

L. Kottje-Birnbacher : Introduction à la psychothérapie catathymique et imaginative (KIP)

Traductrice : Nicole Berger-Becker

1. Définition et courte description

La psychothérapie catathymique et imaginative (KIP) est une psychothérapie psychodynamique. Se fondant sur la psychologie des profondeurs, elle utilise des procédés imaginatifs particuliers, comme le rêve éveillé, pour, d'une part mettre motivations, phantasmes, conflits, mécanismes de défense, relation de transfert et résistance en évidence, et d'autre part faciliter le travail thérapeutique au niveau symbolique et au niveau du dialogue. L'adjectif : « catathymique » vient du grec, « cata » se traduit par conforme à ; le mot « thymos » signifie le mouvement, le cœur, le sang, l'âme, la force vitale, l'émotion , le mot « katathymios » les choses qui nous préoccupent et qui nous tiennent à cœur. Le nom donné à cette psychothérapie signifie donc que l'état émotionnel actuel et les conflits relationnels inconscients trouvent leur expression symbolique dans les images du rêve éveillé. Ceci en facilite par la suite, l'accès thérapeutique. Le concept théorique prend ses racines dans la tradition psychanalytique. La psychothérapie (KIP) permet une prise de conscience de soi et permet de développer un processus de psycho synthèse et de structuration du moi. L'efficacité de la psychothérapie KIP peut être expliquée par trois facteurs différents ; *premièrement* : elle permet une clarification et un travail sur les conflits en s'appuyant sur la compréhension du contenu symbolique des images ; *deuxièmement* : elle comble les vides affectifs par les expériences vécues dans l'imaginaire ; se relaxer et s'abandonner aux images, issues de l'inconscient, créent un espace protégé, permettant une régression contrôlée au service du moi (Balint). Dans cet espace, les pulsions jusqu'à présent refoulées et reniées, peuvent refaire surface dans le conscient et être assouvies par le vécu au niveau symbolique. *Troisièmement* : elle soutient l'épanouissement spontané de la créativité qui permettra l'élargissement des structures du moi. Les clients découvrent et expérimentent eux-mêmes de nouvelles solutions à leurs problèmes (Leuner 1985/1994).

2. Historique de la méthode

Se servant des processus imaginatifs comme médium, la psychothérapie KIP se rallie à une tradition ancestrale, ayant pour but le changement et la guérison. Dans l'antiquité et dans les rites chamaniques, l'être humain se sert de sa capacité à exprimer en images symboliques sa situation affective, pour acquérir, par la force curative de celles-ci, des possibilités de changement et des solutions nouvelles. L'interprétation des rêves est connue dans l'Égypte et dans la Grèce anciennes ainsi qu'au Moyen Âge : pensons aux vaches grasses et aux vaches maigres, rêve du pharaon interprété par Joseph, au sommeil guérisseur à Epidaure, ou bien aux retraites d'Ignace de Loyola, qui en 1550 se sert de l'imaginaire pour obtenir un développement spirituel.

Avec Freud, la psychanalyse a commencé à s'intéresser à l'interprétation des rêves de nuit et à leur impact psychothérapeutique. Les autres processus imaginatifs restent, pour la plupart des psychanalystes, d'un intérêt marginal. Cependant, *Silberer*, psychanalyste du début du 20^{ème} siècle, s'intéresse, en 1909, aux rêves apparaissant au moment de l'éveil ou de l'endormissement, et découvre qu'ils contiennent une représentation symbolique de tensions et d'humeurs émotionnelles préconscientes. *C.G.Jung* (1932) recommande à ses clients de se mettre, par la voie de leur imagination, en relation avec leur inconscient. *I.H.Schultz* (1932) décrit l'apparition spontanée de couleurs et d'images chez les clients sous training autogène. *Happich* (1932) provoque chez ses clients un état de relaxation légère, leur propose de s'imaginer certains motifs et accompagne verbalement le développement de leurs images. En 1948, **Leuner**, à l'âge de 29 ans, se laisse stimuler par ces expériences. La « prise de conscience par l'image » lui paraît contenir une puissance thérapeutique importante. Il commence donc à étudier d'une façon systématique les lois de ce conscient en laissant imaginer, dans des conditions expérimentales variées, des personnes normales et névrosées. Il a alors pour but de prouver que les images du rêve éveillé reflètent vraiment les situations intrapsychiques et de découvrir, tout en poursuivant un but thérapeutique, la manière dont on peut les influencer. Les résultats de ces analyses ont été publiés en 1955 dans un article : « *le rêve catathymique expérimental en tant que méthode psychothérapeutique* ». La manière de procéder et

l'efficacité thérapeutique qu'il y décrit sont encore valables de nos jours. Certains motifs ou thèmes qu'il propose ont été repris plus tard comme « motifs standard » : une prairie, un cours d'eau, une montagne, une maison, un prénom, une personne importante, l'autostop, un trou marécageux, l'entrée d'une grotte. **Leuner** découvre aussi les images « fixées » : ce sont des images qui, à chaque nouvelle induction du même motif, se reproduisent toujours de la même manière. Leur fonction symbolique semble être l'expression d'un problème intrapsychique. Une interprétation thérapeutique juste du contenu symbolique de ces images produit un phénomène de métamorphose : l'induction du même motif donnera alors naissance à de nouvelles images. Une interprétation fautive, donnée délibérément, ne provoque aucun changement. Il semble donc que les images ne puissent pas être influencées par une méthode hypnotique suggestive et soient indépendantes du vouloir conscient du rêveur. En 1955, **Leuner** publie : « la confrontation au symbole » : une méthode d'intervention psychothérapeutique non interprétative et en 1957 : « Symboldrama », une méthode psychothérapeutique active et non analytique. Ces deux articles décrivent des interventions thérapeutiques efficaces vis-à-vis d'êtres symboliques, apparaissant dans l'imagination. L'apparition d'êtres symboliques archaïques peut être par exemple stimulée par l'induction de motifs comme le trou marécageux ou l'entrée de la grotte, par l'invitation à les observer un moment et par le fait de suggérer que quelque chose sortira bientôt du trou ou de la grotte. Ces apparitions sont souvent très angoissantes pour le rêveur, (Leuner les surnomme des « gorgones horribles »). Il encourage cependant ses clients à les observer et à les décrire. Au bout de 30 minutes au plus, ces êtres deviennent plus faibles ou plus aimables. Il leur demande alors de s'en approcher et d'essayer de les toucher, même de les caresser. **Leuner** considère ces processus comme un dépistage de symboles importants, permettant le flux cathartique d'une agitation affective et l'assimilation de parties du moi, ayant été soumises dans le passé à un clivage. Il permet aussi d'abrèger la longueur des thérapies. En 1957, il développe la technique confrontative (Symboldrama) avec la découverte d'autres techniques d'intervention ou principes de régie : détruire ou réduire le danger, nourrir et enrichir, réconcilier et étreindre (par exemple en caressant), assembler et absorber. Se servir de l'aide de fluides magiques (sang, sperme, vin, poison, eau) ou de la compétence d'un guide intérieur (être symbolique aimable, déjà connu du rêveur). Ces manières d'agir rappellent la psychologie de *Jung* et le monde des contes et des mythes. C'est sûrement là que l'on trouve les sources de la pensée de **Leuner**. Ces

techniques d'intervention thérapeutique provoquent d'étonnantes métamorphoses chez les êtres symboliques, apparus dans le rêve éveillé, ce qui donne lieu à une amélioration clinique immédiate. A titre de contrôle, le seul fait de l'induction répétée des mêmes images, sans aucune intervention thérapeutique, ne produit aucun changement clinique. Les images rêvées reflètent manifestement l'état psychique de la personne ; leur transformation, pour sa part, peut se faire de deux façons : soit par une interprétation psychothérapeutique claire, qui provoque chez le client une prise de conscience et de nouvelles décisions intérieures, soit par un changement de comportement, proposé au niveau symbolique par le thérapeute. *Leuner* souligne que la confrontation au symbole, demande au thérapeute compétence et expérience, car il lui faut toujours compter avec des surprises difficiles à gérer. Compte tenu du fait que les connaissances de cette époque étaient loin des connaissances actuelles, la mise au point de sa méthode peut être considérée comme un acte courageux. L'accompagnement thérapeutique de situations angoissantes est maintenant appliqué couramment dans la thérapie du comportement. Dans les années cinquante par contre, cette technique thérapeutique n'était pas encore connue. *Skinner*, *Wolpe* et *Eysenck* commençaient tout juste à publier leurs premières recherches. On ne connaissait à cette époque que le comportement du thérapeute portant à son client une écoute flottante. Après les troubles de la deuxième guerre mondiale et le régime nazi, il fut important de remettre les anciennes méthodes en question et de prendre de nouvelles orientations. En 1959, *Leuner* publie : « L'image du paysage, en tant qu'expression métaphorique de structures dynamiques » ; article où il approfondit la compréhension du contenu symbolique des images rêvées. Il décrit les différences structurelles essentielles entre les paysages imaginés par un client normal ou un client névrotique. Le paysage névrotique est uniforme, inhospitalier et improductif ; les contrastes y sont incompatibles, la vue y est restreinte. *Leuner* nous montre les possibilités de développement thérapeutique au niveau de l'image (élargissement et différenciations des secteurs sains, limitations et réduction des zones névrotiques) ainsi que la manière dont le thérapeute peut soutenir et favoriser ce développement. En 1964 paraît : « La méthode associative dans le « *Symbol drama* » », où *Leuner* décrit comment stimuler l'association au niveau de l'image ; Celle-ci peut provoquer des souvenirs visuels denses, liés par exemple à une régression dans l'âge. Avec ces travaux, la méthode psychothérapeutique K.I.P. était née. Dans les années qui suivirent et avec le développement de la psychothérapie dynamique, il lui fut donné

une base théorique plus solide, la méthode de traitement fut différenciée et essayée sur de différents patients. On développa des critères d'indication, des techniques spéciales de traitement, des nouveaux motifs, adaptés à des problèmes donnés ainsi que des suggestive différents, comme des thérapies individuelles ou de groupe, des thérapies ambulatoires ou en hospitalisation, des thérapies de couple. En 1970, *Leuner* publie une première introduction systématique à la psychothérapie K.I.P. et en 1985 un traité plus détaillé. L'AGKB (Arbeitsgemeinschaft für katathymes Bilderleben : Institut allemand pour la psychothérapie KIP) fut fondé en 1974, afin de donner un cadre institutionnel à la

recherche scientifique et à la formation de psychothérapeutes KIP. Quelques années plus tard se fondent d'autres instituts KIP dans différents pays européens (en particulier en Suisse, en Autriche, en Allemagne de l'est, en Suède et en Hollande ; puis en Slovaquie, en Tchéquie, en Russie et en Lituanie). Depuis 1978 ces instituts organisent tous les deux à trois ans un congrès international.

Jusqu'en 1970, *Leuner* nomme sa méthode « Katathymes Bilderleben » (K.B.) ou « Symboldrama ». Le nom K.B. existera jusqu'en 1994 et sera changé en « Katathym-Imaginative Psychothérapie (KIP) » (« psychothérapie imaginative et catathymique »), afin de montrer qu'il s'agit bien d'une offre psychothérapeutique complète. KB désignera dans ce texte le processus de développement des images rêvées. En Hollande et en Suède, on continue à nommer la psychothérapie KIP « Symboldrama », dans les pays anglo-saxons on parle de « guided affective imagery ».

3. Délimitation de la psychothérapie KIP par rapport à d'autres méthodes psychothérapeutiques

Les facteurs suivants délimitent la psychothérapie KIP par rapport à d'autres méthodes, employant, elles aussi, des procédés imaginatifs :

- Les images rêvées ne sont pas des visualisations provoquées volontairement et dirigées de façon suggestive comme elles sont employées dans l'hypnose, (voir les travaux de *Kanitschar* et de *Bölcs* en 1999 et en 1997 sur les états du moi et sur certaines parties de la

personnalité). L'hypnose suggère les représentations visuelles et les communications verbales. En KIP, l'accent est mis en plus sur d'autres modalités sensibles et sur l'accomplissement de l'action. Pendant le déroulement des images catathymiques, nous observons un vécu non contrôlé et de grande densité émotionnelle où les conflits centraux peuvent, par le médium des images symboliques, s'exprimer spontanément.

- En KIP, on travaille directement sur le symbole. Le travail d'interprétation des rêves de nuit se fait lui dans une phase postérieure.
- La pratique KIP suit une orientation psychodynamique. Le thérapeute ne suggère pas au patient une solution toute faite mais l'encourage à trouver un chemin personnel (Leuner, 1985 ; Seithe, 1997). Les moments suggestifs, dans la psychothérapie KIP, se trouvent dans l'introduction des motifs, dans les questions, les propositions et les verbalisations de certains contenus émotionnels. L'attitude thérapeutique KIP est une attitude de confiance en la capacité du patient à résoudre ses situations conflictuelles d'une façon autonome, sans trop influencer son individualité. A. Seithe (1997a) nomma cette attitude thérapeutique : « une suggestion au service du moi ».
- Les symboles représentent les relations d'objets internalisées. Les solutions aux conflits et les changements de comportement ne sont pas, comme dans la psychothérapie du comportement, préparés systématiquement, comme par exemple la construction d'une échelle de stimuli et la désensibilisation systématique sous relaxation, qu'emploie la psychothérapie du comportement. Le thérapeute KIP se sert bien au contraire des images proposées spontanément par son patient et accompagnera le rêve éveillé en prenant soin à ce que son patient ne se soumette qu'à un degré d'angoisse tolérable.
- Le principe de l'échange verbal entre thérapeute et patient différencie la psychothérapie KIP du training autogène et de l'imagination active de C.G : Jung.

4. Le setting KIP et l'attitude thérapeutique de base

Le setting KIP et l'attitude thérapeutique de base correspondent à l'attitude et au setting thérapeutique que l'on trouve dans la pratique psychodynamique et dans la psychothérapie des profondeurs. Les buts de la psychothérapie KIP sont de résoudre le conflit actuel et de développer la personnalité du patient sur une base plus saine. La fréquence des séances est d'une fois par semaine. Elle peut être cependant plus dense ou plus espacée. La plupart des psychothérapies KIP sont de 25 à 50 séances ; certaines peuvent cependant aller jusqu'à 80 ou jusqu'à 100 séances.

Le thérapeute et le patient sont assis le plus souvent en vis-à-vis ; certains patients préfèrent cependant s'allonger pour la durée du rêve, afin de mieux se relaxer. La position allongée peut être ressentie par certaines personnes comme angoissante. Pour que, pendant le rêve, le patient se sente bien, il faut donc s'être mis d'accord au préalable sur la forme désirée.

La séance de thérapie commence par un entretien ayant pour but de prendre connaissance de la situation momentanée du patient, avant de lui proposer un rêve éveillé. Elle se termine de nouveau par un entretien, dans lequel le rêveur pourra communiquer ce qu'il se ressent après avoir fait ce rêve et faire part de la résonance émotionnelle de certaines images. Le rêve peut durer de 10 à 40 minutes ; la durée moyenne est normalement entre 15 et 25 minutes. Le rêve KIP peut être utilisé toutes les deux à trois séances ou bien seulement de temps à autres ; la fréquence d'utilisation dépend de la fonction donnée au rêve éveillé dans le processus thérapeutique. On reviendra sur ce thème dans un des chapitres suivants.

Début d'une psychothérapie KIP : le diagnostique sur la base de la psychologie des profondeurs et le rêve éveillé initial.

Le thérapeute fera tout d'abord l'anamnèse de son client et essaiera d'acquiescer une vue d'ensemble de sa situation actuelle afin d'estimer le niveau structurel, le conflit dominant et la qualité de la vie relationnelle. Il est important d'explorer soigneusement les ressources et les buts du patient. Pour tester la capacité du patient à travailler avec la psychothérapie KIP, on lui fera faire un rêve court avec un motif qui sera pour la plupart le motif de la *fleur*. Ce rêve initial est appelé dans ce cas le test de la fleur. Le thérapeute demande alors au client s'il veut bien se soumettre à un petit exercice, se relaxer un moment, éventuellement fermer les yeux et s'imaginer une fleur

quelconque, celle qui lui viendra spontanément à l'esprit. Il incite la personne à décrire ce qu'elle s'imagine. Les questions du thérapeute aident normalement le rêveur à concrétiser et à enrichir ses images. Après le rêve, beaucoup de patients se rendent compte que la fleur qu'ils ont imaginée, leur ressemble en certains points. Il y a des petites fleurs, il y en a des grandes ; certaines sont rayonnantes, d'autres sont effacées ; leur tige peut être stable comme elle peut être sans force ; elles peuvent posséder des racines comme elles peuvent être déracinées. Il y a des fleurs vitales ou à moitié desséchées, poussant isolément ou en colonie. Tout cela ne vient pas au hasard ! Les qualités structurelles de la fleur sont déterminées par des affinités personnelles et par les restes de la journée actuelle. A partir du moment où le patient est capable de faire le rapport entre lui-même, sa situation momentanée et la fleur, il lui va être possible de comprendre le principe du symbole dont se sert la psychothérapie KIP, ce qui augmentera sa motivation à travailler de cette manière. On peut alors convenir de proposer un rêve éveillé toutes les deux à trois séances, afin de sonder la situation intérieure du client. Le rêve éveillé initial peut être comparé à la première interview psychanalytique ou au rêve initial en psychanalyse (Ullmann 1997). Le thérapeute ne doit pas faire trop d'interprétations, car les symboles utilisés par les patients sont des «œuvres d'art » personnelles et bien codées, que l'on ne peut pas interpréter de manière rigide (Ullmann, 1997, p. 86c). Des interprétations trop hâtives empêcheraient la construction de l'espace, permettant le développement d'un objet transitionnel. Si on examine le rêve éveillé initial sous l'aspect hypnotique, on parlera alors d'une première expérience de transe. Pour poser son diagnostic, un psychothérapeute KIP de formation psychanalytique va être attentif à la manière dont s'expriment les représentations du soi et de l'objet ; il dirigera son regard vers les performances des mécanismes de défense et vers la disponibilité du patient à faire un transfert. Un psychothérapeute venant de l'hypnose cherchera, lui, à découvrir quels sont les systèmes de valeurs et de rapports interpersonnels, (« one-up » ou « one-down »), vécus par le patient ; il essaiera de comprendre sa manière de percevoir et de se représenter les choses ainsi que les préceptes entretenant les symptômes ; enfin il posera son attention sur les ressources de son client.

Exemple 1. :

Il s'agit d'une femme de 30 ans, ingénieur en bâtiment, ayant beaucoup de succès dans son travail et étant à première vue de solide constitution. Elle a jusqu' à présent évité tout contacts érotiques ou de caractère privé avec

les hommes. Ayant fait une « dépression nerveuse », elle commence une psychothérapie avec un psychologue d'environ 50 ans, qui, lors de la troisième séance, lui fait imaginer une fleur.

Elle imagine un grand tournesol, donnant l'impression d'être peint sur un tableau. Sa tige, longue et forte, n'est pas en bonne proportion avec les pétales, qui sont, elles, toute petites. La fleur flotte quelque part dans l'espace. Puis l'image se transforme en celle d'un petit jardin bien soigné mais entouré de broussailles. Une petite plante y pousse dans un sol brun et fertile. Il s'agit également d'un tournesol, mais cette fois-ci en bourgeon et possédant une fine tige. La cliente enjambe la barrière et touche la fleur. Elle est fragile et flexible au toucher. On ne peut la toucher qu'avec beaucoup de précautions. La cliente caresse le duvet couvrant la tige, les feuilles fraîches et rugueuses. La fleur lui est sympathique. Elle désire que la fleur continue à pousser dans ce jardin. La cliente se sent, après ce rêve, profondément touchée.

Cette image reflète bien la situation dans laquelle se trouve cette patiente ainsi que ses attentes vis-à-vis de la thérapie. Dans son métier, elle donne l'impression d'être stable et solide, ceci n'est cependant qu'une façade c'est une fleur sans racines et sans contact avec le sol. La véritable fleur, elle, est toute fragile, en bourgeon, elle n'est pas déflorée. La cliente a peur d'être blessée au contact avec l'autre : la fleur pourrait se casser et ne plus pouvoir fleurir. La clôture broussailleuse, entourant le jardin, est une métaphore, représentant des pulsions primitives et inconnues. La cliente montre à son thérapeute son angoisse mais aussi l'espoir qu'elle possède, de pouvoir, au moyen de la psychothérapie, non seulement de soigner sa fleur mais aussi de lui élargir son espace vital.

Exemple N° 2

Un étudiant de 26 ans, n'ayant pas encore pris son autonomie vis-à-vis de ses parents, imagine un buisson de roses qui pousse dans le jardin parental.

Exemple N° 3,

Une femme de 35 ans, sans profession, souffrant d'angoisses multiples, imagine une sorte de coussin, formé de petites fleurs bleues dont elle ne sait pas le nom. Ces fleurs poussent dans un endroit mi-ombre mi-soleil, elles n'ont pas d'odeur et sont douces et fragiles au toucher. A leur côté, pousse une fleur rouge, beaucoup plus grande, une sorte de gerbera. Sa tête est lourde, sa tige faible, elle est soutenue par un bâton qui l'empêche de se briser. Cet exemple montre que la cliente se reconnaît dans les petites fleurs bleues, qui sont modestes et sans nom, alors qu'elle fait le rapport entre la rayonnante fleur rouge et son mari qui compense son incertitude de manière contrephobique et ne peut qu'exister qu'avec un « objet » qui le soutient.

On observe souvent, dans un rêve éveillé, l'apparition de plusieurs fleurs. Elles expriment tout aussi bien l'existence de parties du moi contradictoires que des relations interpersonnelles, pour la plupart symbiotiques, importantes. En particulier chez les anorexiques, apparaissent souvent deux fleurs contradictoires, (Klessmann et Klessmann, 1988, 1990), comme une orchidée fascinante et rayonnante d'une part, et d'autre part une petite fleur des champs menant une existence effacée. La relation

émotionnelle des clientes vis-à-vis de ces deux fleurs peut varier d'une minute à l'autre ; elles ne pourront se décider entre les deux fleurs qu'au moment où elles trouveront leur véritable mesure personnelle.

La relaxation et la mise en route d'un rêve éveillé

Après avoir exploré la situation momentanée du patient et si le thérapeute ressent que le temps est venu d'approfondir la qualité émotionnelle du vécu, il proposera alors à son patient de se relaxer, en lui laissant le choix de rester assis ou de s'allonger. Après le rêve, on demandera à la personne la manière dont elle a ressenti la position choisie, qu'on pourra reprendre à la prochaine séance de rêve éveillé si elle a laissé une impression positive.

Certains clients, ayant du mal à faire confiance, aiment mieux rester assis et laisser les yeux ouverts ; d'autres ayant besoin de se faire « soigner et dorloter », préfèrent s'allonger. On veillera à laisser aux psychosomatiques et aux personnes sous tension en général suffisamment de temps pour se relaxer. Selon les préférences et l'expérience du client, le thérapeute pourra soit suggérer la relaxation, soit il laissera son client la faire lui-même, par exemple par les techniques du training autogène. Les clients très tendus arrivent mieux à se relaxer avec la méthode de *Jakobson*. Chez les patients où la relaxation n'est pas un but thérapeutique, il suffira de suggérer le calme. On pourra dire par exemple : « asseyez-vous ou allongez-vous de la manière la plus confortable possible, essayez petit à petit de faire régner calme et tranquillité, diriger votre attention vers l'intérieur de vous-même, ressentez votre corps, votre respiration, la manière dont vous inspirez, dont vous expirez... et peu à peu laissez apparaître l'image d'une prairie ou de ce qui vous vient à l'esprit... toute image est possible... dès qu'une image surgit, tachez de me la communiquer, décrivez la, quelque soit son aspect. ». Cette instruction stimule et soutient l'autonomie du client, qui doit essayer de diriger son regard vers son vécu intérieur. En général, la concentration sur une image intérieure suffit à induire un état de transe, par la méthode dite de fixation.

Attitude à adopter vis-à-vis de diverses difficultés qui peuvent apparaître au début d'un rêve

Si, dans les 10 à 20 secondes qui suivent l'instruction, le client ne montre aucune réaction, le thérapeute devra passer à l'action pour rétablir le contact. En effet, on ne doit pas laisser le patient trop longtemps seul, car on n'a alors aucun moyen de

contrôler, se qui se passe en lui ; on ne peut savoir non plus quelles sont les sensations corporelles, les images et les idées, apparues pendant la relaxation. Le thérapeute peut rappeler sa présence en émettant un son neutre, ou bien il peut poser les questions suivantes : « Que se passe-t-il en ce moment ? Comment vous ressentez-vous ? ». Il signale par ces interventions qu'il est, d'une part intéressé à rester en contact et à être informé sur l'état émotionnel du patient pour pouvoir continuer le dialogue thérapeutique, et d'autre part il fait comprendre à son client qu'il n'est pas obligatoire de voir des images. La plupart des personnes qui ne décrivent rien spontanément n'ont pas encore d'images vraiment claires. Le thérapeute étant en mesure de verbaliser l'état émotionnel de son client, il lui apporte alors une aide précieuse au développement de l'image.

Exemple N°1

Pt. : « tout est noir, je ne peux rien voir »

Th. « d'accord. Comment vous ressentez-vous ? »

Pt. « bien, je me sens libre et calme »

Th. « c'est bien ! Vous avez un souhait quelconque ? »

Pt. « non, seulement rester allongé là, c'est bien comme ça. »

Th. « Que ressentez-vous en ce moment ? »

Pt. « Je sens la chaleur et la fermeté du canapé, je me sens bien là. »

Th. « Vous pouvez percevoir autre chose ? »

Pt. « Je ne sais pas, je n'ai pas d'autres pensées, je me sens bien là et je reprends des forces. »

Th. « Hem !... Comment est-elle cette couleur sombre autour de vous, vous pouvez essayer de la décrire plus précisément ? »

Pt. « C'est seulement sombre...mais c'est bien ainsi. »

Th. « Oui... C'est un sombre plutôt chaud ou plutôt froid ? Est-il plutôt dur ou plutôt doux ? »

Pt. « Plutôt frais et doux. »

Malgré les essais du thérapeute, la couleur sombre ne se laisse ni concrétiser ni dissiper, mais la cliente se sent bien, elle respire régulièrement, ses traits sont détendus. Bien qu'elle ne voit rien de concret, cette séquence exprime son état émotionnel momentané : après avoir été offensée par son mari, elle se retrancha dans une réaction dépressive. Ses réactions physiques reflètent d'autre part la qualité émotionnelle de la relation thérapeutique : elle se sent manifestement bien avec son thérapeute.

Dans l'entretien qui suit, la cliente se rappelle que, dans son enfance, elle se cachait souvent dans une petite niche sous l'escalier, pour pouvoir y pleurer à son aise. Ne trouvant aucune solution au conflit qui l'oppose à son mari, elle se retrancha de nouveau dans une « niche », semblable à celle d'autrefois et qui l'avait aidé à réduire des tensions difficilement supportables. C'est donc à cet endroit que le thérapeute doit aller chercher sa cliente.

Exemple N°2

Pt. « Je vois deux prairies différentes et je n'arrive pas à me décider soit pour l'une soit pour l'autre ! »

Th. « Pouvez-vous essayer de décrire les deux images ? »

Pt. « Oui. La première est une prairie de début d'été, fleurie, juteuse ; l'herbe a à peu près 25 cm de hauteur..., l'autre est une sorte de steppe où ne poussent que quelques buissons arides, sinon il n'y a rien. »

Th- « oui ! »

Pt. « Elle s'étend comme cela à perte de vue ». »

Th. « oui ! »

Pt. « La première prairie est limitée par une forêt de conifères ». »

Th. « La première est donc riche et juteuse, limitée par une forêt, la deuxième est très étendue et très sèche »

Pt. « Oui et les deux images passent continuellement de l'une à l'autre ». »

Th. « Quelle est la prairie que vous préférez ? »

Pt. « La prairie juteuse bien entendu, l'autre me fait peur »

Th. « Auriez-vous envie de commencer à vous occuper de la première prairie ? D'y marcher et d'y donner un coup d'œil plus précis ? »

Pt. « Oui, d'accord ! »

La permission du thérapeute rend possible au client de commencer à s'occuper de la première prairie et de garder la seconde pour plus tard. Dans l'entretien qui suit, le client remarque que sa vie privée et sa vie professionnelle ne sont pas comparables. Ce client de 25 ans se sent estimé dans son travail, il lui plaît. Dans sa vie privée, il se sent au contraire très seul, n'a que peu de contacts amicaux et vit sans partenaire.

Exemple N°3

Pt. « Tout est sombre ! »

Th. « Hum ! Pouvez vous essayer de décrire cette couleur sombre ? »

Pt. « L'œil gauche voit une espèce d'ombre colorée, l'image vacille.... Il y a comme des pulsations... Du côté de l'œil droit tout est uniformément sombre.

Th. « Donc du côté gauche, il se passe quelque chose, il y a des pulsations... attendez et regardez si peu à peu il y a quelque chose qui se développe. »

Pt. « Maintenant j'ai l'impression de voir un petit mur en pierre sur lequel je suis assise. En effet, je suis une petite fille et je vois qu'il y a un chemin, menant à une maison. »

A partir de ce moment, la cliente va pouvoir continuer à développer son image. Le blocage du début était dû à l'attitude qu'elle avait adoptée vis-à-vis d'elle-même : elle pensait faire tout de travers. Dans son enfance, sa mère désespérait de sa lenteur, elle lui faisait faire ses devoirs pendant des heures et en lui faisait confiance en rien. L'invitation de la thérapeute à décrire une image met la cliente sous la pression de devoir produire à tout prix une image. Cette situation l'angoisse, elle voudrait l'exprimer mais ne l'ose pas. La patience et la confiance de la thérapeute calment la cliente et lui donnent la possibilité de développer son image.

L'accompagnement du rêve

L'attitude thérapeutique pendant l'accompagnement du rêve catathymique doit être empathique, ouverte, bienveillante et faire preuve d'une certaine retenue. Le client doit avoir l'impression d'être compris et de ne pas être seul avec lui-même. Le thérapeute doit exprimer l'intérêt qu'il porte aux images de son client de manière verbale et non – verbale. Il est aussi important de s'adapter à la manière de parler de la personne et à son rythme : chacun possède un style particulier. La qualité des images pourra s'intensifier et se différencier si le thérapeute demande à son client de les décrire en

détails et de lui communiquer leur portée émotionnelle. Cette attitude correspond à la variable thérapeutique de *Rogers* : « verbalisation de la qualité émotionnelle du vécu ». Suivant les cas, il peut être cependant indispensable de plus structurer ; par exemple d'avertir d'un danger, lorsque le comportement du patient est irréfléchi ou bien de soutenir activement la créativité et l'envie d'essayer de nouveaux chemins. Le thérapeute doit aussi s'enquérir des souhaits de son client, ce qui correspond à le prendre au sérieux et à l'aider à se développer.

Cette attitude de protection empathique favorise le développement d'un transfert anaclitique ; la thérapeute s'offre en modèle pour aider le patient à internaliser ce comportement vis-à-vis de lui-même. L'accompagnement thérapeutique doit s'adapter aux besoins personnels du client ; ceux-ci peuvent changer d'une situation à l'autre. Le thérapeute orientera son comportement en suivant ce que lui suggèrent son identification émotionnelle et de sa réflexion cognitive (*Leuner 1989, p.129f*). Ceci produit une oscillation entre une proximité émotionnelle, permettant de ressentir le vécu du client et entre une distance plus cognitive indispensable à la pensée diagnostique et interprétative. Les questions du thérapeute oriente l'attention du client, lui permettant d'interrompre le cours de ses pensées et de prendre le temps de ressentir.

Comment terminer un rêve catathymique

En général, le rêve doit être limité à 15-25 minutes, ce qui donne le temps au client de développer une image intérieure, d'y donner un coup d'œil approfondi, de ressentir ce qui est important , d'essayer de nouvelles solutions et d'en ressentir l'influence. Pour introduire la fin du rêve, le thérapeute va d'abord demander à son client si il peut terminer son rêve et si il a encore un souhait. Il l'aide ensuite à prendre congé de ses images et de la relaxation. Le temps que prend le client pour revenir dans la réalité dépend de la profondeur du rêve éveillé et de la profondeur de la relaxation. Les images s'estompent peu à peu et dans l'entretien qui suit on essaie d'en faire le tour d'horizon en demandant au patient comment il se ressent, ce qui lui semble important, ce qui l'a touché plus profondément ou ce qui le préoccupe. Ces questions lui donnent la possibilité de communiquer des images, non verbalisées pendant le rêve ou bien d'exprimer des idées nouvelles, d'évaluer certains faits ou de s'étonner de certaines choses. Le thérapeute peut de son côté dire à son patient ce qui l'a lui-même étonné, ce qui l'a touché ou ce qu'il a perçu comme étant une nouveauté. Cependant il faut,

juste après le rêve, s'abstenir d'interpréter, car toute interprétation fait appel à un processus cognitif qui gênerait le vécu des images, s'estompant peu à peu, et qui bloquerait l'association libre. Après des expériences plus ou moins bouleversantes pendant le rêve, on doit recommander au patient de marcher un peu avant de se remettre au volant de sa voiture, afin de laisser aux images le temps suffisant pour diminuer d'intensité.

Le travail après le rêve

L'entretien thérapeutique proprement dit se fait pendant la séance suivante. Le client a ainsi le temps de laisser les images se « poser », se développer et se transformer. Il aura eu chez lui la possibilité de peindre, de dessiner et d'écrire les images de son rêve, ce qui le poussera à développer des idées nouvelles. Au début de la séance, il est important de regarder ensemble le dessin, si il existe, et de demander au patient comment il se sent. Les images du rêve comportent des aspects de l'image du moi et des aspects de relations interpersonnelles. Pour les comprendre il faut essayer de les mettre en relation avec le vécu du client dans sa réalité quotidienne. Les mécanismes de défense trouvent aussi leur expression dans un rêve catathymique, où leurs avantages et leurs inconvénients peuvent être beaucoup plus facilement verbalisés. Enfin les images du rêve peuvent mettre en évidence des buts intérieurs nouveaux. Dans cette phase, le thérapeute se laissera guider par la compréhension du vécu, spontanément exprimé dans les images. Il aura pour but d'accentuer les particularités de son client et de mettre en relation dynamique pulsions, désirs, angoisses et mécanismes de défense.

5. Les répercussions du setting KIP sur le processus thérapeutique

Création d'un espace protégé, permettant expérience vécue et travail thérapeutique

L'emploi de la psychothérapie KIP dans le cadre d'une psychothérapie psychodynamique établit deux niveaux de communication : le niveau de l'imagination où domine l'expérience vécue et le niveau de l'entretien où domine le travail cognitif.

Le passage d'un niveau à l'autre se fait continuellement dans une thérapie KIP, ce qui deviendra au fur et à mesure pour le client tout à fait naturel. Chaque niveau a donc ses champs d'action propre et se délimite l'un par rapport à l'autre. Ce mécanisme va pouvoir être internalisé en tant que structure ou que schéma interne, qui sera à la disposition de la personne en cause et lui facilitera, en la désangoissant, le rapport entre ses tendances régressives et ses tendances progressives (*Kottje-Birnbacher 1992*).

Les deux niveaux de communication sont différenciés par leur délimitation explicite et par le comportement du thérapeute : le champ d'action de l'imagination devient grâce à la relaxation et à l'accompagnement émotionnel du thérapeute un espace permettant expérience vécue et développement. Le client doit uniquement décrire ce qu'il voit sur son écran intérieur, sans avoir recours à l'abstraction des processus secondaires. La relaxation permet un retour sur soi-même et une plongée en soi-même. Les images ouvrent au patient la possibilité d'une part, d'y projeter ses sensations corporelles, ses besoins, ses angoisses, ses attentes et ses schémas de comportement, ressentis sinon de manière diffuse, d'autre part de les communiquer au thérapeute (*Pahl 1980*). Les images s'associent l'une à l'autre, le client peut les ressentir, s'y mouvoir et grâce à leur langage métaphorique, travailler à résoudre ses conflits.

Le patient, créant ses images peut donc en disposer à sa guise, il peut y déployer sa créativité, il peut les communiquer à d'autres personnes. La mise en contact du monde intérieur avec le monde extérieur permet au rêveur de croire en sa réalité intérieure et en sa vitalité. L'imagination et ses images vont devenir selon *Winicott* un « espace transitoire ». Les conditions thérapeutiques dans lesquelles se passe un rêve éveillé, créent un espace de protection et de consolation. Le rêveur se trouve en état de relaxation, n'est jamais laissé seul avec lui-même ; bien au contraire, il a, en la présence du thérapeute, un compagnon discret et digne de confiance, qui le soutient et le stimule. Cet accompagnement est pour le patient une expérience nouvelle qui lui permet de se soulager de ses tensions (*Ullmann, 1988 ; Lippmann, 1980 ; Schnell, 1997*). Il va donc pouvoir internaliser cette expérience en tant que structure, ce qui va renforcer le moi.

L'entretien thérapeutique qui suit, où domine la méta communication apporte des accents complémentaires. Patient et thérapeute communiquent à un niveau cognitif plus adulte. Ils essaient de comprendre les pulsions et les constellations relationnelles qu'ont exprimé les images et s'emploient à les mettre en rapport avec la réalité

quotidienne. Bien entendu, cette prise de conscience peut de nouveau provoquer un état émotionnel profond. Réflexion et vécu émotionnel ne se laissent pas vraiment cliver. On peut cependant affirmer que la façon de travailler pendant le rêve éveillé et celle employée dans l'entretien qui suit, sont sensiblement différentes.

Particularités du transfert et du contre-transfert dans la relation thérapeutique KIP

Le travail psychanalytique se fonde sur la relation de transfert comme étant une manifestation primaire de la névrose. La psychothérapie KIP, elle, a en plus recours aux rêves éveillés dans lesquels se mettent en scène les conflits névrotiques et où le rôle du thérapeute est celui d'un accompagnateur. *Leuner (1989)* compare la relation thérapeutique KIP avec celle d'un plongeur et d'un chef d'expédition. Le patient étant le plongeur faisant des recherches au fond de l'océan, et le thérapeute représentant le chef de l'expédition, surveille du bateau l'arrivée de l'oxygène et donne au plongeur son instruction par radio. L'attention du thérapeute oscille entre l'accompagnement de la démarche intérieure du patient (selon *Racker*, en tant que contre-transfert concordant et complémentaire) et entre une réflexion autocritique et cognitive, exigeant plus de distance. Le modèle de base peut être résumé de la manière suivante : dans le cadre protecteur, formé par les rêves KIP et la relation thérapeutique, les images donnent, par leur portée symbolique, aux relations d'objet d'origine la possibilité d'être revécues. Communiquées au thérapeute, elles font fonction de « container » (*Dieter, 1999*) ; elles soulagent la relation thérapeutique de pressions émotionnelles trop fortes ; elles servent d'écran au transfert parental sans qu'il ait besoin d'être immédiatement interprété ; elles aident à comprendre les structures internes du patient. Elles favorisent le développement de la personne, tout au moins quand il s'agit de structures névrotiques et à condition que le thérapeute fasse présence d'une attitude suffisamment empathique (*Leuner, 1985/1994, Lang, 1982*). *Leuner* parle d'un transfert à deux dimensions : le transfert dans la relation thérapeutique directe et le transfert au niveau de l'image ou névrose de projection, (*Leuner 1985. p.418.*). Les côtés positifs du transfert servent à resserrer le pacte entre thérapeute et client, pendant que les côtés conflictuels peuvent être travaillés au niveau symbolique de l'image. Le fait de peindre ou de dessiner l'image stimule l'éclosion d'un travail émotionnel complémentaire et en facilite la compréhension. On

peut bien entendu objecter que les canaux de communication, choisis par le transfert, ne peuvent être ni prévus ni fixés par le thérapeute, mais qu'ils s'expriment bien au contraire spontanément comme relation d'objet inconsciente (*Zwettler-Otte 1999*) ; cependant on ne peut nier que la psychothérapie KIP crée des possibilités supplémentaires à la compréhension thérapeutique du transfert. Ceci devient évident lorsque le transfert s'exprime dans les images et dans la relation thérapeutique de la même manière ; mais le transfert peut être aussi clairement représenté dans l'image alors qu'il reste encore flou dans la relation directe.

E.Klessmann (2001) en donne un bon exemple : pour cause de déménagement et de congé annuel, la constance des séances thérapeutiques fut troublée pendant un certain temps. La cliente signala qu'elle pouvait bien gérer cet arrêt temporaire et que sa thérapeute n'avait pas besoin de se faire de soucis à son égard. Elle alla cependant très mal. Dans le premier rêve KIP, après cet arrêt de travail, la patiente imagina un gratte-ciel en verre et en béton, elle-même se trouvant tout en haut sur une plaque de béton. De ce poste d'observation, elle pouvait tout voir et tout contrôler. En bas, les êtres humains minuscules n'avaient aucune connaissance de son refuge relié à la terre par un ascenseur, ce qui lui donnait le sentiment qu'elle pouvait encore y rester longtemps. Assis sur le sol à la sortie de l'ascenseur, un vieux nain pouvait si besoin correspondre avec elle, mais seulement par écrit car ils n'étaient pas à portée de voix l'un de l'autre. Dans le dessin de la patiente que la thérapeute déjà âgée interpréta comme la manifestation du transfert, il était minuscule et presque invisible. La patiente avait jusqu'à présent toujours assuré à sa thérapeute qu'elle pouvait bien tout gérer seule. Même dans le rêve éveillé elle produisait, sans que sa thérapeute ait besoin d'intervenir, des images de soutien sous la forme de personnages bienveillants. Conformément à l'attente de sa mère, souffrante de dépression, elle s'était toujours conduite en enfant autonome, attitude qu'elle répétait dans sa psychothérapie. Grâce à l'état émotionnel causé par l'arrêt de sa thérapie et à son expression symbolique au niveau de l'image, elle pu prendre conscience qu'elle avait présumé de ses forces et pu travailler dès lors sur ce conflit.

Si les images aident à comprendre la dynamique de transfert et de contre-transfert, elles ne déchargent cependant pas le thérapeute du devoir de poser en permanence un regard attentif sur cette dynamique, pour pouvoir, d'une part l'employer au service de ses interventions (en effet toutes les impulsions qu'il donne prennent leurs origines dans le contre-transfert ; par exemple : pourquoi et quand

propose- t'il de faire un rêve ? Quel motif choisit-il ? De quelle façon intervient-il ? (*Pahl, 1982*)), et d'autre part pour pouvoir les clarifier si besoin en est (*Dieter, 2000a ; Hennig, 1999 ; Rosendahl, 1999*). La relation thérapeute-patient doit être clarifiée et expliquée lorsqu'on perçoit des transferts qui, bien qu'ils soient typiques, n'ont pas encore été analysés. Ceux-ci peuvent se refléter soit dans le symbolisme des images, comme le montre l'exemple ci-dessus, soit dans la qualité de contact pendant les entretiens, soit dans les divergences ressenties dans la relation patient-thérapeute pendant le rêve et pendant l'entretien.

Rosner en donne un exemple

- 1. Un patient dépressif, agréable au contact, produit des images assez vides d'émotions. Il montre cependant beaucoup d'initiatives et d'engagement pour surmonter les situations conflictuelles qui surviennent au niveau du symbolisme des images, ce qui lui procure un certain contentement vis-à-vis de lui-même pendant les séances thérapeutiques. Il ne se sent dépressif qu'à l'extérieur et dans les situations où il ressent un manque affectif. Pendant le rêve KIP, en présence du thérapeute, il joue à l'enfant autonome. A partir du moment où le thérapeute va diriger l'attention de son patient sur cette divergence et où il va changer son attitude d'accompagnement, c'est-à-dire va essayer pendant le rêve de retenir le patient plus longtemps à un endroit précis, au lieu de le laisser décider lui-même, la charge émotionnelle des images change alors immédiatement. Le patient se ressent d'un côté de plus en plus seul et d'un autre côté de plus en plus soutenu.*
- 2. Un autre patient prend énormément de plaisir aux images de ses rêves KIP. Il les ressent comme un monde où personne ne se mêle de ses affaires et où il peut tout régler lui-même. Pendant l'entretien au contraire il se sent bousculé par son thérapeute envers lequel il ressent des sentiments d'infériorité. Dans les rêves KIP, il ne donne donc à son thérapeute qu'un rôle d'invité ; dans le rêve de la maison, par exemple, il est le seul à avoir la clef. Après avoir clarifié ce mécanisme, la thérapie pris un cours plus difficile mais plus fructueux.*

« Lire » le transfert et mettre toutes décisions thérapeutiques en rapport avec la relation complexe entre patient et thérapeute est la condition sine qua non du succès d'une thérapie (*Pahl, 1982 ; Rosner 1998 ; Dieter, 1999, Hennig, 1999 ; Rosendahl, 1999*). Plus la structure du moi est troublée, plus le thérapeute sera obligé de tenir compte de la relation de transfert et de contre-transfert. Le modèle du plongeur, créé par *Leuner*, ne suffit pas pour décrire les constellations relationnelles expliquées ci-dessus, car la coopération patient-thérapeute n'est jamais sans problèmes : des phénomènes projectifs et introjectifs l'influencent de manière permanente. Toutefois la psychothérapie KIP apporte ici aussi une aide que l'on ne doit pas méconnaître : au niveau de l'imaginaire, ces processus se remarquent immédiatement. La colère de ne pas se sentir compris se traduit par exemple au niveau de l'image par la

transformation d'un cours d'eau paisible en un torrent destructeur (*Dieter, 1999*). On peut donc affirmer que les images d'un rêve KIP et leurs qualités émotionnelles produisent des sources d'information sur les états affectifs du moment. En particulier les patients, présentant des troubles structuraux graves, peuvent profiter énormément de la psychothérapie KIP qui, au moyen du symbolisme des images, leur donne la possibilité de s'approprier la capacité du thérapeute à supporter l'angoisse et leur ouvre la possibilité d'essayer une nouvelle manière de la gérer. Donnons quelques exemples : le patient fait, pendant le rêve, l'expérience que le thérapeute respecte ses besoins d'individuation et peut ainsi mettre en scène son conflit d'individuation et le résoudre. L'essai au niveau symbolique allège énormément les angoisses vécues dans la réalité ; ou bien le patient fait l'expérience que dans l'imagination ni l'objet ni le sujet ne peuvent être détruits par son agression. Il peut donc « faire le plein » d'expériences affectives positives et se soulager d'états émotionnels négatifs. Toutefois cette possibilité ne lui est ouverte à condition que le thérapeute accompagne son patient d'une façon adéquate, à condition qu'il lui donne une « réponse » affective correcte et à condition qu'il essaie avec son patient de comprendre et de traduire ses symboles. « La représentation symbolique allège considérablement la relation de transfert et rend tolérable pour beaucoup de patients borderline un vécu affectif relationnel » (*Dieter 1996*).

En supervision, au moyen d'un rêve éveillé de contre-transfert, la psychothérapie KIP offre au thérapeute la possibilité de prendre conscience de ses implications affectives dans sa relation au client. Une situation ressentie comme problématique par le thérapeute lui sera donnée comme motif de rêve éveillé. Son rêve l'aidera d'une part à prendre conscience de ses sentiments vis-à-vis de son patient et d'autre part à les mettre en relation avec son histoire personnelle, ce qui l'amènera, confronté de nouveau avec la situation thérapeutique, à trouver une solution au problème.

6. LA DONNÉE DES THÈMES DU RÊVE OU « MOTIFS »

6.1. Les motifs standard de base en psychothérapie KIP

Comme point de départ d'un rêve KIP on se sert de thèmes ou « motifs » différents. Au début d'une thérapie ce seront la plupart de temps les « motifs de base » développés par *Leuner* : le pré ou la prairie, le cours d'eau, la montagne, la maison, la lisière de la forêt, qui seront proposés au client. À l'aide de ces motifs et à cause de la

multiplicité des thèmes qui peuvent s'y développer, le thérapeute peut faire un premier tour d'horizon de la personnalité du patient. Dans notre contexte culturel et quand il s'agit de patients de structure névrotique, prairie et cours d'eau implique normalement des expériences agréables, ce qui est souhaitable pour l'apprentissage d'un nouveau médium. Il peut cependant s'y cristalliser des conflits que l'expression symbolique rend alors tolérables.

La lecture du symbolisme des images induites par ces motifs est normalement assez simple car chaque thérapeute a imaginé au cours de sa formation professionnelle de multiples prairies, cours d'eau, montagnes et maisons. Il peut ainsi sur la base de son expérience et de l'individualité des images de son nouveau patient opérer un classement diagnostique. Pendant les premiers rêves KIP il dirigera son attention sur le dialogue qui se développe avec le patient. A l'aide des signaux non verbaux et des changements s'opérant sur le contenu de l'image, il trouvera la manière dont il va devoir accompagner son patient pendant un rêve éveillé : les questions le stimulent-il ou bien le bousculent-il ? A-t-il besoin d'un certain temps de réflexion ou bien se sent-il vite abandonné à lui-même ? Fait-il présence d'activité et d'autonomie dans le développement de la mise en scène de l'image ou bien persiste-t-il à attendre passivement ? Pour chaque nouveau patient le thérapeute doit trouver une manière individuelle de dialoguer – de même qu'une mère doit apprendre à connaître son enfant dans son individualité propre et à développer une interaction adéquate.

Pour que le lecteur puisse acquérir une connaissance plus concrète de l'envergure des possibilités symboliques qu'offrent les motifs standard en voici leur présentation :

Le pré ou la prairie

L'humeur du moment peut s'exprimer par une prairie luxuriante ou aride, large ou étroite, par le temps qu'il fait ou par la saison qui y règne. Le patient exprime aussi par ses images le moyen d'approche qu'il possède : certains aiment à s'installer confortablement, d'autres se sentent obligé de se rendre utile, certains aiment expérimenter, d'autres encore ont du mal à prendre une décision. Dans la prairie le patient peut rencontrer des personnages symboliques, représentant des relations d'objets ou des relations au moi. Elles peuvent s'exprimer aussi sous forme d'arbres, de choses ou d'animaux avec lesquels le rêveur peut entrer oui ou non en contact.

Le thème de la prairie sera donné le plus vaguement possible afin de laisser au patient toute liberté.

Exemple d'instruction : « essayez de vous imaginer un pré ou une prairie quelconque. Tout ce qui vous vient à l'esprit est bienvenu » (Leuner 1989).

Trois exemples de thérapie avec le thème de la prairie :

1. *Une patiente de 40 ans, présentant des symptômes de colite ulcéreuse, se voit dans une prairie estivale, parsemée de fleurs bleues et jaunes. Elle s'étend dans l'herbe et jouit de la situation. Elle commence cependant très rapidement à s'inquiéter et avoir l'impression de devoir rentrer chez elle pour accomplir son travail. Cette personne a internalisé la maxime : »le devoir avant le plaisir ! », si bien qu'elle ne prend jamais le temps de se faire plaisir. Aussi bien dans sa vie privée que dans sa vie professionnelle, elle accomplit son travail avec ressentiment et pense que les autres devraient travailler un peu plus au lieu de lui laisser tout à faire. Cependant, ni elle ne réussit à demander de l'aide, ni à poser ses limites par rapport aux autres. A l'aide de ce rêve éveillé, elle comprend peu à peu quelle est sa quote-part dans ce mécanisme ; car dans le rêve, personne d'autre qu'elle-même ne l'appelait au travail et ne l'empêchait de prendre du plaisir dans sa prairie.*
2. *Une femme de 35 ans, mariée depuis 14 ans, deux enfants, est tombée amoureuse d'un autre homme et vient pour cela en thérapie. Elle imagine un beau pré en plein été dans lequel elle désire se promener. Très bientôt son chemin bifurque et lui donne le choix soit de rester dans le pré, soit de se diriger vers une belle forêt claire. Elle opte pour la deuxième solution. Le chemin l'amène à une vieille hutte avec un banc au soleil. Elle ouvre la porte et découvre une pièce, meublée d'une table et de deux chaises. A première vue la hutte a l'air d'être sale et abandonnée. Cependant après avoir ouvert les volets, la patiente a l'impression que quelqu'un vient de la quitter. La théière est encore sur la table. Dans le fond de la pièce elle aperçoit un fourneau et un grand lit. Elle s'empresse de sortir de la maison. Dans l'entretien qui suit, elle compare cette hutte à un nid d'amoureux, un domaine laissé depuis longtemps en friche qu'elle vient cependant de retrouver en sortant du chemin ensoleillé mais droit et uniforme.*
3. *Chez une femme de niveau structurel moyen, apparaît une prairie de son enfance, offrant de belles cachettes sous des buissons. Cependant à l'intérieur de la maison proche, règne l'horreur, la misère et les disputes. C'est l'après-guerre et cette habitation est trop étroite pour le nombre de personnes qui y vivent. Elle revoit la cuisine que tout le monde était obligé de partager. La chambre à coucher, avec trois lits : deux pour ses parents, un pour son frère aîné, il n'y en a pas pour elle. Dans le rêve elle se revoit à l'âge de cinq ans. Les personnes qu'elle aperçoit dans la cuisine ont l'air de zombies, pâles, grises, ne faisant aucun bruit. La patiente est raide de peur et veut immédiatement s'en aller. La thérapeute lui propose de quitter la maison, de retourner dans le pré et d'y chercher un abri sûr. La patiente rampe jusqu'au fond d'un buisson, ferme les ouvertures avec des branches et s'enroulant dans des couvertures commence à se sentir plus sécurisée. Se sentant bien avec sa thérapeute, cette patiente réussit, à partir du motif de la prairie, à réactiver des souvenirs d'enfance difficiles. Des introjets négatifs la pousse à s'introduire dans la maison ; c'est alors qu'elle a besoin de l'aide de sa thérapeute pour trouver tranquillité et repos. La thérapeute joue le rôle d'une mère maternante, que la patiente n'avait pas quand elle était enfant.*

Le but des premiers rêves KIP est de renforcer les ressources en partageant, sans les remettre en question, les états affectifs positifs et en aidant le patient à résoudre les situations difficiles ; la relation thérapeutique n'en sortira que renforcée. Les expériences bienfaites, faites au niveau symbolique, ont en plus des effets reposants et donc curatifs; en particulier chez les malades

psychosomatiques, on remarque une amélioration immédiate des symptômes (Wilke, 1990 et 1996).

Le cours d'eau

Le thème du cours d'eau est un symbole, représentant le « cours de la vie » et le déploiement du psychique. La quantité et la qualité de l'eau, sa vitesse d'écoulement, témoignent du jugement porté sur sa propre vitalité et sur sa propre affectivité. Le cours suivi par l'eau est aussi un facteur important : les rives sont-elles naturelles ou canalisées ? Y a-t-il des chutes d'eau, du courant, des marécages ? Boire à la source (symbole maternel) ou bien se rafraîchir ou se laver dans l'eau peut faire beaucoup de bien. Le chemin qui mène à la source peut symboliser un retour au passé, le chemin qui mène à l'embouchure peut représenter une idée de l'avenir.

Comment peut-on introduire le motif ?

On peut demander au patient de se représenter de nouveau sa prairie et de chercher à partir de là un cours d'eau : « regardez autour de vous et essayez de voir si vous pouvez découvrir un cours d'eau dans les environs ». Ou bien on peut lui demander de se représenter directement un cours d'eau ; mais quelque soit l'image qui lui vient à l'esprit, elle est toujours la bienvenue. On lui demande ensuite de décrire ce qu'il s'imagine et comment il se sent, en lui donnant la possibilité de faire quelque chose si il en ressent le désir ; il peut par exemple se rafraîchir, s'asseoir sur la rive, regarder dans l'eau, marcher le long du cours d'eau, traverser un pont, etc. ... On peut aussi lui proposer de remonter le cours d'eau pour chercher la source ou bien de suivre le sens du courant jusqu'à l'embouchure.

Exemples :

1. *Un patient de 47 ans se retrouve au bord d'un torrent de montagne, grondant et impétueux. Le chemin passe par des rochers glissants et dangereux. Il choisit de suivre le sens du torrent dont le courant se calme peu à peu. Il se transforme un peu plus loin en petit fleuve aux rives plantées d'arbres et de roseaux. Un bateau à rames descend doucement la rivière avec deux personnes à bord qui lui font signe. Il s'assoie sous un saule pleureur et observe un couple âgé, accompagné d'un teckel qui aboie après les vaches. Des enfants font flotter des petits bateaux. Un peu plus loin, il découvre une petite ville, un pont de style baroque décoré de nymphes en bronze, qui traversant le fleuve, mène à la place du marché. Elle est de forme ronde et est bordée d'une mairie et d'une église ; au milieu de la place poussent quatre vieux arbres abritant une fontaine. Le patient se sent tout ému.*

Dans l'entretien qui suit, il dévalorise cependant ses images en déclarant qu'il s'est fabriqué une situation idyllique à la « Spitzweg ». Ce qui l'avait amené à faire une thérapie, était une relation amoureuse avec une femme. Bien qu'il la vive avec difficulté, il avait l'espoir qu'elle pouvait avoir un avenir. Le patient avait été élevé dans un milieu très catholique et pour plaire à sa mère était entré au séminaire pour devenir

prêtre. Il avait essayé pendant un certain temps de combattre ses pulsions sexuelles (voir les rochers glissants), puis ayant fait la connaissance d'une femme, âgée de 20 ans de plus que lui, était sorti du séminaire. Dans son rêve éveillé, il choisit de ne pas revivre ses confusions de jeune homme, mais de regarder au contraire vers l'avenir (descente du cours d'eau). La fascination qu'exerce sur lui la vie de couple s'exprime dans les images du couple de rameurs et du couple âgé ; l'intérêt qu'il porte à tout ce qui est féminin s'exprime par l'image du teckel qui court après les vaches, par l'image des nymphes du pont, par l'image de la fontaine à l'abri des arbres et des maisons. Pendant le rêve, il lui est possible de se laisser aller à cette fascination, dès qu'il est réveillé, il se sent obligé de refouler ses émotions.

2. Une patiente dépressive de 32 ans, ne sachant pas très bien ce qu'elle veut dans la vie, est restée très dépendante de ses parents, bien qu'elle ne vive plus chez eux depuis très longtemps. Dans le rêve ayant pour thème le cours d'eau, elle se voit, marchant sur un chemin qui monte le long d'un champ boueux. A gauche un fossé rempli d'eau disparaît sous le chemin. L'eau passe vraisemblablement dans une canalisation souterraine. Au point de rencontre du chemin et du fossé, la rêveuse aperçoit des vieilles bouteilles et des ordures de tout genre.

La vie de cette patiente a été très tôt canalisée. Très jeune, elle dû aider ses parents sans avoir la possibilité de prendre ses souhaits et ses désirs en considération. Elle se méprise elle-même (ordures) et n'a aucuns buts dans sa vie.

La montagne

La montagne laisse au rêveur la possibilité de la regarder d'abord de loin. Sa hauteur et sa forme dénoncent le niveau des exigences qu'il a vis-à-vis de lui-même. Les personnalités narcissiques imaginent des montagnes hautes et imposantes, qui sont le plus souvent d'accès impossible (par exemple une montagne en forme de pain de sucre), les dépressifs expriment leurs sentiments d'infériorité en imaginant des collines inintéressantes. La façon d'escalader la montagne donne un aperçu sur l'attitude du patient vis-à-vis des performances et des tâches à accomplir ; les accepte-t-il ou bien essaie-t-il de s'y dérober en se voyant par exemple directement au sommet sans avoir poursuivi un chemin, ou bien en émettant l'opinion que l'escalade ne vaille pas la peine ? Son chemin est-il facile ou difficile à grimper ? Comment se comporte-t-il vis-à-vis d'un obstacle ? Abandonne-t-il rapidement et ne peut-il pas s'imaginer d'être à même d'accomplir une tâche compliquée ? Ou bien est-il ambitieux et aime-t-il les performances ? A-t-il tendance à présumer de ses forces ? Ou bien encore n'aime-t-il que les chemins difficiles ? Arrivé au sommet, le patient est-il content d'avoir atteint son but ? Se sent-il seul et loin des autres ? Est-il à bout de forces ? Quelle vue a-t-il du sommet ? Y a-t-il d'autres montagnes dans le voisinage (concurrence) ?

Il y a deux possibilités d'induire le motif de la montagne (Leuner, 1989). On peut soit laisser le rêveur observer la montagne de loin et lui demander quelle impression elle fait sur lui : « essayez d'imaginer une montagne et regardez-la de loin », ou bien on peut le faire démarrer à partir de la prairie : « regardez autour de vous. Peut-être

pouvez-vous apercevoir un chemin ?... pouvez-vous essayer de le suivre ? Il mène à une montagne au sommet de laquelle s'ouvre une vue sur le paysage des environs. ». Le thérapeute doit laisser décrire la montagne avec le plus de détails possibles : forme, hauteur, végétation, ambiance et atmosphère. Cette description révèle souvent des ressemblances métaphoriques avec des personnes avec lesquelles le patient est en relation. Si on le pousse à escalader la montagne, on fera en sorte de s'assurer que le patient est bien équipé (chaussures, boissons etc.) Le chemin doit être ensuite décrit jusqu'au sommet.

Exemples :

1.

Une patiente de 36 ans qui possède une image de ses parents comme étant des travailleurs laborieux mais n'ayant pas réussi leur vie, imagine une montagne, ayant l'air d'être artificielle. Elle la compare à une gare de chemin de fer, dont le côté gauche s'est détaché et laisse apercevoir que l'intérieur est creux. Elle veut sortir de cet endroit au moyen d'un chemin de fer en miniature. Dehors il fait beau et elle s'assoit au bord d'un petit lac.

Cette image montre que la patiente ne peut plus accepter les valeurs parentales. L'artificiel de la situation dénonce une colère encore sourde vis-à-vis de ses parents. L'impulsion du moment est de partir et de se redonner des forces pour pouvoir par la suite s'affronter aux valeurs parentales.

2.

Une patiente de 28 ans, n'ayant jamais pu vivre une relation intime avec un homme, à cause d'une relation œdipienne non surmontée, imagine, après avoir travaillé sur les liens qui l'attachent encore à son père, la montagne qu'elle gravissait en famille tous les dimanches. Arrivée au sommet, elle voit au lieu du château fort aux tours majestueuses, une ruine couverte de lierre. Elle en comprend immédiatement le symbolisme et, malgré la tristesse qu'elle ressent, se sent soulagée par le fait que la ruine ne lui cache pas le panorama. Elle s'assoit dans un endroit protégé et observe un promeneur qui monte, en espérant qu'il s'agit de son nouvel ami.

3.

Un homme de 35 ans, très peu sûr de lui-même, était dans son enfance sous l'emprise d'une mère le critiquant sans arrêt, pendant que son père restait inaccessible. Dans son rêve, il imagine d'une part une maigre prairie de montagne et d'autre part un sommet, au-dessus des nuages, couvert de neige et n'ayant aucun contact avec le sol. Pendant qu'il se promène dans la prairie, la thérapeute lui propose de prendre son temps pour observer tout ce qui lui vient à l'esprit et pour chercher un chemin qui lui convienne. A la suite de cette intervention, il découvre une pierre, jonchée dans un creux, et dont la forme l'invite à s'y asseoir. La thérapeute lui demande si il a emporté quelque chose à manger. Il lui répond qu'il a en effet une pomme dans son sac.

La prairie maigre et le sommet enneigé sont pour le patient une représentation symbolique de ses parents. Le dialogue qui suit exprime que l'attitude permissive de sa thérapeute et que la confiance qu'elle a en lui, lui ont fait beaucoup de bien. La pierre jonchée dans un creux et la pomme sont des images exprimant le transfert.

La maison

Le motif de la maison touche à différents aspects de la personnalité et représentent plusieurs domaines de la vie. L'aspect de la maison est influencé par les représentations actuelles du soi et par les expériences passées d'enracinement ou de déracinement (*Klessmann et Eibach 1993*). Les maisons qui apparaissent dans les rêves KIP sont, aussi bien confortables et agréables à habiter, que stylisées, délabrées ou fragiles. L'apparence extérieure d'une maison peut être contraire à son apparence intérieure. La façade peut avoir l'air d'être bien entretenue ; l'arrière de la maison peut au contraire être sale et délabré. Tout comme une personne, une maison peut être ouverte ou fermée, claire ou sombre ; elle peut être construite dans un endroit isolé ou bien dans une rue en compagnie d'autres maisons. Certaines personnes entrent tout naturellement dans la maison de leur rêve éveillé, d'autres hésitent, ne sachant pas si elles en ont la permission ou si elles y seront bien accueillies.

La cuisine représente l'oralité ; l'ameublement de la chambre à coucher peut exprimer les souhaits et les phantasmes sexuels. Les vieux objets, relégués au grenier (meubles, vêtements, jouets, lettres, albums de photos) peuvent peut-être faire remonter à la mémoire de vieux souvenirs oubliés ; la cave peut recéler aussi bien des conserves que des personnages affamés, n'ayant plus aucun contact avec la vie extérieure et vivant dans de sombres salles voûtées. Les jeunes patients se représentent souvent la maison parentale, signe qu'ils n'ont pas encore suffisamment pris leur autonomie. L'apparition d'une maison, sortant de souvenirs d'enfance et exprimant des sentiments de sécurité et de tranquillité peut représenter les aspirations actuelles, se retrouvant dans la relation de transfert.

Il y a deux instructions possibles. Soit on propose directement le motif de la maison ; soit on demande au patient imaginant spontanément une maison, de s'en approcher, de la décrire de l'extérieur puis de l'intérieur. On lui demande si il a envie d'entrer dans l'habitation imaginée. Si la porte n'est pas fermée à clef, on lui laisse décider quelles sont les pièces qu'il veut visiter en notant bien celles qu'il évite et celles qui manquent. On l'encourage à ouvrir malles et armoires pour voir si elles contiennent des objets intéressants qui peuvent provoquer la réminiscence de souvenirs oubliés. Si la porte est fermée, on lui laisse le temps de la regarder, de toucher la poignée et de décrire ce qu'il voit. Cela suffit souvent à l'aider à rentrer dans la maison. Si la maison n'a pas de portes, peut-être existent-il des fenêtres ? La visite de la maison demande en tous cas plusieurs séances.

Exemples :

1. *Une patiente de 42 ans se présente en thérapie après un quatrième échec dans sa vie de couple et après avoir terminé quatre formations professionnelles différentes. Elle se pose la question si son besoin permanent de changement est en relation avec son enfance passée avec une mère bipolaire et suicidaire et avec un père très soucieux du bien être de sa famille. Elle imagine une maison très disharmonique et dont elle a l'impression de n'en voir qu'une moitié. Au lieu d'être à pignon, le toit est en pente vers la droite. Elle pousse la porte avec hésitation. L'entrée présente une possibilité de s'asseoir tandis que la pièce attenante est sombre et presque sans aucun meuble. La maison ne lui plaît pas et elle veut en ressortir immédiatement. Elle se dirige alors vers la forêt où elle découvre une petite maison confortable et douillette qui l'invite à y rester. La première maison, désagréable, ne provoque chez elle aucune association. Cependant, la question de la thérapeute, lui demandant si la moitié manquante de la maison pouvait avoir rapport avec sa mère, qui à cause de sa maladie ne pu offrir à ses enfants un « toit protecteur », la rend profondément triste. Dans les séances qui suivent, elle pu enfin pleurer et raconter combien elle se sentait abandonnée lorsqu'il lui fallait laisser sa mère seule en clinique et combien l'atmosphère répandue par son père, jusque là idéalisé, était sombre et sans joie.*
2. *Une femme, qui à l'âge de 8 ans, dû s'expatrier avec ses parents, imagine une maison abandonnée aux volets clos. La porte n'étant pas fermée à clef, elle peut y entrer facilement. L'intérieur de la maison, bien que sentant le renfermé et que dormant sous une couche de poussière, est d'une grande élégance. aux murs du salon sont accrochés de beaux portraits. La patiente ouvre les fenêtres, la maison lui plaît et elle a l'intention de la louer. Dans le bureau se trouvent une table de bureau, des livres et une malle ancienne. Elle y trouve des notes écrites et un crâne, comme dans le cabinet de son grand-père. Montant l'escalier elle se trouve tout à coup devant sa grand-mère, blanche comme si elle était un fantôme, ce qui ne lui fait cependant pas du tout peur. La thérapeute lui propose de parler avec sa grand-mère. La patiente devient alors triste, pleure et demande à sa grand-mère la raison de leur expatriation. Elles descendent ensemble au salon et continuent à s'entretenir. Après le rêve éveillé, la patiente raconte qu'elle avait en tant qu'enfant une bonne relation avec sa grand-mère. Après le départ de son pays d'origine, ses parents coupèrent tous contacts et racontèrent à leur fille du mal de ses grands-parents. L'image qu'ils lui donnèrent de ceux-ci ne correspondait pas à la sienne. Elle ne pu en parler et dû de ce fait refouler tous ses souvenirs. Dans le rêve KIP, les sentiments refoulés reprirent forme et couleur. Elle pu, à partir de ce moment, exprimer les sentiments de tristesse et d'incertitude de la petite fille qu'elle était, ce qui permit à la femme adulte de mieux se comprendre et de faire un tri intérieur.*
3. *Une patiente de 34 ans n'arriva tout d'abord pas à se représenter une maison. Elle se voyait dans un chemin, à travers des champs et des prés mais aucune maison ne se dessinait à l'horizon. Trois séances plus tard elle imagina un chantier abandonné. Les fondations, bien que solidement construites, sont massivement endommagées du côté gauche ; la construction n'a pas été continuée. Dans l'entretien qui suit, la patiente se pose la question de ce qui a bien pu endommager les fondations de cette manière. A la recherche d'une réponse, elle apprend par ses frères et sœurs aînés, qu' à l'âge de cinq ans, elle fut mise en nourrice chez ses grands-parents maternels pendant six mois, sa mère faisant une grossesse à risques. Elle en revint complètement changée et très fermée. Des recherches ultérieures mirent à jour des abus sexuels vis-à-vis de la patiente et de deux autres de ses sœurs. Cette expérience traumatisante pu se constater au niveau symbolique, grâce au rêve KIP, ce qui permit à la patiente de l'assimiler avec ménagement dans le moi. A la trente-huitième séance, la patiente imagine pour la première fois spontanément une maison. Cette fois c'est un hôtel restaurant. La thérapeute lui propose d'y entrer pour y jeter un coup d'œil. Elle y découvre une salle de restaurant animée, quelques chambres d'hôtel et une aile privée, très étroite et meublée de manière impersonnelle, réservée à l'hôtesse et à son mari. Dans l'entretien qui suit, la patiente associe cette maison avec sa manière de vivre. En effet, elle s'occupe de*

beaucoup de personnes et a pour cette raison très peu de temps de mener une vie privée. Le motif de la maison lui est proposé de nouveau à la cinquante-troisième séance. Entre-temps elle est tombée amoureuse pour la première fois. Elle imagine cette fois-ci une petite maison blanche, bâtie dans les dunes et entourée d'un petit jardin bien soigné. A l'intérieur elle découvre une cuisine, un salon avec un tapis en fourrure et sous le toit une chambre à coucher, meublée d'un grand lit confortable avec salle de bain attenante. Bien qu'il s'agisse plus d'un souhait que d'une réalité vécue, elle peut tout au moins le concrétiser intérieurement, ce qui lui était complètement impossible au début de la thérapie.

La lisière de la forêt

La lisière de la forêt est la scène où apparaissent des créatures symboliques. La forêt symbolise l'inconscient, un domaine sombre dans lequel vivent des animaux sauvages en liberté. Dans les contes, on y rencontre aussi des brigands, des nains, des géants, des fées et des sorcières. On introduit le motif de la lisière de la forêt en proposant une prairie, limitée d'un côté par une forêt. Lorsque l'image apparaît, on retient le rêveur à 10-20 mètres de la forêt ; il doit alors fixer son regard sur la forêt et on lui suggère d'en faire sortir une créature quelconque, homme ou bête. On essaye de lui faire prendre patience jusqu'à ce qu'il discerne quelque chose de vaguement schématique. Si il prend peur, on peut lui proposer de se cacher derrière un buisson ou derrière quelque chose de ce genre. Il est indispensable que le thérapeute encourage le patient à faire sortir les silhouettes de la pénombre forestière, en direction de la prairie. Le rêveur peut ainsi prendre un premier contact visuel avec elles dans la lumière et dans un environnement connu, sans pour cela devoir pénétrer dans leur domaine. Le thérapeute l'encourage par sa présence, ses questions et, si il le faut, ses propositions. Les créatures sortant de la forêt sont, selon les structures de la personnalité et les conflits à résoudre, très différentes d'un patient à un autre. Elles peuvent être agressives et menaçantes, peureuses ou affectueuses, etc. Les techniques d'interventions spéciales, appelées par *Leuner* principes de régie, seront précisées ultérieurement dans ce livre.

Exemples :

1. *Un jeune homme, aux traits de personnalité schizoïde, imagine tout d'abord un chevreuil, qui en le voyant prend peur et s'enfuit. Il n'y a aucune prise de contact possible. Son amie sort alors de la forêt et s'allonge à côté de lui dans l'herbe chauffée par le soleil. Il jouissent tous deux de la situation jusqu'au moment où il vient à l'esprit du patient que son amie pourrait s'impatienter et vouloir s'en aller. La thérapeute l'encourage à garder contact, à prendre la main de son amie et à être attentif à ce qu'elle ressent vraiment. Le patient réussit à rester en relation avec elle et à jouer tendrement avec ses mains.*

2. *Une patiente, qui s'est toujours sentie peu aimée par sa mère qui lui préférait sa sœur, imagine un énorme sanglier, sortant au galop de la forêt. La thérapeute lui recommande de se cacher derrière un buisson mais de ne pas lâcher le sanglier des yeux et de le décrire dans tous ses détails. Il écume de rage, galope dans la prairie où il laisse de profondes empreintes, puis se calme peu à peu. La thérapeute propose à la patiente de lui lancer un aliment quelconque, ce qu'elle refuse tout d'abord avant de se décider par la suite à lui lancer des morceaux de foie et de cœur. La bête mange tout, la regarde d'un air encore affamé. Elle lui relance encore de la viande. Rassasié, il repart dans la forêt. La patiente se sent après ce rêve, épuisée mais calme. Dans l'entretien qui suit ce rêve, la patiente reconnaît qu'elle se sent souvent comme ce sanglier. Le sanglier sert donc dans ce rêve d'écran de projection pour le moi, vivant les sentiments de jalousie, de colère et de haine, refoulés par la patiente.*

6.2. Signification et objectifs thérapeutiques du choix des motifs

Le choix et l'introduction d'un motif sont des interventions thérapeutiques qui ouvrent au patient le chemin des images. Les motifs servent de noyaux de cristallisation. Ce sont des images concrètes et dont le patient va se servir en les modelant à l'image de sa dynamique intérieure. Ils nourrissent et structurent le psychisme et soulagent le patient : au milieu d'une profusion de possibilités, se cristallise une image ; le patient va, à partir de ce moment, pouvoir se laisser aller au flux de son imagination et remettre dans les mains du thérapeute une partie du contrôle, opéré sinon par les processus secondaires. Cependant, ceci ne réussit que si le motif choisi est adapté à exprimer symboliquement la situation psychique du patient. Le choix d'un motif inadapté irrite le patient, provoque une relation de résistance et rend la relation thérapeutique difficile, car le patient perd dans ce cas une partie de la confiance qu'il avait en son thérapeute. Par le choix du motif le thérapeute fait donc preuve d'empathie ou non, il propose à son patient une symbolisation de sa situation au lieu d'une interprétation.

Proposer par exemple comme tout premier motif, le thème du volcan ou du trou marécageux, ou bien donner à un patient dépressif le motif de la terrasse d'un café fait preuve d'un manque d'intuition frappant. Il est de même contre-indiqué de proposer à un patient angoissé de se promener dans une forêt. A une patiente, ayant imaginé pendant la séance ultérieure jouer d'une randonnée à cheval, on ne devra pas, à la séance d'après, lui donner le motif d'un lieu sûr et protégé. Ce serait alors la preuve que les symboles exprimant les désirs d'expansion et les pulsions de la patiente angoissent le thérapeute ! Il lui faudrait dans ce cas remettre son contre-transfert en question (*I. Lang, 1998*).

Le choix des motifs, fait par le thérapeute, est le miroir de son point de vue diagnostique. Il vise par ce choix un niveau de régression particulier et dose la quantité des pulsions exprimées. Si le patient se sent compris, il se laissera aller rapidement au flux de ses images, si il sent que le choix des thèmes n'est pas adapté à sa situation et à son niveau structurel, il aura du mal à rêver. Selon la structure de sa personnalité et selon la force de son moi et suivant le degré d'inadaptation du motif proposé, il pourra réagir avec une irritation plus ou moins massive : il ne verra rien, il ressentira des malaises, des maux de tête, de l'angoisse, de la tension et il se sentira abandonné. Une autre réaction possible est de développer seul une image sans se préoccuper des interventions du thérapeute. Entre ces deux pôles de réactions, on rencontre des quantités de manières d'exprimer une résistance ou une irritation. Par exemple au début d'une thérapie, le patient est souvent dans le brouillard ou bien il saute d'une image à l'autre, jusqu'à ce qu'il puisse petit à petit ralentir son allure et rester un moment dans la même situation. On rencontre aussi des effets de distanciation : le patient a par exemple l'impression de regarder un film au cinéma. Certaines images sont le miroir de la relation de transfert du moment ; citons le cas extrême de l'image d'un iceberg, ayant l'air d'être artificiel. La situation la plus difficile à déchiffrer est ce qu'on peut appeler le déraillement du dialogue : le patient produit des images sans contenance affective ; il obéit à ce que son thérapeute lui demande sans pour cela ressentir quoique ce soit. L'ennui et le manque de cohérence affective sont des indicateurs de premier choix pour reprendre, dans l'entretien qui suit le rêve, ce qui s'est passé, afin de comprendre ensemble ce qui ne doit pas être vécu.

Autres motifs standard

A côté des motifs de base, nous avons encore quatre motifs qui appartiennent aux motifs standard du niveau moyen. Ils sont moins ouverts que les motifs de base et visent quatre domaines conflictuels : agression, sexualité, image de soi et représentation d'objets relationnels. Les motifs mis au point par *Leuner* : « Lion, rosier, auto-stop, idéal du moi et rencontre avec une personne proche » furent entre-temps modifiés et actualisés.

,

Zone de conflit : agression-expansion

Leuner proposa le thème du **lion** pour permettre aux pulsions d'agression et d'expansion de s'exprimer. Un lion peut tuer si c'est nécessaire, cependant il n'est pas

obligatoirement agressif car il possède dans ce domaine une certaine souveraineté. On demande au patient de se représenter un lion ou une lionne quelconque, de le décrire et de l'observer. Les images obtenues sont très variées : le lion peut vivre à l'état sauvage et en liberté ou bien derrière les barreaux d'un jardin zoologique ou d'un cirque. Il peut être paresseusement allongé et dormir ou bien avoir faim, attaquer une autre bête ou un être humain. De temps en temps il est imaginé comme un gros chat à fourrure soyeuse et douce, le patient peut s'en approcher, le caresser, le monter. Quelquefois apparaissent des statues de lion en pierre.

Si le but du rêve est une confrontation directe avec les pulsions agressives, par exemple chez les patients angoissés qui sinon annulent rétroactivement tout ce qui peut ressembler à de l'agression, on peut aussi proposer le motif d'un **animal agressif** (*Krippner*). Le thérapeute doit alors travailler sur l'image produite avec la technique de confrontation au symbole. Pour aider à intégrer les pulsions agressives et sexuelles fortement refoulées, *Leuner* proposa le motif du **voyage aux enfers**, (*Leuner, 1994, p.185*). Ce motif est particulièrement indiqué chez les patients, élevés de manière très rigide et présentant des mécanismes de défense propres à la névrose de caractère.

Zone de conflit : sexualité

Leuner proposa les motifs du **buisson de roses** et de l'**auto-stop** pour aborder le domaine de la sexualité. Le buisson de roses étant plutôt réservé aux hommes et l'auto-stop aux femmes. Les buissons imaginés sont plus ou moins épineux ou plus ou moins luxuriants. Le buisson d'un jeune homme par exemple portait des roses fragiles, qu'on ne pouvait pas cueillir. Le buisson d'un patient, marié depuis 15 ans, présentait au contraire une seule fleur fanée, Un représentant de commerce, ayant eu beaucoup d'aventures sexuelles, imagina un bouquet de roses, placé dans un vase posé chez lui sur une table. Il poussait au buisson d'un homme marié deux pousses sauvages qu'il lui fallu couper ; un patient, très lié à sa mère voulait cueillir une rose et la lui donner. Les patientes, elles, doivent s'imaginer qu'elles rentrent fatiguées d'une longue randonnée et qu'elles marchent au bord d'une route. On leur suggère ensuite qu'elles vont bientôt voir une calèche ou une auto arriver et que le conducteur leur proposera de les ramener chez elles. Il est intéressant d'observer comment la scène se déroule, quel genre de personne est le conducteur et si la patiente accepte de monter dans la voiture.

Ces motifs ont été entre-temps très controversés, car ils sont liés à une vue traditionnelle et dépassée des rôles des deux sexes. Les femmes ont aujourd'hui leur propre voiture ; monter dans une auto dont le conducteur est inconnu est potentiellement dangereux, on peut associer avec l'auto-stop la violence sexuelle. Le motif du buisson de roses fait apparaître la femme plutôt comme une chose qu'on s'approprie au lieu de la considérer comme une partenaire ayant sa vie propre. Ces motifs ne permettent ni d'encourager le patient à se donner avec confiance à un être humain ni de l'aider à se mettre en relation avec l'autre (Ebermann, 1999). On a remplacé entre-temps ces motifs par d'autres qui semblent plus adaptés aux vues modernes.

Pour explorer les aspects féminins de l'image de soi, on peut donner le thème de **l'arbre fruitier** ou bien du **jardin de roses**. Une **sorcière** qui possède un pouvoir magique peut aider à trouver en soi même des côtés autonomes et peu sages (Ebermann, 1999). Pour explorer les côtés masculins de l'image de soi, on a de bons résultats avec les motifs du **chevalier** ou bien du **conducteur de moto**. L'image d'un **lion plein de tendresse** peut exprimer chez les deux sexes des phantasmes érotiques. Le thème du **voyage en bateau** explore chez les deux sexes leur capacité à se donner et se conquérir mutuellement : on suggère l'arrivée d'une personne appartenant au sexe opposé, avec laquelle on propose au patient de faire un voyage en bateau. La capacité à rentrer en contact ou bien au contraire la timidité peut par exemple être explorée par le motif de **la terrasse d'un café**. Le motif de la **maison** peut donner des précisions dans le domaine de la sexualité, par exemple par l'atmosphère régnant dans la chambre à coucher. Il est possible aussi de suggérer une **rencontre avec un homme ou une femme** ayant une attirance érotique, ou bien on propose une **personne symbolique** comme un chevalier, un conducteur de moto, une princesse, une tzigane. C'est au thérapeute de décider ce qui est le mieux adapté au patient ou à la patiente. Un autre motif, plus indirect celui-là, est celui du **bal masqué**. Si l'on veut travailler sur des problèmes conjugaux, il est possible de suggérer **une rencontre avec le conjoint ou la conjointe**. On encourage alors le patient ou la patiente à ressentir les conséquences émotionnelles de la proximité de l'autre pour pouvoir localiser les angoisses et les blocages dans la relation avec l'autre.

Exemple d'intervention :

« Imaginez- que vous êtes à une certaine distance de votre conjoint/conjointe....Maintenant approchez-vous peu à peu de votre conjoint/conjointe...Arrêtez votre approche et essayez de ressentir

comment vous allez en maintenant cette distance.... Regardez-le/la....Faites le/la venir un peu vers vous...-Comment vous ressentez-vous ?....Stoppez le/la de nouveau....Cherchez maintenant une position, un geste et une distance avec lesquels vous vous sentez bien... ».

Zone de conflit : image de soi.

Le motif de l'**idéal du moi**, proposé par *Leuner* permet aux différentes parties du *self* et aux fantasmes accompagnant l'idée du moi idéal de se concrétiser. Pour cela on propose au rêveur de penser spontanément à un **nom masculin** quand le patient est un homme et à un **nom féminin** quand il s'agit d'une patiente ; on lui demande ensuite de s'imaginer une personne qui porte ce nom ; son âge et l'époque dans laquelle elle vit, a vécu ou vivra sont laissés entièrement à l'imagination du rêveur, (*Leuner 1994-p.186*). Soit le patient reste à observer ce que fait cette personne imaginaire, à regarder qui elle rencontre, comment elle se comporte et à remarquer ce qui lui est important, cette attitude permettant une identification avec celle-ci, soit le patient peut la rencontrer activement. Les scènes qui résultent de cette rencontre aident à clarifier les problèmes d'identité, de concurrence et de jalousie.

Les motifs déjà cités : fleur, arbre, animal, maison, jardin de roses, arbre fruitier, chevalier, sorcière etc.... explorent aussi l'image du moi. *Horn (1990.p.233)* propose le motif de l'**enfant intérieur** en donnant l'instruction suivante : « *Imaginez un enfant...Regardez le, voyez quel est son aspect, comment il va, ce qu'il fait...Portez votre attention sur la distance ou sur la proximité où se trouve l'enfant par rapport à vous-même...Comment vous sentez-vous quand vous regardez cet enfant ? Aimeriez-vous rentrer en contact avec lui/elle ? Si oui, essayez de le faire* ». On peut proposer ce thème en général ou bien spécifier dès le départ quel genre d'enfant le rêveur doit rencontrer ; par exemple : **un enfant curieux, joueur, blessé** etc. (*Seithe, Krippner, Steiner*) ou bien **un enfant qui trouve une solution à ses problèmes** (*Jacobshagen 2001*). Ce thème stimule un processus de régression à un domaine conflictuel ou au contraire à une zone de ressources. L'enfant joueur peut aussi apparaître spontanément quand on donne les motifs d'un **ballon** ou d'une **foire**. Un autre motif important, venant de l'hypno thérapie, est celui de l'**équipe intérieure** (*Krägeloh*). Ce thème comprend toutes les ressources contenues dans la représentation du *self*. On demande au rêveur de s'imaginer tel qu'il est aujourd'hui, tel qu'il était il y a 10 ans, en tant qu'adolescent et en tant qu'enfant, l'être qu'il aurait pu être s'il avait vécu à une autre période ou dans une autre culture et la femme ou l'homme qu'il désire devenir quand il sera plus âgé. On aide ensuite le patient à les faire interagir et à entrer en contact avec elles.

Le schéma corporel et sa connotation affective appartiennent aussi au domaine de l'image du moi. La thérapie KIP a créé pour explorer ce thème le motif de **l'exploration de l'intérieur du corps** ; ce motif devant n'être employé que par des thérapeutes expérimentés. Dans les maladies psychosomatiques et fonctionnelles il est intéressant d'observer comment le langage symbolique arrive à exprimer les symptômes somatiques et leur lien avec le conflit intérieur. On fait inspecter l'intérieur du corps par un petit poucet, pendant que le moi adulte, selon les règles du clivage thérapeutique, sert de conseiller et de guide au petit poucet. Pendant le rêve le thérapeute peut adresser directement la parole au moi adulte en disant par exemple : « *Vous lui conseilleriez-vous de continuer son chemin dans ce sens ? Voulez-vous le laisser prendre sa décision tout seul ou bien voulez-vous lui donner un conseil ? Comment réagit-il ? Observez bien la manière dont il se comporte. A-t-il besoin d'aide ou bien peut-il se libérer tout seul ? Comment va-t-il ?* » (Eibach). Pendant le rêve il est important de bien observer les réactions somatiques du rêveur : rythme de respiration, mimique, profondeur de la relaxation, gestes. L'exemple suivant, cité par *Klessmann (1987)*, illustre bien ce motif à première vue un peu abstrait : *Dans la psychothérapie d'une jeune fille présentant une polyurie psychogène, le motif de l'inspection de l'intérieur du corps joua un rôle très important : 14 rêves sur 30 sont occupés par ce motif ! La thérapie dura en tout deux ans. La patiente se promena, sous la forme d'un petit poucet, dans tout l'intérieur de son corps et inspecta tout ce qu'elle voyait : le système digestif, le cœur et les poumons répandaient une atmosphère plutôt amicale mais le cerveau et le système urogénital étaient difficiles d'approche. La patiente avait l'impression que son cerveau était un centre d'informations impersonnel et froid. Elle se l'imaginait comme une salle dénudée, surmontée d'une coupole claire et possédant une grande quantité de tuyaux dans lesquels des êtres ressemblant à des fourmis noires faisaient des allées et venues. Debout près d'un stand d'informations, un être humain habillé de blanc parlait si rapidement qu'elle ne pouvait pas comprendre mot. Elle tomba tout à coup dans un trou et se retrouva dans l'utérus qu'elle imagina un gris, ennuyeux et étroit. Elle s'y sentit coincée, cette sensation correspondant bien à son symptôme. Les fourmis travailleuses et la personne parlant trop vite lui rappelèrent les ambitions sans relâche qu'elle nourrissait dans ses études. L'utérus n'était pour elle ni masculin ni féminin mais seulement quelque chose d'impersonnel. Le vagin correspondait à un trou noir dans lequel il fallait qu'elle fasse attention de ne pas tomber. Dans une séance ultérieure elle découvrit que, quand elle le regardait l'utérus avait le visage d'une femme âgée, ne semblant pas aller bien. Son visage était jaunasse et semblait avoir une mauvaise circulation. Elle décida alors de brosser les murs de l'utérus pour enlever le jaune sous lequel elle découvrit une couleur rose et le visage de la belle au bois dormant ; le vagin resta cependant noir. Pendant les sessions suivantes elle s'imaginait que sa vessie ressemblait à un ballon jaune, gonflé d'air et planant dans l'espace. La vessie présentait un visage menaçant et arrogant. Entre-temps, elle avait réussi à contenir quelquefois ses urines, n'ayant sur ce point pas encore très confiance en elle. Elle se sentait toujours rongée par la jalousie et par l'ambition car elle n'arrivait pas à être constamment la meilleure élève de son année. Elle ne pouvait absolument pas s'imaginer comment elle pourrait relier vie professionnelle et*

vie familiale. Pendant le KB suivant elle s'imagina sa vessie, attachée à un pieu comme un ballon et flottant à l'extérieur d'elle-même, à côté d'un ruisseau. Une silhouette féminine, habillée d'une robe rouge, s'approcha d'elle. Cette femme donnait l'impression d'être sûre d'elle, exactement comme la patiente aurait voulu être. A la séance suivante, elle eut pitié de ce ballon gonflé de vanité, devant toujours monter plus haut. Elle le fit alors redescendre, le mis contre sa joue et le dégonfla. Pendant que le fil qui le retenait restait droit en l'air, la patiente prit la peau ridée du ballon dégonflé entre ses mains. D'accepter pour la première fois la petitesse et la ridiculité de ce « petit être bizarre » lui fit du bien. Le rêve, fait dans la session suivante, montra une vessie aimable et qui travaillait à sa place et à l'intérieur du corps. Elle continua son travail en s'occupant des reins auxquels elle n'avait pas encore rendu visite : l'un d'eux était énorme, flasque et laid, l'autre était tout petit et complètement apeuré. Les urètres se perdaient dans une couleur trouble, il s'en égouttait un liquide brun, ressemblant au flux menstruel. La patiente commença par y mettre de l'ordre : elle construisit dans le cerveau une pièce plus agréable et relia les urètres à la vessie. Parallèlement à ce travail, sa vie privée se normalisa. Elle rencontra un homme avec lequel elle pu avoir pour la première fois des contacts intimes.

Zone de conflit : relation aux autres

Il s'agit dans ce domaine de concrétiser les connotations émotionnelles qui accompagnent la relation aux autres. Dans les rêves catathymiques on voit souvent apparaître spontanément des silhouettes symboliques sur lesquelles on peut focaliser l'attention du patient : elles apparaissent sous forme de montagnes, de maisons, d'arbres, de tours, de fleurs, d'animaux, d'êtres humains, de personnages mythologiques ou de contes de fées et aussi sous forme d'objets, associés de manière émotionnelle à certaines personnes ou bien pouvant les symboliser. On peut aussi provoquer volontairement la visualisation de ces personnes soit sous leur forme réelle soit sous leur forme symbolique. Elles peuvent apparaître dans un pré, dans une église, sortir de la lisière de la forêt, d'une grotte, émerger de la mer, d'un trou marécageux. Le choix de l'endroit implique des connotations émotionnelles bien précises. On peut faire imaginer des scènes ayant été réellement vécues, présentes ou passées, ayant trait à la vie familiale, professionnelle ou conjugale (Steiner, 2000).

Si dans un futur proche, le patient doit se confronter à une personne qui lui est proche, le thérapeute peut provoquer son apparition pendant le rêve catathymique et encourager le patient à prendre contact avec elle. Le thérapeute se comprend, dans ce cas là, comme aide et soutien du moi. Il veille à ce que le patient exprime sa position vis-à-vis de la personne visualisée de manière claire et adéquate, à ce qu'il n'abandonne pas trop tôt ce qu'il ressent, il l'aide aussi à comprendre la position de son interlocuteur. On peut se servir pour arriver à ce but de techniques venant du

psychodrame. Ce sont les techniques de l'identification à l'autre, du changement de rôle et la technique qui permet de « doubler » l'autre personne. Comme dans l'hypnose, il est possible de suggérer dès le départ un état de bien-être, par lequel le patient va pouvoir être en contact avec ses ressources et reprendre des forces ou bien de faire apparaître une de ces ressources sous la forme d'un symbole de son choix, pouvant l'aider et le soutenir (*Kanitschar, 1999*) (*Krippner et Steiner, 2005*). Cette méthode est indispensable quand on a à faire à des personnes traumatisées. Ceci a pour but de sortir le patient de son état d'impuissance et de lui permettre d'agir.

Si l'état émotionnel du patient est diffus et si ses sentiments sont difficiles à verbaliser, on doit d'abord les rendre plus conscients pour pouvoir faire un travail thérapeutique valable. Le thérapeute doit alors aider le patient à les imaginer sous des formes symboliques, si il ne l'a pas déjà fait spontanément. Chaque symbole qui apparaît doit être décrit de manière précise. On fait décrire leurs allures, leurs couleurs, leurs formes, leurs mimiques et leurs gestes. On fait décrire ce qu'expriment les yeux et ce qu'il en émane. La qualité émotionnelle doit être vraiment bien vécue afin de permettre au patient de l'associer à d'autres expériences faites dans le passé. On a aussi la possibilité de faire imaginer non seulement des personnes mais aussi toute une scène. Le patient doit d'abord prendre le temps de la décrire. On peut lui suggérer pour cela et afin de lui permettre de prendre ses distances d'imaginer une clairière, de monter sur un mirador ou une palombière afin d'observer la scène qui se déroule à ses pieds.

Le motif des **trois arbres** a été mis au point par *Klessmann en 1986*. Il permet d'exprimer les relations émotionnelles existant entre les membres d'une famille. Les arbres peuvent être pleins de vitalité ou bien à moitié desséchés et austères. Ils peuvent se ressembler ou être tous différents. Ils peuvent pousser si près les uns des autres que leurs racines et leurs sommets se confondent ou bien au contraire être très éloignés.

Pour pouvoir replonger dans l'atmosphère familiale on a la possibilité d'induire une régression à un âge antérieur. On demande alors au patient de se rappeler par exemple d'un déjeuner à la table familiale ou bien d'une scène du coucher. Si le thérapeute a l'impression que l'enfant ainsi visualisé a besoin d'aide et de protection, il peut suggérer au patient de rentrer en tant qu'adulte dans cette scène et d'aider l'enfant à résoudre ses problèmes.

Les motifs dits du **niveau supérieur** sont ceux de **la grotte, du trou marécageux et du volcan**. Le thérapeute qui les emploie doit avoir beaucoup d'expérience car ils peuvent provoquer des réactions émotionnelles très fortes. De la grotte et du trou marécageux peuvent sortir des figures archaïques ; le volcan est en lui-même un symbole d'éruptivité archaïque et non différenciée.

Enfin il est possible de réactiver dans le rêve catathymique des **rêves de nuit**. Cela permet de mieux les comprendre et donne la possibilité au patient de trouver en les terminant une solution satisfaisante.

6.4. Les motifs créés nouvellement

Grâce aux recherches faites, on a pu entre-temps mettre au point d'autres motifs. Ils seront présentés ici en quatre groupes différents : 1. Clarification des étapes du processus d'individuation, 2. Stimulation des ressources, 3. Clarification des symptômes et 4. Tous les motifs créés individuellement par et pour le patient, en s'inspirant de la spécificité de la situation personnelle.

Clarification des étapes de l'individuation

Deux livres entiers ont été dédiés aux motifs de la **maison** et à celui du **chemin** (*Klessmann et Eibach, 1993 et 1996*). Ces deux motifs se complètent et représentent le processus thérapeutique dans son ensemble. Ils symbolisent la capacité à se trouver soi-même, à accepter la proximité de l'autre et les liens relationnels ; ils symbolisent l'aptitude à pouvoir se détacher, à supporter les séparations et à oser recommencer quelque chose de nouveau ; ceci étant les bases essentielles pour mener une vie satisfaisante. Ces deux motifs sont des symboles universels et reflètent les deux pôles du chemin de l'individuation : d'une part le besoin de sécurité et d'autre part le besoin de stimulation et de mouvement. Le motif de la prairie permet ces deux possibilités et rend ainsi possible un premier diagnostic : la patient a-t-il plutôt tendance à rester là où il est et à s'installer, ou bien a-t-il envie de se mettre en marche et d'aller à la découverte.

Une prairie ou une maison comme point de départ thérapeutique n'est souvent pas assez sécurisante. En particulier les traumatisés et les patients présentant des troubles de la personnalité ont besoin au début de trouver un endroit où ils peuvent se sentir en toute sécurité et où ils peuvent régénérer. Cet endroit doit être d'abord

installé dans le moi et être disponible à tous moments, avant de se mettre en marche sur le chemin catathymique. On a développé à ce but plusieurs motifs comme : **un endroit où on se sent en toute sécurité et bien protégé** (*Jollet, Krippner, Kraegeloh*), **une situation ou un endroit où on se sent bien, un château fort où on se sent en sécurité**. Ces motifs encouragent le mécanisme du clivage et permettent ainsi une première possibilité de structuration : localiser ce qui est bon à l'intérieur et ce qui est mauvais à l'extérieur aide le moi menacé, à se défendre vis-à-vis de son auto agression et vis-à-vis de menaces extérieures réelles. (*Dieter 1996*). Le travail avec ces motifs encourage la naissance progressive d'un sentiment de sécurité et de protection.

Certaines étapes du motif du chemin peuvent être proposées comme motif, quand on a l'impression qu'elles sont importantes pour le patient. Ce sont par exemple les motifs du **pont** et du **croisement** où on a la possibilité de porter un regard sur le passé et de trouver des perspectives d'avenir. Ils permettent de faire un choix tout en étant libre et curieux. (*Klessmann et Klessmann 1990*). **Une porte** ou **un portail** peuvent marquer le seuil d'une autre manière de vivre, d'un nouveau monde. **Un labyrinthe** peut représenter et stimuler un cheminement vers des buts, donnant un sens à la vie. (*Eibach 1997*). Les motifs de **faire son sac à dos pour partir en randonnée**, de **bâtir une nouvelle maison** et celui de la **gare** peuvent aider à faire ses adieux et à recommencer quelque chose de neuf, peuvent aider à partir soi-même ou à laisser partir les autres.

Stimulation de ressources

Dès le départ *Leuner* essaya de stimuler les ressources de ses patients pour les aider à les intégrer. Il se servit pour cela d'aides ou de guides intérieurs, apparaissant au cours d'un rêve catathymique, sous des formes symboliques. Ils peuvent être des êtres humains, des animaux, des personnages mythologiques ou bien des personnages sortis de contes de fées. Cette technique a été approfondie par *Sachsse en 1987 et Krippner/Steiner en 2001 et en 2006*. En effet dans les psychothérapies de patients gravement traumatisés et ceux présentant des troubles de la personnalité, il est indispensable de mettre des guides intérieurs en place, afin qu'ils soient pendant toute la psychothérapie à la disposition du patient, dès qu'il en a besoin et afin qu'ils

fassent ce que le patient désire. Ils sont en fait des représentations d'objets internalisés comme étant bienfaisants. Ces motifs peuvent être par exemple : **une rencontre avec un être plein de sagesse, une rencontre avec un être bienfaisant, un animal qui sait bien défendre, un animal mystérieux et fascinant.**

Le motif de l'**arbre** peut aussi stimuler des ressources quand on le présente de la manière suivante : *Le patient doit d'abord imaginer un arbre poussant dans un paysage, ayant pour lui une signification positive. On lui suggère alors de prendre un contact corporel avec cet arbre, de s'appuyer à lui, de l'entourer de ses bras, de ressentir la force des racines, de la sève qui vient de la terre et qui monte dans le tronc, de faire un avec sa force et sa stabilité, de ressentir la lumière et la chaleur du soleil. (Sachsse/ Reddemann, 1997).* Être un avec un bon objet, aux qualités paternelles et maternelles, rend plus indépendant du soutien venant de l'extérieur. Le motif de la fleur, donné de la manière suivante, est aussi un motif stimulant des ressources : **une fleur qui a tout ce qu'il lui faut pour pousser et se sentir bien** (Krippner/Steiner 2005).

Tous les endroits à connotation positive permettent en fait de refaire le plein intérieurement. On peut proposer entre autres : **un endroit plein de calme, un temple où règne le silence** (Krippner 2001), **un royaume bien à soi** (Jacobshagen 2001), **une chambre pour vous tout(e) seul(e), un lever de soleil, une graine de semence** (Eibach), **un bain dans de la glaise chaude** (Lang), **une source, où l'on peut puiser de la force** (Rosenberg, 1998). Ces motifs redonnent de l'espoir et mobilisent les forces intérieures du patient.

Les patients qui ont des difficultés à imaginer peuvent avoir moins de peine avec des motifs comme : **un paysage imaginaire, une maison aux 1000 possibilités, le moyen âge, l'âge de pierre, une autre planète.** Il faut en tous cas adapter le motif à la structure du patient.

Dans les cas de rigidité structurelle, on essaiera de proposer des motifs qui ouvriront la possibilité d'un vécu, étant le contraire de ce que vit le patient (Rosenberg, 1995). A un patient présentant des symptômes de névrose obsessionnelle, on proposera **un bain de glaise** ; à un phobique on donnera le thème du **lion** et à un homme très peu sûr de lui-même : **une moto.**

Se décharger et prendre ses distances font partie aussi des capacités du moi à se protéger. Pour encourager le patient dans ce sens, on lui demandera d'imaginer qu'il fait **une randonnée en traînant une lourde charge.** On lui suggère ensuite de trouver un endroit qui lui convient pour faire une pause, de se décharger et d'examiner de près tout ce qu'il a transporté jusqu'à présent. On l'encourage alors à faire un tri et

à n'emporter avec lui que ce dont il a vraiment besoin pour continuer sa randonnée. (Sachsse/Reddemann, 1997).

Clarification des symptômes

Il existe beaucoup de motifs qui aident les symptômes et les situations conflictuelles à s'exprimer en images. Ce sont des motifs individuels, développés par le thérapeute et le patient dans la situation thérapeutique. C'est pour cette raison que les motifs qui suivent ne peuvent être que des exemples. Un **mur** peut représenter un blocage, une **cage** peut être le symbole du sentiment d'étroitesse que produisent les symptômes et en même temps exprimer un sentiment de sécurité. Les « ruminations » dépressives et obsessionnelles peuvent être symbolisées par le motif du **mauvais génie qui tourmente** ; on encourage alors le patient à prendre contact avec lui et à ouvrir le dialogue. Le sur-moi trop sévère peut être représenté par un **censeur interne** ou bien par un **destructeur interne**, auquel le patient, après s'y être bien préparé, pourra se confronter.

Aux patients expérimentés dans la méthode KIP, on peut proposer **faute et responsabilité** comme motif en leur demandant de s'imaginer l'image symbolique correspondante à ces mots.

Un voile ou **une couche grise** peut être un motif exprimant l'empêchement de prendre contact avec le monde extérieur. (Rasch, 1999). Une **tache** (Ullmann, 2001) peut symboliser tout ce qui ne va pas, mais avec lequel on doit pourtant vivre et dans lequel on peut se faire facilement emprisonner. Le motif de l'**inspection de l'intérieur du corps** a sa place ici aussi.

Motifs individuels, s'inspirant de la spécificité de la situation personnelle

Le langage s'exprime aussi en images. Notons par exemple : « sortir de ses gonds », « avoir passé un cap difficile », « n'être pas sorti de l'auberge », « dormir comme une souche », « tomber à l'eau », « poser un lapin », etc. Quand un patient offre spontanément une métaphore pour caractériser sa situation émotionnelle, on peut la reprendre comme motif. La scène qui se développe alors au niveau de l'imagination l'aidera à comprendre sa situation psychique. (Seithe, 1997).

Exemple :

Une patiente anorexique ne peut pas arriver à manger bien qu'elle le veuille : elle « n'arrive pas à passer ce seuil. » Cette métaphore lui fut proposée comme motif de rêve catathymique. Elle imagine alors un pont suspendu qui fait le lien entre deux rivages. La patiente s'engage sans

difficultés sur ce pont, s'arrête cependant en plein milieu et prend peur, car elle ne sait pas si le pont est suffisamment solide. La patiente s'aperçoit rapidement que le fait de quitter un rivage connu provoque sa peur. La thérapeute l'encourage à décrire exactement le pont, le rivage d'en face les mouvements qu'elle fait et ce qu'elle ressent. Pendant ce temps elle atteint le rivage inconnu, se sent soulagée et s'autorise une pause. Son comportement alimentaire s'améliore ensuite très rapidement.

Se servir de motifs, créés par le patient encourage créativité et autonomie. (Lang, 1998).

6.5. La signification thérapeutique du choix des motifs

Le choix d'un motif invite implicitement à s'occuper du thème proposé. Le thérapeute possède donc une grosse responsabilité et doit être conscient de son contre-transfert. Proposer un motif est une action suggestive. Il existe des motifs inadaptés à la situation émotionnelle du patient et d'autres qui au contraire correspondent aux thèmes actuels du patient. Dans ce dernier cas il s'agit d'une suggestion fondée sur un diagnostic juste et que le patient pourra donc accepter.

Exemple : 1.

Si on suggère à un jeune adulte, n'osant pas encore quitter ses parents, de s'imaginer un jardin, ce motif étant statique et limité, il l'imaginera entourant une maison. Si par contre on lui propose de s'imaginer un nuage : ce sera pour lui une possibilité de mouvement, car un nuage est en soi illimité et mobile. Il plane normalement dans le ciel et va de ci et de là. Admettons alors que ce jeune patient imagine un nuage statique, planant au-dessus de la maison parentale. Le paradoxe de cette image sera ressenti rapidement par le patient et le thérapeute, ce dernier pourra alors encourager son patient à imaginer le nuage partant en voyage. Le patient aura donc réussi au niveau symbolique à commencer à relâcher les liens l'attachant à ses parents.

2.

La thérapeute propose à une patiente inhibée et angoissée de se représenter un animal vivant en liberté, d'observer ce qu'il fait et de regarder les chemins qu'il prend. Peu à peu la patiente va prendre de plus en plus de plaisir à imaginer les actions de cet animal. Elle vit alors, au niveau symbolique, les désirs d'expansion qu'elle n'avait jusqu'à présent pas osé ressentir.

On se sert dans la psychothérapie KIP des moments suggestifs contenus dans les connotations émotionnelles que comportent les motifs ainsi que de leur qualité de

gestalt, pour pouvoir ouvrir le chemin à des associations et à des sentiments bien déterminés. La poésie et la publicité font d'ailleurs la même chose. Les analogies structurelles entre une certaine métaphore, un certain symbole ou motif et entre certains schémas d'expérience du patient et que la psychothérapie a pour but de changer, permettent au comportement désiré mais jusque là interdit, d'être vécu au niveau du symbole. Par le choix des motifs, la thérapeute décide implicitement des directions à prendre. Celles-ci auront des conséquences importantes sur le développement de la psychothérapie, elles doivent être donc bien réfléchies. Le thérapeute devra par exemple construire d'abord une base solide, c'est à dire aider son patient à intégrer ses ressources, avant de s'occuper des thèmes conflictuels.

Toutefois tous les motifs cristallisent des aspects de qualité différente selon les besoins et la structure du patient. Prenons l'exemple du nuage : il peut prendre une forme, correspondante au problème actuel du patient, ou bien il peut permettre au patient de s'envoler avec lui, le nuage étant muni de commandes permettant de contrôler direction et distance, ou bien le patient peut s'y coucher comme dans un lit de plumes et s'y sentir en sécurité.

Wilke (2001) nous montre dans l'exemple suivant la fonction d'ouverture de la psychothérapie KIP vis-à-vis du vécu intérieur :

Une étudiante, souffrant de boulimie, imagine, apparaissant au milieu d'un paysage, une énorme tête aux yeux noirs et vitreux. Le thérapeute l'encourage à visualiser la tête dans son entier. C'est un serpent, enfermé dans une cage, qui apparaît. Sa gueule est fermée mais il serait bien capable d'avaler un animal entier. Si il remarque trop tard, pendant qu'il avale, que sa proie est trop importante, il se met alors en grand danger, car il n'a pas la possibilité de la régurgiter... (Le thérapeute continue à cet endroit la confrontation au symbole).

Cette image montre clairement la symbolisation de l'état boulimique. L'image ci-dessus s'étant développée à partir d'un paysage tout à fait quelconque.

Le choix du motif doit aider le patient à symboliser sa situation psychique actuelle avec tout ce qu'elle contient comme angoisses, besoins et conflits entre les représentations du moi et les représentations d'objet et il doit l'amener aussi à découvrir des solutions viables. Ce choix doit donc tenir compte du niveau structurel, de la situation psychique actuelle et des buts auxquels le patient veut aboutir en faisant sa thérapie. Le contenu des images ainsi que la manière dont elles se développent au cours du rêve donnent au thérapeute d'importantes informations diagnostiques et permettent au patient de mieux se connaître. Comportements, conflits, représentation du moi et représentations

d'objet symbolisés dans les images peuvent être travaillés au niveau symbolique et au niveau du dialogue thérapeutique qui suit le rêve.

7. L'accompagnement thérapeutique du rêve catathymique.

Pendant le rêve, le thérapeute doit s'efforcer à comprendre la signification symbolique des images, sachant qu'elles lui transmettent des informations concernant aussi bien l'image du moi du patient que ses relations d'objet et que la manière dont il vit la relation de transfert vis-à-vis de son thérapeute. Il doit rester bien conscient du caractère hypothétique de ses interprétations, car les images sont déterminées par une pluralité de causes. Il doit savoir aussi que la compréhension qu'il a des images catathymiques influence son comportement thérapeutique. Des erreurs de compréhension ont automatiquement des effets négatifs sur l'accompagnement du rêve. Si le thérapeute est suffisamment empathique il remarquera les irritations dans l'interaction thérapeute-patient par leurs répercussions dans le contenu des images, ce qui l'amènera à se corriger rapidement.

7.1. L'accompagnement de base

L'accompagnement le moins problématique est l'adoption d'une attitude empathique, le thérapeute cheminant aux côtés de son patient tout en essayant de clarifier ses problèmes. *Leuner* appela cet accompagnement de base : »technique d'entraînement « (« *übendes Vorgehen* »). Le thérapeute doit pour cela rester en contact avec son patient, l'orienter de manière adéquate et éviter les comportements auto destructeurs. Le dialogue, centré sur le contenu de l'image, sert de cadre aux tendances régressives. Les questions du thérapeute encouragent le patient à mieux se percevoir et à mieux se ressentir, ainsi qu'à développer une responsabilité et une activité plus autonomes. Le thérapeute doit aussi aider le patient à percevoir les détails des images de manière olfactive, auditive et sensitive et à porter son attention sur ses réactions corporelles. Le patient apprendra de la sorte à différencier perceptions et sensations, à observer calmement les causes de son angoisse, de sa frustration et à les décrire clairement au lieu de les éviter ou de prendre fuite. En proposant au patient de s'approcher ou de s'éloigner des symboles visualisés, le thérapeute va lui permettre de contrôler activement sa distance et d'en ressentir les

conséquences. Cette méthode prudente et structurée permet au patient de faire la connaissance de ses images intérieures et encourage la formation des structures manquantes. La différenciation et l'expérimentation des structures du moi jusque là déficitaires ne se fait pas en première ligne par une compréhension intellectuelle de soi même, mais bien plus par le fait accompli. (Fürstenau, 1992). Pendant un rêve catathymique et pendant le dialogue thérapeutique qui suit, le monde intérieur du patient s'enrichi de schémas cognitifs et affectifs, adaptés à résoudre les conflits entre le monde extérieur et intérieur.

Exemple 1 :

Pt : « je vois une prairie. Le ciel est gris, il y a du vent et il pleut »

Th : » Hm ! »

Pt : « Il pleut même très fort et il fait froid »

Th : « Oui. Qu'est-ce que vous pouvez apercevoir ? »

Pt : « La prairie a l'air d'être vaste, on n'en voit nulle part la fin »

Th : « Y a-t-il des arbres ou des arbustes ? »

Pt : « Oui un peu plus loin sur la gauche, il y a un groupe d'arbres »

Th : « Oui. Et peut-t-on voir des animaux ? »

Pt : « non. Aucun. »

Th : « Peut-être se sont ils mis à l'abri dans un coin quelconque ? »

Pt : « Oui. Probablement. »

Th : « Comment allez-vous dans ce paysage ? Qu'avez-vous envie de faire ? »

Pt : « Ce n'est pas agréable ici. Je gèle. Je crois qu'il faudrait que je me trouve un abri »

Th : « C'est une bonne idée. A quel abri pensez-vous ? Où pouvez-vous aller ? »

Pt : « Hm ! La seule possibilité que je vois, c'est ce groupe d'arbres à gauche »

La situation émotionnelle est bien symbolisée par les images ci-dessus. Les qualités émotionnelles ressenties ont pu se développer grâce à une observation et une description exactes des images.

Exemple 2 :

Pt : « Je me trouve dans un chemin. A ma droite une steppe desséchée, des morceaux de rochers, des arbustes secs, quelques cactus. A gauche se trouve un mur assez haut d'au moins 5 mètres »

Th : « Oui. Pouvez-vous décrire le mur de manière plus détaillée ? »

Pt : « Il est en briques. Bizarre dans ce paysage ! Il a l'air solide »

Th : » Que pourrait-il y avoir derrière ? »

Pt : « Je ne sais pas. Mais je pense qu'il y a un jardin plein de fleurs »

Th : « Ah Oui ! Et le mur, il va jusqu'ou ? Il fait un angle ? »

Pt : « Je ne peux pas le décerner, il a l'air de continuer tout droit »

Th : « Hm ! Est-ce qu'il y a quelque part une porte ou quelque chose de semblable ? »

Pt : Non »

Th : «Hm ! Comment vous vous sentez-vous avec le mur à votre gauche et la steppe à votre droite ?

Dans ce rêve, la situation émotionnelle, les blocages et les refoulements s'expriment d'abord par l'image. Une observation et une description détaillées permettent ensuite une confrontation avec le matériel refoulé.

Dès que le thérapeute et son patient se sentent bien d'accord ensemble et dès qu'ils ont appris à parler le même langage, l'accompagnement peut alors devenir plus flexible et plus adapté à la situation du moment : par exemple dans les situations angoissantes, le thérapeute doit être alors près de son patient et le soutenir afin de l'aider à mieux gérer son angoisse ; dans les situations plus détendues il prendra par contre plus de recul et encouragera son patient à faire des associations plus libres ; dans les moments émouvants, il accompagnera sans gêner et dans les moments investigateurs, il sera observateur actif, en signalisant de temps à autres sa présence.

7.2. La méthode associative

Leuner appela « méthode associative » un accompagnement flexible et ouvert aux processus associatifs et créatifs. Dans ce cas, le thérapeute ne donne que très peu de structuration et n'intervient que rarement. Le patient va donc avoir l'espace nécessaire pour exprimer tout ce qui lui vient à l'esprit et tout ce qui le tourmente. Dans le rêve, une image va en entraîner une autre ; des sensations corporelles, des souvenirs, des idées peuvent s'y associer, l'attention du patient n'étant pas dirigée uniquement sur le contenu des images. Le point de départ d'une chaîne d'associations peut être un symbole apparaissant au cours du rêve.

Exemples d'intervention :

« Quel effet a sur vous cette personne/cet animal/la forme de cet arbre ? »

« Ce que vous ressentez en ce moment est peut être un sentiment que vous connaissez déjà ? Essayez de retourner mentalement dans votre passé ou dans votre enfance et laissez monter une image/un souvenir qui correspond à ce que vous ressentez en ce moment »

« Se pourrait-il que vous ayez déjà ressenti ces douleurs ? Essayez peu à peu de revenir en arrière, dans votre histoire, jusqu'à ce que s'installe une scène qui correspond à ce qu vous ressentez »

Cette méthode provoque souvent des régressions à un âge ultérieur : le patient se revoit en tant qu'enfant. Les scènes qui apparaissent peuvent être aussi bien des souvenirs d'enfance angoissants que des situations agréables, jusqu'alors refoulées. Les scènes angoissantes peuvent être, avec l'aide du thérapeute, revécues, retravaillées et assimilées ; les scènes agréables représentent une régression avant le conflit (*Balint*), et sont pour les patients traumatisés ou présentant des troubles de la personnalité ou des troubles psychosomatiques indispensables pour pouvoir renouer avec des ressources jusqu'à présent non utilisées.

Nous allons en voir deux exemples, prêtés par M.d'Arcais-Strotmann :

1. *La patiente en question est enceinte. Elle est déprimée et n'arrive pas à comprendre pourquoi elle n'arrive pas à se réjouir. Au cours de son rêve catathymique, elle imagine un paysage de montagnes présentant au premier plan une plage de sable fin où s'affairent des petits chinois. Ils donnent l'impression de transporter quelque chose vers un pont en bois. La rêveuse regarde cette scène avec étonnement sans comprendre ce qu'il se passe. La thérapeute lui demande d'essayer d'observer le sable de plus près. La patiente commence à le toucher, ses doigts donnent même l'impression de jouer avec le sable imaginaire. Elle se met alors tout à coup à raconter à sa thérapeute que cela lui rappelait l'école Montessori, où les enfants devaient coller les lettres et les chiffres sur des cartons qu'ils recouvraient ensuite de sable afin de pouvoir en faire une expérience tactile. La patiente se replonge dans des souvenirs d'enfance alors qu'elle avait 5/6 ans. Elle revoit sa mère, qui mourut très jeune du cancer, lui lire des livres d'enfant. Elle comprend tout à coup d'où viennent les petits chinois : ils étaient dessinés dans un de ces livres. La patiente commence alors à se réjouir de la naissance de son enfant. Elle émet le désir d'aller rechercher ses livres d'enfant au grenier et se voit dans un futur proche lire des livres à son enfant. Pendant le rêve apparaissent encore d'autres souvenirs agréables, ayant trait à sa mère mais qu'elle avait oubliés après la mort de celle-ci.*

L'expérience de toucher le sable pendant son rêve lui permet donc de reprendre contact avec des souvenirs jusqu'alors refoulés.

2. *Une patiente ayant été très délaissée dans son enfance à cause de sa mère, atteinte d'une maladie mortelle imagine à partir du motif de la montagne qu'elle se trouve sur un glacier très raide. Il est froid et sinistre. Marchant à quatre pattes, elle essaye de se raccrocher à la neige glaciale. La thérapeute l'accompagne avec beaucoup d'empathie, l'aide à exprimer ce qu'elle ressent, suit la direction de son regard et supporte avec elle une atmosphère de tension extrême, jusqu'à ce que la rêveuse s'écrie : « mais comment ai-je bien pu arriver ici ? ». Elle élève alors son regard, découvre au-dessus d'elle un mur rocheux dans lequel elle aperçoit une faille où elle peut s'accrocher et se catapulte dans un autre paysage, celui-là beaucoup plus agréable. Arrivée là, elle peut enfin se laisser aller à des larmes de soulagement et de joie.*

Il s'agit dans ce rêve de revivre désespoir et angoisse afin de les surmonter. Ces sentiments sont projetés dans l'imagerie, ce qui soulage la relation thérapeutique de transferts difficiles et qui permet de ce fait à la thérapeute d'accompagner sa patiente avec empathie et de l'aider à gérer un vécu angoissant. Cette intensité émotionnelle fait disparaître chez le patient le sens du temps et de l'espace. Il vit vraiment l'actualité des images. En même temps, le thérapeute, qui lui n'est pas impliqué émotionnellement dans la situation imaginée, dispose pleinement des fonctions de son moi adulte, peut de ce fait protéger son patient et lui permettre un vécu intense. (D'Arcais-Strotmann, 1997).

Revivre son angoisse et lui donner un nom ou une cause permet au patient de la limiter, de la réduire et de former l'idée qu'il existe un vécu avant elle et après elle. Si on réussit à supporter la tension, déclenchée par une situation comme celle décrite ci-dessus, elle finira par se dissoudre par elle-même, exactement comme de la neige recouvrant une feuille d'arbre et qui à un jour donné fond sans que la feuille ait bougé. D'endurer cette épreuve donne au patient une force nouvelle et lui donne conscience que son moi est suffisamment endurant pour supporter de telles situations, sans pour cela être détruit. L'attention du thérapeute console comme celle d'une mère attentive. Être actif, s'en sortir soi-même et décider seul de la direction à prendre donne la sensation d'être l'auteur de destin. (Stern, 1992 et d'Arcais-Strotmann, 1996).

La psychothérapie KIP crée par l'image un espace dans lequel, grâce à la capacité du thérapeute à supporter l'angoisse, le patient va pouvoir avec l'aide du substrat symbolique expérimenter et trouver des solutions à ses problèmes. (Dieter, 1996).

Les scènes régressives peuvent ouvrir la porte à des états de relaxation profonds dans lesquels sont assouvis plusieurs besoins archaïques : le patient satisfait ses besoins de bien-être et de détente intense, ses désirs de faire un avec son entourage, de se sentir rassasié et en sécurité et son souhait d'oublier le temps. Ceci fortifie le moi, ce qui amène souvent une amélioration des symptômes, en particulier chez les malades psychosomatiques.

Exemple. Motif de la maison :

Pt : « Je monte l'escalier qui conduit au grenier, il est raide et sale. On dirait que personne n'y est revenu depuis longtemps. Le grenier a un toit à pignon, une petite fenêtre pour permettre au ramoneur de passer et il y a plein de choses qui traînent partout. »

Th : « Quelles sont ces choses ? »

Pt : « Une grande armoire, un coffre, des vieilles chaises sculptées »

Th : « Avez-vous envie de regarder quelque chose de plus près ? »

Pt : « Je vais ouvrir le coffre »

Th : « Hm ! »

Pt : « Il y a des marionnettes de guignol, je crois que j'ai joué avec quand j'étais enfant. Il y a le roi, la princesse, le diable..... »

Th : « Hm ! »

Pt : « Sous les marionnettes il y a des livres de contes de fée, je les connais aussi : contes de Grimm, de Hauff, d'Andersen »

Th : « Hm ! »

Pt : « Il y a encore les lunettes de ma grand- mère, elles sont rangées dans leur étui en métal et je vois aussi le petit coussin qu'elle mettait derrière sa tête quand elle s'allongeait sur le canapé »

Th : « Oui...Et maintenant ? »

Pt : « Oh ! la ! La ! Et maintenant je me vois en tant que petite fille, jouer par terre pendant que ma grand-mère se reposait sur son canapé....Il y a longtemps de cela ! Ce sont vraiment les meilleurs moments de mon enfance, (la patiente pleure doucement)... Ma mère, on peut l'oublier mais pas ma grand-mère, elle était tellement gentille ! »

Th : « Hm ! »

Pt : « Et chez elle on y mangeait bien ! Elle faisait de la crème à la vanille avec du jus de framboises ou bien du lait caillé avec du sucre et de la cannelle »

Th : « Oui ! Peut-être pouvez-vous essayer maintenant de revivre cette situation »

Pt : « Oui, c'est agréable. Je suis assise par terre à côté du canapé et ma grand-mère me lit un conte »

Th : « Hm ! »

Pt : « C'est bien ainsi ! » (Patiente et thérapeute gardent 5 minutes de silence pendant que petit à petit le visage de la patiente s'éclaircit)

Th : « Avez-vous encore un désir ? »

Pt : « J'aimerais encore rester longtemps là où je suis »

7.3. La technique focalisante

La technique focalisante est le contraire de la méthode associative. Elle a pour but de confronter et de mettre un focus sur le conflit. On s'en sert avec l'aide des motifs du niveau moyen qui visent les conflits centraux : agressivité, sexualité, image de soi et conflits de domaine relationnel. On se sert de cette méthode d'accompagnement aussi lorsque, dans l'entretien qui précède le rêve, se cristallise un problème bien déterminé que l'on veut résoudre d'abord au niveau symbolique. Le patient a besoin dans ces situations de soutien et de sécurité ; le thérapeute va donc rester proche de lui, va lui demander de décrire clairement ce qu'il voit, de lui faire part de la manière dont il se ressent et de l'informer de ce qui se transforme. Il va l'encourager à rester

le plus calme possible, de supporter l'angoisse qu'il ressent, de rester à sa place et en particulier de fixer les yeux, si il s'agit d'un animal ou d'un personnage. Le patient fait à ce moment là l'expérience de sa force, le personnage ou l'animal perdent leur aspect menaçant, ils deviennent normalement plus petits, dépérissent ou se retirent dans leur forêt ou dans leur grotte. A la séance suivante, le patient est souvent capable de se rapprocher du personnage ou de l'animal symbolique. Le thérapeute peut l'encourager à lui présenter de la nourriture ou à le caresser. Nourrir et réconcilier assouplit les frontières vis-à-vis de parties du moi clivées ou vis-à-vis de représentations d'objet ambivalentes, symbolisées par les personnages ou les animaux imaginés.

Exemple :

Une patiente raconte qu'il lui est pratiquement impossible de faire comprendre à sa sœur qu'elle ne veut pas toujours être à sa disposition pour garder son enfant. Elle se sent en colère mais désarmée. La situation, décrite par la patiente va d'abord être donnée comme motif de départ du rêve, puis clarifiée. On va ensuite essayer de revenir vers les situations conflictuelles d'origine.

Th : « Est-ce que ce sentiment vous rappelle d'autres situations que vous avez déjà vécues ? »

Pt : « Oui »

Th : « Essayez de vous rappeler de certaines de ces situations, puis remontez lentement dans le temps, jusqu'à ce que vous restiez accrochée à une situation concrète »

Pt : « Il y a plusieurs situations.....Surtout celles de l'époque où ma mère était partie et où nous n'avions pas le droit d'être tristes....Maintenant, je vois ma grand-mère, elle ouvre la porte, le facteur lui donne un paquet de Noël, envoyé par ma mère mais elle le refuse. (Pleure abondamment). »

Th : « Pouvez-vous faire quelque chose ? »

Pt : « Non. Je suis trop petite » (elle avait 8 ans, à l'époque où sa mère quitta la famille).

Th : « Vous croyez vraiment ? »

Pt : (Pleure) « Non, je trouve cela horrible, ce qu'elle fait... Je me précipite sur elle et je la mets dehors...mais mon père.... il est immense ! Il arrive derrière ma grand-mère »

Th : « Décrivez-le »

Pt : « Il a un visage plein de colère et il est immense »

Th : « Regardez-le de près et décrivez-le. »

Pt : « Il me crie après et me montre le point »

Th : « Comment sont ses yeux ? »

Pt : « Ils sont bleus, ils sont en colère....Ils sont blessés »

Th : « Restez à votre place et regardez- le bien dans les yeuxComment est-ce que vous trouvez ce qu'il fait ? Qu'il refuse le paquet qui vient de votre mère ? »

Pt : « Je trouve cela épouvantable et brutal »

Th : « Pouvez- vous le lui dire ? »

Pt : « Oui, je lui crie dessus, je lui dit que je trouve cela inimaginable, la manière dont il nous traite, qu'il n'a pas à nous faire porter sa souffrance ! »

Th : « Continuez à le regarder. Comment est son visage ? »

Pt : « Rouge de colère et désespéré »

Th : « Il dit quelque chose ? »

Pt : « Non »

Th : « Comment est son regard ? »

Pt : « Toujours en colère »

Th : « Regardez-le bien de près »

Pt : « C'est dur.... Il rapetisse »

Th : « Oui.Et maintenant ? »

Pt : « Il devient de plus en plus petit et disparaît dans la grande pièce »

Cette scène dura à peu près cinq minutes. La patiente, épuisée par le revécu de cette situation mais soulagée par le fait qu'elle ait pu s'imposer à son père, comprit dans l'entretien qui suivit que la difficulté qu'elle ressentait vis-à-vis des autres prenait ses racines dans le sentiment de détresse, vécu à l'âge de huit ans. Elle n'avait alors aucun pouvoir vis-à-vis de son père et de sa grand-mère. Grâce à la confrontation au niveau symbolique, elle pu d'une part revivre des souvenirs plus ou moins refoulés et d'autre part prendre conscience que son moi adulte possède des ressources, qui activées pendant le rêve catathymique, peuvent l'aider à remodeler la situation conflictuelle, la thérapeute faisant fonction d'aide du moi.

7.4. Les techniques d'intervention vis-à-vis des personnages symboliques, apparaissant pendant un rêve catathymique ou « principes de régie ».

Leuner a développé une série de techniques, aidant le thérapeute à intervenir au niveau symbolique pendant un rêve catathymique. Ces techniques ont fait leur preuve dans la pratique psychothérapeutique et servent à activer chez le patient le potentiel de développement, bloqué jusqu'alors dans les conflits émotionnels. Les principales techniques d'intervention sont les suivantes : **nourrir** et **réconcilier**, **confronter**, **assouvir les besoins archaïques**, **développer des aides intérieurs**, **réduire le danger** et **poursuivre**.

Nourrir et réconcilier

Les personnages ou les animaux symboliques, apparaissant dans un rêve et vécus par le patient comme étant agressifs ou rebutants, symbolisent normalement des parties du moi clivées ou des représentations d'objet à caractère ambivalent. Encourager le patient à s'approcher de ces personnages de manière réconciliatrice en favorise l'intégration. Le thérapeute va pour ce fait encourager son patient à proposer de la nourriture à ces personnages ou ces animaux symboliques ainsi qu'à les toucher et même les caresser. Les conséquences immédiates de cette technique sont un soulagement affectif important et une amélioration de la relation avec les proches.

Confronter

Vis-à-vis de personnages ou animaux symboliques très menaçants, les techniques de nourrir et de réconcilier ne suffisent plus. Il faut alors, comme dans l'exemple ci-dessus, encourager le patient à se confronter au personnage/l'animal, apparu au cours du rêve catathymique. On demande donc au patient de fixer le personnage/l'animal du regard, de le regarder dans les yeux et d'essayer de le renvoyer. Le thérapeute doit bien veiller à ce que le patient raconte ce qu'il se passe et à ce qu'il décrive tout changement de mimique de la part du personnage visualisé. Cette expérience permet au patient de mieux gérer l'angoisse, issue de l'apparition du symbole menaçant et permet à sa vie intérieure, jusqu'alors figée, de se mettre en mouvement : le rêveur ressent qu'il n'est plus aussi petit et désarmé, comme il croyait l'être et que son vis-à-vis n'est plus aussi menaçant et plus aussi puissant qu'il l'imaginait. Les phantasmes d'impuissance et d'omnipotence sont relativisés et les mécanismes schizoïdes et paranoïdes, comme les comprend *Mélanie Klein*, avec leurs manifestations d'angoisse et d'agressivité en sont affaiblis.

Le décodage des représentations d'objet, représentées par les personnages/les animaux symboliques, est facilité par la technique qui consiste à regarder le vis-à-vis symbolique dans les yeux. On encourage le patient à saisir les qualités émotionnelles du regard du personnage/de l'animal visualisé et à ressentir ce qu'il provoque en lui. Pendant cet exercice émerge souvent le souvenir d'une personne proche, ayant ou ayant eu un regard semblable. Le thérapeute peut encourager ces associations en demandant au patient de décrire le regard, de dire si il est aimable ou menaçant, engageant ou rebutant ou si ce regard lui rappelle une personne qu'il connaît ou qu'il a connu.

Assouvissement de besoins archaïques

Comme certains exemples l'ont montré ci-dessus, il s'agit, au moyen de l'induction d'une régression à un état de bien-être, de retrouver de bonnes expériences faites dans le passé avec un objet primaire ou bien avec un objet partiel. On crée ainsi un apport narcissique, dans le sens où l'entendait *Balint* (*Lang, 1997 ; Wächter, 1982 ; Pahl, 1980*). C'est un état de bien-être « océanique ». Il se développe surtout par le contact avec des substances archaïques et à connotation positive. Ce sont par exemple : un bain dans un étang, boire à une source, se coucher dans du sable chaud ou dans une prairie en été. On peut aussi proposer au patient de trouver les « **sources de sa force** » (*Rosenberg, 1998*). Le thérapeute encourage le développement de ce processus en prenant une attitude permissive et empathique. Plus le niveau de structure est bas et plus le thérapeute devra soutenir et diriger son patient, afin qu'il trouve les images qui l'enrichiront narcissiquement. « Faire le plein » correspond aux recommandements de *Kohut, cité par Dieter (2006)*, et est particulièrement important en début de thérapie, chez les malades psychosomatiques, chez les traumatisés et chez les malades présentant des troubles de personnalité.

Faire développer des aides intérieurs

Le recrutement d'aides ou de guides intérieurs est indispensable pour permettre aux patients, présentant des troubles de la personnalité, de trouver et d'intégrer leurs ressources. (*Sachsse et Reddemann, 1997 ; Krippner, 2001 ; Krippner et Steiner, 2006*). Ces personnages ou animaux symboliques peuvent ensuite être activés par le patient chaque fois qu'il a besoin d'une aide bien déterminée. Bien qu'ils puissent apparaître spontanément au cours d'un rêve catathymique, ils sont pour la plupart du temps le résultat d'une recherche voulue par le thérapeute et le patient. Pour provoquer de telles rencontres, on proposera par exemple les motifs suivants : « **une rencontre avec un être bienfaisant ou plein de sagesse** ou bien encore **un animal plein de forces, un animal fascinant**, etc. Les aspects isolés du moi, symbolisés par ces motifs représentent tous, quels qu'ils soient, des aptitudes différentes avec lesquelles le patient peut se mettre en contact. Les personnages ou les animaux symboliques qui apparaissent spontanément peuvent présenter non seulement des qualités de guides intérieurs comme celles d'un enfant joyeux, une personne pleine de sagesse, un adolescent en pleine opposition, un chat plein de tendresse, un chien fidèle, une pie

voleuse, un tigre qui montre crocs et griffes, comme ils peuvent présenter des qualités d'impuissance ou menaçantes, comme un bébé serré dans ses langes, un enfant affamé, une sorcière en colère, un chevalier au regard froid et distant. Une autre variante est l'aide apportée dans le rêve par le moi adulte et compétent, car au moment d'une régression à l'âge d'enfant, le patient est alors identifié avec son moi enfant et a un besoin impérieux de l'aide du moi adulte.

Exemple :

Pendant un rêve catathymique, avec comme point de départ le motif de la maison, une patiente se voit dans l'image comme étant une enfant, se trouvant devant une maison délabrée et sombre, appartenant à son père. Elle n'a aucune envie d'entrer dans cette maison mais n'a malheureusement pas d'autres choix, car elle ne sait où aller sinon. Le thérapeute lui demande si elle peut s'imaginer d'entrer dans l'image en tant qu'adulte et de prendre contact avec la petite fille. La patiente s'exécute, emmène la petite fille chez elle, la met dans un lit douillet s'assoit à ses côtés et lui fait un chocolat chaud.

La thérapeute signale par l'intervention qu'elle fait auprès de la personne adulte qu'elle a compris le dénouement de l'enfant. Elle fait en même temps appel à la responsabilité adulte de la patiente et l'encourage à se prendre en charge elle-même. La patiente doit activer ses propres forces pour se donner soutien et réconfort.

Ces interventions ont toutes pour but de renforcer les aspects positifs du moi et de limiter les aspects négatifs et destructeurs. Les ressources sont activées par des actions à caractère métaphorique qui pourront contrôler la destructivité ou même l'éliminer. La psychothérapie KIP donne la possibilité de développer des structures intérieures de base. Elle influence le traitement de l'information au niveau imagé ou analogue, là où s'accomplit probablement la formation des premières images de soi et des premières images d'objet. (Rohde-Dachser, 1989). Elle ouvre aux patients, présentant des troubles de la personnalité et n'ayant que peu d'accès à leurs conflits, la possibilité de créer des métaphores individuelles pour exprimer ce qu'ils ressentent. Ceci ouvre la porte au développement de processus de symbolisation et de métamorphose.

Réduire le danger et poursuivre

Ce principe d'intervention est le seul qui provoque directement des sentiments de haine, de colère et de vengeance : les personnages ou animaux symboliques, vécus comme étant extrêmement agressifs et dévalorisant vont être poursuivis, affaiblis et s'il le faut même tués. Cette technique peut provoquer chez les personnalités narcissiques, présentant des pulsions agressives et difficilement contrôlables, un

développement positif spontané. Elle doit être cependant employée très prudemment à cause du danger que représentent les pulsions auto agressives, cachées et projetées sur les personnages/les animaux symboliques, apparus au cours du rêve, et aussi à cause du danger que représentent la formation de sentiments de culpabilité massifs. Il est absolument recommandé aux thérapeutes peu expérimentés de limiter l'agression par la technique de confrontation et de la faire s'exprimer par l'intermédiaire d'un symbole comme celui du lion au lieu de la faire vivre directement par le moi rêveur du patient.

Exemple :

Une patiente rêve souvent pendant la nuit d'éléphants et désire faire un rêve catathymique, ayant pour motif des éléphants.

Elle rêve qu'un éléphant sort d'une forêt de palmiers et qu'il marche sur une plage. Il est déjà très vieux, a une peau noire et est conduit par un homme bizarre, habillé comme au cirque. Il lui tire la trompe avec brutalité. Le thérapeute encourage la patiente à bien regarder cet homme et à le décrire. Il a un pénis à la place de sa tête et menace la patiente de la tuer. Elle se lance à plat ventre sur le sol et appelle la troupe d'éléphants à son secours. L'homme peste contre les femmes et veut s'enfuir. Le thérapeute demande à la patiente si elle veut vraiment le laisser partir car il a l'air dangereux. La patiente répond qu'effectivement, il est dangereux, car il murmure : « je t'aurais un jour ! ». Le vieil éléphant recommande alors à la patiente de dévisser la tête de cet homme. La patiente fait tourner et retourner la tête. Pendant cette action, on peut remarquer par le geste de ses mains et le visage qu'elle fait, qu'elle est d'une agitation extrême. Elle continue à dévisser jusqu'au moment où la tête pénis lui reste dans les mains. Elle se met à pleurer et s'écrie qu'elle n'a vraiment pas le droit de faire cela. Le thérapeute lui répond, qu'au lieu de se faire tuer, elle a vraiment le droit de dévisser une tête. Mais que faire de la tête pénis et du corps de l'homme ? La patiente veut les jeter à la mer. Elle s'embarque avec sa sœur dans un bateau. Sa sœur chante doucement, elle connaît la direction à prendre. Cette sœur était devenue psychotique à l'âge de 15 ans et se suicida à l'âge de 18 ans). Avant de jeter l'homme à la mer, la patiente lui pardonna. Elles reviennent alors toutes les deux vers le rivage où les attendent les éléphants pour les ramener chez elles.

Après cette séance, la patiente fit quelque pas dehors où elle dû vomir. Quelques jours après, elle fut atteinte d'une maladie infectieuse qui l'obligea à rentrer à l'hôpital. Après sa guérison, elle s'étonna de ces fortes réactions psychosomatiques et se demanda si son père n'avait pas abusé sexuellement de sa sœur. Elle se souvint alors de détails qui parlaient pour eux : sa sœur avait sa chambre à coucher à côté de celle de ses parents, leur père entraînait souvent dans sa chambre et la battait régulièrement. A partir de l'âge de 12 ans, elle vécut de plus en plus retirée sur elle-même et devint psychotique. Les séjours fréquents qu'elle faisait en psychiatrie,

étaient interrompus régulièrement par leur père, qui ne pouvait apparemment pas supporter son absence. Après son suicide, leur père tomba gravement malade et mourut un an après. La relation entre le père et la sœur était tellement taboue dans la famille, que la patiente en avait refoulé tous souvenirs.

Dans ce rêve catathymique, on remarque que se forme un clivage entre l'image du père positif, l'éléphant, et l'image du père menaçant, l'homme à tête pénis. La patiente réussit par ce clivable à intégrer l'éléphant comme guide intérieur et à rejeter l'homme à tête pénis. Les réactions somatiques violentes, qui suivent le rêve, montrent bien que ce travail peut provoquer des gouffres émotionnels profonds. Il est donc indispensable de n'employer cette technique que de manière extrêmement prudente.

8. Stratégies et techniques thérapeutiques spéciales à la psychothérapie KIP.

L'arrangement de la situation thérapeutique KIP ou « setting », le choix des motifs, les techniques d'accompagnement et les encouragements à passer à l'action donnent au thérapeute la possibilité d'influencer le déroulement du rêve ainsi que de transformer les conflits au niveau symbolique. Il doit garder un bon équilibre entre les moments où il faut plutôt calmer le patient et les moments où il faut ouvrir la porte au développement et au mûrissement des structures du moi. L'attitude qui calme est celle où le thérapeute reste près de son patient de manière constante. L'attitude qui agit sur les structures de la personnalité est celle où il encourage son patient à faire de nouvelles expériences ou à adopter un nouveau comportement vis-à-vis des personnages/animaux symboliques, apparus au cours du rêve. Ces impulsions sont données dans le but de faire développer des comportements plus mûrs et de les intégrer dans le moi. L'attitude du thérapeute va donc dépendre du diagnostic clinique. Au lieu de proposer au patient une interprétation intellectuelle de sa psychodynamique, le thérapeute traduit ses hypothèses par les motifs qu'il propose au patient et lui donne ainsi une tâche à accomplir au niveau symbolique. Le patient y rencontre des obstacles, y fait de nouvelles expériences, y trouve de nouvelles solutions qu'il pourra alors intégrer dans un nouveau schéma d'action.

L'attitude thérapeutique KIP dose consciencieusement le vécu émotionnel, afin de pouvoir travailler sur le conflit de manière productive et continue. Les fonctions du moi, troublées, ont ainsi la possibilité de se développer peu à peu à l'aide d'un apprentissage souvent répété ; les mécanismes de défense jusqu'à présent rigides peuvent se décontracter à l'aide d'expériences créatives et ludiques. L'attitude thérapeutique KIP encourage continuellement, à l'aide de motifs adéquats, la découverte et l'intégration des ressources du patient, afin de lui apporter une satisfaction narcissique qui lui permettra de se confronter au matériel conflictuel ; cette dernière attitude étant particulièrement importante chez les patients, présentant des troubles de la personnalité. Ceux-ci ont en effet des difficultés à ressentir, à limiter et à contrôler leurs émotions, à garder une image stable du moi et à vivre un contact avec les autres, adapté à la réalité. Les techniques KIP sont des suggestions implicites, portant à élargir le champ d'action et le vécu émotionnel. Elles dirigent l'attention, stimulent la perception et règlent le degré de la profondeur hypnotique par les questions que pose le thérapeute et par son attitude empathique. Elles donnent la possibilité de changer les perspectives du temps et de l'espace (passé, présent, futur, s'approcher, mettre de la distance), et enfin, elles encouragent le patient à essayer un autre comportement vis-à-vis de ses personnages/animaux symboliques.

Stigler (2000) se demande comment se déroulerait un rêve catathymique si le thérapeute était absent ou bien si il se taisait tout le long du rêve. Il pense que les scènes rêvées se dérouleraient sans que le rêveur ne ressente d'émotions importantes. Le patient activerait ses mécanismes de défense habituels et éviterait tout ce qui ressemble à des tensions ou à des conflits. Il ne pourrait ni développer de réflexion sur lui-même ni garder son attention fixée sur un détail important. Le rôle du thérapeute est donc d'encourager le patient à observer, à décrire et à ressentir de manière plus claire et plus profonde. En arrêtant l'attention du rêveur sur des détails importants, en ouvrant la porte à l'imagination et en offrant un accompagnement empathique, le thérapeute donne la possibilité à son patient de verbaliser ce qu'il perçoit et ce qu'il ressent. Le thérapeute offre ainsi un soutien et une aide pour structurer et catégoriser le vécu.

Ladenbauer (1999) nous donne un aperçu des techniques qui sont à notre disposition pour accompagner un rêve KIP. L'attitude plutôt passive est celle où le thérapeute encourage le déroulement libre des images. Il fait part de présence en questionnant, en clarifiant, en renforçant en soutenant et en donnant son assentiment. L'attitude plus active est celle où le thérapeute veut obtenir un changement structurel en focalisant l'attention

sur une chose donnée ; il intervient sur les images concernant le temps, l'espace, la relation aux autres la profondeur de l'état hypnotique et sur le contenu des images.

Les interventions concernant le temps sont celles qui focalisent l'attention sur le passé, le présent et le futur ainsi que celles qui visent à changer le rythme : ralenti, arrêt, reprises. Les interventions concernant l'espace sont celles qui encouragent le patient soit à rester où il se trouve, soit à s'approcher ou bien soit à reculer et à prendre de la distance. Les interventions concernant les sens sont celles qui aident à différencier les émotions en demandant au patient de verbaliser ce qu'il ressent psychiquement et corporellement. Les interventions concernant les relations aux autres sont celles qui encouragent le patient à se confronter aux personnages/animaux symboliques, apparus au cours du rêve : nourrir, pardonner, supporter, faire prendre la fuite, affaiblir, réduire le danger, fixer du regard, confronter, s'identifier, changement de rôle et doubler son vis-à-vis. La profondeur de l'état hypnotique peut être réduite par tout ce qui active les processus secondaires : questionner et structurer. Elle peut être au contraire approfondie par tout ce qui active les processus primaires : répéter, suggérer, etc. Enfin les interventions au niveau du contenu sont obtenues par le thérapeute, se mettant à la disposition de son patient en tant qu'aide du moi, en lui proposant des idées et des solutions nouvelles.

Le rêve catathymique peut être donc être accompagné de différentes manières et selon le degré d'influence que le thérapeute veut exercer sur son patient. Ce degré varie en fonction du niveau structurel du patient : les patients présentant un niveau structurel moyen ou bas nécessitent d'une aide très structurée, les autres ressentent très bien ce dont ils ont besoin et se confrontent d'eux-mêmes au matériel conflictuel. L'activité du thérapeute pendant le processus imaginatif a une fonction de psycho synthèse : elle aide à développer des structures nouvelles plus saines qui pourront recouvrir ou élargir les structures de dysfonctionnement. L'activité de psycho synthèse continue dans l'entretien qui suit le rêve. L'attitude thérapeutique y est plus analytique : il s'agit maintenant de comprendre ce qui s'est passé. On établit d'abord les structures, on les analyse ensuite ! Au cours d'une psychothérapie KIP, on remarque souvent un changement progressif de priorité : au début d'une thérapie, l'accent est mis sur la création d'un *endroit de protection* dans l'imaginaire, le thérapeute adoptant une attitude maternelle de soutien, jouant une fonction de miroir et soutenant le processus d'intégration. Dans cet *endroit* le patient pourra, dans une phase ultérieure, mettre en scène ses conflits intérieurs afin d'essayer de nouvelles solutions à ses problèmes. Le thérapeute exerce alors la fonction d'un accompagnateur qui donne des impulsions et qui veille à ce que émotions et

comportements s'expriment de manière appropriée. Vers la fin de la thérapie, on assiste à un phénomène de transition entre le travail de mise en scène et le travail de confrontation au matériel conflictuel : le patient apportant lui-même de nouveaux thèmes ; le thérapeute n'a plus qu'à y être attentif, il doit alors abandonner une attitude trop protectrice et trop précautionneuse.

Exemple, cité par Wilke en 1993 :

1. *Une patiente anorectique imagine une prairie pleine de couleurs et de vie. Il y fait chaud. Elle a l'impression d'être comme un petit lièvre au milieu de l'herbe haute, bien protégé dans un creux bien chaud, le sol est solide. Elle se sent bien et a l'impression de pouvoir grandir et de pouvoir partir à l'aventure. Le thérapeute l'encourage à verbaliser ce qu'elle ressent. Elle ressent le contact des herbes qui lui caressent la peau, se sent en sécurité et à l'aise mais aussi curieuse de découvrir ce qu'il y a de part et d'autre de la prairie. Elle a alors l'impression que les herbes l'enserrent un peu trop. Ces réflexions font changer tout à coup la perspective de l'image : la patiente voit la prairie de haut comme si elle volait au-dessus d'elle. Le thérapeute lui demande ce que les fleurs peuvent bien penser de la voir voler comme cela. Elles ont des regards pleins de reproches, répond la rêveuse, et ces regards lui font peur. Du coup, elle n'a plus du tout envie de les revoir. Le thérapeute lui demande si elle poursuit un but quelconque ; elle voudrait s'approcher de la forêt. Aussitôt dit, elle se sent devenir immense. Les sapins sont très hauts, menaçants, indiscernables mais aussi pleins de promesses. Vers la fin du rêve, elle se retrouve de nouveau au bord de la prairie, à côté d'un petit ruisseau. La forêt lui fait peur, cependant elle ne veut pas retourner dans la prairie.*

Ces images expriment clairement le conflit central : la régression à apport narcissique lui fait du bien au départ. Très vite cependant, sentant que la prairie est trop étroite, elle voudrait bien grandir et partir, mais en a peur. Elle prend momentanément la fuite dans une grandeur du moi assez précaire et reste ensuite dans l'incertitude s'il est mieux de rester petite ou bien de grandir.

2. *Une autre patiente anorexique imagine pendant la 20^{ème} séance thérapeutique une ville qui semble être abandonnée depuis longtemps. Les maisons ne sont pas en relation les une avec les autres, certaines sont délabrées et minuscules, d'autres sont au contraire très spacieuses. Elle se sent angoissée car elle pense que ce qu'elle voit là est dédié à la démolition. Elle se demande si, en fait, ce ne serait pas une bonne solution de tout aplanir pour pouvoir reconstruire quelque chose d'absolument neuf. Elle désire quitter cette ville. Avant de s'éloigner, le thérapeute lui conseille de bien graver l'image de cette ville dans sa mémoire, ce qu'elle fait. Puis s'éloignant, elle voit en se retournant s'écrouler quelques maisons, puis des quartiers entiers, jusqu'à ce qu'il ne restent plus que des ruines. D'une part, cette démolition lui fait peur et d'autre part, elle a l'impression qu'elle est absolument nécessaire. La tristesse qu'elle en ressent, la décontracte aussi. Après un certain temps*

employé à observer ce qui se passe, elle exprime le désir de retourner dans la ville pour emporter le matériel dont elle a besoin. Elle y trouve alors quelques objets de son enfance : un vieux lit, un parapluie couvert de poussière et un pot au lait. Elle charge des pierres et des poutres dans une charrette pour se bâtir un gîte en bordure de la ville, où elle pourra dormir comme une nomade.

Les entretiens, précédant ce rêve, avaient eu trait à son enfance. Elle avait l'impression que sa vie était complètement gâchée, qu'elle n'avait jamais pu réussir à réaliser ce qu'on attendait d'elle et ce qu'elle attendait d'elle-même. Elle n'arrivait pas non plus à former des projets d'avenir. Elle sentait cependant qu'une métamorphose serait possible en détruisant les anciennes structures. Ces pulsions agressives purent être pour la première fois vécues dans le rêve catathymique. Parallèlement, se produisit la prise de conscience d'une force intérieure et d'une possibilité de croissance et de développement. La psychothérapie KIP lui permit, en se confrontant à elle-même, de percevoir ses désirs refoulés et de former une saine curiosité vis-à-vis d'elle-même.

9. Quels sont les facteurs qui rendent la psychothérapie KIP efficace?

Sur la base d'observations cliniques, *Leuner (1985,1994)* avait extrait les facteurs suivants :

1. Mise en scène du matériel conflictuel par les images visualisées et traitement thérapeutique de celui-ci au niveau symbolique avec le soutien du thérapeute.
2. Activations des ressources, restitution narcissique et soutien du moi par une situation imaginaire dans laquelle le patient vit avec la même intensité émotionnelle que dans une situation réelle.
3. Développement de la créativité, donnant la possibilité d'expérimenter les pulsions d'agression et d'expansion ainsi que de ressentir les émotions dépressives et de trouver, dans l'image et au niveau symbolique des solutions autonomes aux conflits.

D'après les recherches cliniques actuelles, on peut dire que ces dimensions sont encore les facteurs thérapeutiques principaux de la psychothérapie KIP : l'imagination, son niveau symbolique, ses possibilités d'extériorisation et de verbalisation ainsi que

ses capacités à mettre en route un processus d'évolution et de croissance offrent une aide précieuse au traitement et à la transformation des situations et des pulsions conflictuelles. (*Salvisberg, 2000*). Les états d'agitation peuvent être mieux canalisés, car les techniques d'intervention de la thérapie KIP rendent les pulsions plus soutenables et plus vivables. (*D'Arcais, Sachsse et Reddemann, 1997*). Les qualités émotionnelles de ces pulsions se diversifient, se modulent et se différencient. (*Bahrke, 1997*). Avec l'aide du développement de la pensée symbolique, les pulsions vont pouvoir être intégrées dans des schémas cognitifs et affectifs.

Le travail imaginaire permet aussi le développement de nouvelles fonctions du moi et l'internalisation d'une attitude de sollicitude vis-à-vis de soi-même. (*Fürstenau, 1992*). Le thérapeute, servant d'aide au moi, permet de combler les manques existants, au moyen de la restitution narcissique. (*Leuner, 1982 ; Wilke, 1990.*) Les méthodes d'interventions, spéciale à la psychothérapie KIP aident à traiter les mécanismes schizoïdes et paranoïdes ainsi qu'à réintégrer les parties du moi clivées. (*Dieter, 1999*). Enfin le travail imaginaire ouvre la porte à des capacités créatives jusqu'alors non-utilisées. Les techniques et leur orientation se basent sur la conception du conflit relationnel central selon *Luborsky (1995)* et sur celle des *RIGs* de *Stern (1992)* : représentations généralisées d'interactions.

Le travail imaginaire semble être un moyen qui convienne particulièrement bien à un travail thérapeutique de développement car les structures du vécu inconscient, impliquant perception, émotion et motricité, ne sont, chez les patients, ni mémorisées sémantiquement et ni verbalement. Grâce au rêve catathymique, elles peuvent être exprimées sous forme de scènes et d'images. (*Salvisberg, 2000*). Le savoir implicite et procédural est normalement plus ou moins automatisé et représente la base des schémas émotionnels et relationnels principaux d'un être humain. Ce savoir est le substrat d'interactions faites par le bébé et le petit enfant et constamment répétées avec ses proches. (*Dornes, 1997*). Il se manifeste dans le transfert, dans les mécanismes de défense et dans les traits de la personnalité de tout individu. On peut observer ces schémas procéduraux dans l'action et la réaction d'une personne, dans les mots qu'elle emploie, dans sa mimique et dans ses gestes, dans la manière de poser sa voix et dans les associations et les émotions qui accompagnent le tout (*Stigler, 2000*). Les schémas relationnels et émotionnels employés par le travail imaginaire servent à mettre un certain ordre dans le flux des objets qui se présentent. Ils recherchent ceux qui sont aptes à mettre en scène un thème qui est d'actualité

pour le rêveur. Notre méthode nous permet d'intervenir de manière thérapeutique sur les images et le langage, exprimant actions et interactions, tout en y impliquant le langage du corps et des sens. Le rêve éveillé travaille comme le rêve de nuit et avec les mêmes mécanismes (déplacement, symbolisation, etc.). Cependant l'accompagnement thérapeutique du rêve éveillé donne au rêveur un sentiment positif de soutien : les émotions jusque là intolérables deviennent tolérables ; le caractère ludique du vécu au niveau symbolique, se révèle être salutaire à une régénération psychique et permet au rêveur de faire des expériences salutaires.

La compréhension des images aide à former un lien entre le domaine verbal et le domaine non verbal, elle permet aussi de stimuler le processus de symbolisation. L'exemple transcrit par *Stigler (2000)* en fait la démonstration :

Le motif choisi était un paysage où le rêveur devait s'imaginer rencontrer une autre personne. Les interventions du thérapeute orientent l'attention du patient sur la position de son corps, sur ses sensations tactiles, sur ses mouvements et sur les émotions. Ces interventions servent à intensifier ce que ressent le patient et permettent alors le développement d'une scène entre une fleur, poussant dans la prairie, et les mains du rêveur. Ressentir la fleur lui rappelle tout à coup d'anciennes expériences vécues avec une personne qui lui était très proche mais qui était beaucoup trop fragile. Le contact avec cette fleur va alors lui permettre d'expérimenter au niveau symbolique de nouvelles possibilités de rencontre : la fleur étant fragile, il a d'abord peur de l'écraser au toucher ; il lui vient alors l'idée de la tenir par en dessous, la fleur devant dans ce cas commencer elle aussi à être active : la fleur semble se blottir dans le creux de sa main, ce qui lui donne une sensation de plénitude et de chaleur corporelle, au lieu de se sentir, comme au début du rêve, vide et angoissé. Il ressent tout à coup l'envie de jouer avec cette fleur de faire l'expérience d'une rencontre mutuelle, jamais possible auparavant.

La psychothérapie KIP permet d'abord aux conflits de s'extérioriser et enrichit affectivement le vécu. Elle s'emploie ensuite à changer la charge émotionnelle des symboles et des mécanismes de coping. Ces changements, faits d'abord au niveau symbolique par le moyen des images visualisées, transforment à leur tour les structures du vécu réel. Ce phénomène a déjà été découvert par d'autres méthodes psychothérapeutiques comme l'hypnose, le psychodrame et la Gestalt.

Leuner fourni en 1955-1959 des preuves cliniques de l'équivalence fonctionnelle entre l'état psychique actuel et le matériel produit par l'imagination. On peut en effet observer que les transformations intra psychiques varient parallèlement avec les changements observés au niveau des images visualisées et qu'inversement, les changements observés dans le matériel produit par l'imagination ouvrent la porte à des transformations dans le vécu émotionnel et dans l'action concrète, (*Matjugin et Obuchov (1997)*) ont aussi démontré que des modifications se faisaient aussi dans les

réactions psychosomatiques). Les maisons, imaginées dans un rêve catathymique, deviennent par exemple beaucoup plus romantiques et accueillantes lorsque les rêveurs tombent amoureux. Ou bien après s'être confrontés avec succès à des personnages symboliques importants et après s'être réconciliés, les patients sont capables, dans leur vie réelle, de réussir des performances qu'ils n'auraient jamais pu réaliser auparavant. Manifestement, les changements accomplis dans l'image amènent une transformation dans la réalité.

Le développement du terrain d'entente entre le thérapeute et le patient passe, selon *Mergenthaler et Bucci (1995)*, par les phases suivantes : 1. stimulation du vécu émotionnel, 2. traduction imagée ou narrative de ce vécu, 3. réflexion. Ceci décrit aussi le travail thérapeutique dans la psychothérapie KIP et correspond aux résultats des recherches faites par *Stigler et Pokorny (2000)*. Ces recherches prouvent que, pendant le déroulement du rêve éveillé, on a bien à faire à un état proche des processus primaires, dans lequel le rêveur peut ressentir diverses émotions sans pour cela être inondé par l'angoisse ou par d'autres sentiments négatifs. La vérification de ces hypothèses fut faite à l'aide d'analyses du contenu de transcriptions de séances thérapeutiques. Le choix des mots, employés pendant le rêve éveillé et pendant l'entretien qui suit, fut analysé par ordinateur : pendant le rêve, le vocabulaire appartenant aux processus primaires est significativement plus fréquent que pendant l'entretien ou que celui du groupe de contrôle, ayant pris de la psilocybine. Les mots exprimant des émotions et une attitude positive vis-à-vis de soi-même se retrouvent aussi plus souvent pendant le rêve que pendant l'entretien, où prédomine au contraire le vocabulaire appartenant aux processus secondaires.

10. La psychothérapie KIP de groupe, du couple et de la famille.

Le rêve catathymique s'emploie aussi bien dans un setting individuel que dans un setting de groupe. Dans les deux cas, le rêve sert d'écran de projection aux angoisses, aux conflits, aux besoins et aux souhaits, l'accent étant mis, dans le travail thérapeutique de groupe ou avec un couple, beaucoup plus sur la dimension

interactionnelle, (*Kottje-Birnbacher, Sachsse, 1986 ; Gerber, 1990 ; Klessmann, 1980, 1984 ; Kottje-Birnbacher, 1981, 1990, 1993, 2000, Voss-Coxhead, 1989*)

La psychothérapie KIP de groupe

La psychothérapie de groupe, employant le rêve catathymique, est une psychothérapie se basant sur la psychologie des profondeurs. Le thérapeute peut demander aux membres du groupe soit de faire un rêve catathymique sur un thème commun en silence et chacun pour soi, soit de communiquer au groupe ce que chacun s' imagine. Dans ce dernier cas, les membres du groupe, après s'être mis d'accord sur un motif commun, par exemple : faire un voyage en bateau, aller à la découverte d'une île, se rencontrer dans un paysage imaginaire sous forme d'animal, etc., s'allongent en étoile sur le sol. Le thérapeute donne alors des instructions de relaxation et redonne le motif choisi par le groupe. Chaque membre du groupe communique alors aux autres ce qu'il imagine, chacun ayant cependant la possibilité de garder pour lui ce qu'il ne veut pas dire. Il se développe alors une action de groupe quasi réelle que le groupe retravaille ensuite dans l'entretien qui suit, le thérapeute dirigeant l'attention du groupe sur la compréhension des images exprimant les normes du groupe, les phantasmes qu'il développe, les rôles joués par les différents membres et leurs interprétations sur la base de l'histoire individuelle de chacun. Le rôle du thérapeute pendant le rêve dépend du niveau structurel des participants. Quand on a à faire à des patients dont le moi est suffisamment stable, le thérapeute peut laisser le groupe rêver sans devoir intervenir. Quand il s'agit de patients traumatisés ou de patients dont le niveau structurel est bas et peu intégré, le thérapeute devra dans ce cas faire, pendant le rêve, des interventions de soutien. Avec ce genre de patients, il est souvent indispensable de renoncer pendant les premières séances aux rêves de groupe et d'employer d'abord la méthode des rêves individuels, faits chacun pour soi (*Rust, 1986 ; Berger-Becker, Biel, Friedrichs-Dachale, Pahl-Hoffmann, 2005*). Dans ce cas, l'accent est moins mis sur les interactions de groupe que sur une thérapie individuelle, faite dans un groupe.

L'emploi du rêve catathymique dans une psychothérapie de groupe peut être combiné de manière très fructueuse avec l'emploi de symboles concrets (*selon Wollschläger et Wollschläger, 1998*) et avec le psychodrame (*Berger-Becker, 2005*).

Psychothérapie du couple et de la famille.

Dans la psychothérapie du couple, le premier rôle du thérapeute est de proposer un motif, adapté aux thèmes apportés par le couple. Avec le motif de la maison, chacun peut montrer à l'autre comment est aménagée « sa maison intérieure » ; le motif de l'arbre donne au couple la possibilité de trouver un endroit commun où chaque arbre peut pousser à l'aise ; le motif de l'animal permet aux deux animaux de se rencontrer et de faire une expérience commune ou non ; un voyage en bateau montre comment le couple vit proximité et distance ; un salon d'essayage où l'on peut s'habiller de différentes manières trahit des tendances latentes, la manière dont le conjoint réagit peut exprimer des changements d'attitude jusqu'alors inconnus de l'autre ; se rencontrer en tant qu'enfant montre les structures profondes qui forment la base de la relation ; une randonnée en montagne exprime ce que chacun exige de lui-même et de l'autre, les différences de rythme et la manière dont le conjoint gère ces différences. Ceci n'étant que quelques exemples. Pendant le rêve le thérapeute doit concentrer son attention sur les différents souhaits exprimés par les conjoints, sur la manière dont ils sont exprimés par l'un et gérés par l'autre, etc. Le rôle du thérapeute est un rôle d'accompagnateur, il pose des questions pour clarifier ce qui semble n'être pas clair, il encourage les conjoints à exprimer leur avis, il fait attention à ce que les deux personnes aient chacune leur possibilité de s'exprimer et à ce qu'ils respectent mutuellement leur limites de tolérance. Il doit observer les conflits, leur contenu et leur charge émotionnelle pour pouvoir les travailler dans l'entretien qui suit le rêve. Il doit aussi encourager les personnes à trouver au niveau symbolique de nouvelles solutions aux conflits exprimés.

Il est aussi possible d'employer le rêve catathymique dans la psychothérapie des familles, la famille étant présente au complet ou bien certains de ses membres seulement.

11. Indications et contre indications.

Indications

La psychothérapie KIP s'emploie comme toutes les psychothérapies psychodynamiques. On ne donnera ici que quelques indications, spéciales à la psychothérapie KIP.

- La capacité du patient à verbaliser et à analyser ce qu'il ressent n'a pas besoin d'être très développée, car la psychothérapie KIP met à notre disposition l'imagerie, servant de terrain thérapeutique supplémentaire. Le rêve catathymique atteint de ce fait des patients structurés de manière assez primitive et ayant des difficultés d'introspection.
- La psychothérapie KIP aide en particulier les patients présentant une structure rigide, les patients émotionnellement bloqués, les patients qui ont tendance à rationaliser et à intellectualiser. L'élément créatif de cette psychothérapie et la possibilité qu'elle donne aux patients de différencier dans les images leur monde intérieur sont particulièrement salutaire à un développement positif de ce genre de patients.
- La symbolisation imagée offerte par la psychothérapie KIP fonctionne comme une phase de transition entre les sensations corporelles et les émotions, ce qui est particulièrement positif chez les malades psychosomatiques, (*Wilke, Leuner, 1990*).
- La psychothérapie KIP joue un rôle important dans les psychothérapies de courte durée (15-30 séances) et dans les interventions sur les crises. Le conflit se focalise dans les images de manière particulièrement rapide et précise ; le symbolisme de l'image met à la disposition du patient des stratégies efficaces pour résoudre son conflit ainsi que pour ressentir sans trop d'angoisse les émotions refoulées.
- Les possibilités diagnostiques et thérapeutiques de la psychothérapie KIP rendent aussi de grands services dans les psychothérapies de longue durée, ayant comme but de transformer la structure du caractère.
- L'emploi du rêve catathymique chez les enfants et chez les adolescents qui n'ont plus l'âge de la psychothérapie par le jeu donne des résultats très positifs (*Leuner, Horn, Klessmann, 1990*).

Contre indications

Une condition sine qua non pour commencer une psychothérapie avec un patient est un niveau d'intelligence suffisant et une motivation au changement. Dans les cas suivants, il sera indispensable de peser le pour et le contre ou bien d'employer une méthode d'accompagnement divergente et adaptée au patient en question. :

- Il n'est pas indiqué d'employer le rêve catathymique lorsque le patient a une véritable aversion pour tout ce qui se passe dans l'imagination ou bien quand la psychothérapie du patient en question donne de bons résultats au niveau de l'entretien. On peut essayer de comprendre le rôle que l'aversion du patient pour l'imaginaire joue dans son histoire et dans sa structure, afin d'essayer éventuellement de le motiver à faire un rêve éveillé.
- La psychothérapie KIP peut être contre indiquée chez les patients présentant une structure histrionique, quand on s'aperçoit que les images les encouragent à avoir un comportement versatile.
- Chez les patients présentant une structure du moi peu intégrée, le thérapeute doit être, dans l'emploi du rêve catathymique, particulièrement prudent. En effet, si le rêve catathymique peut aider le patient à bien intégrer son moi, il peut aussi, employé sans modifier la technique d'accompagnement, l'inonder et le mettre en danger.

Le travail avec le rêve catathymique est dans les deux cas suivant formellement contre indiqué :

- Chez les patients se trouvant une phase psychotique aiguë, car ils sont alors inondés par leurs images.
- Chez les patients présentant un état dépressif aigu. Les images produites, reflétant l'état dépressif, aggraveraient la maladie.

12. Evaluation et perspectives

Des études évaluatives furent faites par *Wilke* en 1980 avec 58 patients atteints de colite ulcéreuse. Les patients traités par la psychothérapie KIP restèrent moins longtemps en clinique : 39 jours par rapport à 50 jours pour les patients du groupe de

contrôle, traités par des entretiens à orientation analytique et par des méthodes de relaxation. Leur état s'avéra aussi plus stable.

Une autre étude, faite par *Roth* en 1990, s'occupa du traitement de 65 femmes et de 25 hommes présentant des troubles de la fonction sexuelle. Les symptômes de 72% des hommes et de 84% des femmes disparurent après une psychothérapie KIP. 60 patients continuèrent à rester stables après 2 années.

Klessmann et Klessmann (1990) traitèrent 50 patientes atteintes d'anorexie avec le rêve catathymique. Ils les examinèrent 6 ans plus tard. Le poids moyen des patientes au début de la thérapie était de 42,1kg, à la fin de la thérapie il était de 47,1kg et 6 ans après de 53,8kg.

Des motifs et des techniques d'intervention spéciales, adaptés aux patients présentant un niveau de structure bas et moyen, furent développés au courant de ces dernières années. Il existent maintenant des concepts thérapeutiques KIP spéciaux, s'adressant à diverses formes de troubles :

- Traitement des maladies psychosomatiques comme la colite ulcéreuse, le Morbus Crohn, l'anorexie, la boulimie, les névroses d'angoisse cardiaque (*Wilke, 1990 ;*, *Klessmann, 1988,1990 ; Sachsse/Wilke, 1987*).
- Psychothérapie des patients borderline (*Sachsse, 1989 ; Sachsse/Reddemann, 1997 ; Jollet, /Krägeloh, /Krippner, 1989/1997 ; Krippner, 2001*)
- Techniques KIP spéciales pour traiter les névroses d'angoisse, tenant compte du niveau structurel du patient en question (*Krippner/Dieter, 1995*).
- Traitement de diverses sortes de dépression (*Dieter, 1995*).
- Psychothérapie des névroses obsessionnelles (*Salvisberg, 1982 ; Klessmann, 1984 ; Friedrich, 1997*).
- Psychothérapie des personnes âgées (*Erlanger, 1997*).
- Psychothérapie sur le traumatisme (*Krippner/Steiner, 2006*).
- Psychothérapie KIP chez les enfants et les adolescents (*Leuner/Klessmann/Horn,1990 ; Horn,1987 ; Horn/Sannwald/Wienand, 2007*).

Le développement de techniques KIP spéciales et adaptées aux caractéristiques des divers troubles continueront sûrement dans les années qui viennent.

Parallèlement à ces recherches, de nombreux auteurs ont essayé de donner à la psychothérapie KIP une place dans la théorie psychanalytique moderne.

13. Instituts KIP et organisation de la formation.

La psychothérapie KIP a pris naissance en Allemagne, puis a pris un essor international. Des instituts de formation existent dans les pays suivants :

Allemagne (ouest) : AGKB

Allemagne (est) : MGKB

Suisse : SAGKB, GSTIC (groupement suisse de travail d'imagination catathymique)

Autriche : ÖGATAP

Pays Bas : Symboldrama

Suède : SFS

Tchéquie : CSKIP

Slovaquie : SSKIP

Russie, Ukraine, Kazakhstan : Symboldrama

Pays Baltiques : KIP

La formation est faite à l'aide de séminaires, organisés par le pays en question. La Suisse organise des séminaires en langue française à Thun et à Lausanne. Pour toutes informations s'adresser au secrétariat SAGKB/GSTIC : www.sagkb.ch

Email : info@sagkb.ch

Adresse : Sekretariat SAGKB/GSTIC, Postfach, Ch-3000 Bern 7

Téléphone: (0)31 352 47 22

Fax : (0) 31 32676 77

P.S. de la traductrice: La littérature mentionnée dans le texte est en majorité en langue allemande, c'est pourquoi elle n'apparaît pas de manière détaillée à la fin de ce texte. On peut se la procurer en la demandant au secrétariat de la SAGKB/GSTIC.

Un script en français, décrivant la psychothérapie KIP sur le traumatisme d'après la méthode de *Krippner* et de *Steiner (2006)*, est aussi à la disposition des intéressés.

Table des matières

1. Définition et courte description	1
2. Historique de la méthode	2
3. Délimitation de la psychothérapie KIP par rapport à d'autres méthodes psychothérapeutiques	5
4. Le « setting » KIP et l'attitude thérapeutique de base	6
<ul style="list-style-type: none">• Début d'une psychothérapie KIP• La relaxation et la mise en route d'un rêve catathymique• Attitude à adopter vis-à-vis de diverses difficultés qui peuvent apparaître au début d'un rêve• L'accompagnement d'un rêve• Comment terminer un rêve catathymique• Le travail thérapeutique après le rêve	
5. Les répercussions du setting KIP sur le processus thérapeutique	14
<ul style="list-style-type: none">• Création d'un espace protégé, permettant expérience vécue et travail thérapeutique• Particularité du transfert et du contre-transfert dans la relation Thérapeutique	

6. La donnée des thèmes du rêve ou « motifs »	19
6.1. Les motifs standard de base	19
• Le pré ou la prairie	
• Le cours d'eau	
• La montagne	
• La maison	
• La lisière de la forêt	
6.2. Signification et objectifs thérapeutiques du choix des motifs	28
6.3. Autres motifs standard	29
• Zone de conflit : agression-expansion	
• Zone de conflit : sexualité	
• Zone de conflit : image de soi	
• Zone de conflit : relation aux autres	
6.4. Les motifs créés nouvellement	36
• Clarification des étapes d'individuation	
• Stimulation de ressources	
• Clarification des symptômes	
• Motifs individuels, s'inspirant de la spécificité de la situation Personnelle	
6.5. La signification thérapeutique du choix des motifs	40
7. L'accompagnement thérapeutique du rêve catathymique	42
7.1 L'accompagnement de base	42
7.2 La méthode associative	44
7.3. La technique focalisante	47
7.4. Les techniques d'intervention vis-à-vis des personnages symboliques, apparaissant pendant un rêve catathymique	49
• Nourrir et réconcilier	
• Confronter	
• Assouvissement de besoins archaïques	
• Faire apparaître des guides intérieurs	
• Réduire le danger et poursuivre	
8. Stratégies et techniques thérapeutiques propres à la psychothérapie KIP	54
9. Quels sont les facteurs qui rendent efficace la psychothérapie KIP?	58

10. La psychothérapie KIP de groupe, du couple et de la famille	61
11. Indications et contre-indications	63
• Indications	
• Contre-indications	
12. Evaluation et perspectives	65
13. Instituts KIP et organisation de la formation	67