrait de verbatim après huit mois de thérapie :

Un jour, Andréa me décrit une scène en termes généraux, sans entrer dans les détails, dans laquelle sa fille de deux ans est kidnappée, torturée et tuée. Il évoque la cruauté et l'horreur des choses qui pourraient lui arriver sans les nommer explicitement. Bien qu'aucune scène spécifique ne soit décrite, l'atmosphère qui est générée entre nous glace le sang.

Je lui dis :

Thérapeute : « La manière dont vous en parlez, davantage que ce que vous en dites réellement, me fait imaginer qu'on doit être terrifié par de telles pensées ».

Andrea : « *Oui, elles sont effrayantes* »

Il y a quelque chose dans ce qu'il vient de dire qui suggère un pas de côté par rapport à ma déclaration, peut être un petit mouvement de la tête qui me donne cette impression, comme s'il était en train d'éviter quelque chose. Je réalise aussi qu'il n'a pas répété le mot terrifiant. Il semble l'éluder avec la même circonspection qu'un félin qui flânerait et éviterait un piège.

T : « *Un instant, Andréa. Sont-elles effrayantes ou terrifiantes ??* »

A : « *C'est un mot que je n'emploie jamais* » (tension et mouvement de retrait)

La terreur est devenue palpable entre nous. Elle est si forte qu'elle oppresse ma poitrine ; comme si elle était sur le point d'exploser. Je sens une urgence de fuir. Je sens que c'est trop pour nous deux et j'ai besoin de soulager un peu la tension.

T : « *Donc vous préférez le mot « effrayant* » (Immédiatement léger relâchement de la tension)

A : « *Oui, je préfère parler de peurs parce qu'elles sont contrôlables* ».

T : « *Ah...* » (Soulagement)

Maintenant je sens quelque chose de nouveau. Quelque chose d'agréable, mais d'indéfini a émergé entre nous. Peut-être qu'il s'agit simplement du fait de ne pas l'avoir laissé seul dans cet état de tension. Il se met alors à parler avec l'explosivité et la vitesse d'une balle :

A : « *Alors que la terreur est quelque chose qu'on ne peut pas contrôler.* »

Ma sensation devient plus claire. Pour la première fois de nos face-à-face, il a pu prononcer le mot et le supporter ; l'espace entre nous est clair et nourrissant, pas stérile. Il y a une lueur de compréhension dans son regard- il sait qu'il a dit le mot interdit et qu'il a pu le dire grâce au fait qu'il est ici, et il sait que je sais qu'il sait. Durant cette pause nous savourons notre ressenti. Je sens que je suis avec lui et que nous sommes arrivés quelque part. C'est un moment de contact intense, spécial, qui doit être chéri même s'il n'est pas nommé.

Une compréhension qui change le champ actualisé entre nous et que nous saurons, sans nous le dire, nous remémorer- pour moi une expérience de ne pas me sentir impuissant, plaqué le dos au mur, et

pour lui celle de ne pas être laissé seul dans une terreur stérilisée de toute présence. Une petite progression affectivement partagée (Stern, 2010), un grain « d'entre nous » dans une solitude sans limites.

Après un an et demi de thérapie :

A : *« Je n'en peux plus, je suis fatigué de tous ces contrôles, de tous ces calculs, ces rituels avec encore davantage de calculs ; ils augmentent. Et le pire est qu'ils font insulte à mon intelligence -Ce sont des choses si stupides et qui prennent tellement d'énergie. »*

T : *« Ils ne font pas sens pour vous ? »*

A : *« Je ne suis pas convaincu. »*

T : *« Que voulez vous dire ? »*

A : *« Vous m'avez fait remarquer qu'ils grandissent quand j'ai peur pour des personnes auxquelles je suis attaché, et donc qu'ils expriment mon lien, peut-être même mon amour pour elles. »*

T : *« Oui... »*

A : *« Ma raison me fait douter de tout cela. En fin de compte, peut-être qu'il s'agit juste d'un égoïsme extrême. Je vérifie tout. Je mets tout le monde en cage pour reposer mon esprit mais tout ce qui me préoccupe, c'est mon propre esprit, je suis seulement égoïste. »*

Je sens que l'espace entre nous est stérile. Nous pourrions discuter et débattre de cela dans les grandes largeurs mais je ne sens aucune émotion circuler entre nous.

T : *« Votre raison doute... mais que ressentez-vous ? Est-ce que vous le faites pour vous ou pour Lisa ? »*

A : *« Hum... Je ne suis pas sûr de pouvoir faire confiance à ce que je ressens... mais oui, ... je dirai que c'est pour Lisa. »*

La manière dont il dit « Lisa » déclenche chez moi, en même temps que chez lui, une poussée intense et inattendue d'émotion ; quelque chose comme un sanglot nous prend par surprise. Nous réalisons que la surprise et l'émotion sont mutuelles et sommes rattrapés par de l'embarras à propos de ce qui est en train d'arriver. Tout d'un coup je sens la lassitude existentielle, la sienne et la mienne. Je suis pleinement conscient de la manière dont nos liens et notre amour nous ligotent dans la douleur de la perte de l'être aimé. Dans cette émotion partagée j'attrape la beauté d'un nouveau contact intense entre nous, inattendu comme un cadeau.

Après un bref silence je dis :

T : *« Je réalise tout ce que vous avez dû parcourir au fil des années pour protéger Lisa, les efforts sans fin pour prendre soin d'elle ».*

A : « *Oui...* »

Andréa me regarde, submergé par l'émotion. Il détourne son regard et se racle la gorge. Il y a une pause. L'air est plein de vibrations, à la limite de ce que nous pouvons tous les deux supporter. Je prends soin de mon confort et je suspends ma respiration.

T : « *Que se passe-t-il, Andréa ?* »

A : « *Hum... Vous vous rappelez quand je vous ai dit que certaines séances étaient des tournants décisifs, et que d'autres étaient plutôt consolidantes. Eh bien, celle-ci est un tournant décisif.* »

T : « *Je le crois aussi.* »

Nous restons pour un instant dans ce moment, un moment où quelque chose est arrivé. Puis nous cessons de goûter ce moment et commençons à en sentir les effets. Nous sentons comment il transforme notre relation et la manière dont nous nous sentons.

7) Conclusion

Notre progression nous a menés le long de la route de l'analyse gestaltiste et phénoménologique en recouvrant : l'identification du champ d'investigation en utilisant le diagnostic extrinsèque ; une analyse phénoménologique des expériences ; une analyse de la Gestalt-thérapie à propos de comment l'expérience donne une signification à l'ajustement créateur de l'obsession et de la compulsion ; le positionnement de cet ajustement créateur au sein des fonds biographique et existentiel ; les caractéristiques de l'émergence d'un champ obsessif-compulsif en thérapie ; et enfin quelques éléments pour mener la thérapie. Au cours de cette progression, nous avons mis en lumière la manière dont les ajustements obsessifs-compulsifs gèrent spécifiquement et créativement la terreur, quand la terreur ne peut pas se dissiper en présence de l'autre, et comment ils préservent la personne souffrante d'une terreur encore plus grande. J'ai bon espoir que mon exploration pourra soutenir une autre progression, celle du thérapeute et du client, vers un endroit que notre poète a encore une fois remarquablement décrit :

C'est d'accord, je ne peux m'empêcher d'y penser d'abord nous volons, puis nous chutons, volant haut puis usés, épuisés nous revenons à la réalité.

Alors seulement nous serons prêts à encenser l'infini royaume de l'immanence et à accepter, peut-être, l'immanence de la mort comme le lot naturel d'un fruit qui mûrit, puis tombe. (Marcoaldi, 2015, p.44)

Gianni FRANCESETTI

Gestalt-thérapeute, psychiatre, formateur et superviseur international, coordinateur du programme de l'International Training on Gestalt Approach to Psychopathology. Président de l'EAGT et de l'Italian NUO (FIAP, Italian Federation of Psychotherapy Associations), Ancien Président of the SIPG (Società Italiana Psicoterapia Gestalt), membre de l'EAP, NYIGT, SPR. Il est auteur de nombreux articles et chapitres en relation avec la Gestalt-thérapie. Il a également édité divers ouvrages sur l'approche gestaltiste en psychopathologie.