

QUEL CADRE POUR LES FINS DE THÉRAPIE ?

Catherine Bolgert

Société française de Gestalt | « Gestalt »

2003/2 n° 25 | pages 55 à 67

ISSN 1154-5232

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-gestalt-2003-2-page-55.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Société française de Gestalt.

© Société française de Gestalt. 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.

Quel cadre pour les fins de thérapie ?

Catherine Bolgert

*Psychothérapeute, formée à
l'Ecole Parisienne de Gestalt,
membre associé de la Société
Française de Gestalt.
Docteur en médecine.*

La fin d'une thérapie, c'est un moment précieux, que j'aime soigner, c'est un processus thérapeutique en soi... Il y a des fins de thérapie qui me plaisent beaucoup, d'autres moins. Il y a des thérapies avortées, il y a des thérapies qui semblent interminables.

Quel sens donner à la diversité qui caractérise les processus d'achèvement des thérapies et les émotions qui les accompagnent, dans quel cadre les contenir ? En mars 2003 (journées de la SFG sur « le cadre »), j'ai animé un atelier sur ce thème : l'article qui suit s'appuie largement sur les échanges et confrontations qui ont eu lieu, et je remercie les collègues qui y ont contribué. Nous allons donc ici nous préoccuper de :

- préciser **les cadres de nos fins de thérapie**, leur sens et leurs limites,
- envisager **les aléas, fins bâclées ou thérapies interminables**.
- et cela sur un **fond d'émotions et de croyances** qu'il est intéressant d'investiguer.

Il s'agit clairement d'augmenter notre capacité à nous ajuster au champ thérapeutique et aussi d'accroître notre tolérance à la frustration.

LE « FOND » D'UNE FIN DE THÉRAPIE

Dans l'atelier, nous nous sommes attachés à laisser venir des mots sur ce thème. Les voici comme ils sont apparus pêle-mêle : *tristesse, abandon, séparation/individuation, inachèvement/achèvement, retrait, dénouement, étape, soulagement, enfin ! incertitude, cycle, tranche, plaisir, satisfaction, deuil, renoncement, espoir, lâcher, reste !, bilan, rupture, évaluation, responsabilisation, autonomie, remaniement, liberté, confiance/inquiétude, joie, voyage, place libre, perte de fric...*

Nous avons remarqué ensemble l'ambivalence de nos émotions et de nos représentations devant ces fins qui sont le début de quelque chose que nous avons contribué à construire et qui nous échappe ... La thérapie a parcouru un cycle, nous sommes à sa phase de *retrait*, avec des émotions diversifiées (on voit combien il peut être à la fois, ou tour à tour, difficile de *renoncer* et être heureux de *lâcher* !) et l'accès à une « fonction personnalité » (*évaluation, bilan*), concernant le client, le thérapeute et leur relation : le *remaniement* concerne la représentation que chacun se fait de soi et de l'autre, aussi bien que le cadre de la relation, avec pour l'un comme pour l'autre des implications pratiques sur le plan du temps, de l'argent et de la responsabilité...

QU'EST-CE QUI FAIT QU'UNE THÉRAPIE PEUT (DOIT ?) PRENDRE FIN ?

Nous avons à nous préoccuper d'abord de **l'évolution du client depuis la demande initiale** :

- quelle était la demande initiale, est-elle satisfaite ?
- quel était l'objectif du client ? du thérapeute ? le type de contrat, implicite ou explicite ?

De fait, la notion de « satisfaction de la demande » n'est pas un bon critère : à l'exception peut-être des thérapies à court terme, qui comportent en général une demande précise, le client évolue lui-même au cours de la thérapie et ses objectifs également,

aussi bien dans le sens d'une moins grande ambition que dans celui d'un approfondissement inconcevable au départ.

Marie a commencé sa thérapie parce qu'elle n'arrivait pas à avoir un bébé (en dix ans, elle avait été deux fois enceinte et ses grossesses s'étaient interrompues, sans raison médicale diagnostiquée). Au cours d'un travail qui abordait sa relation à sa propre mère, sa féminité et son désir sexuel, ainsi que ses ambitions professionnelles et son estime d'elle-même, elle a envisagé plusieurs fois d'arrêter la thérapie, se sentant « bien » et prête, mais elle développait alors des crises d'angoisse où elle se voyait s'effondrer, mourir... L'intensité et la fréquence de ces crises a diminué lorsqu'elle a été à nouveau enceinte, sans qu'elle puisse ni se l'expliquer ni avoir confiance en cette amélioration. Il a fallu qu'elle revive à six mois de grossesse, dans un travail régressif, sa propre angoisse de nourrisson prématuré abandonné dans une couveuse, pour pouvoir enfin accueillir paisiblement une fin de grossesse et un accouchement heureux, et rencontrer en elle-même une mère juste « suffisamment bonne ».

Nous avons été bien au-delà de sa demande (parvenir à avoir un bébé), tout en la satisfaisant en profondeur, dans sa dimension féminine et dans le renoncement à la perfection.

Les critères de la fin de la thérapie seraient à la fois externes (comment a évolué sa relation à l'environnement) et internes (comment le client est en relation avec lui-même). Autrement dit, nous pouvons espérer que ce client est moins encombré par ses situations inachevées, qu'il a acquis une meilleure capacité au contact, une vision moins déformée de l'environnement et de lui-même. Dans un texte bien connu, Freud écrivait en 1937 ⁽¹⁾ : « l'analyse est terminée quand l'analyste et le patient ne se rencontrent plus pour l'heure de travail analytique. Ils agiront ainsi lorsque deux conditions sont à peu près remplies ; la première, que le patient ne souffre plus de ses symptômes et ait surmonté ses angoisses comme ses inhibitions ; la seconde, que l'ana-

1 - FREUD S., 1937, « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin », in Résultats, idées, problèmes, tome 2. Ed. PUF.

lyste juge que chez le malade tant de refoulé a été rendu conscient, [...], que l'on n'ait pas à craindre la répétition des processus pathologiques en question. [...] Finalement, l'analyse doit instaurer les conditions psychologiques les plus favorables aux fonctions du moi ; cela fait, sa tâche serait accomplie. »

La fin de **cette** thérapie, c'est surtout la fin d'une relation entre **ce** client et **ce** thérapeute. Freud parle de la résolution de la névrose de transfert. G. Delisle, d'une relation qui a été explorée dans ses dimensions transférentielle, herméneutique et réelle. En tout cas quelque chose, dans la relation thérapeutique, s'est dénoué, allégé, celle-ci est devenue de plus en plus « réelle », l'un et l'autre, patient et thérapeute, se voient continuer leur chemin séparément, le client parce qu'il n'a plus (trop) de dépendance, le thérapeute parce qu'il n'a plus (trop) d'inquiétude, et moins d'excitation à travailler avec cette personne-là... A un moment, la personne sait qu'elle va se détacher de l'arbre.

Julie est venue il y a un an pour, entre autres raisons avancées, avoir moins de difficultés à entrer en relation avec les autres : elle se plaint de n'en avoir pas le « mode d'emploi » et son histoire d'enfant très négligée éclaire sa difficulté. Pendant ce temps de thérapie, elle refuse toute entrée en matière concernant notre relation thérapeutique : l'expression « notre » l'étonne et l'agresse. Elle envisage après quelques mois d'arrêter la thérapie, je l'en dissuade alors. Après une interruption de plusieurs semaines du fait de mon absence l'été, elle me présente une amélioration remarquable dans sa capacité à faire lien ainsi que son souhait de mettre fin à la thérapie. Bien que nous soyons d'accord toutes deux sur le fait que les choses sont encore fragiles, j'accède à sa demande et nous fixons les deux derniers rendez-vous. Sa détermination à arrêter la thérapie apparaît de moins en moins nette au cours des deux « dernières séances » ; à la deuxième, comme si c'était une séance ordinaire, elle me parle du récent week-end, où elle s'est sentie encombrée par des gens chez elle, par l'obligation d'« exister » pour eux et le sentiment de leur en être

redevable ; j'aborde le fait que « nous » allons nous quitter et que je ne suis pas sûre qu'elle ait pu admettre d'« exister » pour moi sans pour autant m'encombrer, ni m'en être redevable ; s'ensuit tout un travail, comment elle s'est construite dans le sentiment de ne pas exister pour son entourage, avec la volonté farouche de s'en sortir toute seule ; s'ensuit aussi la décision de continuer et d'explorer enfin ce qui se passe dans notre relation comme prototype de ses autres relations.

Ici, la relation thérapeutique ne s'était pas élaborée suffisamment pour que la thérapie puisse trouver une fin satisfaisante.

QUEL CADRE POSER, QUAND ET COMMENT ?

En début de thérapie, le cadre de la fin est souvent évoqué. Il arrive que le client nous questionne sur ce qu'est une fin « normale » : et pour ma part je mentionne alors les thèmes abordés dans le précédent chapitre. D'autre part, selon le thérapeute, selon aussi ce que nous ressentons face à un nouveau client, il peut être utile d'énoncer le cadre des interruptions demandées par le client (par exemple, exigence de deux à quatre séances pour clore le processus) ; certains thérapeutes préfèrent traiter le processus « dans le champ », seulement si cette situation se présente, et sans l'avoir anticipée par des règles posées d'avance.

La fin proprement dite : dans la situation optimale, elle se dessine à l'intérieur du processus relationnel, à un horizon plus ou moins proche. Les modalités font alors l'objet d'un contrat entre les deux partenaires, mais il semble que chaque thérapeute ait son « schéma » préféré : espacement des séances pendant quelque temps, ou (plus fréquemment) décision commune pour la date de la dernière séance, parfois à l'occasion de vacances, proposition d'une ou plusieurs « séances de rappel », éventuellement gratuites ...

Ce temps du bouclage est précieux. Dans un très beau texte

2 - Gilles Delisle, « La fin de la thérapie », *texte à ma connaissance inédit.*

(inédit) sur la fin de la thérapie, Gilles Delisle énonce que, « *pour un travail à long terme, on devrait éviter une fin de thérapie qui prenne l'allure d'un bilan. La plupart du temps, c'est une façon d'obtenir du thérapeute un acquiescement à une décision qui, si elle peut être retardée par l'action du thérapeute, ne doit jamais être facilitée par celui-ci. L'initiative doit donc être laissée au client afin que lui crée une fin unique qui boucle un voyage unique. [...]* »⁽²⁾.

Pour G.Delisle, ce qui est à compléter est :

- « *de l'ordre du contenu : ne pas déposséder le client de la réflexion, de l'ambivalence, du deuil et du risque associé à cette fin.* »

- « *de l'ordre de la relation : seul le client est en mesure de dire ce que nous avons été, ce que nous sommes devenus en lui. Le thérapeute sensible s'ajuste à cette création originale et, s'il y participe, c'est à titre de second. Il peut tendre les pinceaux, mais il ne touche pas la toile.* »

Il y a lieu également de poser le **cadre de l'après-thérapie.**

- La possibilité d'autres tranches est toujours mentionnée : je reste potentiellement la thérapeute de ce client, mais pour combien de temps ? trois ans ? cinq ans ? toute la vie ?

Marie vient me voir avec son bébé, après son accouchement, me parler de sa maternité et aussi de son vécu familial. Je ne lui fais pas payer cette séance, pour saluer l'arrivée de son fils, et aussi parce que je ressens une curieuse gêne, comme si notre relation se banalisait : de fait, à la fin de cette entrevue qu'elle pense être la dernière, Marie me dit qu'elle ne me voit plus comme sa thérapeute, mais comme « quelqu'un de la famille ». Il n'est pas juste pour moi, alors, de la laisser « peindre cette toile » : je lui demande de revenir sans son bébé pour une dernière séance. Elle profitera de cette séance pour travailler encore des peurs inédites en rapport avec son bébé, et je poserai la nécessité, de mon point de vue, de rester « en réserve » pour elle et de ne pas galvauder la qualité particulière de la relation qui nous a amenées au point où nous sommes. Nous

aurons besoin encore d'une séance pour nous réjouir ensemble du chemin parcouru et prendre vraiment congé : sur le pas de la porte, elle me dit : « vous êtes une sacrée mamie ! » et là je sais que ce qu'elle dépeint est plus riche et complexe qu'une mamie « de la famille ».

- Les interférences avec les proches sont en principe exclues : on ne prendra pas en thérapie le conjoint ou l'enfant d'un ancien client, afin de préserver la place de celui-ci et de ne pas déformer notre vision de la réalité du nouveau. Cette contrainte nous vient de la psychanalyse, elle n'est pas partagée par tous les thérapeutes humanistes : les Resnik, par exemple, font de la mise en commun d'expériences familiales un principe de travail. Plusieurs participants de l'atelier ont mentionné des entorses à cette règle qui, menées avec discernement, ne leur semblent pas avoir présenté d'inconvénients.

De même, la possibilité de relations amicales et/ou confraternelles ultérieures est soumise aux mêmes impératifs... et aux mêmes exceptions.

Après plusieurs années de thérapie, comportant des « tranches de rappel » de plus en plus courtes et espacées, j'ai accédé à la demande de Martine : venir chez elle, faire connaissance de sa maison, de son conjoint, bref devenir une amie. Une crise de couple, un mot maladroit de ma part, et Martine se sent définitivement trahie. A juste titre ! En position d'« amie », j'avais oblitéré des confidences reçues quand j'étais sa thérapeute, et mon « mot maladroit » ne pouvait que lui être insupportable.

Si nous n'avons pas toujours de règles « prêtes à porter », seule une réflexion continue sur notre implication personnelle peut nous aider à éviter les plus gros écueils dans l'élaboration de notre cadre. La supervision reste à cet effet l'outil de choix.

Quel cadre pour les fins de thérapie ?

COMMENT GÉRER LES ALÉAS DES FINS DE THÉRAPIE ?

Il arrive fréquemment que le client ait une demande discordante de notre projet, soit qu'il ait envie d'arrêter alors qu'il nous semble que le travail est loin d'être fini, voire à peine commencé, soit que nous soyons impatients de le voir nous quitter et qu'il semble ne pas en être capable...

Les demandes d'interruption prématurées, ou : « quand le client veut arrêter, et non le thérapeute »

Gilles Delisle interroge la signification « codée » de cet « avortement » :

« Qu'est-ce que le client nous demande ? Quel commentaire fait-il sur l'évolution de sa relation thérapeutique au moyen de ce faux départ ? qu'est-ce qu'il rejoue, espérant consciemment ou inconsciemment une réponse différente et transformative ? Ici, le thérapeute doit être actif dans l'exploration des motifs sous-jacents et ne pas craindre d'avoir l'air d' "insister". Quatre rencontres de trop sont moins dommageables pour le client qu'une fin bâclée sur laquelle il ne pourra pas revenir et qui va peut-être constituer une situation inachevée très nocive à long terme. »

Voici quelques exemples de fin prématurées, certaines inspirées de G.Delisle, ainsi que des propositions de significations codées :

- **Je vais assez bien pour continuer sans toi** : il importe de distinguer si le thérapeute a un projet discordant avec celui du client, notamment trop ambitieux, ou si le client sous-entend d'autres messages, cf. ci-dessous.
- **Je n'ai plus d'argent, ou plus de temps** : à prendre au sérieux, mais sans oblitérer l'éventualité d'autres messages, cf. ci-dessous.
- **Je veux voir si je peux me passer de toi.**
 - Le client craint-il une situation de dépendance ?
 - Le thérapeute aurait-il fait sentir que celle-ci pourrait l'encom-

*3 - Petit Marie, « Ruptures et fins de thérapies »
in Revue Gestalt n°21,*

brer ?

- Craint-il la dépendance pour lui-même dans sa vie ?

Il se peut que ma tolérance aux demandes d'interruption de Marie, de Julie, et de bien d'autres ait à voir avec ma propre prétention à l'indépendance.

• **Je ne veux pas souffrir davantage, ou : je crains d'avoir à souffrir si je vais plus avant.**

Qu'a fait le thérapeute qui ait pu faire croire qu'il n'était pas capable de faire face à des aspects sombres de l'expérience du client (rage, autodestruction, honte, dépression, ...) ?

• **Je ne veux pas t'ennuyer davantage avec mes histoires sans fin.**

• **Je n'avance pas (ou plus), et :**

... tu ne m'apportes rien de neuf

... poursuivre serait courir après une illusion !

Le thérapeute s'ennuie-t-il réellement, ressent-il vraiment que la thérapie stagne ?

Si oui, quelle est la part de ce ressenti induite par un client qui aurait besoin de prouver qu'il ne peut pas progresser ?

Si non, qu'est-ce que le client n'arrive pas à aborder, qui le rend plus sensible à la stagnation qu'à la progression ?

Qui (dans ses figures internes) le client craint-il d'ennuyer ? le client s'interdirait-il de réussir là où une figure importante a échoué ? etc. ...

ainsi que **les fins non annoncées** : vacances, ruptures ...

Plus généralement, nous pouvons avec Marie Petit ⁽³⁾ investir :

La qualité du lien thérapeutique

Côté client :

- crainte de la dépendance, ambivalence quant au lien,
- rétroflexion d'émergences négatives, en particulier à l'égard du thérapeute,
- projections et difficultés à en prendre la responsabilité.

Dans son article, Marie Petit nous offre le récit et l'analyse d'une rupture au cours de laquelle, notamment, le client « *préfère*

4 -BALINT M., 1971,
Le défaut fondamental, Payot.

ra conserver son statut d'opprimé et rompre avec la thérapeute, afin d'aller à nouveau se faire plaindre ailleurs »...

Côté thérapeute : capacité à tolérer la frustration (« j'aimerais l'accompagner plus loin »), à reconnaître notre prétention à la toute-puissance, à accueillir les projections du client, en particulier négatives.

La qualité du cadre

- *Suffisamment contenant* ? Il s'agit alors de savoir résister à certaines demandes d'interruption, savoir indiquer ce qui n'a pas été travaillé. « *Tout se passe comme si non consciemment l'acquiescement à ses demandes (d'interruption) signifiait à un niveau profond pour le patient : "Il ne veut pas de moi. Il est dépassé et bien content que je m'en aille". S'ensuit une perte de confiance qui s'exprimera par un passage à l'acte : "J'arrête la thérapie"* » (Marie Petit).

- *Suffisamment adaptable* ? Savoir renoncer (provisoirement ?) à un projet qui n'est pas partagé, **et** exprimer notre insatisfaction ou notre inquiétude.

C'est peut-être l'association d'un cadre ferme (un minimum de deux séances pour terminer) et de l'expression de mon insatisfaction qui aura permis à Julie d'entrer dans un nouveau travail.

Les thérapies interminables , ou « quand le thérapeute voudrait bien arrêter, et non le client »

Quelques exemples de configurations :

- **La thérapie stagne**, le thérapeute s'épuise, ou s'ennuie.
- **Le client est « impossible à satisfaire »** :
 - Demande de confluence « en vue de la gratification plutôt que de la satisfaction » (« régression maligne » selon Balint ⁽⁴⁾).
 - Ronron narcissique : « tu es le seul à qui je puisse parler »..
 - **Le client demande au thérapeute de devenir son « maître »** spirituel ou philosophique, ce qui est sans fin.
 - **Le client demande au thérapeute de décider de la fin** :

« c'est toi qui sais », etc.

A cela s'ajoute la plus ou moins grande tolérance du thérapeute à la durée d'une thérapie : pour certains, une thérapie ne doit pas durer plus de deux ans.

Nous proposons là encore d'investiguer :

La qualité du lien thérapeutique

Côté client : qu'est-ce que le client n'arrive pas à aborder, en quoi le thérapeute s'y allie ?

Côté thérapeute, la « fureur thérapeutique » :

- L'impatience : après une première phase de « déblaiement », les avancées sont moins spectaculaires ...
- La patience, elle, peut finir par avoir des effets thérapeutiques : lors de l'atelier, nous avons eu un témoignage touchant sur l'évolution d'une patiente psychotique suivie depuis 10 ans ...
- Comment nous situons-nous face à notre toute-puissance/impuissance ?

La qualité du cadre

- *Suffisamment contenant* ? le client n'a peut-être pas encore assez fait l'expérience de la sécurité pour pouvoir se risquer à l'autonomie.
- *Suffisamment adaptable* ? savoir faire confiance au « besoin » exprimé par le client sans en éluder l'ambivalence, savoir aussi proposer à certains, au contraire, une augmentation de la fréquence des séances !

Viviane me semblait, après plusieurs années de thérapie, « aller suffisamment bien » dans ses relations personnelles et sociales pour pouvoir se passer de moi. Pourtant, chaque fois que j'évoquais la fin future de notre travail, cela suscitait chez elle une souffrance intense, qu'elle mettait en relation avec la mauvaise qualité des séparations d'avec sa mère : elle aurait toujours voulu être proche de cette mère froide et exigeante, à l'adolescence elle s'en était échappée

5 - Opus cité.

avec beaucoup de culpabilité, puis récemment, lors de la mort de celle-ci, aucun mot n'avait pu être posé sur leurs difficultés et leur amour. Il m'a fallu travailler ma propre position par rapport à sa toute-puissance de bébé insatisfait et son impuissance à se passer de moi, avec les sentiments

Résumé

Nous nous intéressons à la diversité des processus d'achèvement des thérapies. Après un bref regard sur les émotions qui les accompagnent, nous cherchons à préciser les cadres de nos fins de thérapie, leur sens et leurs limites, et nous envisageons leurs aléas, fins bâclées ou thérapies interminables. Ce travail vise à augmenter notre capacité à nous ajuster au champ thérapeutique et à accroître notre tolérance à la frustration. Nous mettons en évidence l'importance d'une réflexion sur les messages codés des diverses situations, sur la nature du lien thérapeutique et sur la qualité du cadre : le cadre concerné n'est pas seulement externe (règles énoncées) mais et surtout interne (posture du thérapeute).

symétriques et ambivalents qu'elle mobilisait en moi. J'ai pu l'assurer pleinement qu'elle avait sa place sans réserves de ma part, tout le temps à elle nécessaire (qualité du cadre) : alors elle a élaboré son deuil et petit à petit s'est détachée de moi comme d'une personne réelle avec qui elle avait complété son cheminement.

Après trois ans de thérapie en séances hebdomadaires, la