

# L'intercorporalité

Jean-Marie Delacroix

Avril 2011

Le concept champ organisme -environnement considéré comme l'un des concepts clefs de la Gestalt-thérapie contient un élément qui mérite notre attention: c'est le trait d'union entre les deux mots.

Le trait d'union, ce qui fait lien entre l'un et l'autre. Espace intermédiaire qui est la scène des interactions entre l'un et l'autre, dans lequel se transmettent de la présence, de l'attention, des affects, des informations. Frontière entre l'un et l'autre qui est le lieu de l'empathie, mais aussi de l'actualisation ou de la réactualisation des modalités de contact. Élément qui par sa fonction de reliance change le paradigme: de l'un on passe à l'un et l'autre et aux modalités d'existence entre les deux, on est dans un système interactionnel. Puis on passe à plus que cela : à la globalité, à ce qui se dégage de l'un et l'autre ensemble cherchant par le « être ensemble » à développer l'exister qui est plus que la somme des parties : on arrive à la posture de champ.

C'est de ce trait d'union en tant qu'espace de reliance, d'information d'interaction et de transmission dont il sera question dans ce texte. De ces petits riens qui font lien, ou de ces autres petites choses qui laissent penser que cet espace intermédiaire est aussi le théâtre de l'invisible. Quelque chose qui ne se voit pas avec les yeux extérieurs, qui pourtant existe bien, est actif en coulisse et prépare le développement d'une relation ou plus exactement d'un processus de co-construction de ce que nous appelons la relation thérapeutique.

La question de l'affect et de ses mouvements est au centre de ce débat et de l'affect comme l'un des éléments importants qui contribuent à la co-création de la relation. L'affect, ce qui circule *entre* de façon visible parfois, mais aussi et surtout de façon implicite, non encore visible. Cette question de la relation vue à partir de l'entre et de ce qui circule entre, de l'affect et de l'affectation commune, m'a toujours préoccupé. Elle a pris différentes formes théorico-cliniques au cours de mes années de pratique et de réflexion. Aujourd'hui elle m'amène à élaborer sur le thème de l'intercorporalité.

Dans ce texte, je ferai d'abord un récapitulatif de l'évolution de ma pensée sur la question de l'affectation et de la co-affectation et de son importance dans la co-création du lien et de la co-création de la relation. Puis en m'appuyant sur les travaux de trois thérapeutes canadiennes, je développerai le thème de l'intercorporalité, repris des écrits de Merleau-Ponty. Puis je terminerai en abordant quelques points soulevés par ce concept de l'intercorporalité.

## 1 – Evolution d'une réflexion sur l'affectation mutuelle dans le processus thérapeutique

Regardons d'abord les différentes étapes dans ma carrière et dans ma réflexion qui m'amènent aujourd'hui à chercher à élaborer sur le thème de l'intercorporalité.

### Corps à corps psychique

Quand j'étais jeune Gestalt-thérapeute, l'accompagnement du patient à partir du concept de continuum de l'expérience m'a amené à parler de "corps-à-corps-psychique"<sup>1</sup>, expression que j'ai introduite en 1985 dans mes séminaires. Le travail à partir des concepts d'awareness et de

---

<sup>1</sup> Delacroix J.M., *Ces dieux qui pleurent*, 1985, document de l'Institut GREFOR

continuum de l'expérience influence la méthodologie de travail du thérapeute: il y a cette invitation de sa part au patient: « Tu viens de me raconter cela (reformulation)...maintenant laisse-toi sentir, quand tu me racontes cela, ce qui se passe en toi, dans ton corps, dans ta respiration, porte ton attention sur ce qui passe en toi, les images, les idées, les pensées...laisse venir tout ce qui veut venir et si tu le veux mets quelques mots sur ton expérience en même temps qu'elle se développe ». Le thérapeute est centré à la fois sur son expérience personnelle et sur l'accompagnement du patient. Personnellement j'accompagne beaucoup et depuis toujours avec mon corps, mes mains, mes mouvements. C'est ainsi, ce n'est pas une stratégie, ça se fait tout seul et je laisse faire. Tous les deux, patient et thérapeute sont alors engagés dans une sorte de chorégraphie qui se déploie spontanément avec une certaine retenue d'abord, puis progressivement dans le lâcher prise où rien d'autre n'a d'importance que l'expérience immédiate co-crée au fur et à mesure de son déploiement. C'est cela que j'ai appelé le corps-à-corps psychique, psychique signifiant qu'il n'y avait pas de contact physique, alors que nous étions engagés dans un processus de rencontre de corps à corps à distance. Aujourd'hui je nommerais cela corps-à-corps énergétique. Ce qui me fascinait alors, c'est ce qui soudainement émergeait dans le champ de la conscience: une image, un souvenir, le sentiment de présence d'une personne de l'histoire familiale, d'un "revenant", ce que j'appelais alors les "choses flottantes" qui venaient se déposer là dans l'entre deux, dans le champ, dans l'espace intermédiaire....comment dire? J'hésite dans l'utilisation du vocabulaire conceptuel pour essayer de nommer la chose. *Ca* faisait figure.

### **Les mouvements d'affects dans l'espace thérapeutique**

Plus tard, dans les années 1995, j'ai développé le thème des "mouvements d'affects dans l'espace thérapeutique". C'était l'époque où l'intelligentsia gestaltiste rejetait le concept de transfert et donc de contre-transfert sous prétexte que c'était un concept psychanalytique, ayant du sens dans la théorisation de l'inconscient au sens que lui donne Freud. C'est juste. Cependant pour moi, ce qu'on appelle transfert, c'est d'abord et avant d'être un concept psychanalytique, un terme qui cherche à rendre compte d'un mécanisme relationnel fréquent qui fait partie naturellement du fonctionnement de l'être humain dans son rapport avec certains autres. Il s'agit d'une sorte de projection particulière dans laquelle une personne dépose sur une autre un affect ou un ensemble d'affects qui la concerne dans sa relation avec une autre personne de son histoire familiale. Je perçois l'autre comme j'ai perçu mon père ou ma mère et je revis le même type d'affect et la plupart du temps sans le savoir. Et il y a la réponse du thérapeute, consciente et le plus souvent non consciente à ce qui est projeté sur lui.

L'expression *mouvement d'affects* me semblait intéressante: il s'agit de l'émotionnel qui passe de l'un à l'autre, grossièrement parfois, ou subtilement, ou complètement dans l'invisible et qui prend des formes différentes et qui colore la relation d'une façon particulière au moment où cela se passe. Et ces mouvements d'affects passant de l'un à l'autre sont au moment où ils existent le trait d'union entre l'un et l'autre. L'entre deux devient l'espace de circulation de cette énergie. Les corps deviennent le lieu de dépôt de ces affects et il arrive que ces affects passent de l'autre côté de la frontière corporelle, de la peau.

### **La théorie de l'information dans les champs morphogénétiques**

Puis au début des années 2000, je me suis intéressé à la théorie des champs morphogénétiques et des idées de R. Sheldrake. Et j'ai essayé de comprendre comment sa théorie de l'« information »<sup>2</sup> était pertinente dans la relation thérapeutique et plus spécialement en situation groupale. Nous envoyons des informations, non consciemment autour de nous, qui peuvent influencer l'environnement. En

<sup>2</sup> - Delacroix J.-M., *Cette nuit j'ai rêvé pour le groupe ou le rêve en tant que phénomène de champ*, dans *Rêver*, Cahiers de Gestalt-thérapie n° 10, automne 2001

situation thérapeutique, nous envoyons des informations à partir de notre corps, de nos mouvements spontanés, de notre respiration, de notre vocabulaire, de notre rythme de paroles, mais aussi à partir de ce que nous pensons et que nous ne disons pas, de notre état intérieur, de notre histoire contenue dans notre morphologie corporelle. Chaque individu affecte l'autre, en groupe on peut voir des réseaux d'affectation à partir de ces informations. Elles flottent dans l'espace thérapeutique et certaines, agies par les principes de champ, notamment par les principes d'interdépendance et de résonnance se croisent et elles peuvent se cristalliser sur un individu ou une situation en une forme significative pour l'évolution du groupe et des individus.

### **Co-affectation**

Cette réflexion m'a amené à développer en 2005 le concept de "co-affectation"<sup>3</sup>. Je voulais signifier que le thérapeute et le patient s'influencent mutuellement, à partir de ces informations qui circulent entre l'un et l'autre, mais aussi tout simplement parce que naturellement et humainement parlant, la présence de l'un, son corps, sa parole, ses interventions, son sexe ont un impact sur l'autre. Cette co-affectation mérite d'être conscientisée, analysée, parlée et mise au service de la relation car elle contient à la fois la réactualisation des modalités de contact du patient mais, aussi peut-être celles du thérapeute. Et elle amène à cette question : que faisons-nous ensemble à partir de ce que nous sommes l'un et l'autre et comment cela peut-il être au service du processus ? Elle contient aussi de la différence: l'affectation commune devient aussi la co-crédation d'une autre histoire qui ne ressemble plus à l'histoire passée, dans laquelle il y aura des ajustements à faire. Une nouvelle histoire qui se déploie au fil des séances et qui est comme le prototype de ce que pourrait être le futur. Si elle est investie par le couple patient-thérapeute, elle peut devenir alors le fond renouvelé sur lequel le patient pourra élaborer et créer sa vie à venir, ses histoires du futur proche et lointain. C'est ce que j'appelle la "troisième histoire". Et ce processus peut aussi avoir un impact sur le thérapeute.

### **L'espace vibratoire commun**

Ma quête et mes tâtonnements pour essayer de mieux cerner ce qui fait liant et qui va créer de la relation à travers la co-affectation m'ont amené aussi à rencontrer la notion "d'espace vibratoire commun" développé par Didier Dumas<sup>4</sup>. Cet espace vibratoire commun parle d'abord de la relation entre la mère et le jeune enfant, entre le père et le jeune enfant, cette relation de grande proximité faite de sensorialité, de sonorités, d'odeurs, de ressentis et le tout dans l'enveloppement aimant avec sa caractéristique paternante ou maternante. *Ca* vibre entre eux, la vibration passe de l'un à l'autre dans le non verbal, mais aussi sans doute par le fait que le verbal, le passage au symbolique n'existe pas encore. Les sons émis par l'un et par l'autre, les bruitages mettent l'enfant et la mère ou le père dans une grande proximité, dans une complicité et dans une compréhension mutuelle dans laquelle les deux corps sont complètement engagés et jouissant de l'instant présent. Cette vibration commune, et cet espace vibratoire commun, que l'on peut ressentir à l'état d'adulte dans la relation amoureuse, mais aussi en face d'une autre personne, dans certaines pratiques corporelles-respiratoires-méditatives, est le lieu du fondement même du « liant », précurseur de la capacité à créer du lien et de la relation avec d'autres dans le social. Se mettent en place alors le sentiment de sécurité, la confiance, la capacité à s'abandonner, à aller vers, puis la capacité à se détacher en confiance pour créer de nouveaux liens, et en même temps la curiosité, l'attrait pour ce qui n'est pas soi et pour ce qui est hors du cocon. Le trait d'union peut prendre la forme de cet espace vibratoire commun dans lequel nous nous co-affectons dans l'intime et dans un intime où il peut y avoir cette

<sup>3</sup> Delacroix J.-M., *La troisième histoire. Patient-psychothérapeute : fonds et formes du processus relationnel*, ed Dangles, 2006

<sup>4</sup> - Dumas D., *Sans père et sans reproche*, ed Hachette, Paris 2001

jouissance d'être simplement là, en lien et en toute sécurité. Et plus rien n'existe que cet instant présent avec sa qualité.

## 2 - L'intercorporalité

Le corps et la conscience corporelle ont toujours été très présents dans mes formations personnelles, ainsi que dans ma pratique en tant que thérapeute, formateur et superviseur. Ils ont été très présents tout au long de mes réflexions, de mes écrits et de ma quête pour essayer de mieux servir le processus thérapeutique et de mieux saisir de quoi est fait ce que nous appelons relation, ainsi que son processus de co-construction. Je considère qu'ils en sont même le fondement. Et la perspective de champ m'amène tout naturellement au thème de l'intercorporalité : ça passe de corps à corps et ça produit du plus que la somme de ce quelque chose qui passe du corps de l'un au corps de l'autre et qui est conscientisé, donnant ainsi au corps son statut de corps-conscience, ou de « corps comme conscience » pour reprendre le titre de l'ouvrage de Ruella Frank<sup>5</sup>.

Rappelons ce que S. Schoch de Neuforn écrit dans un texte non encore publié et qui reflète bien la pensée d'un certain nombre de thérapeutes gestaltistes : « Les présupposés théoriques donnent (au Gestalt-thérapeute) une place particulière au corps : ils ne localisent pas le psychisme dans la pensée ou le langage, quelque part du côté de la tête. Pour lui le psychisme est un concept qui englobe les fonctions mentales, émotionnelles, et sensorimotrices s'articulant à une situation. C'est le corps affecté par l'environnement qui est à l'origine du fait psychique, le corps est comme la peau d'un tambour qui est sensible à tout ce qui le touche et dont le son est le produit de la nature de ses constituants et de leur organisation ainsi que de la façon dont il est percuté. De plus le psychisme est doté d'une intention, de quelque chose qui de façon permanente adresse, mobilise, ce que Bergson a nommé l'élan vital et qui se conjugue avec ce qui s'offre à lui »<sup>6</sup>.

Je prendrai appui dans ce qui suit :

- sur deux articles, l'un écrit par Marie-Lise Brunel et Cynthia Martiny, toutes deux professeures à l'université du Québec à Montréal et auteures de : « Les conceptions de l'empathie, avant, pendant et après Rogers »<sup>7</sup> et l'autre par Chantal Deschamps, professeure à l'université Laval de Québec, auteure de « L'intercorporalité chez Merleau-Ponty : un concept-clé pour saisir la complexité du corps dans son rapport au monde »<sup>8</sup>.
- et sur l'animation de trois séminaires de formation et postformation donnés en Amérique latine qui furent une sorte de laboratoire permettant aux participants et à moi-même de faire une investigation théorico-clinique sur le thème de l'intercorporalité. Ces 3 séminaires ont été donnés dans le cadre de l'« Instituto Humanista de Terapia Gestalt » de Myriam Munoz-Polit, le premier sur l'empathie à Quito (Equateur), le deuxième à Mexico-Coyoacan intitulé : « La réponse du corps du thérapeute au processus thérapeutique », et le troisième à Puebla (Mexique) : « La relation patient-thérapeute : une relation qui soigne ».

<sup>5</sup> - Ruella Frank, *Le corps comme conscience*, ed l'Exprimerie, 2005

<sup>6</sup> S. Schoch de Neuforn, : *La spécificité de la Gestalt-thérapie*, chapitre 1 dans *Le Grand Livre de la Gestalt*, ed Eyrolles, novembre 2011

<sup>7</sup> Article disponible sur internet.

<sup>8</sup> Paru dans *Revue de l'Association pour la Recherche Qualitative*, volume 14, automne 1995. Disponible à l'université de Montréal et auprès de Jean-Marie Delacroix qui en a une copie.

Ces trois séminaires se sont organisés en un tout cohérent avec une progression dans les pratiques et dans la réflexion, le tout enrichi par les articles de nos collègues québécoises découverts au bon moment. Cet article est né de cette réflexion commune.

## **Empathie et intercorporalité**

C'est par une recherche à propos de l'empathie, pour préparer le séminaire de Quito, que m'est venu ce thème de l'intercorporalité, qui me permet de compléter ma réflexion sur l'importance du corps dans le processus de contact et de co-création de la relation par l'intermédiaire de ce qui passe de corps à corps dans l'invisible. Empathie et intercorporalité se sont ajoutées tout naturellement à la suite de ma réflexion, comme une évidence. Et ce sont nos collègues d'Amérique latine et du Québec qui m'ont ouvert les yeux sur ce qui me semble être une lacune dans la communauté gestaltiste française: Rogers et le concept d'empathie. Le courant humaniste est officiellement reconnu par les universités latino-américaines dans lesquelles il est enseigné et la Gestalt est explicitement reconnue et acceptée comme faisant partie de ce courant, elle aussi est enseignée dans les universités. Et dans différents instituts de ces pays, la base de la formation des Gestalt-thérapeutes est Rogers, avec sa conception de l'être humain et le concept d'empathie<sup>9</sup>. C'est ainsi que la question de la relation thérapeutique en Gestalt est d'abord abordée. Le concept d'empathie a également une place importante dans les instituts de Gestalt du Québec<sup>10</sup>.

Je me souviens de l'époque en France où certains refusaient absolument que l'on remette la Gestalt dans son contexte historique humaniste, sous prétexte de manque de sérieux et de confusion avec le *new âge* ! Remarquons cependant que C. Masquelier a pris le risque de lui consacrer quelques pages dans son ouvrage<sup>11</sup> paru en 2008.

Qu'est-ce que l'empathie? C'est la capacité du thérapeute à sentir à l'intérieur de lui un aspect du monde intérieur du patient ou de son état du moment. Et donc à en avoir connaissance, et sans se perdre en lui. Ce concept d'empathie me semble être complètement en cohérence avec la vision contemporaine de la Gestalt en tant que thérapie relationnelle et avec la question des ressentis, des affects et de ce qui circule entre les deux, tout cela vu dans une perspective de champ.

Si le thérapeute est empathique, cela suppose qu'il soit là, présent, centré à la fois sur lui, sur le patient, et sur ce qui se passe entre les deux. Le thérapeute empathique est un thérapeute "aware". Il est à la fois récepteur et capteur de quelque chose qui appartient à l'autre, et parfois aussi de « choses » qui flottent dans le champ, même si cela peut résonner aussi en lui à un niveau plus personnel. On parlait autrefois, à propos de Rogers, de l'approche centrée sur la personne, ce qui pouvait nous donner l'impression d'être dans le paradigme individualiste. C'est sans doute à cause de cela que les Gestalt-thérapeutes français dogmatiques se sont peu intéressés à la question de l'empathie, ou même que certains l'ont rejetée. Le concept de champ change complètement cette vision des choses puisqu'il nous amène à prendre en considération le patient, le thérapeute, ce qui se passe entre eux, et ce qui se passe à partir de leur rencontre, qui est plus que la somme de l'un et de l'autre mis ensemble et de ce qui se passe entre eux. Non seulement le concept d'empathie reste valable dans cette configuration, mais il en est la base et il renvoie aux mouvements d'affects qui passent du patient au thérapeute et qui touchent le thérapeute dans son corps.

## **La corporalité**

<sup>9</sup> - En particulier dans les formations données dans le cadre des instituts reliés à l'Instituto humanista de terapia Gestalt créé par Myriam Munoz Polit au Mexique.

<sup>10</sup> - Discussion privée avec Georges Vasco, créateur et directeur de l'Institut Québécois de Gestalt-thérapie

<sup>11</sup> - C. Masquelier-Savatier, *Comprendre et pratiquer la Gestalt-thérapie*, InterEdition, 2008

Commençons d'abord avec le mot « corporéité » souvent utilisé par ceux qui font référence au corps. Voici la définition qu'en donne Wikipédia à partir des travaux de Merleau-Ponty:

*« En prenant comme point de départ l'étude de la perception, Merleau-Ponty est amené à reconnaître que le corps propre n'est pas seulement une chose, un objet potentiel d'étude pour la science, mais qu'il est aussi une condition permanente de l'expérience, qu'il est constituant de l'ouverture perceptive au monde et à son investissement. Il souligne alors qu'il y a une inhérence de la conscience et du corps dont l'analyse de la perception doit tenir compte. Pour ainsi dire, le primat de la perception signifie un primat de l'expérience, dans la mesure où la perception revêt une dimension active et constitutive*

*Le développement de ses travaux instaure donc une analyse marquant la reconnaissance autant d'une corporalité de la conscience que d'une intentionnalité corporelle<sup>12</sup>, contrastant ainsi avec l'ontologie dualiste des catégories corps/esprit de René Descartes, un philosophe auquel Merleau-Ponty est demeuré attentif malgré les divergences importantes qui les séparent<sup>13</sup>. Il amorce alors une étude de l'incarnation de l'individu dans le monde, tentant de surmonter l'alternative entre une pure liberté et un pur déterminisme, tout comme le clivage entre le corps-pour-soi et le corps-pour-autrui. »*

Ainsi on voit que pour qu'il y ait corporéité, cela suppose qu'il y ait rencontre, interactions et simultanéité entre : corps, perception, conscience, expérience, corporalité de la conscience, intentionnalité corporelle en rapport avec le monde. Cette définition me semble renvoyer directement à la démarche gestaltiste qui se construit à partir des concepts d'awareness, du ça de la situation comme bases du processus thérapeutique, et de cette proposition de PHG : le corps comme « fond donné » à partir duquel des figures peuvent émerger.

## **L'intercorporalité**

Ce sont les thérapeutes québécoises présentées précédemment qui vont nous permettre de continuer notre réflexion.

Après avoir fait un historique du concept d'empathie, M.-L. Brunel et C. Martiny nous présentent leur façon de poursuivre la réflexion de Rogers. Elles s'intéressent à la communication empathique comprise à partir de la "multicanalité" et de l'interactivité. "La multicanalité signifie que les communications interpersonnelles émergent des sens (surtout la vision et la vue); à proportion variable, elles sont faites de verbal, de non verbal et de para-verbal se produisant simultanément chez les deux partenaires en interaction, ce qui conforte l'idée qu'il s'agit là d'un processus nécessairement bidirectionnel".

Puis elles suggèrent de retourner à Merleau-Ponty pour retrouver le fondement de cette participation du corps dans la compréhension d'autrui à travers le recours au concept **d'intercorporalité**. Elles s'appuient sur un article de C. Deschamps et reprennent la définition que cette dernière en donne : "Merleau-Ponty crée le terme en 1945. Pour lui, l'intercorporalité réfère au croisement qui s'opère sourdement entre son corps et celui des autres par divers procédés inconscients dont celui de l'imitation, du mimétisme. Ce croisement fait découvrir non seulement l'autre du dehors, mais le fait éprouver du dedans en révélant de façon occulte, la part invisible ou muette de son propre corps. (Deschamps 1995, p12).

Remarquons le vocabulaire sensoriel utilisé par l'auteure : sourd, invisible, muet. Ce qui ne s'entend pas, ce qui ne se voit pas, ce qui ne fait pas de bruit, ce qui ne peut se parler et qui pourtant est bien là, dans l'invisible. Ce ça n'est pas refoulé, nous ne sommes pas dans le registre de l'inconscient selon Freud. Et ce ça pas encore conscientisé explicitement, de mon point de vue ne rentre pas dans la catégorie fourre-tout du non conscient : ça est là, bien présent, dans un invisible qui déjà envoie des signaux pour se faire connaître, signaux qui seront rendus manifestes par l'attention portée sur

soi en train de vivre l'expérience. C'est la conscience immédiate implicite du champ. Cet *invisible* amènera dans le processus de l'*imprévisible*, de l'inattendu déjà contenu dans ce que j'ai appelé il y a quelques années le « déjà-là-non-encore-conscientisé ».

Voici, pour illustrer ce qui précède et préparer ce qui suit, l'une des expérimentations qui a été proposée pendant deux des séminaires d'Amérique Latine. Il est d'abord demandé aux participants de se centrer sur eux à partir d'une mobilisation corporelle avec le mouvement, la respiration et l'attention portée sur le corps. Etre dans la conscience de soi par l'intermédiaire de la conscience portée sur le déroulement de l'expérience en cours, seul, puis en face de quelqu'un d'autre. Cette expérimentation s'appuie sur les concepts d'*awareness*, et de continuum de l'expérience dans le champ organisme-environnement. Elle a aussi comme objectif de permettre à chacun de faire l'expérience de sa corporéité.

Puis on passe à une pratique expérimentale thérapeute-patient. Le patient et le thérapeute sont d'abord en face à face, en silence, et sont invités à porter leur attention sur leur expérience intérieure en face de l'autre. Puis il est demandé au patient de penser à sa problématique du moment, à ce qu'il pourrait dire au thérapeute, et à déposer cela par la pensée ou par l'imaginaire dans l'espace entre eux deux. Le thérapeute reçoit comme consigne de se laisser aller à sentir ce qui se passe en lui, dans son corps, son émotion, son imaginaire, sa pensée et à laisser venir ce qui se présente en se connectant par sa présence, son ouverture, sa pensée, sa sensibilité au patient et à sa problématique non exprimée verbalement. Il est invité un peu plus tard à ouvrir ses bras et ses mains vers le patient, sans contact physique. Puis il partage avec le patient son expérience et ses ressentis et le patient se laisse sentir comment cela résonne avec sa problématique et son expérience personnelle au cours de cette séance expérimentale.

La surprise fut grande pour beaucoup de participants en constatant la concordance, la coïncidence entre l'expérience du thérapeute et la problématique du patient, alors que rien n'avait été dit verbalement. Fut également nommée par tous l'importance du silence, du être-là en présence de l'autre, conscient, ouvert et sans rien attendre de particulier, de cette posture qui consiste à laisser se déployer le processus en étant connecté à l'autre, sans rien dire. Et les patients nommèrent aussi l'impact sur eux d'avoir été ressentis, compris par leur thérapeute de l'intérieur, « sans avoir rien à dire », « il m'a deviné et j'ai pu m'abandonner et pleurer ».

### **Merleau-Ponty et le « corps connaissant »**

Que se passe-t-il donc qui nous permet d'en arriver là ?

Quelque chose se passe en plus du langage verbal. Ce qui se passe pour le thérapeute et dont il est dans la conscience, rend compte de ce qui se passe pour le patient ou résonne en lui au point de l'amener à ouvrir certaines portes et à le mettre dans un état émotionnel de surprise, de lâcher prise et de confiance. Quelque chose du ça du patient passe par le corps du thérapeute mis en posture de conscience-présence.

Revenons à Merleau-Ponty. "C'est par mon corps que je comprends autrui, comme c'est par mon corps que je perçois des "choses" » écrit-il.

Pour lui nous sommes un « corps connaissant ».

La conscience que nous avons de notre corps et l'expérience que nous en faisons, en relation avec l'autre, sont au centre même du sentiment d'existence, du processus d'exister, et de la construction de l'altérité. En effet, c'est par et à travers le corps que nous ressentons, que nous sommes dans la conscience par l'attention que nous portons sur ce qui se passe en lui et c'est par lui que nous avons connaissance du monde extérieur et de nous-mêmes sentant et ressentant ce monde extérieur par l'intermédiaire des sens qui nous permettent de percevoir. C'est par ce corps que nous sommes présents au monde et que nous habitons le monde. C'est un corps vécu directement relié à notre histoire personnelle et au monde qui nous entoure.

C. Deschamps commence son article en disant : « Dans la perspective conceptuelle du « corps-connaissant » et du « corps phénoménal », chez Merleau-Ponty, s'ajoute un concept capital...Il s'agit de l' « intercorporalité », cette notion charnière, qui vient préciser et compléter les possibilités existentielles du corps, soit ce qui nous fait être corps senti et ressentant parmi les autres corps, ainsi qu'élargir l'entendement que nous avons du corps dans son rapport au monde ».

Et elle ajoute: « Du point de vue de la personne, le corps est sa manière particulière d'habiter le monde; il est une vue sur le monde et à travers lui paraissent la réalisation et l'expression d'une attitude subjective propre à cette personne...En d'autres termes, lorsqu'il est question de corporéité chez Merleau-Ponty, cela évoque non pas l'idée d'une masse charnelle fermée sur elle-même ou encore celle d'un corps idéal conçu par l'action d'une pure conscience. Au contraire la corporéité du sujet renvoie à l'évidence d'un sujet naturellement pourvu d'une conscience incarnée, soit une conscience qui est elle-même corporelle. Ainsi la personne étant par son corps propre une manière d'être consciente du monde, montre qu'elle est essentiellement une présence corporelle au monde...Ce qui se nomme chez Merleau-Ponty, la conscience perceptive, ou pour reprendre le qualificatif du philosophe, le "corps-connaissant", soit un corps qui par ses possibilités sensibles, perceptives et phénoménales fait l'expérience du monde ». (p 77)

### **La circularité**

Ce qui caractérise ce corps-connaissant, sentant et senti, c'est aussi la circularité.

Il a la capacité de se ressentir lui-même, « d'être pour lui-même son propre objet, soit un objet senti ». Il est dans cette circularité avec lui-même : se sentant et étant senti par lui-même. Et *ça* circule entre lui et le monde extérieur et réciproquement. Il a la capacité de ressentir le monde extérieur. « Ainsi sous le rapport de ce qui est perçu, donc de ce qui est vécu par le corps-connaissant, corps et conscience sont-ils chez Merleau-Ponty deux aspects d'une certaine présence au monde...C'est dans ce système circulaire qui renvoie constamment le sujet corporel au monde perçu que l'expression se manifeste, le corps étant un lieu de rencontre entre sujet et objet et, nécessairement un lieu où s'éprouve autrui ».

Ainsi notre corps sentant et senti devient un corps ayant accès à une certaine connaissance de l'autre grâce à l'attention que nous portons sur nous-mêmes en présence-conscience face à l'autre. Et nous sommes dans « une structure » dans laquelle « mon corps et ma conscience perceptive sont dans un système circulaire et accessible des deux côtés entre corps et monde et où l'un ne peut avoir ni d'existence, ni de sens sans l'autre ».

« Ainsi mon corps comme pesanteur de ma conscience perceptive est ce qui me fait être corps senti et ressentant parmi les autres corps ». (p 77)

## **3 – Intercorporalité, posture thérapeutique et dévoilement par le thérapeute**

Ainsi l'intercorporalité pourrait se définir :

- par ce qui passe de corps à corps, dans l'invisible d'abord, et qui cherche à se rendre visible à travers différentes manifestations qui affectent le thérapeute dans son corps et dans son état intérieur,
- et dont il est conscient et qu'il cherche à amener à la conscience du patient grâce à sa propre corporalité engagée dans le processus de contact,
- et par cette co-affectation de corps à corps, où la corporalité de l'un ouvre l'autre à sa propre corporalité dans un mouvement de va-et-vient, créant ainsi une circularité de l'un à l'autre.

### **La posture du thérapeute**



D'un point de vue gestaltiste, le phénomène d'intercorporalité est complet – la circularité est complète - s'il donne lieu à un aller-retour. Cela suppose qu'à partir de la « bidirectionnalité », ou de l'aller et retour, le processus d'échange se poursuit verbalement à partir de la restitution au patient par le thérapeute de ce qui circule en lui. Le patient fait un aller vers le thérapeute en lui faisant éprouver – on pourrait même dire en déposant en lui - quelque chose de sa propre histoire, de façon non consciente et invisible. Cela suppose que le thérapeute passe de la conscience immédiate implicite, à la conscience immédiate explicite, qu'il *soit* dans la conscience de son expérience corporelle immédiate (et non pas qu'il ait conscience), qu'il soit présent à lui-même, à l'autre, au monde, par le corps et par la conscience qu'il en a. Nous pourrions parler du « corps-conscience », du « être dans le corps-conscience » et du aller au contact à partir du corps-conscience. Cette démarche est complexe, et elle implique pour le thérapeute un processus intérieur exigeant :

- *Etre dans la conscience de ce qui lui arrive*, de comment il est affecté, à quel niveau : physiologique, sensoriel, émotionnel, imaginaire, souvenir, pensée, mentalisation ; mais aussi être dans la conscience de son état intérieur : plaisir, absence, ennui, excitation, hypervigilance...présent, rempli d'émotions, indifférent, érotisé, vidé, coupé, ailleurs, ne comprenant plus rien, confus...M. Munoz<sup>12</sup> a très bien décrit toute la gamme des ressentis, émotions et sentiments qui concernent aussi bien le thérapeute que le patient,
- *reconnaître cela*, se reconnaître avec cela et ne pas chercher autre chose que ce qui est,
- *accepter que c'est cela qui est en ce moment* et que cela fait partie du processus thérapeutique et qu'à travers cela il reçoit des informations sur le patient, son état, son histoire, sur ce qu'il ne contacte pas encore directement, mais qu'il dépose non consciemment dans le thérapeute,
- *construire une intervention* à partir de ce vécu,
- *restituer au patient* d'une façon adéquate et au bon moment ce qu'il a ressenti en sa présence et qu'il attend que lui, thérapeute lui retourne pour pouvoir continuer sa quête du « j'ai besoin de me sentir exister » pour pouvoir poursuivre son chemin de croissance,
- *accepter d'être le dépositaire* de quelque chose qui appartient à l'autre, de l'incorporer, « ça passe par ma chair, par mes tripes, ce n'est pas une vue du mental », accepter d'être momentanément comme dépossédé de soi-même et d'être habité dans son propre corps par un élément ou un aspect de l'autre,
- *accepter d'être ce que j'appelle une « conscience auxiliaire »*. Non-consciemment le patient fait en sorte que le thérapeute ait accès à un aspect de son monde intérieur à lui patient. Ainsi le thérapeute précède le patient dans le processus de conscientisation. Le thérapeute se substitue à la conscience non encore ouverte du patient, à cela qui le concerne lui le patient et qui passe d'abord par la corporéité du thérapeute. Et il lui restitue cela afin qu'il ouvre sa conscience et son expérience sur cet aspect-là de lui.

De mon point de vue, le phénomène d'intercorporalité est complet dans la mesure où la circularité est bouclée et où le retour du thérapeute à partir de ce qui fait partie de la situation et dont il est *awar* permet l'ouverture, l'émergence d'une figure et avec elle le déploiement de quelque chose qui jusque là restait dans le fond.

Et cela passe par la corporéité du thérapeute, c'est-à-dire :

- par le passage par son propre corps senti et sentant,
- par son « corps connaissant »,
- par son corps capable de circularité et ressentant quelque chose de l'autre,
- par son corps lui donnant la possibilité d'être existant ainsi en ce moment dans son rapport avec l'autre et grâce à son rapport avec l'autre,

---

<sup>12</sup> M.Munoz, *Emociones, sentimientos, necesidades. Una aproximación humanista*, 2009

- et par l'acceptation du « je me sens exister en ce moment avec ce corps-là et avec ce qu'il me donne à sentir et je me sens exister avec ce que l'autre me donne à sentir de sa propre expérience qu'il ne sait pas encore qu'il me donne à sentir ».

### **Le dévoilement par le thérapeute de la co-affectation dans la situation**

Y. Martinez<sup>13</sup>, psychothérapeute gestaltiste et existentiel mexicain, nous invite, dans son ouvrage, à intégrer la corporalité dans le travail thérapeutique : « La vision de Merleau Ponty nous invite à intégrer la corporalité dans le travail thérapeutique, puisque l'existence de la personne n'est pas vue comme quelque chose dans quoi le corps et l'esprit sont coupés l'un de l'autre. Nous avons un corps, nous sommes corps ». (p 265). Et il ajoute que ce corps que nous sommes est un capteur de l'autre et que ce phénomène devient un outil clinique pour nourrir et faire évoluer le processus.

Je constate en tant que formateur et superviseur que les Gestalt thérapeutes ont développé une certaine habileté à ressentir, à être dans la conscience de leur expérience avec le patient. Mais très souvent ils sont timides dans l'utilisation de leurs ressentis en tant que source d'information, en tant qu'éléments de circularité, en tant que partie de l'unité « champ organisme-environnement » et en tant qu'outil clinique. « Je n'ose pas...je ne peux pas lui dire ça !...Je ne suis pas là pour lui parler de moi...Il ne va pas le supporter...Il va partir... ». C'est le genre de réactions que j'entends souvent, sous-tendues aussi par une introjection encore très forte : le thérapeute ne parle pas de lui au patient. Cette phrase est typiquement le reflet de la position individualiste.

Certes il est nécessaire d'être prudent. Cela suppose d'abord que le Gestalt-thérapeute ait accepté et intégré le paradigme de champ avec ses principes d'interdépendance, d'interconnexion, et avec le fait que c'est la globalité qui nous intéresse et que ce qui passe par l'un ou par l'autre appartient au processus, à la co-construction de la relation, au ça de la situation. La perspective de champ s'appuie sur le principe d'aller et retour ou de bidirectionnalité, pour reprendre le terme utilisé plus haut. Quand le thérapeute dévoile au patient quelque chose dont il a conscience à partir de la « multicanalité », par l'une des modalités d'expérience, il dévoile quelque chose qui leur appartient à tous les deux, à la situation et qui passe par lui.

**Dans une posture de champ, il ne semble pas juste d'utiliser l'expression « le dévoilement du thérapeute », mais « le dévoilement par le thérapeute ». Ce qu'il dévoile, c'est ce qui appartient au champ et dont il est devenu conscient. Et c'est ce que le champ lui demande de transmettre. Et selon le principe de contemporanéité, il pose l'hypothèse que si cela apparaît en ce moment, c'est que cela a un sens en cet instant du processus et que c'est le temps de trouver une façon adéquate de le restituer au patient. Cela parle de son engagement dans le processus et d'un engagement en cohérence avec la perspective de champ.**

### **Comment faire ?**

Il n'y a pas de trucs ou de recettes.

Cependant mes tentatives d'intervention pendant de nombreuses années, mes recherches de formulation, mes observations cliniques et la co-réflexion dans de nombreux séminaires de formation et supervision m'amènent aujourd'hui à envisager trois types d'intervention possibles :

1 – *Etre dans la pleine conscience de ce qui se passe pour moi en tant que thérapeute et faire le*

---

<sup>13</sup> - Yaqui Andres Martinez, *Filosofía existencial para terapeutas*, ed LAG, Mexico 2009. Il est créateur et directeur de l'institut de psychothérapie existentielle de Mexico.

*choix de mettre cela par la pensée ou par l'imaginaire entre le patient et moi et attendre.* Concrètement, je regarde l'espace thérapeutique, le patient, moi et l'espace entre nous deux, et je dépose au centre mon ressenti, mon émotion, mon image et je respire. La seule conscience par le thérapeute de ce qui se passe en lui, et son intention de mettre cela entre eux deux est une intervention. En étant dans la pleine conscience de son expérience et en la déposant dans l'espace thérapeutique, il influence le champ et le self en tant que « force agissante » et « agent intégrateur » va faire son travail.

Voici un exemple : des images de violence me passent par la tête. Je suis surpris car je ne vois pas le rapport possible entre ces images et les contenus du récit que me fait le patient. Je n'en dis rien, mais accepte cela et le met entre nous par la pensée. Le patient continue son récit et la séance se termine. Il arrive la semaine suivante et me dit qu'il a fait un rêve. Je le sens gêné. Il finit par me le raconter. C'est un rêve dans lequel il y a beaucoup de violence. Et pour la première fois il me parle de situations de violence dans lesquelles il est impliqué.

Cette première proposition peut préparer l'une ou l'autre des deux autres.

*2 – L'utilisation indirecte de l'information.* C'est celle que j'utilise le plus fréquemment. En voici une illustration: alors que cette patiente me parle de sa vie quotidienne, je ressens une douleur dans le ventre. Je suis étonné, je n'ai pas l'habitude d'avoir mal au ventre. Je me ressens avec cette sensation, la reconnais, accepte que cela fasse partie de mon expérience du moment avec cette personne. Puis je reformule ce que j'ai compris de ce qu'elle me dit et j'ajoute :

Th : « Je suis un peu surpris, ce qui me vient en même temps que je vous écoute, c'est le mot ventre. Est-ce que cela vous évoque quelque chose ? ».

P : « Ca ne m'étonne pas, j'ai souvent mal au ventre... ».

Th : « Et vous ne m'en avez jamais parlé... ».

P : « ....(silence)...non...c'est pas intéressant...je ne viens pas pour ça... ».

Th : « ...ça vient en ce moment, quand vous me parlez de votre vie quotidienne...Est-ce que vous trouvez votre vie intéressante ? ».

P : ...silence...elle se met à pleurer et commence à me parler de ses angoisses qui la « prennent au ventre », l'après-midi quand elle est seule chez elle.

En général, l'information reçue par le thérapeute et retournée par lui de cette façon touche et ouvre sur quelque chose du fond qui cherchait à émerger et qui va faire figure. J'ai souvent entendu cette réflexion : « Comment vous le savez ? ».

*3 – La façon directe.*

Ce patient me parle de sa vie de couple et de sa relation avec les femmes :

Th : « En même temps que vous me racontez cela, je me sens habité par une vague de tristesse...et j'ai l'image d'un petit garçon très triste qui me vient...Est-ce que ce que je ressens tout de suite vous évoque quelque chose? ».

Dans cette façon de faire, le « est-ce que ce que je ressens, vous évoque quelque chose? » est important, de même que dans la proposition précédente. Cette formulation signifie la possible circularité et le fait que l'expérience du thérapeute est induite non consciemment par ce qui du fond du patient s'est déposé chez le thérapeute ou a stimulé, par résonance, quelque chose qui le concerne peut-être lui aussi.

P - « Oui...je vois que vous avez des larmes dans les yeux...oui je suis triste car il y un vieux souvenir qui me revient en même temps que je vous parle de mon couple... »

Il me raconte le souvenir, lui petit garçon pleurant et priant, caché derrière la maison, alors que sa mère venait d'être hospitalisée. Et il me dira dans la séance suivante, à quel point me voir avec mon émotion a été pour lui un support pour recontacter ce souvenir éprouvant et surtout à quel point ça

lui a fait du bien, comme s'il se sentait moins seul. Et il ajoutera : « C'est moins tendu dans mon couple... je pense que c'est parce que ce souvenir est revenu... »

Je pense que cette façon de faire peut être utilisée quand le thérapeute sent que la relation est suffisamment bonne et qu'ils sont en lien par une certaine complicité.

### **Les trois types de ressentis du thérapeute**

Toute cette réflexion me conduit à distinguer trois types d'affectation dans le processus concernant le thérapeute :

1 – **L'affectation de contenu** : quand le patient raconte quelque chose de très souffrant, le thérapeute est touché par l'autre et par ce qui lui arrive. L'être humain qu'il est peut être affecté naturellement par le récit que le patient lui fait de ce qui lui est arrivé. Il y a juste à constater cela et à être vigilant à ne pas s'identifier à l'excès au patient et à son histoire.

2 – **L'affectation de relation** : le thérapeute est affecté par ce qui se passe entre lui et son patient et par les façons d'être ou de faire du patient avec lui. C'est une affectation réactionnelle qui peut donner des informations sur ce qui de l'histoire du patient est en train de se réactualiser dans le processus. Mais il se peut que ce soit aussi une manifestation contre-transférentielle à partir de ce qui de l'histoire du thérapeute est réactivé dans l'ici et maintenant. Le thérapeute doit alors être vigilant et mettre cela au travail en supervision. Mais même si cela le concerne, même si cette affectation prend beaucoup de place, elle s'inscrit dans ce qui se passe entre eux deux en ce moment du processus et cela parle aussi du patient et de ce qui caractérise la situation en ce moment. La supervision est importante pour que l'intervention du thérapeute ne soit pas une intervention réactionnelle et/ou défensive en lien avec ce qui de sa propre histoire refait surface. Quelquefois certaines interventions sont intellectuellement justes et faites au bon moment, mais le ton de voix, ou le vocabulaire utilisés peuvent contenir du réactionnel contre-transférentiel, entraîner une rupture dans le « contacter » et affecter l'alliance thérapeutique et la confiance.

3 – **L'affectation venant du « champ informé-informateur »**. C'est ce qui fait irruption chez le thérapeute et qui semble décalé par rapport à ce qui se passe en ce moment. C'est le ressenti, l'image, la pensée, le souvenir, le fantasme qui soudain habite le thérapeute, quelquefois s'impose et le laisse dans la surprise et quelquefois le malaise, entraînant parfois chez lui une réaction de mise à distance ou de rejet. Si cela arrive en ce moment c'est que la « chose » a un sens dans le processus. Tout ce qui se passe est pertinent au moment où ça se passe.

Ce genre d'évènement est très intéressant car il provoque surprise et déséquilibre. Il semble ne plus être du même niveau logique que ce qui se passe ou se dit. Il crée un inattendu chez le thérapeute, une rupture dans un niveau logique qui pourrait devenir confluence ou déflexion. Et c'est cette rupture qui est intéressante. Cela m'amène à parler du champ en tant que « champ informé-informateur ». Le champ est constitué par les informations qui circulent et qui se croisent dans l'invisible. Une information qui circule entre les deux de façons invisibles se dépose sur le thérapeute, le laissant perplexe. Et dans une perspective de champ, le thérapeute est affecté par les informations qui se déposent en lui et qui sont en attente de dévoilement. Et qui peut le faire, sinon le thérapeute ?

Voici un exemple. Cette femme me parle de tout et de rien avec une certaine indifférence. Soudainement je suis habité par des fantasmes sexuels très crus, que j'essaye de mettre à distance. Je suis surpris et mis en déséquilibre. Mais cela s'impose, au point que je ne l'écoute plus. Je ne peux tout de même pas lui révéler les fantasmes qui m'habitent en ce moment ! Alors je rentre intérieurement dans ce processus qui consiste à me voir et à m'accepter avec ce qui m'arrive et je

pose une intervention ; je reformule et ajoute : « je suis surpris par ce qui me vient maintenant et qui ne semble pas avoir de rapport avec ce que vous me dites, c'est le mot sexualité ». Cette intervention ne provoqua aucune surprise ou réticence en elle ; au contraire, elle fut très forte et lui permit de me dire qu'elle était très souvent habitée par des fantasmes sexuels concernant sa relation avec les hommes, qu'elle n'en avait jamais parlé à personne parce que « ça ne se dit pas » et ma surprise fut d'entendre que ses fantasmes étaient ceux qui m'étaient passés par la tête précédemment.

Nous sommes dans la circularité et la restitution par le thérapeute boucle la circularité et ouvre le champ de conscience du patient, sa parole, son émotion. Ce qui a fait figure pour le thérapeute, venant du champ informé-informateur fait alors figure pour le patient. Et cette co-affectation utilisée comme outil clinique contribue à la co-création de la relation à partir de la corporéité et de l'intercorporalité. La co-création du processus relationnel est un processus d'incarnation, ça passe de corps à corps et ce qui prend forme au fur et à mesure c'est la construction du processus relationnel sur fond d'un corps-à-corps conscientisé et servant de support à la sensorialité d'abord, puis à la recherche de sens. Le sensoriel contient le sens. Y compris le sens que cela a d'être l'un en face de l'autre en ce moment avec ce qui s'y passe, ce sens résidant dans la recherche d'un être ensemble et d'être des collaborateurs dans le exister et dans le être ensemble.

#### **4 - Intercorporalité et réflexions diverses**

Cette réflexion à partir des informations et affects qui circulent entre le patient et le thérapeute, vue à travers le concept d'intercorporalité, pose un certain nombre de questions et nous amène à préciser ou revisiter quelques thèmes. Cela pourrait faire l'objet d'un autre article. Cependant je vais présenter rapidement les points de réflexion qui se présentent à moi au terme de ce texte : frontière/frontière-contact, intimité, silence-rythme-temporalité, présence, amour dans le contexte thérapeutique. D'autre part il serait intéressant de faire une recherche pour voir comment les neurosciences valident les hypothèses émises à partir de l'observation clinique orientée à partir de l'intercorporalité.

##### **Frontière et Frontière contact**

Le concept d'intercorporalité repose la question de la frontière-contact.

La frontière-contact est indissociable de la notion d'expérience. Elle se définit par l'expérience qui se déroule au point de jonction qu'elle constitue entre un organisme et un environnement. L'expérience c'est ce qui jaillit et qui provoque un vécu particulier, conscientisé à partir de l'étincelle, du choc parfois provoqué à la zone de contact, par l'interaction, l'interpénétration des deux organismes créant un même champ énergétique. Le concept de frontière-contact peut se définir à partir de quatre paramètres :

- comme lieu de jonction entre un organisme et son environnement,
- comme espace, soit de réactualisation des modalités de contact ou de ce que certains appellent les « flexions », soit de mise en place de l'ajustement créateur,
- par la série d'évènements qui se passent là où elle est, de par sa spécificité d'unir et de différencier,
- par la série d'évènements qui sont mis en mouvements, de par sa spécificité d'espace intermédiaire et de lieu de dépôt,
- par l'expérience intime des organismes qui sont impliqués dans la construction de la co-création de la relation.

Avec le concept d'intercorporalité, on se rend compte que l'expérience est profonde, elle n'est pas seulement en surface. Il ne s'agit plus seulement de ce qui se passe à la frontière entre l'un et l'autre. Nous sommes dans ce qui pénètre au-delà de la frontière physique du thérapeute et qui rentre à l'intérieur de lui et qui affecte sa physiologie, son état intérieur, son imaginaire, sa capacité à penser. Métaphoriquement nous pourrions la voir comme une surface épaisse à l'intérieur de laquelle *ça* rentre à notre insu, comme l'espace de rencontre où l'eau imbibe le sable de la plage et où le sable se laisse imbiber par l'eau.

La métaphore de la peau est souvent donnée quand on parle de frontière, la peau comme frontière entre le dedans et le dehors du corps, la peau du tambour qui vibre quand elle est touchée par les mains et les doigts. Nous sommes dans une peau-frontière poreuse, celle du thérapeute qui laisse rentrer de l'autre côté d'elle-même ce qui flotte dans l'invisible de l'environnement, mais celle aussi du patient qui laisse sortir au-delà d'elle-même ce qu'il y a à traiter et que l'organisme du thérapeute reçoit. C'est un processus qui se passe dans l'invisible, dans lequel *ça* passe de l'intérieur de l'un dans l'intérieur de l'autre. Pour les lecteurs qui sont familiers avec la théorie du self, nous pourrions dire que le *ça* de la situation est caractérisé par ce mouvement qui va de l'un à l'autre, d'un intérieur à l'autre. Il y a des allers vers qui se font non consciemment, dans l'invisible et qui se manifestent dans la physiologie, dans la chair du thérapeute, dans les différentes composantes de son organisme. Pour ceux qui sont familiers avec la PGRO (Psychologie Gestaltiste des Relations d'Objet) et l'école de G. Delisle, nous pourrions dire que les micro-champs introjectés par le patient pénètrent dans le monde interne du thérapeute.

Nous avons vu qu'il lui appartient alors de faire un aller vers le patient à partir de ce qu'il a déposé en lui, de mettre à la frontière entre eux deux ce qui s'est manifesté de corps à corps, d'organisme à organisme, de psychisme à psychisme.

Il nous faut aussi distinguer frontière et frontière-contact. Il y a la frontière du patient, celle du thérapeute et ce qui se passe entre les deux frontières. « La frontière est l'espace physique, émotif et intellectuel que la personne occupe dans l'univers », c'est ainsi que la définissent A. Duchesne et G. Lépine<sup>14</sup> et ils ajoutent : « Le thérapeute aide le sujet à se doter d'une frontière et d'une qualité de présence lui permettant de mieux respecter et de mieux gérer ses propres besoins en relation. La frontière saine remplace peu à peu la frontière défensive devenue néfaste pour soi ». Le thérapeute est quelquefois soumis à une épreuve particulière : conserver ou retrouver sa frontière à lui, alors qu'il est pénétré par quelque chose du monde interne de l'autre.

## L'intime

La relation se construit à partir d'un processus très intime : cette interpénétration corporelle de l'un par l'autre, ce corps à corps émotionnel et énergétique. Elle se développe à partir de ce dialogue qui se fait d'abord en deçà des mots, dans quelque chose que nous pourrions voir comme très archaïque et qui évoque cette phase dans le développement de l'enfant au cours de laquelle le parent, père ou mère, est dans une très grande proximité « organismique », où c'est l'être tout entier qui est engagé. Cette phase dans laquelle le parent ressent, devine, précède l'enfant dans ses ressentis et dans ses besoins évoque la notion d'« espace vibratoire commun », présentée par D. Dumas.

Dans l'article précédemment cité, A. Duchesne et G. Lépine présentent le processus thérapeutique comme le lieu de la création de l'intimité : le processus thérapeutique est un espace d'échange relationnel affectif entre un thérapeute et son patient, espace suffisamment sécuritaire pour permettre au sujet une révélation de soi, profonde. Qu'y a-t-il de plus intime que ce type de « contact » particulier, que cet *aller-vers* qui est un *aller-dans* et qui passe de corps à corps, qui est

<sup>14</sup> -André Duchesne et Ginette Lépine, *Le processus de psychothérapie : une expérience d'intimité*, dans *Neurosciences et psychothérapie*, ed Liber, Montréal, 2009

accepté, reconnu et qui devient support à l'émergence de figures, d'échanges d'affects, et de partage verbal ?

« L'intimité désigne le lien émotionnel qui se vit dans cette rencontre. Elle favorise la construction d'une nouvelle histoire relationnelle qui est au cœur de la réparation et permet la transformation. Un des objectifs de ce processus interpersonnel affectif vise un changement dans la structure d'adaptation profonde, dans le fonctionnement psychique et relationnel ». Cette nouvelle histoire évoque ce que j'ai appelé « la troisième histoire », celle qui s'élabore sur le fond des deux autres, celle du patient et celle du thérapeute. Pour ces deux thérapeutes, la capacité à créer cette relation intime devient le principal critère de « santé organismique » de l'être humain. « Nous utilisons le terme « organismique » pour désigner le champ de l'expérience complète du sujet (le physique, l'émotif, l'énergétique, le psychologique et le transpersonnel). Nous préférons utiliser ce mot pour éviter l'opposition physique/psychologique qui ne tient plus devant les progrès remarquables des neurosciences développementales ».

### **Rythme, silence, présence, temporalité**

Cette démarche implique de ralentir le rythme, de laisser le processus se faire et se développer. C'est dans le silence que *ça* brasse dans le *ça* de la situation, que *ça* passe de l'un à l'autre, que se prépare ce qui doit advenir pour que se remette en place la capacité de l'organisme à l'autorégulation.

C'est dans le silence que s'installe la tension qui va mettre l'organisme dans un état tel que quelque chose va surgir pour tenter de rétablir l'homéostasie. Il permet la transformation de *chronos* en *kairos*. Certains hellénistes traduisent le mot *kairos* par « le moment opportun »<sup>15</sup>. C'est dans ce silence et grâce à l'émotionnalité qu'il provoque, aussi bien chez l'un que chez l'autre, que va surgir l'évènement « organismique » au moment opportun, au bon moment, qui peut changer quelque chose.

Si l'espace est trop rempli de mots et de tentatives du thérapeute pour essayer de comprendre avec sa tête et ses théories à partir des contenus, il se passera du « tête à tête ». Effectivement on peut être en tête à tête et essayer de comprendre. Cette démarche risque d'être insuffisante si elle ne s'accompagne pas du corps à corps et du cœur à cœur.

La présence attentive et consciente du thérapeute est souvent plus efficace que ses mots. Et ses mots ont plus d'impact quand ils sont enveloppés et potentialisés par le silence dans lequel la corporalité de l'un et de l'autre peut s'éprouver. La présence du thérapeute c'est sa capacité à développer pour lui-même l'*awareness* : être là en portant son attention sur son expérience physique, émotionnelle, intellectuelle et énergétique en relation avec le patient. C'est cette disposition qui va créer l'alliance thérapeutique, le climat de confiance, et qui aura une influence sur la capacité du patient à lâcher prise. C'est aussi sa capacité à être dans une frontière corporelle et émotionnelle suffisante pour pouvoir exister séparé du patient, rester lui-même tout en acceptant d'être le réceptacle de quelque chose de l'autre.

Ce qui contribue à créer du lien, c'est ce qui passe de corps à corps dans ce silence enveloppé par cette présence du thérapeute et qui est ensuite symbolisé et métabolisé par la parole, par l'échange verbal dans une relation se co-créant au fur et à mesure que se déploie le processus.

### **L'amour en thérapie**

Le dernier colloque du CEGT<sup>16</sup> nous a sensibilisés au thème de l'amour en psychothérapie.

La question de l'intercorporalité nous amène à réfléchir sur ce thème, sur l'état intérieur du

<sup>15</sup> - Traduction de Alain Fouchard, helléniste et professeur d'histoire ancienne à l'université de Grenoble.

<sup>16</sup> - Colloque du CEGT, janvier 2011, Toulouse

thérapeute face à son patient, sur ses sentiments profonds, sur sa disposition particulière à être là, sur ses motivations profondes.

*Le thérapeute s'offre avec tout ce qu'il est, y compris avec son corps.*

Il fait une offrande de lui-même au patient, au processus, à la relation, à la naissance et au développement d'une nouvelle histoire.

Il est au service de. Il est un passeur qui accompagne ses patients dans leurs marécages, dans leurs zones de noirceur, dans leur confusion, dans leur division.

Ce n'est pas rien d'accepter de recevoir le « mauvais » du patient (dans le sens de M. Klein) jusque dans son corps, dans ses rêves, dans sa maison, au point parfois d'en être perturbé et d'en perdre ses repères. G. Delisle<sup>17</sup> décrit très bien ces états que traversent parfois le thérapeute et que nous nommons souvent identification projective : « Cette présence résonnante, cette confluence maîtrisée dépouillent aussi le thérapeute de certaines de ses protections. S'ouvrir à l'atmosphère du patient, se laisser porter par la rêverie, c'est aussi donner congé au douanier de la frontière-contact et risquer le passage de matières dangereuses : les expériences intolérables du patient. Cette infiltration, parfois cette invasion, déclenche un déséquilibre dans le cerveau droit du thérapeute. Son sentiment de compétence et sa compréhension effective sont menacés par ce matériel implicite, encore innommé et parfois chaotique qui vient bousculer son monde interne... Quant à la compétence interactive, elle s'abîme dans une communication prosaïque involontaire d'affects non modulés ».

Je connais bien ces états, fréquents chez les thérapeutes qui reçoivent des personnes en grande souffrance narcissique, qui sont atteints dans leur intégrité organismique, parfois ponctuellement, parfois plus longuement.

Pourquoi alors faire ce métier et s'exposer à recevoir la souffrance de l'autre au point d'en être touché parfois jusque dans notre intégrité ? Le thérapeute est parfois confronté à cette question.

L'être humain en souffrance qui est en face de lui le touche profondément et lui donne l'occasion de développer son humanité et de contacter parfois le non humain en lui en attente d'humanité. Tout cela reste très mystérieux ; être là et permettre à l'autre de mettre en lumière un aspect de son mystère est quelque chose de stimulant. Il faut être un aventurier de la vie et de la relation, un explorateur qui se risque dans certaines zones de l'autre et que cet autre ne connaît pas encore pour accompagner l'autre vers l'altérité et dans son processus d'individuation. Il faut être habité par une certaine générosité, et par la foi et par l'humilité. Et c'est son humanité et sa capacité à retrouver ses frontières, puis à mettre des mots sur ce qui se passe, puis à entrer en relation avec cela qui va lui permettre de continuer et d'aimer ce qu'il fait, sans masochisme, et c'est cela qui va lui donner la force de traverser le marécage avec le patient.

Nous en arrivons à une logique dans laquelle ce n'est plus moi thérapeute qui travaille, mais je m'offre avec ma disponibilité, mes connaissances, mon expérience, mes tâtonnements ; je suis au service du processus, les informations passent par moi, je l'accepte, je les traite et je les restitue à l'autre et au processus. Je suis au service de... et je lâche prise, tout en restant vigilant et engagé. Il m'appartient d'aller chercher mes lieux et moyens de ressourcement et parfois de nettoyage intérieur.

Cela demande au thérapeute beaucoup d'humilité, qu'il fasse confiance au self en tant que force agissante et, s'il est ouvert à la dimension transpersonnelle, qu'il se connecte avec plus grand que lui. Il n'est pas rare, dans l'intimité des conversations entre collègues, d'entendre « je l'écoute et je prie ».

---

<sup>17</sup> - G. Delisle, *Une neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique*, dans *Neurosciences et psychothérapie*, ed Liber, Montréal, 2009



C'est ce que j'appelle l'« aimance » du thérapeute. Sa capacité à ouvrir son cœur, à accepter de traverser ce qui est là, à faire confiance, à rester là malgré tout. Il me plairait de parler du « thérapeute amoureux », mais cette expression pourrait prêter à confusion. Je n'aime pas mes patients comme on aime la personne avec qui on est en amour. Mais j'aime travailler avec eux et je me sens habiter par un élan vers, une curiosité, un mouvement intérieur qui fait que je suis prêt à traverser ce qu'il y a à traverser. Et l'on en arrive à ce que B. Blin et B. Chavas<sup>18</sup> écrivent : « L'amour n'est plus ce qui existe entre l'un et l'autre, mais ce qui se révèle quand l'un et l'autre se rapprochent. La rencontre vraie de deux êtres, de deux différences, ouvre l'espace d'amour. Alors ce n'est pas l'amour qui est en nous ou entre nous, c'est nous qui sommes dans le plus grand, dans la vastitude qui est amour ».

## Conclusion

J'ai traité tout au long de ce texte des mouvements d'affects dans le processus thérapeutique et de leur passage par le corps du thérapeute. Nous avons commencé à explorer le concept d'intercorporalité, avec tout ce que cela implique aussi bien au niveau théorique qu'au niveau de la pratique et de la posture du thérapeute.

Nous terminerons avec quelques réflexions venant de quelques participants au séminaire de Mexico-Coyoacan évoqué précédemment :

« Le corps du thérapeute est le lieu où se marque et s'inscrit de façon spontanée le devenir du patient. La respiration est l'outil qui permet au thérapeute de s'ouvrir au silence intérieur et de ralentir le rythme en mettant l'intentionnalité sur la pleine conscience. Et la centration ajoutée au silence augmente l'intensité des sensations ».

« Le discours, les mouvements, les expressions du patient sont reçus par le thérapeute au niveau perceptuel, en générant chez lui des sensations internes. Sentir l'autre depuis l'intérieur de nous-mêmes, se maintenir dans la contemplation de notre corps affecté par ce qui concerne le patient, donne une grande efficacité à la compréhension empathique ».

La co-construction de la relation peut être vue comme le fond sur lequel se développe le processus thérapeutique. Il arrive que la co-onstruction de la relation et processus se confondent, car les deux sont intimement reliés.

« L'émotionnalité du thérapeute permet au patient de s'ouvrir à sa propre subjectivité et lui redonne la capacité à rentrer dans un contact adéquat. Si le patient s'ouvre à l'expérience, si quelque chose de lui m'arrive et réciproquement, alors vient la relation. C'est un phénomène de champ qui arrive à la frontière-contact, en mode moyen dans l'ici et maintenant, dans un état de conscience légèrement modifié, dans lequel le thérapeute se présente comme un accompagnant et comme un appui durant le processus ».

« Quand le patient se voit dans les yeux du thérapeute, il se sent reconnu, ses résistances s'assouplissent et il peut continuer sa croissance. C'est à partir de ce pas de l'individuel à l'interrelationnel que se crée la danse de la co-création de la relation ».

« Nous ne sommes pas des êtres isolés, mais des êtres en relation. Les patients viennent en thérapie

---

<sup>18</sup> - Bernadette Blin et Brigitte Chavas, *Manuel de psychothérapie transpersonnelle*, InterEditions, 2011

pour apprendre à être en relation et pour découvrir de quelle façon ils le sont. La qualité de présence *du thérapeute dans la relation et son accueil chaleureux* donnent peu à peu forme à de nouvelles possibilités dans cet "être ensemble" qui se nourrit d'un regard attentif, d'une présence pleine, de silence respectueux et d'implication face à la possibilité de s'émerveiller dans la rencontre."

### **Bibliographie :**

Blin B. et Chavas B., *Manuel de psychothérapie transpersonnelle*, InterÉditions, 2011

Brunel M.-L. et Martiny C., *Les conceptions de l'empathie, avant, pendant et après Rogers*, dans Carriérologie, revue francophone internationale, volume 9, numéro 3, 2004

Delacroix J.-M., *Ces dieux qui pleurent*, document de l'Institut GREFOR, 1985

Delacroix J.-M., *La troisième histoire. Patient-psychothérapeute : fonds et formes du processus relationnel*, ed Dangles, 2006

Delisle G., *Une neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique*, dans Neurosciences et psychothérapie, ed Liber, Montréal, 2009

Deschamps C., *L'intercorporelité chez Merleau-Ponty, un concept-clé pour saisir la complexité du corps dans son rapport au monde*, Revue de l'Association pour la Recherche Quantique, volume XV, automne 1995, université de Montréal

Dumas D., *Sans père et sans reproche*, ed Hachette, Paris, 2001

Martinez A.Y., *Filosofia existencial para terapeutas*, ed LAG, Mexico, 2009

Masquelier-Savatier C., *Comprendre et pratiquer la Gestalt-thérapie*, InterÉditions, 2008

Merleau-Ponty M., *phénoménologie de la perception*, Paris, éditions Gallimard, 1945

Munoz Polit M., *Émotions, sentiments et besoins*, ed l'Exprimerie, 2011

Schoch de Neuforn S., *La spécificité de la Gestalt-thérapie*, chapitre 1 dans le Grand Livre de la Gestalt, ed Eyrolles 2012