



DYNAMIQUES ADLÉRIENNES ADLERIAN DYNAMICS

JUILLET 2023
JULY

NUMÉRO 1
NUMBER



BOUQUET ADLÉRIEN ADLERIAN FIREWORKS



Une publication de l'Institut Alfred Adler de Paris - IAAP
da-ad-revue@iaap.fr

Directrice de la Revue / Editor

Alessandra Zambelli

Rédaction en chef / Chief editor

Chiara Calzolaio

Morgane Pidoux

Alessandra Zambelli

Assistante de rédaction / Editorial Assistant

C'Tamara Laval

Conception graphique / Graphic design

Mapi B. Faure - MaWebCom

Comité de rédaction et direction scientifique / Scientific Direction Committee

Simona Fassina

Andrea Ferrero

Maria Cristina Galeazzi

Barbara Francesca Simonelli

Alessandra Zambelli

Comité de traduction-révision de la version anglaise /

English Version Translation-Revision Committee

Étienne Desmet

Morgane Pidoux

Océane Previtera

Arthur Previtera

Henri Saint-Geni

Correspondance / Contacts

Institut Alfred Adler de Paris (IAAP)

13 rue du Caire,

75002 Paris, France

<https://institut-alfred-adler-paris.fr/>

contact@iaap.fr

da-ad-revue@iaap.fr

Comité Scientifique / Scientific Committee

Jean-Louis Aillon (IT)
Francesca Giuseppina Bascialla (IT-GR)
Elena Bertuzzi (IT-FR)
Niccolo' Cattich (IT)
Jean Chambry (FR)
Hervé Etienne (FR)
Andromachie Giannakopoulou (GR)
Bessy Karagianni (GR)
Yannick Le Jan (FR)
Michel Lejoyeux (FR)
Alfredo Marini (IT)
Chiara Mazzarino (IT)
Virginie Megglé (FR)
Massimo Mezzanzanica (IT)
Christelle Schläpfer (CH)
Mario Speranza (IT-FR)
Piotr Szczukiewicz (PL)
Monica Szpringer (PL)
Serena Zucchi (IT)

Liste des auteurs et auteures / Authors

Simona Fassina, professeure à la faculté de Psychologie de l'Université de Turin, psychologue, psychothérapeute, formateur et superviseur SAIGA, psychanalyste SIPI (Société Italienne de Psychologie Individuelle), Co-responsable Pédagogique et Scientifique du Programme Formation IAAP, membre IAAP.

Andrea Ferrero, professeur retraité Université de Turin, psychiatre, psychothérapeute, formateur et superviseur SAIGA, psychanalyste SIPI (Société Italienne de Psychologie Individuelle).

Virginie Megglé, écrivaine, psychanalyste, membre IAAP.

Massimo Mezzanzanica, PhD en philosophie à l'Université de Turin, PhD en philosophie des sciences sociales et communication symbolique à l'Université de la Insubria de Varese et Côme, chargé de cours à l'Université de Modena et Reggio Emilia (Italie).

Morgane Pidoux, PhD en Neurosciences de l'université Pierre et Marie Curie (Paris VI) et ancienne post-doctorante à Cornell University, USA, psychanalyste cooptée IAAP.

Christelle Schläpfer, Master of Arts, Zürich, ancienne professeur de lycée, conseillère adlérienne, présidente de la section internationale IAIP Education & Pedagogics, Formatrice et membre du comité d'ICASSI, PDG d'edufamily® (centre de formation et de conseil pour écoles et familles), Formatrice en Gestion du Stress, est désormais une référence en Suisse pour le harcèlement scolaire et le cyberharcèlement, et les écoles font appel à elle pour des interventions d'urgence.

Barbara Francesca Simonelli, professeure à la faculté de Psychologie de l'Université de Turin, psychologue, psychothérapeute, formateur et superviseur SAIGA, co-responsable Pédagogique et Scientifique du Programme Formation IAAP, membre IAAP.

Alessandra Zambelli, PhD en psychopathologie et psychanalyse (Paris VII), philosophe (Université de Milan et Master Sorbonne), psychologue, psychothérapeute, psychanalyste IAAP, Présidente et Directrice des formations IAAP.

 **Dynamiques adlériennes est une revue bilingue permettant la diffusion des idées d'Alfred Adler et des différents courants de recherches actuelles qui lui sont liés.**

L'évolution des connaissances et des pratiques en psychanalyse, psychothérapie et psychodrame adlériens sont encore trop méconnues en France. Nous souhaitons créer avec cette revue un espace d'échanges scientifiques de qualité afin de dynamiser les pratiques adlériennes en France et auprès des francophones.

La revue a vocation à publier régulièrement des travaux originaux de recherche sur le plan théorique ou clinique, après évaluation par les pairs. Les contributions internationales et les échanges de pratiques avec d'autres écoles de pensée psychanalytique et d'autres disciplines (anthropologie, éducation, neurosciences, philosophie, psychiatrie, psychothérapie...) y ont toute leur place.

Les articles sont publiés en direction d'un public de thérapeutes, d'étudiants et de spécialistes francophones. La simplicité de la communication étant une des caractéristiques de la pensée adlérienne depuis ses débuts, nous estimons également qu'un public non spécialiste pourra y trouver des ressources compréhensibles et pertinentes.

Nous souhaitons ainsi fédérer de nouvelles énergies créatives autour des Dynamiques Adlériennes.

 **Adlerian Dynamics is a bilingual journal allowing the dissemination of Alfred Adler's ideas and a presentation of a clear outline of current research in associated fields.**

The evolution of knowledge and practices in the fields of adlerian psychoanalysis, psychotherapies and psychodrama are still not sufficiently well known in France. We wish to create with this journal a creative space where high quality scientific exchanges would reach a French speaking audience and promote adlerian practices amongst them.

This peer-reviewed journal aims to regularly publish original research papers on theoretical and/or clinical level. International contributions as well as practice exchanges between different psychoanalytical schools of thought and other fields (anthropology, education, neuroscience, philosophy, psychiatry, psychotherapy...) will hold a place of choice.

French speaking therapist, students and specialists will form the main targeted audience. However, simplicity in communication characterizes adlerian works since its beginning. We thus hopefully think that a wider audience of non-specialists will find in the journal relevant and understandable resources.

We wish to combine creative energies and create new alliances through the journey of Adlerian Dynamics.

SOMMAIRE

ÉDITORIAL

- 9 Alessandra Zambelli
Bouquet adlérien, des fleurs multicolores pour un seul paradigme ouvert

THÉORIES EN DIALOGUE

- 17 Barbara Simonelli,
Simona Fassina
Contribution de la théorie adlérienne pour la compréhension et le traitement de la violence entre partenaires intimes

CLINIQUES SUR MESURE

- 37 Andrea Ferrero
La contagion positive : les dynamiques de l'encouragement
- 47 Alessandra Zambelli
La souffrance mentale comme expression de l'infériorité selon Adler

LE CHAMP PSYCHOSOCIAL

- 61 Christelle Schläpfer
Intervention et supervision en matière de harcèlement scolaire

LECTURES

- 69 Morgane Pidoux
Virginie Megglé (2018), Quand l'enfant nous dérange et nous éclaire. Paris, Eyrolles
- 70 Alessandra Zambelli
Jacqy Chemouni (2016), Winnicott et la psycho-somatique. Paris, In Press

JOURNAL INTIME D'UN THÉRAPEUTE

- 74 Virginie Megglé
L'infériorité comme pierre philosophale ?

DICTIONNAIRE CONCEPTUEL

- 79 Massimo Mezzanzanica
Théorie / Paradigme

TABLE OF CONTENT

EDITORIAL

- 83 Alessandra Zambelli
*Adlerian fireworks, multicolored
flowers for a single open
paradigm*

THEORIES IN DIALOGUE

- 91 Barbara Simonelli,
Simona Fassina
*Contribution of Adlerian theory
to the understanding and
treatment of intimate partner
violence*

CLINICS HAUTE-COUTURE

- 110 Andrea Ferrero
*Positive Contagion: the Dynamics
of Encouragement*
- 119 Alessandra Zambelli
*Mental Pain as an Expression of
Inferiority According to Adler*

THE PSYCHOSOCIAL FIELD

- 130 Christelle Schläpfer
*Intervention and Supervision on
Bullying*

CONCEPTUAL DICTIONARY

- 137 Massimo Mezzanzanica
Theory/Paradigm

Éditorial.

Bouquet adlérien, des fleurs multicolores pour un seul paradigme ouvert

Alessandra Zambelli

Dynamiques Adlériennes - Adlerian Dynamics est une revue bilingue née du besoin et du désir de tisser un dialogue efficace entre l'Institut Alfred Adler de Paris et les communautés francophone et internationale en partageant les idées et les méthodes scientifiques de la Psychologie Individuelle. Ceci nous est apparu possible par la présentation d'un aperçu clair et simplifié des recherches adlériennes actuelles dans des domaines en lien avec la psychologie et filtrées par la sensibilité pragmatique issue des activités cliniques, de formation et de recherche de l'Institut Alfred Adler de Paris, fondées dans un dialogue pluridisciplinaire et international.

L'évolution des connaissances et des pratiques de la psychanalyse et psychologie adlériennes, de la psychothérapie et du psychodrame adlériens est encore trop peu connue en France. Avec cette revue, nous voulons ouvrir et encadrer un espace créatif où des échanges scientifiques de qualité

atteignent le public francophone et promeuvent les alliances internationales dans nos pratiques adlériennes.

Il est enfin le moment pour qu'une telle revue soit également bilingue pour répondre à la double vocation interdisciplinaire et internationale de l'Institut Alfred Adler de Paris que la revue incarne. Celle-ci ne peut vêtir que l'habitus dématérialisé, car elle naît aux débuts du troisième millénaire.

Les « psy » dans leurs différentes déclinaisons, les étudiants en sciences humaines et les spécialistes du secteur de la santé, de l'éducation, de la formation et du développement personnel, francophones ou non, sont le principal public ciblé. Nous aimerions combiner les énergies créatives et favoriser le tissage des nouvelles relations à travers la revue. Comme la simplicité de la communication caractérise les œuvres adlériennes depuis leurs débuts, nous espérons qu'un public plus large de non-spécialistes trouvera des ressources

pertinentes et compréhensibles dans la revue.

La Revue se propose aussi d'aménager un espace d'échange entre les différentes communautés de pensée scientifique et technique associées directement ou indirectement au métier de la psychothérapie, en suivant la complexité systémique du paradigme bio-psycho-social adlérien, en vue d'une sensibilisation des perceptions professionnelles, d'une ouverture des horizons épistémologiques, d'un polyglottisme théorique et pratique, d'un dynamisme des cohérences et des vérités.

La pratique sera notre vraie œuvre. Aucune éducation ne peut être construite dans le vide. Vous avez à lutter contre les difficultés qui résultent des différentes interprétations de la recherche scientifique. Nous tolérons la comparaison. Vous devez prendre également connaissance des autres théories et points de vue. Comparez soigneusement, ne croyez personne sur parole - moi pas plus que les autres.

Ce sont les mots par lesquels Alfred Adler termine son ouvrage "L'enfant difficile" en 1930. Ils soulignent que la science est d'abord et avant tout transmission par une éducation à l'autonomie qui seule sait encourager autant l'enfant que l'adulte qui le conserve encore secrètement et créativement dedans lui. Le vide, que la

pratique est censée éliminer, est l'objectif de l'action transformative de la science, de la formation, de la thérapie (et d'autres), car ce vide représente l'absence d'expérience réfléchie, l'intolérance émotionnelle et cognitive à la diversité des réalités qui fait craquer la pensée dogmatique, l'évitement du dialogue comparatif en vue de l'approfondissement de la recherche. Adler connaissait bien ce vide, cet esprit d'homologation chez ses collègues psychiatres qui ne l'ont pas titularisé en tant que *Maître de conférences en neurologie* (en 1912), car partisan de l'inconscient freudien, le premier à postuler à l'Université avec ce nouveau concept (Ellenberger, 1976 [1970], p.670-671 ; Zambelli, 2014, p.40, note 70). Mieux : il avait découvert que c'est humain de craindre le changement, ce que sa référence philosophique – Hans Vaihinger – appelait déjà en 1911 "*la loi de la transposition des idées*" (Vaihinger, 2008 [1911]) :

C'est l'incapacité de l'âme à supporter l'atteinte douloureuse de l'incertitude. L'âme veut connaître son monde pour y agir immédiatement, car elle préfère penser une idée comme si elle pouvait être vraie¹.

Ce vide est celui qui est déposé chez un élève par un maître renfermé dans ces propres et anciennes vérités, déconnectées de la réalité dynamique partagée avec son disciple, incapable de tolérer l'écoute et la comparaison, car

¹ Ma traduction de l'édition italienne.

elles lui offrent que cette atteinte douloureuse du doute. Mais l'éducation est tout d'abord éducation à l'autonomie : c'est-à-dire à la découverte de l'innée curiosité² humaine et à la structuration dialogique de la capacité à la supporter par notre créativité et par une méticuleuse recherche individuelle et un partage intersubjectif des détails et de leurs liens à une réalité donnée. L'autonomie ne peut pas se construire face à un adulte qui nie la réalité que l'enfant voit et ressent. Donner du courage, qui est « le droit le plus important de l'éducation », signifie permettre à l'enfant, au disciple, de suivre sa propre curiosité créative, son propre système de recherche et de vérification, en dialogue avec ce qui est dit ou écrit par la communauté savante. L'arrêter sans manière dans cette embryonnaire confiance en lui, pour nous protéger de l'incertitude que sa nouveauté nous comporte, le mettra face à un dilemme de loyauté (s'écouter ou écouter les autres) très décourageant. Et « il est dangereux qu'un enfant se décourage » (Adler, 1992 [1930]), car il peut perdre son *fil rouge* qui le conduit dans la vie. La pratique est donc l'écoute et le dialogue, le vide sera son absence : absence de lien, comme un dialogue entre sourds.

DA-AD est enfin l'expression de l'identité d'une communauté, mais dynamique et élargie, et de son projet national et international démarré en 2017 et qui a du savoir endurer de

nombreux obstacles pour parvenir à voir le jour en cette année 2023, après ces années de contestations sociales, de pandémie, de guerre et de crise écologique. Mais aussi ces années de développement poussé et réussi de notre institut, témoignage de résilience, universel ingrédient de l'activité humaine, comme d'autres belles initiatives dans le monde savent le chanter.

Les membres de l'Institut Alfred Adler de Paris s'étendent dès ses débuts au-delà des frontières de la France. Malgré la localisation de l'Institut affichée dans son nom, ses membres ne se sont pas renfermés (ou ne se renferment pas) dans une communauté locale : leur lien est plutôt une affinité de recherche, aussi bien méthodologique que paradigmatique. Les apports internationaux ainsi que les échanges de pratiques entre différents courants de pensée psychologique, psychothérapeutique, psychiatrique et psychanalytique et d'autres domaines (anthropologie, éducation, neurosciences, philosophie, sociologie, informatique, géopolitique, physique quantique, chimie, arts, philosophie de la danse, études du religieux et d'autres encore) auront une place prépondérante dans la revue *Dynamiques Adlériennes - Adlerian Dynamics*, qui cherchera le dialogue avec les langues étrangères et les autres cultures, grâce aussi à son double format linguistique et son réseau international.

² Je fais référence au système de *Seeking* de Jaak Panksepp (Panksepp, 1998, p.144).

La Revue ne veut pas resurgir comme une *Nouvelle Babylone*, elle veut raconter la science à partir de sa pratique, fidèle à la leçon de Wilhelm Dilthey, guettant la compétence qui vise le défi de la communication rigoureuse et non autoréférentielle, autant que l'originalité et le travail clinique et sur le terrain. Nous désirons nourrir par là le plus important des sentiments, le sentiment d'appartenance – le *Gemeinschaftsgefühl* – pour ceux qui sont dans la pratique psychologique autant comme professionnels que comme patients ou clients.

Car notre identité adlérienne envisage ce sentiment comme l'outil fondamental pour l'équilibrage du sentiment d'infériorité et d'insécurité, sources de souffrance et pathologie.

Mais nous ouvrons en même temps nos horizons aux curieux et chercheurs des autres sciences et métiers, qui enfin commencent à nous interpeller, peut-être parce que les temps sont devenus trop complexes pour croire pouvoir faire l'économie de la science qui étudie les émotions et leur intégration cognitive et sociale ?

Cette Revue souhaite enfin mettre en avant le code et le langage scientifique pour stimuler l'assurance créative des professionnels dans leur praxis.

DA-AD s'adresse également aux lecteurs non étroitement impliqués dans

l'univers psy, au lecteur curieux d'approcher simplement le paradigme biopsychosocial qui est la matrice adlérienne, malgré sa paternité scientifique enregistrée au nom de Engel pour la médecine (Engel, 1977) et de Cloninger (Cloninger *et al.*, 1993) à partir de son modèle psychobiologique de la personnalité. Depuis, la liste comprend des noms de plus en plus importants, comme le prix Nobel E. Kandel, parmi les partisans chercheurs du paradigme biopsychosocial (BPS).

La Revue vise ainsi à ce que cette "heuristique positive" (Lakatos, 1994 [1978]), cette perspective triadique efficace (où *social* implique le milieu relationnel, mais aussi concret et matériel), puisse relier les approches disciplinaires scientifiques dans un dialogue libre, mais encadré, autour de l'humain et de ses productions symboliques et matérielles, face à un monde qui change vertigineusement.

L'oxymore créatif poétique d'un "dialogue librement structuré", celui du cadre thérapeutique comme de la méthode scientifique, est notre drapeau, notre aphorisme, notre blason : nous croyons que la vraie créativité peut mieux se libérer et s'exprimer là où le cadre est assumé, explicité, compris, partagé, vérifié, dynamisé et ouvert dans sa constitution, comme la pensée adlérienne (Rovera, 1979). C'est également un oxymore qui valorise et ouvre à la complexité décrite par Edgar

Morin, tout particulièrement à la pensée qui relie.

La revue DA-AD est annuelle, à comité de lecture, et ambitionne à publier des articles de recherche originaux au niveau théorique et/ou clinique. Les apports internationaux ainsi que les échanges de pratiques entre différents courants de pensée psychanalytique et d'autres disciplines auront une place prépondérante.

Le traitement en *peer review*, en examen par les pairs, par la lecture en aveugle, est la condition *sine qua non* pour que ce cadre se fasse déjà dans la production de la revue, et pour mettre les lecteurs dans la confiance du travail fourni. Ce sera notre défi et notre fierté d'y parvenir complètement.

Notre premier numéro souhaite donner un "Bouquet de Fleurs Adlériens" pour exprimer ce que nous sommes, aussi bien en tant qu'adlériens du troisième millénaire, que comme groupe référant à Paris. Nous ne pouvons pas tout mettre dans un seul volume, et vous avez notre site à disposition pour mieux nous connaître : <https://institut-alfred-adler-paris.fr>.

Nous avons choisi les auteurs et les textes qui permettent de mieux illustrer ce qu'est travailler et rechercher dans ce paradigme à la couleur adlérienne, française ou non.

Ainsi la Revue aura toujours un thème central qui caractérisera chaque

numéro : un dossier mis en valeur, en relation avec l'activité de l'Institut qui prévoit chaque année des Journées Interdisciplinaires ouvertes au public et inscrites dans le programme de formation pour ses élèves psychanalystes adlériens. Il sera décliné, dès qu'il se peut, selon 3 Rubriques Scientifiques principales : la première – *Théories en dialogue* – dédiée aux Théories et Épistémologies ; la deuxième – *Cliniques sur mesures* – consacrée aux Cliniques, Techniques et Psychodiagnostics ; et la troisième – *La Champ Psychosocial* – ouvrant à la Psychoéducation.

La première rubrique, *Théories en dialogue*, considèrera également le dialogue interdisciplinaire que nous serons capables d'instaurer dans nos Journées, où chaque discipline présente une épistémologie propre, d'où se développent leurs propres théories et pratiques, face aux autres disciplines et techniques. Pour notre premier numéro, nous avons donné la parole à Barbara Francesca Simonelli et Simona Fassina (SAIGA – Turin ; IAAP-Paris), les deux pivots de la recherche et de la pédagogie de l'Institut, par une "*Contribution de la théorie adlérienne pour la compréhension et le traitement de la violence entre partenaires intimes*". Sujet malheureusement quotidien, présenté par une vision en même temps théorique et clinique, qui mieux soutiendra la description de notre paradigme. Le dialogue viendra... en suite.

La deuxième rubrique, *Cliniques sur mesures*, est le centre d'intérêt principal pour notre communauté professionnelle, directe au cœur de notre métier et de cette revue : comment progresser dans notre pratique et notre savoir professionnels en formation continue pour savoir toujours fournir une thérapie sur mesure du patient. L'IAAP considère la psychopathologie et son enseignement un élément principal de la technique de l'empathie dans la relation au patient, à son tour la clé de voute de notre métier et de sa formation. C'est à notre mentor Andrea Ferrero (SAIGA, Turin) que nous donnons la parole et également à moi-même en tant que Présidente et Directrice des Formations de l'IAAP.

La troisième rubrique, *Le Champ Psychosocial*, répond à la tradition adlérienne d'évoluer et de communiquer également et constamment avec la vie sociale et ses individus. Adler n'a pas voulu suivre l'attitude freudienne de se limiter à une théorie de l'esprit de l'homme pathologique, mais il a cherché à comprendre l'esprit humain tout court et à formuler une théorie de son fonctionnement universel et son ancrage dans le social. Dans ce numéro nous aborderons le sujet du harcèlement scolaire et du cyberharcèlement, à la une en France depuis quelque temps, au point qu'une loi a été votée le 3 mars 2022 pour les constituer comme des délits, et oblige les institutions scolaires à produire des mesures appropriées pour la prise en charge rapide des victimes,

des témoins et des auteurs, et la prévention de ces situations violentes. Nous profitons du projet *Psych.E.In* que l'IAAP a su accomplir au sein du cadre européen Erasmus+, en consortium avec 5 autres nations (Grèce, Italie, Pologne, Slovaquie, République Tchèque), pour vous présenter le travail pionnier qu'un de nos membres – Christelle Schläpfer (Suisse) – a su réaliser de manière autonome et efficace au point de susciter un retentissement médiatique. Christelle Schläpfer est désormais une référence en Suisse et les écoles font appel à elle pour des interventions d'urgence. Elle est interviewée par de nombreux journaux et magazines et permet aux professionnels du domaine psychosocial d'aborder le défi du harcèlement d'une nouvelle manière.

DA-AD veut également apporter un espace de distraction à ses lectrices et lecteurs par des regards adlériens contemporains sur les actualités, la politique, l'éducation, la sociologie, l'esthétique, la philosophie, l'histoire, l'anthropologie, et plus encore. Nous avons décidé de commencer à le faire par la rubrique *Lectures* (nouveau et références). Dans ce premier numéro vous trouverez deux recensions : celle de Morgane Pidoux, sur le livre de Virginie Megglé (2018) *Quand l'enfant nous dérange et nous éclaire*, Paris, Eyrolles ; et celle d'Alessandra Zambelli, sur le livre de Jacquy Chemouni (2016), *Winnicott et la psychosomatique*, Paris, In Press.

Nous avons continué par la rubrique *Journal Intime d'un Thérapeute* : qui présente ici un texte convivial de Virginie Megglé (IAAP) : “*L’infériorité comme pierre philosophale ?*”

Et nous terminons avec un retour aux « rendez-vous sportifs » par le *Dictionnaire Conceptuel*, qui voit notre ami philosophe – Massimo Mezzanzanica – nous guider harmonieusement sur le complexe défi lancé au cours d’une de nos premières journées scientifiques et interdisciplinaires : le rapport entre *Théorie et Paradigme*.

Bonne lecture et découverte.

Bibliographie

ADLER, A. (1992). *L’enfant difficile : Technique de la psychologie individuelle comparée (1928-1930)* (trad. de l’allemand et préf. par Herbert Schaffer), Paris, Payot.

CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., & PRZYBECK, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975–990.

ELLENBERGER, H. F. (1976). *La scoperta dell’inconscio: Storia della psichiatria dinamica* (1970), Torino, Bollati Boringhieri.

ENGEL, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for

biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.

LAKATOS, I. (1994). *Histoire et méthodologie des sciences : Programmes de recherche et reconstruction rationnelle* (Trad de C. Malamoud & J.-F. Spitz), Paris, Presses Universitaires de France [éd. or. (1978), *The Methodology of Scientific Research Programmes: Philosophical Papers*, J. WORRALL & G. CURRIE, Eds., Cambridge, Cambridge University Press].

PANKSEPP, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press

ROVERA, G. G. (1979). *Il sistema aperto della individual-psicologia* (Vol. 4). Cortina.

VAIHINGER, H. (2008). *La philosophie du Comme Si* (Ed. or. 1911, *Die Philosophie des Als Ob*). Paris, Éditions Kimé.

ZAMBELLI, A. (2014). *Adler face à Freud : Une différence à sauvegarder*. Paris, L’Harmattan.

Alessandra Zambelli
Directrice de la Revue DA/AD
Présidente IAAP

THÉORIES EN DIALOGUE

Contribution de la théorie adlérienne pour la compréhension et le traitement de la violence entre partenaires intimes

Barbara Simonelli
Simona Fassina

Résumé - Comme Adler nous l'a appris depuis ses débuts, les comportements agressifs, violents et humiliants peuvent être considérés comme une stratégie de surcompensation chez les personnes dont le sentiment d'infériorité les affaiblit et les rend vulnérables ; à travers ces comportements, l'individu reconstruit de manière fictionnelle le sens, la signification et la direction de sa personnalité. Dans cet article sera présenté le phénomène de la violence entre partenaires intimes (VPI) – violence domestique exercée par un conjoint ou un partenaire actuel ou précédent dans une relation intime avec l'autre conjoint ou partenaire – et, par la suite, sera proposée une clé de lecture adlérienne, utile pour comprendre le phénomène. Le concept d'hermaphrodisme psychique et les antinomies *minus* = féminin et *plus* = masculin peuvent en effet nous offrir quelques interprétations pour comprendre le phénomène dramatique de la violence à l'égard des femmes. L'approche adlérienne, également à travers le rôle assigné à la tendresse primaire dans le développement de la personnalité et de la relationnalité, est particulièrement utile et actuelle pour comprendre le phénomène de la VPI et pour orienter les traitements.

Mots clés : *Violence entre Partenaires Intimes, Hermaphrodisme Psychique, Surcompensation, Infériorité, Protestation virile*

I. Introduction : Le phénomène de la violence entre partenaires intime

Au cours des vingt dernières années, les institutions internationales et nationales ont accordé une attention croissante à la question de la lutte contre la violence à l'égard des femmes. Cela a pris forme dans le cadre défini en 2011 par la

« Convention d'Istanbul » du Conseil de l'Europe (Conseil de l'Europe 2011), avec le premier instrument international juridiquement contraignant sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence

domestique. Le principal élément de nouveauté de cette convention est la reconnaissance de la violence à l'égard des femmes en tant que forme de violation des droits humains et de discrimination.

Selon un rapport publié en 2013 par l'Organisation Mondiale de la Santé, la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* et le Conseil sud-africain de la Recherche médicale, les abus physiques et sexuels sont un problème de santé qui affecte un tiers des femmes dans le monde. Le présent rapport, intitulé *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire* (OMS, 2013), est la première étude qu'analyse systématiquement les données sur la propagation de la violence féminine à l'échelle mondiale, imposée à la fois par son partenaire et par des inconnus. La violence implique une expérience traumatisante vécue par plus de 35 % des femmes dans le monde. L'étude a révélé que la forme la plus commune d'abus, qui affecte plus de 30 % des femmes, est infligée par un partenaire intime. L'étude souligne également le devoir de chacun de travailler ensemble pour éliminer toutes les formes de tolérance à l'égard des violences faites aux femmes et pour favoriser le soutien offert aux victimes de cette expérience. Les nouvelles directives proposées par l'OMS ont pour objectif principal d'aider

les différents pays à améliorer l'approche adoptée par leur système de santé pour faire face aux cas d'abus.

Par Violence entre Partenaires Intimes (VPI) (OMS, 2013) on fait référence à tous les comportements violents, dans le cadre d'une relation intime, par des personnes mariées, séparées ou divorcées (des conjoints et conjointes de fait des partenaires amoureux et d'autres partenaires intimes) de tout âge, de sexe différent ou de même sexe, passés et présents.

La VPI est généralement liée à la volonté de domination de l'agresseur envers la victime. Elle peut prendre la forme d'un acte violent unique, ou de nombreux actes s'inscrivant dans le cycle de violence marqué par des comportements agressifs et dominateurs. La VPI peut aussi évoluer avec le temps, particulièrement en devenant plus fréquente ou brutale. Elle peut notamment prendre les formes suivantes : violence physique, sexuelle, psychologique, affective, verbale, spirituelle, financière, négligence, séquestration, harcèlement criminel, menaces de faire du mal aux enfants, à d'autres membres de la famille ou à des animaux de compagnie, dommages à la propriété, tentative de meurtre ou meurtre.

Les femmes comme les hommes peuvent être victimes de VPI, mais les données montrent que le pourcentage plus important des victimes de VPI, et aussi de la violence sexuelle et du

harcèlement criminel, sont des femmes. Les femmes sont aussi plus susceptibles d'être victimes des formes les plus extrêmes de violence, notamment d'être agressées sexuellement, battues, étranglées ou menacées avec une arme à feu ou un couteau. De plus, le taux d'homicides de femmes commis par un partenaire intime est 4,5 fois plus élevé que celui d'hommes.

En ce qui concerne la France, il est possible de télécharger sur le site Web du *Secrétariat d'État chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations*

un rapport sur la situation de la violence à l'égard des femmes en 2021 (MIPROF, 2022) : 122 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire « officiel » ou « non officiel » (une femme tous les 3 jours) ; 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année (moins d'1 victime sur 5 déclare avoir déposé plainte) ; 87 % des victimes de violences commises par le partenaire enregistrées par les services de police et de gendarmerie sont des femmes ; 95 % des personnes condamnées pour des faits de violences entre partenaires sont des hommes ; 94 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de viols et/ou de tentatives de viol sur une année (9 victimes sur 10 connaissent l'agresseur, 1 victime sur 10 déclare avoir déposé plainte) ; 87 % des victimes de violences sexuelles enregistrées par les services de police et de gendarmerie

sont des femmes ; 96 % des personnes condamnées pour violences sexuelles sont des hommes.

La VPI fait souvent partie d'un continuum dans la vie des personnes touchées (OMS, 2013). Les conséquences pour ces dernières peuvent être irréversibles, et peuvent avoir de nombreux effets immédiats et à long terme sur la santé psychologique des femmes qui en sont victimes : traumatismes psychiques, en particulier les troubles du stress post-traumatique, simple et complexe, symptômes de dépression et d'anxiété et autres problèmes de santé mentale aigus ou chroniques, conduites suicidaires ou autodestructrices, toxicomanie, consommation d'alcool et d'autres drogues. La VPI a également des répercussions sur la santé physique – des symptômes gastro-intestinaux et génito-urinaires chroniques inexpliqués, des douleurs chroniques inexpliquées, des maladies chroniques, des problèmes liés au système nerveux central comme céphalées, problèmes cognitifs, perte auditive, demande accrue de consultations chez le médecin et recours accru aux interventions chirurgicales – et sur la santé génésique et sexuelle – des troubles gynécologiques, des grossesses non désirées, des accouchements et des naissances prématurées, des maladies sexuellement transmissibles.

La VPI touche des personnes de tous les horizons et de toutes les cultures, sans égard au statut socioéconomique.

Toutefois, certains groupes sont plus susceptibles d'être victimes de violence, y compris : les femmes autochtones, les personnes handicapées, les immigrantes nouvellement arrivées, les réfugiées, les adolescents, les personnes qui s'identifient comme des lesbiennes, des homosexuels, des bisexuelles ou des transgenres, les personnes âgées, les travailleuses et travailleurs du sexe (CACP, 2016). Certaines personnes font également face à des obstacles particuliers qui accentuent leur vulnérabilité à la violence et réduisent la probabilité qu'elles signalent des cas de violence et demandent ou obtiennent de l'aide. Ces facteurs comprennent : les barrières linguistiques, la situation géographique (région rurale ou éloignée), les problèmes de santé mentale, l'acceptation culturelle de la violence, l'absence de services d'intervention et de soutien adaptés, y compris de services tenant compte des traumatismes, des différences culturelles ou de la spécificité des sexes (CACP, 2016). De plus, certains facteurs peuvent accroître le risque soit d'être la victime, soit d'être l'auteur d'actes de violence, y compris des facteurs sociaux complexes, dont la discrimination, la pauvreté et le racisme. La liste ci-dessous, sans être exhaustive, en présente quelques-uns : sexe, jeunesse de la victime, antécédents violents ou exposition à la violence, facteurs de stress, y compris les difficultés financières et le chômage, dépendance financière, attitudes favorables à la violence et à l'inégalité entre les sexes, isolation sociale,

culturelle et géographique, influences et pratiques religieuses et culturelles (CACP, 2016).

II. *La contribution du modèle adlérien pour la compréhension de la violence entre partenaires intimes*

Depuis ses premières formulations, la métapsychologie d'Adler a apporté une contribution significative à l'analyse moderne de la Violence entre Partenaires Intimes.

Adler a eu une première intuition sur la protestation virile (Adler, 1912, 1920) en observant les différences évidentes dans les attentes culturelles des garçons et des filles et le fait que les garçons souhaitent, souvent désespérément, être considérés comme forts, agressifs et capables de contrôle.

Historiquement, Adler s'est éloigné de Freud en juin 1911. En abandonnant complètement la théorie freudienne des instincts et de la libido, Adler a proposé une interprétation métaphorique de la sexualité freudienne. L'explication adlérienne du concept freudien de « envie du pénis » est illustrative à cet égard : cette jalousie, attribuée par Freud à la femme comme facteur neurogène, serait pour Adler plutôt d'origine relationnelle et sociale, liée à l'envie de la prééminence et domination masculine dans la civilisation occidentale, attitude définie par Adler lui-même comme

protestation virile, terme qui a été souvent mal interprété. (Ansbacher et Ansbacher, 1956). Adler a créé le concept de protestation virile au départ pour décrire le comportement des femmes qui ont rejeté les rôles féminins traditionnels au profit de rôles plus masculins. Selon Adler, la vie sociale et culturelle, plus que les caractéristiques biologiques, influence la construction de l'identité de genre, des caractéristiques psychiques et des rôles masculins et féminins depuis l'enfance (Adler, 1912, 1920).

Avec une conceptualisation plus raffinée, Adler affirme ensuite que la protestation virile trouve son origine la plus profonde dans le sentiment d'infériorité propre à chaque enfant, qu'il soit un garçon ou une fille, et constitue un dispositif de compensation au service de la recherche de la sécurité et du besoin d'affirmation de soi. Pour Adler, l'énergie qui déplace le dynamisme psychique, orientée subjectivement et de manière fictionnelle, a une nature dichotomique et passe d'une condition de moins à une condition de plus, d'autres fois associées respectivement au féminin et au masculin [6]. Adler a utilisé les concepts de *minus* = féminin et *plus* = masculin pour définir le dynamisme psychique profondément enraciné et son mouvement de compensation.

Par conséquent, le sentiment d'infériorité peut être assorti de compensations adéquates, capables de

garantir un équilibre entre les besoins d'affirmation de soi et les besoins de bonnes relations et coopérations. Lorsque le sentiment d'infériorité est trop intense ou ne trouve pas de compensation adéquate, il peut être structuré en un complexe d'infériorité, contribuant ainsi à créer un style de vie caractérisé par des aspects d'obéissance, de soumission, de dévotion vis-à-vis de figures plus fortes. Au contraire, l'aboutissement des mécanismes de surcompensation peut conduire à un complexe de supériorité, à un investissement excessif dans des aspects affirmés au détriment de la qualité des relations, qui sont alors caractérisées par des conflits et des affrontements de pouvoir, dont la caractéristique principale est celle de vouloir maîtriser et dominer l'autre (Adler, 1912, 1920).

À ce jour, on peut dire que la première association *minus* = féminin et *plus* = masculin a contribué à mettre en lumière le thème du pouvoir et du conflit entre instances coopératives et besoins d'affirmation de soi dans les relations entre hommes et femmes (Adler, 1982). Loin d'affirmer qu'Adler avait une conception du féminin comme inférieure, nous pouvons certainement affirmer que, dans la combinaison féminin = inférieur = *minus*, il s'est inspiré et a interprété une dynamique de son temps à connotation socioculturelle (Ferrigno, 1993 ; Mascetti *et al.*, 1985 ; Ponziani, 1993 ; Rovera, 1980).

Environ un siècle plus tard, on peut imaginer récupérer ce concept et

l'utiliser pour comprendre le phénomène de la violence à l'égard des femmes. Beaucoup d'auteurs dans le domaine de la psychologie et de la sociologie soulignent que certains changements culturels intervenus au cours des 50 dernières années dans la société occidentale ont conduit à une grande émancipation des femmes, tant sur le plan de l'égalité des droits que sur le plan psychologique et relationnel, en vue de surmonter l'ancienne condition de soumission et d'infériorité envers l'homme (Ferrigno, 1993 ; Rovera, 1980).

Paradoxalement, ce soudain changement socioculturel, psychologique et relationnel du féminin peut avoir entraîné une sorte de désorientation dans le monde masculin, qui peut se percevoir comme inférieur ou *minus*.

Déjà en 1920, Adler avait identifié certains types de personnalités, structurés ensuite en styles de vie, qui différaient selon les différents niveaux d'énergie et les différentes compensations possibles du sentiment d'infériorité, à la fois vers le sens intrapsychique auto-affirmatif (nommée « volonté de puissance ») et vers le sens relationnel du sentiment social et d'appartenance (Adler, 1926, 1927). Dans ce contexte, nous essaierons de relier trois types de personnalités aux éventuelles caractéristiques relationnelles agressives des personnes

qui commettent des actes de violence contre les femmes.

Le premier type est la personnalité dominante (*ruling*). Les membres de ce groupe possédant une énergie intense qui submerge tout ou partie de ceux qui se mettent en travers de leur chemin et se caractérisent par une tendance à être généralement agressive et dominante par rapport aux autres.

Ces personnes ne sont pas toujours des brutes ou des sadiques ; dans certains cas, ils retournent cette énergie contre eux-mêmes et se font mal : c'est le cas des alcooliques, des toxicomanes et des suicidés. Ces personnes dominent les autres pour prendre soin de leurs propres besoins. Une personnalité dominante est souvent associée à un enfant gâté. Beaucoup d'enfants apprennent qu'ils peuvent avoir sans demander et sans donner, leurs désirs sont des ordres pour tous les autres. Ce type d'éducation échoue toutefois à plusieurs égards : d'abord, les enfants n'apprennent pas à faire seuls et s'ils s'en rendent compte sont submergés par un sentiment d'infériorité ; deuxièmement, ils ne traitent avec les autres qu'en leur donnant des ordres, en les contrôlant et même en les attaquant.

Le second type est la personnalité dépendante (*getting*). Les membres de ce groupe sont sensibles et fragiles, ils ont tendance à se protéger et, lorsqu'ils font face à des défis de la vie, ils prennent souvent soin de leurs propres besoins en

comptant sur les autres pour s'en occuper. Fondamentalement, ils manquent d'énergie et dépendent de l'énergie des autres. Ils sont également sujets aux phobies, aux angoisses, aux obsessions, aux compulsions, etc. Une personnalité anaclitique est souvent associée à un enfant surchargé. Dans ce cas, les enfants peuvent avoir connu une infériorité des organes, ainsi que des maladies de la petite enfance. Si personne ne leur explique comment attirer leur attention sur les autres, ils resteront concentrés sur eux-mêmes et sur leurs besoins. La plupart de ces enfants traverseront la vie avec un fort sentiment d'infériorité ; certains d'entre eux compensent excessivement avec un complexe de supériorité. Certains d'entre eux peuvent également réagir de manière agressive au retrait de l'autre et tenter de rétablir une relation sur laquelle ils peuvent s'appuyer.

Le troisième type est la personnalité évitante (avoiding). Les membres de ce groupe reportent ou évitent les activités de la vie et les difficultés dans la mesure du possible, et leurs besoins peuvent ne pas être traités. Ils ont un faible niveau d'énergie et se tournent donc vers eux-mêmes en évitant la vie dans son ensemble et en particulier les autres. Une personnalité évitante est souvent associée à un enfant négligé. Dans ce cas, les enfants apprennent l'infériorité parce qu'on leur dit et qu'on leur montre chaque jour qu'ils n'ont aucune valeur ; ils apprennent l'égoïsme parce qu'on leur apprend à ne faire confiance à

personne. Il convient de noter que les enfants négligés incluent non seulement les orphelins et les victimes de maltraitance, mais également les enfants dont les parents ne sont jamais présents et ceux élevés de manière rigide et autoritaire.

Il est important de noter que la littérature scientifique a maintes fois souligné la possibilité que des enfants traités avec violence, négligés et maltraités puissent à leur tour devenir des personnes agressives, négligentes et abusives, selon une dynamique inconsciente qui répond au mécanisme de défense de l'identification à l'agresseur (Freud, 1936). Agressions sadiques, violences physiques, violences psychologiques, meurtres, harcèlement, comportements manipulateurs, contrôle compulsif, mensonges, jalousie, impulsivité sont des actions et des comportements qui caractérisent une personnalité / soi / style de vie qui sont orientées vers une logique privée de surcompensation fictionnelle agressive d'affirmation de soi, et sont le résultat d'un déficit d'empathie et d'intérêt social, et de la perte du point de vue de l'autre.

La théorie adlérienne et ses premières hypothèses sur les trois types de personnalités permettent donc de délimiter les différentes voies dans lesquelles la volonté de puissance est exprimée.

Le premier parcours est marqué par le maintien d'une position de supériorité déjà acquise ; le second parcours démarre plutôt de la nécessité de compenser, par des attitudes violentes, hyperviriles et contrôlantes, un sentiment d'insécurité, de faiblesse et de perte de pouvoir, ce qui conduit à la soumission des femmes en tant que possibilité de rédemption, pour rétablir leur identité par l'oppression des autres ; le troisième parcours décrit la dynamique relationnelle dépendante et les fragilités narcissiques qui sous-tendent les comportements agressifs face à des séparations relationnelles redoutées ou en cours.

La littérature scientifique contemporaine sur la VPI souligne les limites des deux principaux axes de recherche sur les causes de la violence à l'égard des femmes, celle qui se concentre sur les caractéristiques de l'agresseur et celle sur les facteurs d'infériorité possibles qui prédisposent les femmes au risque de victimisation. Pour rendre compte de la complexité du phénomène, il est nécessaire de fournir un cadre théorique intégratif basé sur la reconnaissance de la multiplicité et de la variabilité des déterminants étiologiques de la VPI (Hamel, 2008). La théorie de l'attachement offre une contribution particulièrement importante, qui met en évidence la présence, dans les couples où se produit la violence domestique, de dynamiques relationnelles, affectives, d'influence, de pouvoir spécifiques, de styles relationnels dysfonctionnels et de

mécanismes psychiques qui s'activent à la fois chez l'agresseur et chez la victime et, ensemble, participent à la dynamique de la violence (Attili, 2004 ; Carli, 1995). En ce qui concerne plus particulièrement la victime, nous mettons en évidence la présence d'attachements insécurisés remontant à la petite enfance, liés à des expériences déjà traumatisantes et souvent violentes, qui permettraient de maintenir la femme adulte dans le cycle de la violence dans le couple (Mikulincer et Shaver, 2017). Dans l'ensemble, la VPI semblerait perturber la relation, à l'instar d'un effondrement paradoxal du fonctionnement du système d'attachement dans l'environnement du couple. Il est très important de souligner ici que nous n'avons aucunement l'intention de relativiser la responsabilité humaine et juridique de l'acte violent ; mais, en tant que psychologues et analystes, chaque contribution théorique nous invite à adopter une perspective de compréhension complexe, en particulier lorsque nous travaillons avec des victimes de violence afin de les aider de la manière la plus utile possible pour se protéger des relations dangereuses.

En introduisant le concept d'hermaphrodisme psychique (Adler, 1912), Adler, très capable de lire son époque et d'anticiper les révolutions sociales et culturelles ultérieures, suggère que l'humanité pourra se sortir d'antithèses fictionnelles seulement s'il pourra reprendre la totalité de lui-

même, y compris les parties qu'il ne considère pas comme puissantes. Les antithèses de l'esprit divisent nettement le monde et donnent ainsi la possibilité d'exercer le pouvoir avec des actions décisives, nous protégeant du sentiment de faiblesse et d'inefficacité, et en effet, parfois, réduisant l'autre à un état d'infériorité. Si des individus, hommes et femmes ensemble, deviennent suffisamment forts pour accepter même leur part inconnue et cachée, sans aspirations à la suprématie et sans dichotomisation excessive, ils peuvent espérer sortir de leur « névrose de genre » (Ponziani, 1993).

L'homme et la femme doivent sortir ensemble des antithèses excessives de leur esprit, en acceptant de retrouver chacun un peu plus leur propre Hermaphrodite, une entité à la fois masculine et féminine (Rovera, 1980). L'abandon des antithèses fictionnelles, pleines de promesses de supériorité, est un acte de courage destiné à nous renforcer par la voie de la coopération sociale et du lien réciproque, sûrement plus ancré du *côté utile de la vie* que par la voie de la suprématie névrotique solitaire individuelle (Ferrigno, 1993).

Adler introduit un autre élément précieux pour comprendre ces problématiques, en soulignant le rôle de la tendresse primaire dans la relation mère-enfant en tant que facteur structurant de la personnalité (Adler, 1908), de l'image de Soi, et de la possibilité de comprendre ses propres

expériences émotionnelles et celles d'autrui, ce qui a ensuite été conceptualisé par d'autres auteurs, comme les fonctions de mentalisation (Allen et coll., 2008).

Les considérations d'Adler anticipent donc les théorisations de ces auteurs qui ont souligné l'importance des styles d'attachement (Ansbacher, 1981 ; Bowlby, 1988) pour déterminer la capacité de l'individu à construire des relations saines et coopératives plutôt que dysfonctionnelles et pathologiques. De plus, la théorisation adlérienne est particulièrement compatible avec les découvertes actuelles des neurosciences. Ces dernières mettent en évidence l'importance des facteurs neurobiologiques impliqués dans le développement de la personnalité et dans les traumatismes (Cohen, 2012 ; Gallese *et al.*, 2006).

III. Indications pour le traitement des victimes de la violence entre partenaires intimes

L'approche adlérienne n'est pas seulement utile pour comprendre le phénomène de la VPI aux niveaux psychologique et social, mais aussi pour orienter la planification et la mise en œuvre d'interventions destinées aux victimes et même aux agresseurs.

Le modèle adlérien nous enseigne que la prise en charge de la personne victime de violences et/ou des agresseurs

nécessite une prise en compte de facteurs bio-psycho-sociaux complexes qui sous-tendent les différentes pathologies liées au traumatisme. Les interventions proposées doivent prendre en compte les différentes manières subjectives grâce auxquelles les individus s'organisent face à la souffrance. Les interventions doivent donc être modulées à partir de la compréhension du fonctionnement de la personnalité / Style de vie de l'individu, parce que la réponse psychopathologique à un événement traumatique que l'on peut observer (troubles post-traumatiques, troubles dépressifs, troubles anxieux, comportement d'automutilation, etc.) suppose différentes significations dans le psychisme des personnes.

Traiter la violence et les personnes ayant subi ces violences ne met pas seulement à l'épreuve les compétences professionnelles des cliniciens, mais les implique également sur le plan émotionnel, culturel et de leurs valeurs personnelles. Ce n'est pas « juste » une maladie qui accable inévitablement la vie d'une personne ; il faut faire face à des dommages causés par quelqu'un, et, dans le cas des VPI, par quelqu'un en qui on devait avoir confiance. Il est difficile de ne pas se sentir indigné. Ces dommages n'affectent pas seulement la femme (ou ceux qui subissent la violence), mais aussi la signification des relations de couple, du mariage et de la parentalité. Un risque face à ces types de souffrances est d'adopter une attitude

réductrice, qui considère les aspects sociaux, culturels, historiques, biologiques ou psychologiques de manière simplifiée et isolée. Chaque phénomène humain, chaque souffrance, implique une « approche de la complexité », particulièrement face à la violence.

La première intervention après un acte de violence a lieu aux urgences d'un hôpital, souvent précédée par une prise en charge par les forces de l'ordre. Il est donc important que ces professionnels de première ligne soient formés pour gérer la peur, la colère, la honte, les émotions par lesquelles la victime de violence peut être submergée.

L'officier de police qui prête secours représente celui qui garantit la sécurité objective (contient la peur) : cela constitue une condition préalable essentielle pour le décours thérapeutique ; cela fait référence à la possibilité d'activer la sécurité de l'attachement (le cas échéant) ou peut représenter une possibilité réparatrice en cas d'attachement dysfonctionnel.

Le rôle de garant de la sécurité dont dispose l'agent peut contribuer à la restauration du « système de signification » et/ou à l'accès à une « justice réparatrice », comme opportunité de dépassement de la vengeance (donc de l'agressivité) (Orlandini, 2012).

Une approche multidisciplinaire et multiprofessionnelle est fondamentale

dès les premiers moments où la personne ayant subi des violences demande de l'aide. La première consultation inclut la récolte de tous les signes cliniques (documentés par photographies) et les examens médicaux qui sont nécessaires pour les procédures judiciaires. C'est donc une phase très délicate de la prise en charge où l'intervention médico-légale éventuellement gynécologique est intégrée aux besoins de soutien psychologique et social.

La psychothérapie des victimes de VPI doit être inscrite au sein d'un réseau d'interventions dans le cadre d'un projet clinique adapté aux besoins individuels de la personne, selon les différentes complexités cliniques et existentielles. L'expressivité pathologique dépend de facteurs en interaction tels que : les caractéristiques des événements traumatiques, les événements culturels et sociaux, les aspects subjectifs, biologiques et psychologiques, de tempérament et de caractère qui soutiennent l'efficacité mentale et la résilience. Pour formuler des interventions ciblées, « sur mesure », pour la personne victime de violence, il est important de comprendre quelles sont ses fragilités préexistantes et ses ressources.

La capacité des victimes à évaluer et à combattre la violence est très variable, oscillant parfois entre révolte ouverte et résignation passive dans des situations extrêmes et humiliantes.

La victime qui n'évite pas les abus et la violence, qui refuse ou résiste aux tentatives d'aides offertes par les services d'aides sociales et de santé, est ancrée dans des schémas relationnels et d'attachement dysfonctionnels, souvent dépendants ou masochistes.

Affirmer qu'une personne a une faible estime de soi peut être une hypersimplification d'une souffrance profonde et complexe qui peut être très différente pour différentes personnes.

L'attention du clinicien doit être placée sur l'organisation de la personnalité soutenue par les composantes : motivationnelle, cognitive, affective et comportementale des traits de personnalité.

Dans les situations d'exposition prolongée à la violence, dans lesquelles la victime ne se protège pas ou n'accepte pas une intervention aidante, il est vraiment fondamental de comprendre la dynamique du cycle de violence relationnel et générationnel, ou les modèles pathologiques et dysfonctionnels de relation entre l'agresseur et la victime. Cela, afin que l'intervention proposée devienne utile et efficace.

Il existe de nombreuses méthodologies thérapeutiques validées pour le traitement des troubles du stress post-traumatique (APA's PTSD Clinical Practice Guideline, 2020). La méthodologie adlérienne est ciblée sur les mécanismes psychopathologiques qui sous-tendent les symptômes, c'est-à-dire

qui empêchent les individus de faire face aux événements de la vie en mettant en œuvre des stratégies efficaces. Face au traumatisme d'une VPI, il est en effet nécessaire de comprendre les différentes formes de souffrance psychique, qui peuvent être réactives à la violence subie et/ou la précéder.

Lors de la psychothérapie de personnes qui ont subi des violences, il faut garder une attention particulière sur les souvenirs traumatiques qui ne sont pas sous le contrôle de la volonté, qui sont intrusifs, qualitativement et quantitativement égaux à l'expérience traumatique qui les a générés, sorte de fragments d'expérience qui pourraient être non organisés, non intégrés à la narration du Soi.

La psychothérapie du traumatisme doit prêter attention à offrir un sentiment de sécurité et d'endiguement des affections traumatiques. Il est nécessaire d'inclure des interventions de psychoéducation sur les symptômes post-traumatiques, qui favorisent la possibilité de reprendre le contrôle des expériences émotionnelles. Il est également important de prêter attention au risque d'offrir un avantage secondaire aux besoins sur-compensatoires d'attention et de contrôle. Soutenir les défenses les plus adaptées est nécessaire pour permettre la narration de l'expérience traumatique et son élaboration.

Il est important de surveiller les activations spécifiques du transfert et du

contre-transfert par rapport aux souvenirs traumatiques et au risque de reposer, dans la relation thérapeutique, le traumatisme du parent / thérapeute qui hyper-protège (dans une façon dominante) ou ne protège pas (dans une façon abandonnique).

D'un point de vue méthodologique et technique, la psychothérapie adlérienne avec les victimes de VPI prend en considération le niveau de fonctionnement psychopathologique de la personnalité (Ferrero, 2014), c'est-à-dire les modalités de fonctionnement sur lesquels les traumatismes de la violence agissent.

La psychothérapie est donc orientée selon des objectifs visant à protéger les ressources individuelles et à modifier les aspects dysfonctionnels de la personnalité, qui peuvent entraver le traitement du traumatisme et /ou exposer de nouveau la personne à des relations dysfonctionnelles.

Lorsque la réélaboration du traumatisme échoue et/ou lorsque la capacité d'accéder aux fonctions de mentalisation a été compromise, le sujet peut être submergé par des expériences d'anxiété dépassant ses capacités de réaction biologique et/ou psychologique.

Le traumatisme peut être tellement dévastateur qu'il ne peut plus être ignoré en évitant tout contact avec lui (les défenses pour le mettre à distance ne suffisent plus) ; le sujet peut alors essayer d'y faire face en l'anticipant, induisant

ou favorisant inconsciemment précisément les situations qui l'exposent de nouveau à la violence.

L'objectif général est donc parfois d'améliorer la capacité du sujet à se protéger des situations relationnelles dans lesquelles les conditions de la violence peuvent se répéter. Cela peut nécessiter d'agir sur les mécanismes décrits de structuration du Style de vie marqué par un sentiment d'infériorité qui expose le sujet à interagir de manière collusoire avec des personnalités dominantes ou des sujets violents, dans un cercle relationnel pathologique.

Sur le plan méthodologique, cela peut nécessiter l'utilisation de différents outils techniques, destinés à potentiellement :

- accueillir et valider l'expérience et le vécu émotionnel du patient,
- explorer des nouvelles expériences émotionnelles indicibles et inacceptables,
- l'élaboration de nouvelles significations pour l'expérience traumatique,
- la recherche d'une meilleure intégration des aspects du Soi,
- la recherche de nouvelles possibilités de relation significative.

L'efficacité de la thérapie est donc liée à une évaluation et une compréhension de la souffrance du patient, dans ses complexités et nuances, au choix d'outils d'intervention adéquats en cohérence

avec les objectifs identifiés, mais surtout à la possibilité d'une expérience relationnelle thérapeutique qui revêtît un caractère encourageant (Rovera, 2009). Cela signifie que la relation thérapeutique doit être soigneusement modulée en fonction des besoins (et des possibilités) du patient pour profiter d'un espace d'accueil rassurant et protecteur, qui peut restaurer la confiance en l'Autre que la VPI a miné. Cependant, précisément parce que la relation thérapeutique peut rappeler et rééditer le style d'attachement, c'est-à-dire les modules de liaison (Ferrero, 2014) que le patient a expérimentés dans la petite enfance, il est essentiel que le thérapeute sache gérer la distance/proximité dans la relation thérapeutique, avec une attention particulière dans les cas où il y a une fragilité préexistante (ou une désorganisation) dans l'expérience de la tendresse primaire du patient et donc dans sa structuration du Soi.

Il est alors particulièrement important de surveiller l'implication contre-transférentielle du thérapeute dans le travail avec ces patients, en faisant attention au risque iatrogène d'une relation thérapeutique qui prend le caractère d'une dépendance régressive ou qui repropose par inadvertance le traumatisme subi.

IV. Le traitement de l'auteur de violence entre partenaires intimes

Les dynamiques du transfert et du contre-transfert qui sont activées dans le traitement des agresseurs peuvent être encore plus complexes, même si de signe opposé. Si, dans le traitement de la victime, le thérapeute risque effectivement de s'entendre émotionnellement « pour protéger » le patient, dans l'intervention adressée à l'agresseur, il peut être particulièrement difficile pour le thérapeute de maintenir cette position de suspension de jugement nécessaire pour qu'il y ait une possibilité de travail thérapeutique.

Les difficultés de prise en charge du patient maltraitant concernent principalement la *compliance* (adhérence thérapeutique) de ces sujets, qui sont généralement envoyés en traitement suite à une décision de justice (APA Guidelines on Evidence-Based Psychological Practice in Health Care, 2021).

De plus, il est nécessaire de considérer le profil de personnalité du sujet qui produit le comportement violent. Stone (2007) souligne les difficultés de traitement des sujets à profil de personnalité obsessionnel-compulsif, histrionique, borderline, narcissique, antisocial, plaçant les sujets à personnalité psychopathique au-delà du seuil de traçabilité.

Afin de mettre en place un traitement, il est essentiel de considérer les différents types de déficit d'empathie (cognitive et affective) (Baron-Cohen, 2011) et les différents niveaux de déficit de mentalisation (conscience de Soi et auto-agency) (Allen et coll., 2008) que ces patients présentent. C'est-à-dire la façon par laquelle le déficit de sentiment social est surcompensé par les instances auto-affirmatives et la recherche de pouvoir (Adler, 1912).

La responsabilité subjective implique la perception des impulsivités comme les nôtres, sans laquelle il ne peut y avoir de sentiments de culpabilité et de honte (Tyson, 2005). Le sujet qui agit violemment n'a pas ce sens de la maîtrise : agir physiquement, avec un geste violent, devient ainsi un moyen de retrouver dans le réel, dans le corps, ce qui manque dans la dimension symbolique de l'interaction. Souvent ces sujets revendiquent leurs actions violentes par la nécessité d'exiger le « respect », terme qui renvoie à l'idée du *mirroring* (Fonagy, et al., 2002 ; Guédeney, N. 2011). Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement. Devenir, 23, 129-144.) ; l'action violente visant à « se prendre » la reconnaissance par l'Autre (manque d'empathie et manque de valeur, de reconnaissance). L'impulsivité, la séduction, la manipulation, le mensonge, la violence ne doivent donc pas être compris uniquement comme les effets d'un déficit d'empathie dans la perception de l'Autre mais aussi un

déficit dans la perception de Soi en tant qu'agent valorisé.

D'un point de vue bio-psycho-social, il est également nécessaire de considérer la base biologique du comportement antisocial et les facteurs socio-culturels qui favorisent les comportements violents. Le rôle du contexte socio-environnemental en tant que facteur de risque et d'indicateur pronostique a été étudié en profondeur par de nombreux auteurs. En particulier, la publication de Hardiman et Lapeyre (2004) sur les données de six projets d'intervention différents, parrainés par le Conseil de l'Europe et menés dans diverses banlieues urbaines considérées à risques : *Spanish quarters* (Naples, Italie), El Raval (Barcelone, Espagne), Slotervaart (Amsterdam, Pays-Bas), Derwent (Derby, Royaume-Uni), Fakultela (Sofia, Bulgarie), District sud (Moscou, Russie). Cependant, ce serait une erreur d'associer exclusivement les comportements violents à la dégradation sociale ; le statut socio-économique de l'auteur de la violence est souvent de niveau moyen à élevé.

Le premier obstacle de traitement de ces sujets est donc représenté par la nécessité de mettre en œuvre la compliance, de changer progressivement la motivation extrinsèque, de saper l'égosyntonie des comportements violents et de favoriser l'internalisation du locus de contrôle. La difficulté est de parvenir à une véritable intégration entre une approche clinique-

psychopathologique, centrée sur les traits de personnalité et les besoins individuels du patient, une attention à la maîtrise des comportements et aux objectifs sociaux et pénaux (Maggiolini, 2014).

La motivation hétérocentrée de ces patients, qui accèdent aux traitements suite à une décision judiciaire, représente certes une difficulté, mais dans certains cas c'est la seule motivation initiale possible. On part d'une alliance contractuelle, qui est fondée sur une « obligation » ou un éventuel « avantage » judiciaire, et qui est constamment mise à l'épreuve par les tentatives de contournement du patient. L'alliance thérapeutique est alors un objectif et pas une condition de départ dans le traitement de ces patients.

L'intervention judiciaire que la figure du juge assume revêt parfois une fonction symbolique potentielle de régulation externe, qui peut être progressivement internalisée. Le thérapeute doit être capable de maintenir la position de médiateur potentiel d'un changement, favorisant un exercice d'empathie et de mentalisation pour le patient. Il est donc important que le thérapeute ne s'entende pas émotionnellement avec des instances défensives ni avec des instances punitives. L'accent est mis pas seulement sur l'attitude empathique du thérapeute, mais sur la possibilité de favoriser les confrontations empathiques : « pour faire voir et entendre au patient ce que l'autre (la victime potentielle) voit et ce qu'il

ressent avec lui » (Maggiolini, 2014). L'accès progressif à des sentiments de culpabilité et de honte, l'apparition de symptômes anxieux et dépressifs au cours du traitement correspondent donc, paradoxalement, à un pronostic plus favorable.

Il est particulièrement important que le thérapeute dispose d'informations sur la vie réelle du patient pour endiguer le risque de manipulation, et que la psychothérapie fasse partie d'une prise en charge complexe, articulée en réseau avec les autres interventions cliniques, de réhabilitation et sociales.

La psychothérapie est fréquemment proposée dans un cadre d'interventions de réhabilitation au sein de communautés thérapeutiques. L'intervention psychothérapeutique pour le patient maltraitant est indiquée, dans certains cas, dans un environnement confiné qui peut réduire et sanctionner les agis, et doit viser à accroître l'empathie, la mentalisation et la prise de conscience des conséquences de son propre comportement sur soi et sur les autres.

La rigueur du cadre, des règles, la prévisibilité des conséquences de ses propres actions prennent donc une valeur fondamentale. Précisément parce que ces sujets ont tendance à passer directement de l'impulsion à l'action, l'équipe peut aider ces patients à interposer la pensée entre l'impulsion et l'action en encourageant le patient à

réfléchir au résultat possible de ses actions.

Une fois que les institutions ont établi un contrôle sur la vie des patients, bloquant les canaux habituellement utilisés pour décharger les affects désagréables par l'action, les patients peuvent commencer à affronter leur anxiété et leur agressivité.

Les stratégies thérapeutiques se focalisent donc d'abord sur le « ici et maintenant ». Tout agi doit être traité rapidement.

Dans ces cas également, le modèle adlérien de compréhension des dynamiques d'infériorité et de surcompensation par l'exercice exacerbé de la volonté de puissance (Adler, 1912) constitue un outil théorique et méthodologique valable pour le traitement de ces patients, avec la possibilité de distinguer et de pouvoir utiliser des méthodologies de réhabilitation et thérapeutiques qui visent à réduire l'impulsivité, ou à augmenter l'empathie, ou à développer l'autonomie et le sens des responsabilités (Maggiolini, 2014).

V. *Conclusions*

Les réflexions proposées ne sont certainement pas destinées à être exhaustives par rapport à un thème aussi large et complexe, mais elles mettent en évidence l'actualité de l'approche adlérienne dans la compréhension et le

traitement d'un problème de grande pertinence sociale et clinique, tel que les phénomènes de violence entre partenaires intimes.

Bibliographie

ADLER Alfred (1908), *Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kinder*, in : Adler A., Furtmuller C., *Heilen und Bilden: Arztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individual-psychologie*, Reinhardt, München, 1914

ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. fr. *Le tempérament nerveux. Éléments d'une psychologie individuelle et applications à la psychothérapie*, Paris, Payot, 1970.

ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. fr. *Pratique et théorie de la psychologie individuelle comparée*, 1930, Paris, Payot, 1961.

ADLER, A. (1926), *La Psicologia del bambino difficile*, tr. fr. Adler Alfred, *L'enfant difficile : technique de la psychologie individuelle comparée (1928-1930)*, Trad. de l'allemand et Préf. par Herbert Schaffer., Paris, Payot, 1992.

ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. fr. *Connaissance de l'homme. Étude de caractérologie individuelle*, Paris, Payot, 2004.

ADLER, A. (1982) *La Cooperazione tra i sessi. Scritti sulle donne e gli uomini, sull'amore, il matrimonio e la sessualità*, Roma, Edizioni Universitarie Romane.

ALLEN, JG., FONAGY, P., BATEMAN, A.W. (2008), *Mentalizing in clinical practice*, American Psychiatric Association Publishing, 2008

ANSBACHER, H. L., ANSBACHER R. R. (Eds.) (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler: A Systematic Presentation in Selections from his Writings*, London, G. Allen and Unwin.

ANSBACHER, H.L. (1981), Discussion of Alfred Adler's preface to the Diary of Vaslav Nijinsky, *Archives of General Psychiatry*, 38(7): 836-841

APA PTSD Clinical Practice Guideline, 2020, www.apa.org/ptsd-guideline

APA Guidelines on Evidence-Based Psychological Practice in Health Care, 2021, <https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-health-care>.

ATTILI, G. (2004), *Attaccamento e amore*, Il Mulino, Bologna.

BARON-COHEN S. (2011), *La Scienza del male. L'empatia e le origini della crudeltà*, Raffaello Cortina, Milano.

BOWLBY J. (1988), *A secure base: Parent-child attachment and healthy*

human development, New York, Basic Books.

CACP (2016), *Cadre national d'action policière collaborative en matière de violence entre partenaires intimes (VPI)*, rapport publié par l'Observatoire canadien sur les mesures judiciaires prises pour contrer la violence conjugale, Université du Nouveau Brunswick, et Comité sur la prévention du crime, la sécurité, la santé et le bien-être des communautés, l'Association Canadienne des Chefs de Police (ACCP). https://www.cacp.ca/comit%C3%A9-sur-la-pr%C3%A9vention-du-crime-activit%C3%A9s.html?asst_id=1201

CARLI, L. (1995), *Attaccamento e rapporto di coppia. Il modello di Bowlby nell'interpretazione del ciclo di vita*, Raffaello Cortina, Milano.

COHEN D. (2012) Traumatismes et traces : données expérimentales. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 60 (5) : 315-323

CONSEIL DE L'EUROPE (2011), *Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*, Istanbul, 11 mai 2011. <https://www.coe.int/fr/web/convention/s/full-list?module=treaty-detail&treaty-num=210>.

FERRERO, A. (2014), *Une psychothérapie modulée sur le*

fonctionnement psychopathologique. L'Harmattan, Paris.

FERRIGNO, G. (1993), Il maschile e il femminile nel linguaggio onirico, *Rivista di Psicologia Individuale*, 34: 77-87.

FREUD, A. (1936), *Ego and the Mechanisms of Defense*, tr. fr. 2001, *Le Moi et les mécanismes de défense*, Paris, Presses Universitaires de France (PUF).

GALLESE V., MIGONE P., EAGLE M.N. (2006), La simulazione incarnata: I neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL(3): 543-580.

HAMEL, J. (Ed.) (2008), *Intimate partner and family abuse: a casebook of gender inclusive therapy*, Springer, New York.

HARDIMAN P.S., LAPEYRE F., (2004) *Youth and exclusion in disadvantaged urban area: Policy approaches in six European cities*, Council of Europe Publishing http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/trends_en.asp

MAGGIOLINI, A. (2014). *Senza paura, senza pietà: Valutazione e trattamento degli adolescenti antisociali*. Raffaello Cortina.

MASCETTI, A., MAIULLARI, F., BALZANI, A. (1985), Attualità e aggiornamento del concetto adleriano di protesta virile nella donna, *Rivista di Psicologia Individuale*, 20-21: 69-73.

MIKULINCER, M., SHAVER, P.R. (2017), *Attachment in Adulthood. Structure, Dynamics, and Change*, 2nd ed., Guilford Press, New York.

MIPROF (2022), *Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2021* (N° 18; La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes). Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF).

<https://arretonslesviolences.gouv.fr/index.php/les-lettres-de-l-observatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2013), *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire*. <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-RHR-HRP-13.06>.

ORLANDINI A. (2012), Il trattamento analitico delle vittime di violenza sessuale: possibili modificazioni del setting e della tecnica, in P. CUNIBERTI & L. CAPARROTTA (Eds.): *Psicoanalisi*

in trincea. Esperienze, pratica clinica e nuove frontiere in Italia e nel Regno Unito. Milano, Franco Angeli: 201-212.

PONZIANI, U. (1993), Maschilità: identità di genere, stereotipi sessuali e loro costruzione socioculturale, *Rivista di Psicologia Individuale*, 34: 29-37.

ROVERA, G.G (1980), "Ermafroditismo psichico, ruolo sociale e protesta virile", in AA.VV., *Sessualità e medicina*, Feltrinelli, Milano.

ROVERA, G.G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento. *Rivista di Psicologia Individuale*, 66: 139-169.

STONE MH (2007), *Pazienti trattabili e non trattabili. I disturbi di personalità*. Raffaello Cortina, Milano.

TYSON P. (2005) Affects, agency and self-regulation: complexity theory in the treatment of children with anxiety and disruptive behavior disorders, *Journal of the American psychoanalytic association*, 53(1), 159-187.

Simona Fassina
Via Verzuolo 49
10139 Torino
simonafassina@hotmail.it

Barbara Simonelli
Via Vanchiglia 25
10124 Torino
bfsimonelli@gmail.com

CLINIQUES SUR MESURE

La contagion positive : les dynamiques de l'encouragement

Andrea Ferrero

Résumé – La personnalité du thérapeute joue un rôle central dans le processus d'encouragement ; soins attentifs, attitudes filiales, résistance à la souffrance, estime de soi et présentation d'un modèle d'espoir sont des attitudes particulièrement heuristiques. De façon plus précise, l'encouragement serait une réponse empathique aux besoins du patient. Il est souligné combien un encouragement orienté vers une tendresse primaire, ou vers les besoins successifs d'amour, de succès, d'estime de soi et de compétences qui en découlent, est particulièrement important.

Finalement, les dynamiques de l'encouragement sont conçues pour être strictement adaptées aux besoins de la personnalité et des résistances du patient.

Les trois brèves vignettes cliniques proposées permettent d'illustrer clairement le sujet.

Mots clés : *Encouragement, Personnalité du thérapeute, Besoins et Résistances du patient*

I. Brèves considérations théoriques générales

Dans un article récent, Rovera (2015) définit l'encouragement en l'encadrant par une conception complexe de la psychothérapie et de la pratique clinique. Selon cette perspective, le mandat originaire du thérapeute est celui d'opérer suivant deux lignes directrices : fournir au patient l'objectivité d'une part et sa présence d'autre part.

Dans le déroulement de ce mandat, la personnalité du thérapeute, telle qu'elle est perçue par le patient, joue un rôle

très important. Selon de multiples études (Greenberg, 2004 ; Hersoug et al., 2001 ; Marcolino et Iaconi, 2003), les éléments de la personnalité du thérapeute ayant une très grande pertinence et importance sont :

- La capacité de maintenir une attention sélective et empathique, et la créativité, plutôt qu'une intelligence générique ;
- L'attitude d'affiliation, plutôt qu'une affectivité humaine générique ;

- La résistance à se laisser envahir par la contagion de la souffrance, plutôt qu'une confiance générique ;
- Une estime de soi évidente et équilibrée ;
- Savoir représenter un modèle d'espoir pour le patient.

On ajoute que les variables intrapsychiques de la personnalité du psychothérapeute semblent plus décisives que ses modalités relationnelles (Hersoug et al., 2002 ; Schauenburg et al., 2006). Cet aspect souligne, une fois de plus, l'importance de la formation analytique et de la formation émotionnelle personnelle du thérapeute, en parallèle de l'apprentissage technique et clinique.

Dans une perspective générale, l'encouragement se prévaut de la capacité d'estimer le patient pour ce qu'il est, de lui montrer confiance, de croire dans ses capacités, de construire avec lui les instruments du respect de soi (Dreikurs, 1950). D'un point de vue plus spécifique, l'encouragement correspond à une réponse empathique aux besoins du patient.

Cette approche nous permet de faire référence au concept de « *trans-motivation* » qui approfondit l'analyse dans un sens plus psychodynamique et allant vers la psychologie individuelle (Rovera, 1982), car ce terme désigne la modalité de hiérarchisation des besoins et des motivations qui définissent le *Style de Vie*, et les changements qui le

caractérisent tout au long de la vie. Dans les repères tracés par ce concept, dès les toutes premières phases de construction de la personnalité, se met en place la distinction entre la satisfaction du besoin subjectif d'amour ou de tendresse primaire et l'émergence progressive des besoins spécifiques d'amour, de succès, d'estime de soi ou de compétences (Bolterauer, 1982). L'attention maternelle affectueuse, déjà pendant la grossesse, permet de satisfaire le besoin d'amour primaire. Le premier témoignage de la reconnaissance subjective, en période prénatale, est en effet biologique : à travers le placenta, le message est transmis par la hausse des niveaux d'ocytocine, l'hormone des soins vers la progéniture de la part des femelles. Après la naissance, à travers les messages non verbaux de l'allaitement, des soins hygiéniques, du contact physique et de l'étreinte, les parents témoignent à l'enfant qu'ils le reconnaissent comme sujet aimé qui est autre qu'eux même.

Ensuite, même au niveau verbal, les mères (et les pères) synchrones favorisent la naissance de l'identité et sa structuration stable à travers la perception de son propre esprit, l'empathie, la modulation des émotions et l'organisation de la pensée (Atzil et al., 2011). Dans le cadre suffisamment stable de l'attachement sûr (Bowlby, 1969-1980), ces fonctions parentales permettent que la structure primaire du Soi ne se consolide pas par la voie de l'idéalisation, mais par l'encouragement

de la perception de la différence, de la valorisation de la créativité (Adler, 1935) et de la tolérance du contraste et de l'ambivalence (Ferrero, 2014).

En revanche, les parents intrusifs (Atzil et al., 2011) qui suivent les modalités d'un attachement désorganisé (Bowlby, 1969-1980), se caractérisant par des *agis*, une incongruité émotionnelle et une désorganisation cognitive, favorisent l'apparition d'importants dysfonctionnements de la structure primaire du Soi ce qui peut enfermer l'identité de l'enfant dans une construction précaire.

Avec ces individus et même en présence de graves prédispositions dysfonctionnelles d'origine génétique qui altèrent la cognition sociale, l'encouragement du thérapeute devra être adressé prioritairement au dépassement de l'angoisse « *dis-individuante* » que le patient expérimente quand il se trouve à faire face à des aspects indésirables de soi-même et des autres. C'est le cas des patients diagnostiqués de psychose ou de graves troubles de la personnalité. Celle-ci est une condition très différente par rapport à celle, plus fréquente, où les sujets ont une identité stable qui ne présente que des dysfonctionnements de la régulation du Soi (Tenbrink, 1998), mais sans défauts de sa cohérence et de sa constance dans le temps. Dans ces cas, l'encouragement consistera plutôt par une élaboration plus directe ou par l'introduction des techniques de soutien

qui visent directement les conflits non résolus comportant l'activation des angoisses de perte ou d'échec chez le patient.

Par ailleurs, le thérapeute devra tenir compte du fait que son propre encouragement pourra, à chaque fois différemment, être ou non en ligne avec les modalités que le patient utilisera pour affronter sa propre souffrance et qui constituent une sorte de tentative d'auto-guérison avant celle de la demande de thérapie. L'ensemble de ces mécanismes de défense et d'adaptation, pour la plupart inconscients, est défini en termes d'organisation pathologique de la personnalité.

L'organisation psychotique de la personnalité (OPP) correspond en général à la tentative du patient de donner un sens à sa propre expérience identitaire chaotique et dispersée, mais en générant une confusion entre les aspects cognitifs et émotionnels de leur vécu personnel et les faits réels, ou en conséquence en faisant l'expérience de certains événements extérieurs comme étant éminemment personnels (sujets fusionnels).

Les différents niveaux d'organisation borderline de la personnalité (OBP ; Ferrero, 2014) ont tendance à préserver la cohésion du Soi à travers le fait qu'un aspect particulier du sujet représente temporairement le sujet en entier, lorsque les aspects cognitifs et émotionnels contradictoires du vécu ne

sont pas tolérables (sujets anti-ambivalents).

L'organisation névrotique de la personnalité (ONP), dans ses différentes formes et déclinaisons, est en revanche le résultat de la tentative de sortir des conflictualités irrésolues, au sein d'une structure identitaire stable et cohérente. Chez ces sujets, les aspects cognitifs et émotionnels contradictoires du vécu sont mal tolérés (sujets hyper-ambivalents).

Le fonctionnement du patient, dans toutes ces différentes conditions, tend à son tour à encourager ou décourager les interventions du thérapeute (Westra et al., 2012).

Les premiers résultats d'une recherche, réalisée en utilisant le Therapist Response Questionnaire (Betan et al., 2005) pour 42 traitements avec des patients du Centre pour le traitement des troubles de la personnalité à l'adolescence et à l'âge adulte (Centre DPAA - Centro per il trattamento dei Disturbi di Personalità dell'Adolescenza e dell'età Adulta), du CMP de Settimo Turinois (ASL TO4), montrent comment le thérapeute se sent d'autant plus maltraité et submergé, et perçoit d'autant plus son impuissance, que l'organisation de la personnalité du patient est compromise (Ferrero et al., 2017). L'ensemble de ces réactions chez le thérapeute sont décrites précisément par Betan et collègues (2005).

L'organisation de la personnalité du patient est définie grâce à la *Defensive Functioning Scale* (APA, DSM IV, 1994) et la *Psychopathological Functioning Levels – Rating Scale* (Ferrero et al., 2016).

En résumé, la technique de l'encouragement n'est pas réellement circonscrite à certains comportements particuliers, mais elle se caractérise comme une aide pour permettre au patient de développer sa créativité, ses connaissances et ses valeurs, tout en prenant en charge la nécessité de fortifier de manière équilibrée ses formations défensives (Rovera, 1982).

II. *Présentation d'illustrations cliniques*

a) *Vignette clinique n.1*

Il s'agit d'un homme de 46 ans avec un diagnostic de schizophrénie désorganisée et une organisation de personnalité psychotique. La motivation par rapport à la thérapie est absente et, en particulier, le patient ne veut pas prendre des psychotropes. Invité, après l'énième refus, à écouter l'avis de la psychiatre de la communauté thérapeutique où il est hospitalisé, le patient, normalement caractérisé par une élocution très désorganisée, démarre en offensant sa psychiatre, en affirmant que « les femmes ne sont bonnes que pour le sexe ». La psychiatre imagine que la réponse offensive et décourageante dépend du fait que le

patient ne la connaît pas et qu'il craint qu'elle puisse l'envahir, avec la possible terreur de dissolution complète de son identité précaire. Par conséquent, la psychiatre l'encourage en lui répondant qu'il n'est pas obligé de s'adresser à elle directement. Alors un infirmier, bien connu par le patient, intervient pour l'encourager sur l'utilité des psychotropes. Le patient accepte la thérapie médicamenteuse.

b) Vignette clinique n.2

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans avec un diagnostic de trouble de la personnalité limite (TPL ou TPB) et une organisation état-limite (borderline) de la personnalité (OBP). La motivation de la patiente par rapport au traitement est celle de pouvoir améliorer l'estime de soi et la gestion de sa propre émotivité. En revanche, la psychothérapeute pense que les objectifs prioritaires devraient être autant la disparition des *agis* auto- et hétéro-agressifs qui se sont déjà répétés maintes fois, que le développement du relationnel et de la sexualité vers une attitude moins chaotique et d'une persévérance dans la capacité à se procurer et maintenir des activités professionnelles stables. Les attentes de la patiente par rapport aux séances étaient celles de recevoir en priorité des conseils : fondamentalement la thérapie devrait constituer une sorte de substitut de l'école, que la patiente a en revanche interrompue.

L'histoire de la patiente nous apprend qu'elle a eu un père violent et une mère anxieuse. Les deux parents répondent à toutes ses demandes et lui évitent toutes gênes : le message reçu est qu'on obtient tout par la rage (selon l'exemple paternel) ou, au contraire, on peut et/ou on doit éviter toutes situations qui n'assurent pas la satisfaction certaine du désir (selon la leçon maternelle). Ces modalités configurent clairement que son attachement primaire est de type désorganisé. Il n'y a pas un réel espace pour l'estime de soi et dans nombreuses situations la patiente se montre franchement dépendante.

A la même époque que les débuts de la psychothérapie (un cycle de 40 séances hebdomadaires de *Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy*, *SB-APP*, psychothérapie psycho-dynamique adlérienne séquentielle brève ; Ferrero, 2014), un petit copain apparaît, intensément idéalisé. Un jour, après les premières séances, presque inopinément, la patiente refuse de sortir de la voiture pour aller en séance. C'est la mère qui annonce à la thérapeute le refus de sa fille, en lui demandant de l'aide pour la convaincre de continuer la thérapie. La thérapeute, consciente de courir le risque de renforcer les comportements pathologiques de la patiente (et de la mère), décide d'aller auprès d'elle, assise dans la voiture sur le parking. En s'approchant, elle lui dit, apparemment sans être écoutée par la jeune : « Si tu le désires, je suis là pour toi et nous pouvons faire la séance ». Le

message correspond dans sa substance thérapeutique à celui-ci : « Je reste avec toi, je tolère ton refus, même si je ne l'approuve pas, car la séance peut être une bonne opportunité pour toi ». La thérapeute communique sa présence en même temps qu'elle respecte la rage de sa patiente : elle n'est ni dans l'absence ni dans l'expulsion.

La patiente, d'ailleurs, ne va pas à la séance, mais elle se présente la fois d'après explicitant le fait qu'elle n'aime pas ne pas avoir suffisamment de conseils pendant les séances. Elle verbalise enfin l'opposition plutôt que passer à l'action immédiatement. La thérapeute lui explique pourquoi elle ne trouve pas particulièrement utile de lui donner des conseils et pourquoi elle se permet, en revanche, de lui exprimer des opinions. Lors des séances suivantes, la patiente remarque que sa mère lui transmet souvent son anxiété et qu'également son petit-ami ne semble pas tout à fait parfait, montrant par là qu'elle peut relever certaines contradictions chez les autres, même si elle ne semble pas encore prête à les résoudre et en faire des projets.

En résumé, la thérapeute a encouragé la patiente par des modalités de validation et non de confrontation. Pour être spécifique :

1. Elle lui a témoigné, par son comportement, la possibilité d'une relation de validation, pour renforcer

spécifiquement l'identité de la patiente ;

2. Elle lui a témoigné par une *self-disclosure* (partage d'une expérience personnelle), la possibilité d'une relation de validation d'elle-même, pour renforcer spécifiquement l'identité de la patiente ;
3. Elle dialogue en écoutant et en expliquant ses propos, pour renforcer spécifiquement l'identité de la patiente ;
4. Elle valide les perceptions spontanées de l'ambivalence, pour favoriser spécifiquement l'intégration de l'identité de la patiente.

Suivant les principes techniques du décours temporel du traitement de la psychothérapie psychodynamique adlérienne séquentielle brève, SB-APP (Ferrero, 2014), la thérapeute a, au début, respecté les défenses de la patiente (thérapie conservatrice), pour travailler ensuite prudemment sur les aspects clivés, dès que l'alliance thérapeutique a été construite et maintenue, même dans les moments les plus critiques (thérapie mutative).

c) *Vignette clinique n.3*

Il s'agit d'une femme de 37 ans avec un diagnostic de trouble histrionique et une organisation névrotique de la personnalité. La motivation de la patiente envers la thérapie est liée à son incapacité à se séparer définitivement d'un homme de 15 ans plus âgé qu'elle, qu'elle n'aime plus, mais qui lui reste

toujours fidèle, malgré le fait qu'elle le trompe et l'ait déjà quitté temporairement.

Les attentes initiales de la patiente envers la thérapeute semblent celles d'être maternée et soutenue. Dans son enfance, la mère la gâtait ou lui demandait protection par rapport à la grand-mère despotique. Le père semblait capable de la comprendre, mais il subissait la mère.

En raison de ces expériences infantiles, la patiente semble en permanence coincée dans un conflit d'abandon irrésolu.

Comme cela se passait avec le père, si elle est accueillie dans son individualité, elle ne peut pas être protégée. Comme cela se passait avec la mère (et ensuite avec la thérapeute), elle peut en revanche avoir le désir de dépendre des attentions d'autrui. L'alternative, enfin, peut être celle de s'imposer comme la grand-mère faisait (et comme elle réalise *de facto* avec le petit-ami qui n'arrive pas à l'abandonner).

Pendant une phase avancée de sa psychothérapie psychodynamique adlérienne (APP) à durée indéterminée, la patiente reproche à la psychothérapeute d'être froide et non maternelle. La thérapeute répond qu'il lui semble de s'occuper d'elle-même sans l'assister ou la gâter. Elle lui souligne qu'elle reste, par-là, fidèle au mandat d'être présente, mais ni asservie, ni rejetante. La patiente se sent encouragée à élaborer son propre vécu par plus de dialogue et de façon plus paritaire.

Par la suite, la patiente commence une relation parallèle avec un autre homme capable de lui faire la cour et de lui procurer des moments et des sensations agréables, mais qui la critique, car elle ne quitte pas son petit-ami. La patiente affirme de ne pas avoir le courage de changer d'attitude sur ce sujet, bien qu'elle le regrette.

La thérapeute interprète cette attitude de la patiente en lui disant qu'elle ne sait pas aimer, car elle n'a pas été aimée, mais la patiente rejette l'interprétation comme non significative. La thérapeute pense donc qu'elle ne peut pas accepter cette interprétation, bien qu'elle soit vraisemblable, car trop pénible. Elle propose alors une autre lecture : « Vous avez probablement raison : pour vous, il est plus important de tenir toutes les ficelles, pour avoir le contrôle de la situation comme la grand-mère le faisait ; par cette attitude, par contre, vous risquez de perdre le plaisir de la relation avec cet autre homme qui est apparu dans votre vie ».

La patiente accepte cette nouvelle formulation qui ne met pas en échec sa propre volonté de puissance, mais elle demande à nouveau à la thérapeute ce qu'elle peut faire de différent. La thérapeute lui répond qu'elle peut devenir accueillante, c'est-à-dire recevoir le plaisir que cet homme lui offre sans imposer les contraintes de la relation avec son ancien petit-ami. Dans cette posture d'accueil, la patiente devra prendre en compte qu'elle s'expose également et de façon évidente à la

douleur et à la frustration que la vie future pourrait lui réserver.

La patiente répond : « Je ne sais pas, je ne veux pas », mais la thérapeute lui fait remarquer qu'elle a été déjà accueillante avec elle « quand vous avez ressenti que je vous frustrais ». Et elle ajoute : « si on n'est pas seul, on peut même accepter la douleur », encourageant un parcours qui de l'impuissance relationnelle ou de la volonté de puissance amène vers le sentiment social.

En résumé, la thérapeute a été encourageante :

- En restant fidèle au mandat d'être présente, mais sans alimenter les dynamiques de la patiente ;
- En témoignant sa propre voie de sortie par rapport au conflit d'abandon non résolu et revécu par la patiente dans la projection transférentielle ;
- En proposant sa propre voie de sortie par rapport au conflit irrésolu du couple.

Même dans ce cas, la thérapeute a respecté, au début, les défenses de la patiente (thérapie conservatrice), pour travailler ensuite sur les aspects refoulés et sur les mécanismes projectifs et introjectifs inconsciemment activés contre les menaces de séparation et de perte dans les relations significatives (thérapie mutative).

III. Brèves considérations synthétiques

Certaines réflexions générales semblent pouvoir dériver de l'expérience psychothérapeutique :

- L'encouragement fait appel à la capacité d'être à l'aise avec ses propres émotions négatives ;
- L'encouragement fait appel à la reconnaissance des émotions négatives du patient ;
- L'encouragement s'accorde avec la compréhension de l'organisation de personnalité du patient ;
- L'encouragement s'accorde avec la compréhension réaliste des possibilités de changement du patient au moment et dans le contexte relationnel donnés ;
- L'encouragement sollicite des aspects empathiques et implicites : des comportements relationnels « exemplaires » ;
- L'encouragement sollicite des aspects empathiques explicites : la reconnaissance sélective, spécifique et constante du type de souffrance du patient, de son évolution, et en particulier de ses besoins et de ses dysfonctionnements qui en sont à la base.

Bibliographie

ADLER, A. (1935), The fundamental view of Individual Psychology, *International Journal of Individual Psychology*, 1: 5-8.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed), Washington (DC), American Psychiatric Association

ATZIL, S, HENDLER, T., FELDMAN, R. (2011), Specifying the neurobiological basis of human attachment: brain, hormones, and behavior in synchronous and intrusive mothers, *Neuropsychopharmacol.*, 36(13): 2603–2615.

BETAN, E., HEIM, A.K., ZITTEL CONKLIN, C., WESTEN, D. (2005), Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation, *American Journal of Psychiatry*, 162 (5) : 890–898.

BOLTERAUER, L. (1982), Die narzisstisch gestörte Persönlichkeit im psychoanalytischen Aspekt von H. Kohut und im individualpsychologischen Aspekt von F. Künkel, *Zeitschrift Für Individualpsychologie*, 7: 76- 84.

BOWLBY, J. (1969-1980), *Attachment and loss* (Vols. I, II, and III). Hogarth Press, London

DREIKURS, R. (1950), *Fundamentals of Adlerian Psychology*, tr. it. 1968 *Lineamenti della Psicologia di Adler*, La Nuova Italia, Firenze.

FERRERO, A. (2014), *Une psychothérapie modulée sur le fonctionnement psychopathologique. Le modèle sur-mesure de la psychothérapie psychodynamique adlérienne*, L'Harmattan, Paris.

FERRERO, A., FASSINA, S., LERDA, S., MUNNO, A., PASSERINI, R., RUTTO, F., SIMONELLI, B. (2017), Risposte dei terapeuti e organizzazione di personalità dei pazienti. In A. FERRERO: Atteggiamenti e contro-atteggiamenti: la ricerca. *Relazione al XXVI Congresso Nazionale S.I.P.I.*, Bologna.

FERRERO, A., SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO, E., ABBATE-DAGA, G., MARZOLA, E., FASSINO, S. (2016), Psychopathological Functioning Levels (PFLs) and their possible relevance in psychiatric treatments: a qualitative research project, *BMC Psychiatry*, 16: 253.

GREENBERG, J.P. (2004), Essential Ingredients for Successful Psychotherapy: Effect of Common Factors. In GABBARD G.O. (Ed): *The art and science of brief psychotherapies. A practitioner's guide*, Washington D.C., American Psychiatric Publishing

HERSOUG, A.G., HØGLEN, P.A., MONSEN, J.T., HAVIK, O.E. (2001), Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors, *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10(4): 205-216.

HERSOUG, A.G., MONSEN, J.T., HAVIK, O.E., HØGLEN, P.A. (2002), Quality of early working alliance in psychotherapy: diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(1): 18-27.

MARCOLINO, J.A., IACOPONI, E. (2003), The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy, *Revista Brasileira de Psiquiatria / Brazilian Journal of Psychiatry*, 25(2): 78-86.

ROVERA, G.G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento. *Rivista di Psicologia Individuale*, 17-18: 28-50.

ROVERA, G.G. (2015), Lo stile terapeutico, *Rivista di Psicologia Individuale*, 78: 19-85.

SCHAUENBURG, H., DINGER, U., BUCHEIM, A. (2006), Attachment patterns in psychotherapists, *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 52(4): 358-372.

TENBRINK, D. (1998), Betrachtungen zum Spannungsfeld zwischen individualpsychologischer Identität und psychoanalytischen Selbstverständnis in der Individualpsychologie. *Zeitschrift Für Individualpsychologie*, 23: 95-115.

WESTRA, H.A., AVIRAM, A., CONNORS, L., KERTES, A., AHMED, reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy, *Psychotherapy*, 49: 163-172.

Andrea Ferrero
Via Sommacampagna 6
I-10131 Torino
andfer52@hotmail.com

Cet article a été publié, en version italienne, dans la Revue de Psychologie Individuelle (2018), 83 : Supplément – Actes du XXVII Congrès National de la Société Italienne de Psychologie Individuelle, Brescia 13-15/04/2018.

[Rivista di Psicologia Individuale (2018), 83: Supplemento - Atti del XXVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia Individuale, Brescia 13-15/4/2018.]

La souffrance mentale comme expression du sentiment d'infériorité selon Adler

Y a-t-il la nécessité d'un nouveau paradigme
pour le diagnostic et donc le traitement ?
Un exercice de psychodiagnostic différentiel permettant
la valorisation et la prise en charge de la souffrance mentale
en mettant en évidence son lien d'avec l'expression spécifique
du sentiment d'infériorité par le patient.

Alessandra Zambelli

Résumé - L'auteure décrit sa conception de la psychothérapie et du psychodiagnostic adlériens dans le traitement de la dépression chez l'adolescent. Elle se base sur l'analyse d'un cas clinique brièvement présenté par Andrea Ferrero au 27ème congrès international de l'IAIP à Minneapolis, USA, en 2017.

À partir de l'état actuel des connaissances concernant la psychothérapie et la psychologie clinique, l'auteure construit méticuleusement son raisonnement par le biais d'un questionnement séquentiel :

1. Est-il nécessaire de rechercher de nouveaux procédés d'évaluation de la dépression ?
2. Comment peut-on détecter les dynamiques dysfonctionnelles les plus importantes à traiter lors de la psychothérapie ?
3. Peut-on intégrer de nouvelles stratégies techniques aux psychothérapies adlériennes ?

La symptomatologie et les événements de la vie du patient sont brièvement présentés, ainsi que le plan de traitement schématique et les modalités de la psychothérapie.

En suivant le parcours thérapeutique proposé, l'auteure tente de répondre à quelques questions fondamentales au sujet de l'expression de l'infériorité et des outils diagnostiques ; des dynamiques de l'infériorité et de leur éclairage psychopathologique ; de la prise en charge de la dépression à l'adolescence et de la planification des traitements ; et enfin de la thérapie de l'infériorité et de ses processus psychothérapeutiques.

Mots clef : Alfred Adler, psychodiagnostic différentiel, psychothérapie sur mesure, PDM, PDM-2, sentiment d'infériorité, dépression, adolescence, thérapie de l'adolescent.

Pour répondre à ces questions qui ne sont théoriques qu'en apparence, je me dois de revenir au terrain clinique posé en même temps que ce questionnement par le Dr Andrea Ferrero, l'été 2017, au 27ème Congrès International Adlérien, à Minneapolis, dans le cadre de la Section Internationale "Science, Theory and Research" de l'IAIP¹, dont il était président. Dans cette table ronde, il m'avait invitée à analyser et discuter conjointement avec le professeur canadien Christopher Shelley du cas clinique d'un patient, C.A., connu de lui seul. Il nous avait équipés également d'une liste dense de questions à suivre, pour *décliner* le sens central d'un bon psychodiagnostic au service d'une thérapie sur-mesure, signe originaire de la thérapie adlérienne. Étant donné que le texte clinique proposé est dépourvu des « proprioceptions » relationnelles du thérapeute, état typique d'un récit préparatoire rapide, il m'avait paru évident d'apprendre à « ressentir » le cas présenté comme un cas en supervision, malgré les difficultés liées à une syntaxe fuyante où le contenu en anglais était délivré avec une sorte d'avarice ciselée. Mais l'expérimentation prenait un sens intéressant, car ma méthodologie présumée est, comme pour la plupart des thérapeutes, que le symptôme ne peut pas suffire au diagnostic, et qu'analyser les données de vie résumées ne peut pas être exhaustif, car il nous manque le contact vivant avec le patient. Sont donc absentes non seulement les

données verbales, mais surtout les gestuelles, et par là l'évaluation du vécu avec le patient comme l'analyse intuitive de ses fonctionnements mentaux, que je chercherai à *m'inventer* par la rêverie stimulée chez moi par la narration de Ferrero. Grâce à cet exercice, je cherche à récupérer les informations cliniques internes manquantes à partir de celles que la présentation m'a suscitées, et qui parfois sont provoquées explicitement par l'auteur du texte.

I. Le cas clinique

C.A. est né par insémination artificielle avec donneur anonyme, à cause de l'infertilité du mari de sa mère, son prétendu père. Les parents se séparèrent cinq ans plus tard, à cause de la violence répétée du père alcoolique ; père que C.A. vécut comme « une présence intégrée au cadre de la maison » (« *preset presence at home* »). En fait, sa mère avait besoin de travailler et était très souvent absente de la maison, jusqu'à ce qu'elle développe un grave trouble dépressif lorsque C.A. avait 9 ans.

L'enfant grandit principalement avec ses grands-parents maternels, qu'il considère comme ses « vrais parents ». Plus précisément, la grand-mère est présentée comme ferme et décidée, alors que le grand-père paraît moins important. La scolarité de C.A. se passe bien jusqu'à ses 13 ans : bon

¹IAIP : *International association of individual psychology*, Association internationale de psychologie individuelle ; www.iaipwebsite.org

comportement, ouvert aux autres et sociable. Au collège, il développa une relation importante avec son professeur d'italien, de littérature et d'histoire, qu'il décrit comme chaleureux, rassurant et ouvert. Malheureusement, C.A. n'a plus eu de contact avec lui après le collège. De plus, tous les professeurs le trouvèrent intelligent et curieux, et recommandèrent qu'il passe au lycée en filière générale. D'un avis contraire, la grand-mère lui imposa une formation professionnelle pour qu'il commence à travailler au plus vite. Dès le début de cette formation, C.A. fut gravement humilié et moqué, en l'absence de violence physique, et il fut finalement renvoyé pour résultats insuffisants. Bien qu'il cherchât de nouveaux amis, il fut de nouveau victime de maltraitance à deux reprises. En 2013, la grand-mère développa un cancer de l'utérus. C.A. s'en occupa continuellement, y compris lorsqu'elle fut opérée.

Pas de symptômes jusqu'à il y a 6 mois, lorsqu'un tableau clinique est apparu : humeur dépressive permanente, aucune motivation pour les activités quotidiennes, somatisations avec diarrhées, violents maux de ventre, anxiété et troubles du sommeil. Nous ne trouvons pas d'événements significatifs en lien avec ces troubles qui empêchent C.A. de bien suivre sa scolarité, alors qu'il doit cette année-là suivre un double cursus, cours de seconde et première en même temps.

Le patient a commencé, il y a peu, des séances hebdomadaires de psychothérapie pour traiter une dépression. Dès les débuts des séances, le thérapeute installe un espace d'attention et de confiance. Durant les deux premières sessions, C.A. est motivé pour parler de lui, fournissant l'information qui a été exposée précédemment. En même temps, il repense à la possibilité de recontacter le professeur amical qui était son confident au collège, évoquant cependant la crainte d'être intrusif.

Le thérapeute ne le décourage pas. Le patient envoie un e-mail au professeur, qui répond cordialement. Soudain, les symptômes diminuent.

II. Analyse psychodiagnostique

En reprenant la lecture du cas, j'observe que : notre patient doit terminer sa dernière année de lycée professionnel en Italie, année redoublée de plus, pour accéder ensuite et finalement au monde professionnel, selon une filière non choisie par lui, mais par sa grand-mère, seule vraie figure solide d'attachement. Il devra donc se lancer dans une toute nouvelle situation, dans l'inconnu d'une nouvelle phase de la vie à la fin de l'année scolaire. Le diagnostic doit sans aucun doute tenir compte de l'âge du patient, pour répondre à une des questions posées, car à l'adolescence certains symptômes n'ont pas la même valence diagnostique qu'à l'âge adulte. Nous sommes en effet en train de parler

d'un adolescent qui doit affronter d'une part une phase de passage déterminante dans la vie d'un individu, primordiale à l'adolescence, correspondant à son évolution « bio-psycho-sociale » pour gagner *l'adulthood*², l'autonomie, c'est-à-dire la capacité de prendre en charge ses propres besoins, désirs et plaisirs ; et d'autre part, à la conclusion du processus d'individuation, problématique qui à cet âge voit déjà l'ambiguïté entre dépendance et autonomie comme fondamentale et non pathologique. Nous voyons également que l'histoire de C.A. est marquée par des expériences, relations et séparations traumatiques, comme le récent cancer de la grand-mère, il y a 3-4 ans, dont il a assidûment pris soin, en particulier au moment de l'opération, et qu'il prend en charge encore aujourd'hui. Toutes les relations importantes de C.A., celles avec ses *caregivers*³, sont touchées par un trauma, qui sollicite toujours une angoisse de perte ou d'indisponibilité et le rejet. De plus, les modèles virils de référence pour son identité de genre – géniteur, père et grand-père – sont faibles ou absents, en particulier le père génétique qui est inconnu ; le père *adoptif* (« le mari de la mère ») l'a abandonné à 5 ans, en outre son alcoolisme l'ayant toujours rendu indisponible, il a été perçu comme une simple présence prédéfinie,

programmée, routinière. On doit donc faire l'hypothèse d'une problématique d'identité de genre faible et d'intériorisation d'infériorité, bien qu'on puisse noter une certaine résilience à investir affectivement d'autres figures viriles. En effet, nous savons qu'il a su tisser une relation de soutien affectif avec le professeur d'histoire que j'identifie à un homme, ou plutôt je me laisse aller à la suggestion qu'il soit un homme, ce que les règles de grammaire de la version anglaise ne permettent pas de confirmer. Nous pouvons observer que cette résilience à chercher d'autres figures disponibles est déjà présente par rapport aux grands-parents, car C.A. affirme qu'ils sont ses « vrais » parents. Aussi, il faut relever que C.A. met à profit immédiatement le soutien thérapeutique en arrivant à formuler son projet et le réaliser rapidement (celui de contacter son professeur de l'année précédente avec qui il avait tissé cette relation affective). Ceci même si on peut émettre l'hypothèse qu'il le fasse pour entrer dans le modèle du patient parfait, en relation au style narratif de mon collègue.

À partir de ces données, je peux alors formuler mes premières grilles diagnostiques relatives aux niveaux de dysfonctionnement mental dans les

² *Adulthood* : terme dérivant de l'anglais *Adulthood* (Siegel, D. J., 2011) qui est un néologisme en français inventé par Jacques-Michel Robert dans l'ouvrage *Comprendre notre cerveau* publié au Seuil en 1984 et repris, par exemple, par Philippe Guitton dans ces écrits sur l'adolescence.

³ *Caregiver* : personne réalisant une fonction maternante auprès d'un individu. (NdE)

5 dimensions considérées par l'APP⁴ (où vous pouvez aisément récupérer les 6 dimensions déterminantes pour un diagnostic différentiel selon le PDM-2⁵) autant pour le type de trouble que pour le niveau du fonctionnement mental.

Je fais l'hypothèse que C.A. n'a pas de problèmes relatifs aux capacités cognitives ; qu'il a en revanche un problème d'inhibition du contrôle des impulsivités, et une prédominance de la honte et probablement de la culpabilité dans la dimension des émotions négatives ; qu'il semble avoir de bonnes compétences sociales, car il sait s'investir dans les relations et même les activer s'il est soutenu ; qu'il est capable de prendre soin des autres en modalité même trop responsable ; mais qu'il doit pouvoir apprendre la gestion du conflit et de l'agressivité. En termes de compréhension de l'expérience, C.A. est excessif dans sa prudence. C'est la même posture inhibante qu'on retrouve dans sa baisse de motivation à faire les choses quotidiennes, telles qu'aller à l'école. Cependant, le fait de se sentir protégé par le cadre thérapeutique semble lui avoir redonné assurance et équilibre même dans cette dimension. Sur l'identité, nous n'avons pas trop d'information, mais ses antécédents m'ont incitée à formuler cette hypothèse d'une fragilité dans le domaine

fondamental de l'identité lié à l'âge du patient. Sur la qualité relationnelle avec le thérapeute, je comprends qu'elle est bonne, même si on peut déduire à partir de l'intervention du clinicien son appréhension à ne pas rendre C.A. trop dépendant. Je formule l'hypothèse d'un profil de fonctionnement mental (PFL) VI dans l'échelle de l'APP⁶.

Ma première hypothèse comme diagnostic différentiel par ordre d'importance est :

a) désordre dépressif avec possibilité d'évolution à l'âge adulte en Trouble de la Personnalité Dépendante et une tendance psychosomatique (à vérifier) en relation avec une anticipation de séparation inconcevable ou incongrue par rapport à son sentiment d'infériorité construit sur ses présumées incapacités à s'en sortir tout seul, ou inhérent à une problématique d'identité corporelle ;

b) désordre dépressif avec possibilité d'évolution en Trouble de la Personnalité Dépressive Anaclitique avec une défense d'évitement et de somatisation (qui répond bien aux traitements brefs, contrairement à la version introspective), en considération d'un antécédent familial important

⁴ APP : *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy*, psychothérapie psychodynamique adlérienne. Cette méthodologie est décrite dans l'ouvrage d'Andrea Ferrero (2014).

⁵ *Psychodynamic Diagnostic Manual : Second Edition : PDM-2*, Manuel de diagnostic psychodynamique (Lingiardi et McWilliams, eds, 2017).

⁶ Cfr. note 4.

autant dans son aspect génétique que de *coping*⁷ ;

c) désordre dépressif avec possibilité d'évolution en Trouble de la Personnalité Évitante avec un trait somatisant ;

d) désordre dépressif avec possibilité d'évolution en Trouble de la Personnalité Masochiste Anaclitique, où la somatisation pourrait exprimer la croyance inconsciente que l'attachement demande souffrance : il est nécessaire d'être souffrant pour que les autres se montrent disponibles.

Ce diagnostic différentiel est corroboré par l'intervention du thérapeute qui souligne son propre « ne pas décourager le patient à faire son projet » de recontacter son professeur d'histoire de l'année précédente. Ici, je fonde mon idée qu'il ne s'agit pas d'un niveau borderline (même pas PFL V), mais plutôt névrotique (PFL VI) de fonctionnement de la personnalité. Le thérapeute narrateur, par cette intervention, me suggère qu'il est en train d'évaluer l'hypothèse que C.A., malgré les microtraumatismes relationnels répétés (qui l'ont submergé

par des états émotionnels confusionnels et violents, pour être ensuite laissé seul en situation abandonnique), n'est pas sur un niveau borderline de fonctionnement mental. Il s'agit également de la raison pour laquelle C.A. considère ses grands-parents comme ses vrais parents, se retrouvant enfin dans un cadre sûr, même si un peu rigide et hyper-protecteur, où l'agressivité de C.A. n'avait pas la possibilité ou le sens de s'exprimer, et où au contraire il a du apprendre à l'introjecter, en évitant les conflits qui avaient déjà envahi sa vie affective.

Ces deux conditions semblent avoir créé un contexte favorable pour le développement d'une personnalité dépendante, avec un trait évitant, incapable d'activer et réaliser l'*agency*⁸ ou *agentivité*, la capacité d'agir activement et transformer le contexte où on est inséré. Ainsi on le voit deux fois victime de harcèlement à l'école, en particulier après que la grand-mère lui impose le choix du lycée professionnel, sans considérer les réelles aptitudes et potentialités de C.A., probablement à cause de sa propre maladie oncologique.

⁷ *Coping* : de l'anglais « *to cope* » : faire face, s'ajuster à la réalité ; Ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des demandes spécifiques internes et/ou externes, vécues par le sujet comme menaçant, épuisant ou dépassant ses ressources (Juillet P., 2000).

⁸ L'*Agency* est un terme introduit par Albert Bandura, cognitiviste social canadien. Vivant au moment où Adler était déjà aux USA, il a été le premier président de l'*American Psychological Association* et renommé pour son concept de « *Self-efficacy* » (Bandura, 2003 ; 1997). Récemment et principalement au Canada, ce terme anglais a été traduit en français par *agentivité* pour décrire la fonction psychique relative aux actes accomplis intentionnellement, indépendamment de leur réussite. Le point de départ de l'étude de cette faculté est la conviction qui implique de pouvoir exercer activement une influence sur les événements, ce qui en termes adlériens se traduirait par le concept de « pouvoir créateur ».

C.A. semble ainsi avoir perdu de l'énergie en *agentivité* : dans la faculté de réaliser les choses, d'intervenir dans la réalité, d'exercer un pouvoir causal.

III. *La dynamique de l'Infériorité : accent sur la pragmatique de la psychopathologie*

Qu'est-ce qui peut produire la perte de ce sentiment d'*agentivité* et sa capacité chez un individu, sinon le sentiment d'infériorité inhérent à la sensation de se croire incapable de ne rien faire sans être accompagné comme un enfant ? De subir les événements, en particulier relationnels, étant traité comme un paquet postal depuis sa première enfance ? Et sentir ne pas être en mesure de pouvoir calmer son propre sentiment d'incomplétude, qui est alors identifié aux sensations du sentiment de dépendance naturel ?

Il me semble évident que l'association entre des situations chaotiques et abandonniques, qui déterminent des sentiments profonds d'insécurité, suivies par des situations protectrices, mais rigides à la limite de l'envahissement, aient sollicité un sentiment d'infériorité et de *passivation* de l'agressivité, jusqu'à une réduction de la vitalité de la capacité créative de se penser indépendant et sujet total.

IV. *La prise en charge de l'infériorité et le planning de la thérapie*

À partir de ces présupposés, je considère le symptôme dépressif somatisé de C.A. comme l'expression de cette configuration de personnalité dépendante, qui nous indique aussi la tendance à éviter les problématiques psychiques internes pour les dévier en somatisation ; tout comme les conflits relationnels auxquels C.A. ne sait pas répondre avec la juste agressivité, mais plutôt par un comportement évitant et soumis. Je focaliserais donc la thérapie sur l'idée que des défenses d'évitement seraient présentes et probablement auto-frustrantes, sûrement *somatisantes*, sur lesquelles il serait important d'arriver à une explicitation dans la suite de la thérapie. Je travaillerais d'abord sur l'idée d'une personnalité dépendante ou avec un trait dépendant, donc par l'attention à lui offrir un cadre accueillant, doublé de la prévenance⁹ à respecter l'espace du patient pour lui permettre de s'exprimer de manière la plus autonome possible. L'enjeu consistera à lui donner support et empathie sans me substituer à sa capacité d'*agentivité* même idéative¹⁰, en évitant donc soigneusement de l'envahir par interprétations précoces ou *insights* et conseils, pas heuristiques au moins pour le moment. Si j'étais sur l'hypothèse de diagnostic de dépression non

⁹*Prévenance* : Attitude qui anticipe le besoin inconscient du patient à trouver et défendre son espace identitaire.

¹⁰*Idéatif* : Capacité de l'imaginaire conscient de créer des idées, des pensées, des projets...

anacritique, ces derniers pourraient être utiles, mais nous n'avons aucun élément pointant dans cette direction.

V. *Le début de la psychothérapie de C.A.*

Je travaillerais d'abord sur ces ressources, cherchant à l'amener à souligner et expérimenter l'importance de l'agressivité comme énergie vitale créative, comme expression de sa vitalité et par là l'amener à en récupérer la légitimité étant une énergie dont il n'est pas dépourvu, comme il semble implicitement le croire, mais qu'il possède en réalité exactement comme les autres. Je l'accompagnerais à considérer les rapports avec ses pairs, aussi du sexe opposé, non seulement comme source de conflit, mais aussi de plaisir, partage, coopération et solidarité. Seulement après l'avoir senti à l'aise avec l'expression de sa force, je sonderais la possibilité d'arriver à le rendre conscient de son attitude à la formation réactionnelle¹¹ comme défense face à son énergie agressive, ou même à l'évitement des conflits, c'est-à-dire au déni de l'agressivité d'autrui comme de la sienne, jusqu'à l'évaluation de

l'existence et du sens de l'agressivité passive.

VI. *Thérapie de l'Infériorité : déroulement de la psychothérapie*

Si je pose comme centrale l'idée que C.A. a un début de Trouble de la Personnalité Dépendante, je pars du présupposé que sa préoccupation principale est de maintenir/perdre les relations. En effet, sa fiction tendancieuse le fait se ressentir inadéquat ou bien en état de besoin d'aide (*helplessness*), sans agency ; puisque dans son esprit, seuls les autres sont forts. Dans cette dynamique de l'infériorité, le plaisir du jeune semble aujourd'hui focalisé sur la recherche de sécurité, en particulier par rapport aux relations instables d'attachement, parmi lesquelles sûrement il craint la perte définitive de la grand-mère annoncée par sa maladie. Probablement sa souffrance principale est la tristesse liée à cette possibilité de perte et donc à la peur de la solitude, également fantasmée par rapport au futur inconnu du monde du travail. Un focus principal de la thérapie, que j'identifie comme ressource, est celui de l'amener vers l'expérience du plaisir de l'agency : le plaisir de l'expression de puissance dans

¹¹ *Formation réactionnelle* : « Attitude ou habitus psychologique de sens opposé à un désir refoulé, et constitué en réaction contre celui-ci (pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes par exemple). En termes économiques, la formation réactionnelle est un contre-investissement d'un élément conscient, de force égale et de direction opposée à l'investissement inconscient. Les formations réactionnelles peuvent être très localisées et se manifester par un comportement particulier, ou généralisées jusqu'à constituer des traits de caractère plus ou moins intégrés à l'ensemble de la personnalité ». Définition extraite du *Vocabulaire de la psychanalyse* (Laplanche et Pontalis, 1967).

le fait d'être créateur de son propre projet, le plaisir de vivre, le fait qu'on peut réaliser ce projet sans craindre de ne pas y parvenir ou de ne pas en avoir le droit, ou bien d'entrer en conflit avec les personnes les plus chères. Je travaillerais donc pour amener son attention vers ses ressources internes, vers la valorisation des sensations internes de son propre corps, par rapport à celles, relationnelles, qu'il a l'habitude de valoriser prioritairement et exclusivement dans la relation à autrui. À ce stade de la thérapie, aucun supplément de thérapie médicamenteuse n'est nécessaire, même hypothétiquement.

Je chercherais à avoir au moins un contact avec les membres disponibles de la famille et sonder la possibilité d'une thérapie familiale, même si j'ai la sensation qu'elle soit pour le moment hautement improbable, mais peut-être pas impossible. Ayant l'opportunité d'une thérapie de groupe (de ses pairs), je l'envisagerais également en discutant préalablement avec le patient.

Je ne pense pas que la rémission des symptômes puisse être considérée comme stable, car je ne connais pas le niveau de conscience que C.A. a déjà gagné sur ces mécanismes de défense et sur ces schémas aperceptifs, c'est-à-dire de son *style de vie*, et donc sur sa vision du futur. Le résultat positif de la réponse affirmative du professeur contacté a simplement ajouté de l'efficacité au processus. Pour répondre à une des

questionnées posée, il me semble évident qu'on ne peut pas se fier à la stabilité de la rapide rémission des symptômes, et que la thérapie ne devrait donc pas être considérée comme terminée. En revanche, il n'est en aucun cas intéressant de prévoir une thérapie de longue durée, et en relation à toute confirmation des diagnostics différentiels, car on est en train de parler d'un adolescent chez qui les symptômes ne peuvent être que physiologiques dans le cadre d'une crise du passage. On ne voudrait justement pas, alors, donner lieu à l'installation d'une nouvelle dépendance ou régression.

Je travaillerais sur les expériences des figures viriles familiales. Puis, je chercherais à sonder l'aspect corporel pour renforcer le *moi*, soutenir l'évolution de l'intégrité du soi, et pour ne pas laisser non-sondées les problématiques sexuelles auprès d'une personnalité qui a sûrement un trait évitant, dans une phase de la vie où ces pulsions ont des implications identitaires profondes.

Nous avons vu la faiblesse de notre patient au niveau de l'unité psychosomatique, ceci devra donc être un focus prioritaire de la thérapie : à traiter par approches intégrées comme la

*mindfulness*¹² et aussi l'EMDR¹³. L'autorégulation émotionnelle est au centre du symptôme, et elle doit être considérée comme un accès à l'intégration du soi, que je considère psychocorporel selon les conceptions bioénergétiques d'Alexander Lowen (1958) et celle de Donald Winnicott (1971), finalement très adlériennes si on accepte de ne pas en faire des théories psychosomatiques opposées au concept de *Self nucléaire* de Daniel Stern (1985). L'unité psychosomatique serait sûrement la cible principale que je viserais pour amener le jeune patient à un début d'intégration des sensations corporelles liées à l'agressivité et à la sexualité, en commençant par la simple acceptation de leur existence.

Comme les relations affectives d'attachement sont le point faible et fragilisant de l'histoire de C.A., celles-ci doivent devenir le focus de la suite de la thérapie, en démarrant par des

techniques de clarification, à travers l'utilisation des premiers souvenirs et des rêves; c'est-à-dire en explorant ensemble ce que le patient ne refuse pas consciemment à priori, jusqu'à tester ses capacités de confrontation en passant par l'encouragement à élaborer son monde intérieur en autonomie. Très progressivement, je vérifierais sa disponibilité à affronter les problématiques directes liées à l'infériorité vécue et perçue en termes relationnels et sociaux, et dans ses échos corporels et énergétiques.

À la question de savoir s'il faut intégrer de nouvelles stratégies techniques à la psychothérapie adlérienne pour la dépression, je n'hésite pas à répondre par un oui méthodologique. Il appartient à chaque thérapeute de savoir approfondir et faire évoluer sa technique grâce à la formation continue, les congrès et colloques nationaux comme internationaux¹⁴, pour offrir en

¹²La *mindfulness* est aujourd'hui une technique très diffusée et transversale se référant à l'idée de développer la capacité, plus au moins présente chez l'individu, d'adresser l'attention consciente au moment présent, à ce qui se passe à l'intérieur de l'esprit et de la psyché, mais aussi du corps pour propulser une intégration de ces trois niveaux. Je fais particulièrement référence à l'utilisation que Peter Fonagy a mis au point dans le domaine psychothérapeutique avec la juste sensibilité et respect du profil psychopathologique du patient (Allen *et al.* 2008).

¹³L'acronyme EMDR signifient *eye movement desensitization and reprocessing* c'est-à-dire désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires. Technique découverte et mise au point par Francine Shapiro, elle a été développée par un travail collégial qui a pris une ampleur internationale sur le traitement du PTSD (Post-traumatic stress disorder, SSPT syndrome de stress post-traumatique), et elle est devenu une approche de psychothérapie intégrée complexe s'adressant à la totalité de la psychopathologie [<http://www.emdr-france.org>].

¹⁴D'ailleurs dans tous les pays occidentaux, dans notre profession comme pour les autres, la participation annuelle à des formations est obligatoire; formations dont il faut rendre compte à l'administration de l'État. En France, psychologues et psychothérapeutes ne sont pas soumis à cette obligation.

permanence à ses patients des outils thérapeutiques mis à jour.

VII. Conclusion

Est-il nécessaire d'envisager de nouvelles procédures d'évaluation des troubles dépressifs ? Y a-t-il la nécessité de forger un nouveau paradigme pour le diagnostic et donc le traitement ? La souffrance mentale, comme expression du sentiment d'infériorité selon Adler, est-elle encore un paradigme heuristique ? C'est-à-dire capable de nous apporter une efficacité pragmatique et une vision de la réalité chargée d'une vérité ?

Voici les questions théoriques intéressantes qui émergent de ce travail et auxquelles je ne pourrais même pas tenter de répondre ici, cependant j'aimerais présenter un début d'éclairage sur cette réflexion. J'estime que, sur le plan méthodologique, on doit toujours penser à de nouvelles modalités d'évaluation ou *assessment* et d'évolution épistémologique. Depuis quelques décennies, par exemple, les paradigmes de l'*Information Cérébrale*¹⁵, du *Trauma* et de la *Dissociation*¹⁶ ont fait leur entrée en psychodiagnostic et en thérapie : il est à mon avis devenu nécessaire de savoir articuler le sentiment d'infériorité adlérien, et tout ce qui en dérive, avec ce mécanisme de défense, la *dissociation*, qui prend

¹⁵ Comme la AIP – Adaptive Information Processing. La définition de AIP est très bien synthétisée sur le site de l'Association Européenne EMDR [<https://emdr-europe.org>] dont je vous rapporte le texte en anglais : « The AIP model explains the basis of pathology, predicts successful clinical outcomes, and guides case conceptualization and treatment procedures. Consistent with other learning theories, the AIP model posits the existence of an information processing system that assimilates new experiences into already existing memory networks. These memory networks are the basis of perception, attitudes, and behavior. Perceptions of current situations are automatically linked with associated memory networks (Buchanon, 2007). For example, the reader can make sense of this sentence because of previous experiences with written English. Similarly, burning one's hand on a stove goes into memory networks having to do with stoves and the potential danger of hot objects. A conflict with a playmate (« me first ») and its resolution (« we can share ») is accommodated and assimilated into memory networks having to do with relationships and adds to the available knowledge base regarding interpersonal relations and conflict resolution. When working appropriately, the innate information processing system « metabolizes » or « digests » new experiences. Incoming sensory perceptions are integrated and connected to related information that is already stored in memory networks, allowing us to make sense of our experience. What is useful is learned, stored in memory networks with appropriate emotions, and made available to guide the person in the future (Shapiro, 2001) ».

¹⁶ Comme les auteurs du *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization* (2006) ont su bien décrire dans ce livre, devenu classique, en dessinant une approche intégrée qui s'adapte comme un gant à la théorie et à la technique adlériennes. Le fait même que ce texte introduise comme référence matricielle la théorie de l'action de Pierre Janet, nous signale un lien direct avec Adler qui cita Janet et le sentiment d'incomplétude dans l'introduction de son texte fondamental, *Le Tempérament Nerveux* (1912), comme référence pour son concept du sentiment d'infériorité.

aujourd'hui un sens paradigmatique tout à fait nouveau et central. Cela concerne certaines pathologies (comme le syndrome de stress post-traumatique, cf. note 11) qui arrivent de plus en plus fréquemment en thérapie. Mais cela peut également servir de base à la conception de thérapies préventives institutionnelles, ou comme un outil personnel adopté par les citoyens, devenus conscients de son bénéfice sur leur santé actuelle et future.

Mais le sujet ne peut qu'être renvoyé à un espace spécifique et adéquat, je m'en tiens donc ici à en souligner l'importance et l'inhérence pour l'exercice de notre métier de psychologue, de psychanalyste et de psychothérapeute.

Bibliographie

ADLER, A. (1912), *Le Tempérament Nerveux : Éléments d'une psychologie individuelle et applications à la psychothérapie* (Tr. fr. de la 4e édition allemande Dr. Roussel, 1948) 1992, Paris, Bibliothèque Scientifique Payot.

ALLEN, J.G., FONAGY, P. & BATEMAN, A.W. (2008), *Mentalizing in Clinical Practice*, Washington, American Psychiatric Publishing Inc.

BANDURA, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 84, 191-215.

FERRERO, A. (2014), *Une psychothérapie modulée sur le fonctionnement psychopathologique. Le modèle-sur-mesure de la psychothérapie psychodynamique adlérienne*, Paris, L'Harmattan.

LAPLANCHE, J & PONTALIS, J. B. (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse* (sous la direction de Daniel Lagache, 7è édition 1981), Paris, Presses Universitaires de France.

LINGIARDI, V. & MCWILLIAMS, N. (Eds.) (2017), *Psychodynamic Diagnostic Manual : Second edition: PDM-2*, New York, The Guilford Press.

LOWEN, Alexander (1958) *Physical Dynamics of character structure (The language of the body)*, New York, Grune and Stratton.

SIEGEL, D. J. (2011) *Brainstorm: The Power and Purpose of the Teenage Brain*, New York, Tarcher Perigee.

STERN, Daniel N. (1989) *Le monde interpersonnel du nourrisson : Une perspective psychanalytique et développementale* (1^{re} éd. anglaise 1985), Paris, Presses Universitaires de France.

VAN DER HART, O., NIJENHUIS, E.R.S. & STEELE, K. (2006) *The Haunted Self: Structural Dissociation*

and the Treatment of Chronic Traumatization, New York, W. W. Norton & Company.

WINNICOTT, D., (1971), *Playing and Reality*, London, Tavistock Publications.

Le contenu de cet article a été présenté, en version italienne et traduction anglaise simultanée, lors d'une conférence au XXVII Congrès International adlérien à Minneapolis, 9-13 juillet 2017. <http://www.iaipwebsite.org>

Alessandra Zambelli
13, rue du Caire
75002 Paris
alessandra.zambelli@me.com

LE CHAMP PSYCHOSOCIAL



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Intervention et supervision en matière de harcèlement scolaire

Formation à l'intervention psychopédagogique et à la prévention contre le harcèlement et le cyberharcèlement selon la méthode adlérienne de psychologie individuelle

Christelle Schläpfer

Résumé – L'auteure synthétise dans cet article ce qui avait été présenté dans le cadre d'un projet européen Erasmus+ de formation gratuite en ligne – Psych.E.In. Il comprend une étude de cas et une bonne pratique, réorganisées en deux parties : 1) L'INTERVENTION dans une situation scolaire et 2) LA SUPERVISION. Elle trace les éléments fondamentaux à lire et retenir pour bien gérer ce type d'intervention psychologique en urgence, car il est crucial de comprendre le contexte général d'une intervention technique psychologique sur le harcèlement et le cyberharcèlement qui nécessite une formation spécifique. Il s'agit de phénomènes de groupe qui ne se produisent pas uniquement entre la victime et l'agresseur. L'ensemble du système doit être pris en compte. Mais chaque cas est différent, et chaque constellation de classes et chaque école sont comme des individus : elles ont leurs propres caractéristiques et dynamiques. Pour cette raison, un suivi de supervision est nécessaire comme pour toute intervention thérapeutique systémique et/ou psychoéducative.

Mots-clés : *Méthode Adlerienne d'Urgences Scolaires, Bullying, Cyberbullying, Formation de groupe. Projet Psych.E.In, Urgences Humanitaires Sanitaires, Urgences Humanitaires Sociales, Type de victime 1°, 2°, 3°, 4°.*

I. Introduction

Cet article a été créé et publié dans le cadre du projet européen Erasmus+ de formation gratuite en ligne *Psych.E.In : Psychological Emergency Intervention -*

Clinical Training. Cette formation gratuite en ligne est créée par un projet de consortium européen, composé de 7 membres avec 6 méthodes

psychologiques différentes et 6 nationalités (République Tchèque, France, Grèce, Italie, Pologne, Slovaquie), pour faire face à l'urgence humanitaire pendant la pandémie de Covid-19 en tant que nouvelle priorité de la communauté. L'IAAP publie cet article avec l'autorisation et les encouragements du consortium, et il s'agit d'une synthèse de deux articles publiés dans la partie VET (Vocational Education Training) de la 3ème section de cette formation : Collection d'études de cas 2 et de bonnes pratiques¹.

Cette section présente six études de cas utilisant différentes approches méthodologiques appliquées à la formation aux situations d'urgence et offre une vue d'ensemble des différentes approches de la formation à l'intervention psychologique précoce.

Le projet prévoit deux sections précédentes, toujours assez interactives et avec un double développement : un enseignement direct aux psy, et une partie VET pour les formateurs des psy. Ces deux parties qui précèdent les études de cas sont :

A) 2 M.O.O.C. sur l'intervention psychologique précoce.

B) 2 Boîte à outils sur l'intervention psychologique précoce².

Enfin, l'article résume une étude de cas et une bonne pratique publiées dans le

projet Psych.E.In que vous trouverez dans la partie 1) INTERVENTION et dans la partie 2) SUPERVISION : Structure et description de l'événement de formation à la supervision. En effet, il est important pour cette problématique de comprendre le contexte général d'une intervention technique psychologique sur le harcèlement et le cyberharcèlement qui nécessite une formation spécifique.

II. Intervention

a) Scénario

Bien que l'on parle beaucoup plus de harcèlement et que des cours de prévention soient organisés dans de nombreuses écoles sur une base sélective, le harcèlement en général n'a pas diminué, mais augmenté (Évaluation PISA 2018). En outre, le cyberharcèlement a augmenté en moyenne de près de 40 % dans le monde entier au cours de la pandémie, ce qui porte le nombre de victimes d'intimidation dans le monde à un niveau très élevé.

b) Impliqué

Le cyberharcèlement est un phénomène de groupe qui ne se produit pas uniquement entre la victime et l'agresseur.

¹ Lien : https://psychein.pixel-online.org/gp_CaseStudies.php.

² Nous vous invitons à visiter le site <https://psychein.pixel-online.org/index.php>.

L'ensemble du système doit être pris en compte. Habituellement, cela se limite à la classe (victime, agresseur, complices, spectateurs). Il n'est pas rare que l'enseignant, les parents, le directeur de l'école (même inconsciemment) favorisent directement ou indirectement la situation de harcèlement. En outre, il arrive également que les brimades se produisent dans l'ensemble du système.

Une fois détecté, le cyberharcèlement nécessite une intervention immédiate. Selon la forme de cyberharcèlement, cette intervention doit être effectuée par les services de police compétents, qui doivent immédiatement mettre fin à la diffusion d'images, de données et de mots qui portent atteinte à l'image, à la vie privée et à la sécurité de la victime mineure. Cependant, l'intervention de la police n'est pas suffisante. Un travail psychopédagogique avec la classe et un soutien à la victime sont également de la plus haute importance.

Avec le bullying, nous sommes dans une situation de crise et parfois d'urgence. Cette forme de violence n'est pas visible, contrairement aux conflits qui nécessitent un autre type d'intervention. Très souvent, les écoles ne savent pas distinguer les deux problèmes et peuvent ainsi aggraver la situation. Dans de nombreux pays, il y a en effet un manque de concept sur le cyberharcèlement dans les systèmes et à travers les systèmes. Et il n'y a pas encore de littérature scientifique dans ce sens.

Lorsque les brimades se produisent, cela signifie qu'un point de rupture a été atteint pour la victime et le système relationnel associé. Car les enfants savent que c'est "mal", ils brutalisent donc en cachette, dans les couloirs et les escaliers, mais rarement dans la classe sous les yeux de tous et des enseignants. Nous ne le voyons donc pas et nous devons le lire différemment. En général, ce sont les parents qui tirent la sonnette d'alarme.

Le harcèlement est un processus qui peut s'aggraver rapidement, contrairement à la croyance préconçue et répandue qu'elles se développent lentement, entre 3 et 6 mois. Les brimades peuvent devenir incontrôlables en seulement 10 jours et les conséquences peuvent être dévastatrices pour l'ensemble de la communauté, et pas seulement pour la classe et l'école.

La loi Balanant du 3 mars 2022, avec l'article 222-33-2-2 du Code pénal français, souligne que le harcèlement scolaire et le cyberharcèlement sont des délits. L'internet et l'école ne sont plus des territoires de non-droit. Cette même loi met l'accent sur la formation à la prévention et à l'intervention en matière de harcèlement, faisant de l'assistant d'éducation le rôle et la figure principale pour détecter précocement le phénomène et demander de l'aide. Enfin, la loi ajoute aux cours de citoyenneté et de formation civique un volet consacré à la sensibilisation aux risques liés au harcèlement scolaire,

destiné aux élèves et au personnel de l'école.

c) Analyse des besoins de formation

De nombreux élèves concernés ne demandent pas d'aide parce qu'ils craignent que la situation de harcèlement ne s'aggrave (ce qui peut en effet se produire). Le harcèlement est très différent des conflits et des disputes de courte durée. En fait, le type d'intervention détermine dans quelle mesure les situations de harcèlement peuvent être résolues de manière durable et comment le climat de la classe peut être amélioré. Toutes les interventions ne sont pas utiles dans les cas de harcèlement, certaines aggravent même la situation. En fonction de la situation de harcèlement, des mesures individuelles appropriées sont nécessaires. En fin de compte, il ne s'agit pas seulement de mettre fin au harcèlement, mais aussi de guérir - et d'améliorer le climat de la classe. Il est donc urgent de comprendre le harcèlement de manière holistique (Adler) et de ne plus l'aborder de manière symptomatique, car la punition et la confrontation peuvent encourager le harcèlement.

Le (cyber)harcèlement peut avoir des conséquences traumatisantes pour le groupe et la communauté et est particulièrement problématique pour la victime directe. De nombreux parents et

éducateurs se sentent dépassés et impuissants face aux situations de (cyber)harcèlement.

Malheureusement, très peu d'enseignants et de travailleurs sociaux scolaires sont formés à la prévention, à la détection et à la résolution durable des cas de harcèlement. En intervenant à tort et à travers, certains éducateurs aggravent la situation. Dans certains cas, la situation s'améliore brièvement, mais elle reprend peu de temps après, souvent de manière encore plus subtile qu'auparavant.

Il est donc urgent que des personnes de différentes disciplines soient formées pour soutenir le système autour de la famille et de l'école lorsqu'il s'agit de harcèlement, respectivement, pour prévenir le harcèlement.

III. Supervision : Structure et description de la formation à la supervision

A] Structure

a) Réglage

Le programme d'edufamily® contre le (cyber)harcèlement se déroule en ligne via ZOOM et se réalise sur 2 journées de formation (espacées sur 1 à 2 mois) + la supervision.

La supervision comprend 2 sessions de 3 heures où l'on discute les cas particuliers. Elle complète la formation

et est obligatoire pour les participants. Le programme est conçu pour 10 à 20 participants à la fois.

b) Impliqué

Cette formation s'adresse exclusivement aux professionnels des domaines psychologiques et pédagogiques : psychologues, conseillers psychosociaux, conseillers familiaux, accompagnateurs d'enfants et de jeunes, enseignants et travailleurs sociaux en milieu scolaire, formateurs de parents.

c) Analyse des besoins de formation

Les stagiaires ont besoin d'être accompagnés dans l'analyse de la Nouvelle Situation Opérationnelle, car chacune est très différente d'un contexte à l'autre. Par exemple, si le cyberharcèlement nécessite l'intervention immédiate de la police, il faudra ajouter le travail avec la classe. Mais chaque cas est différent, et chaque constellation de classes et chaque école sont comme des individus : elles ont leurs propres caractéristiques et dynamiques. Pour cette raison, un suivi de supervision est nécessaire comme pour toute intervention thérapeutique systémique et/ou psychoéducative. Cette formation comprend donc également 2 fois 3 heures de supervision de groupe pour des discussions de cas. Les stagiaires bénéficient d'un accès illimité à la plateforme de cours en ligne avec des informations et du matériel

régulièrement mis à jour et des modèles prêts à l'emploi.

d) Durée

Les supervisions sont incluses dans le programme de formation : 2x 3 heures de supervision en groupe pour les discussions de cas.

e) Suivi

Plusieurs fois par an, il est possible de participer à une supervision de groupe plus approfondie.

B] Développement de l'événement

a) CONTEXTES : Après avoir compris les principales caractéristiques de la théorie psychologique individuelle qui sous-tend l'intervention que je propose, telles que 1) la façon dont tout tourne autour de l'appartenance (principe central de la psychologie individuelle : sentiment de communauté) et 2) la façon dont les agresseurs réagissent de manière compensatoire en raison d'un sentiment d'infériorité, 3) l'intervention holistique ; les participants apprennent les différents types de harcèlement et de cyberharcèlement. En outre, les formateurs travaillent ensemble sur la manière de reconnaître le (cyber)harcèlement et de le distinguer clairement des conflits. De plus, les formateurs apprennent les différentes options d'intervention et de prévention. Entre autres, le travail sur les métaphores, qui vise à sensibiliser les

élèves, à activer leur empathie et à les impliquer de manière participative dans les solutions.

b) OBJECTIFS : Le plus important dans le travail avec la classe est que l'agresseur ne soit pas considéré comme le seul responsable de la situation.

Les spectateurs passifs portent également une responsabilité dans la mesure où ils favorisent la situation. En outre, il est important de vérifier qui est réellement une victime, car il n'est pas rare d'avoir des victimes actives/agressives qui sont considérées comme des élèves à problèmes/agresseurs, mais qui sont en fait des victimes de la situation. Il est important d'aborder la solution avec l'ensemble de la classe, car tous les élèves ont une part de responsabilité dans la situation de harcèlement.

Deuxièmement, nous n'intervenons jamais directement, mais toujours indirectement : nous n'allons pas dans la classe pour dire que le (cyber)harcèlement a lieu et qu'elle doit cesser. Souvent, les écoles font sortir la victime et l'agresseur de la classe et les confrontent, ce qui est une erreur. Cette technique propose de travailler métaphoriquement avec l'ensemble de la classe afin que les élèves ne deviennent pas réactifs. En évitant la confrontation, nous évitons que les élèves se mettent sur la défensive et développent des sentiments de culpabilité, sans quoi nous risquons d'assister à des actes de vengeance et de

perdre la coopération en termes de responsabilité.

Nous apportons donc des vidéos adaptées à l'âge et au problème, et nous travaillons avec des groupes qui se concentrent sur les personnages de la vidéo. Les élèves se concentrent sur les personnages du film pour activer l'empathie : "Que ressent le personnage ?" ; "Qu'attend-il des autres ?" Il faut sortir de l'idée que personne n'est responsable, alors que tout le monde est responsable, même ceux qui ne font rien. C'est pourquoi nous travaillons sur le concept de "courage civil".

Après un premier travail de groupe, les groupes changent dans la classe pour trouver une solution à la situation montrée dans la vidéo. Les questionnaires ne doivent pas être utilisés pour analyser le harcèlement, car ils ne sont pas suffisamment significatifs. Au lieu de cela, la méthode de travail est utilisée simultanément pour observer et analyser ce qui se passe dans la classe pendant le travail métaphorique (en groupe). L'accent n'est pas mis sur le cas réel dans la classe, car cela peut provoquer de la honte et de la culpabilité et constituer un obstacle majeur au travail commun sur la responsabilité.

Le transfert vers la situation réelle se fait très soigneusement dans la dernière phase et l'attention est portée sur les solutions trouvées par la classe pour que la situation d'intimidation puisse être

résolue et que la victime puisse se rétablir. Souvent, un enfant courageux suffit à faire bouger tout le groupe.

Il est également nécessaire de travailler directement avec la victime en crise pour obtenir un soutien psychologique individuel organisé par l'école ou par les agents d'intervention qui s'occupent également des parents.

Si l'agresseur principal ne modifie pas son comportement après l'intervention, un soutien individuel est nécessaire pour compenser son sentiment d'infériorité. En fonction du type de compensation (contrôle, pouvoir ou attention), nous recherchons une alternative prosociale (qui réduit le sentiment d'infériorité) comme substitut à l'intimidation d'autres personnes. C'est souvent le problème présenté à la supervision.

Par exemple, nous avons traité le cas d'une jeune fille de 12 ans qui avait réussi à manipuler les élèves de deux écoles et à les monter contre d'autres élèves : à la fin du processus, on lui a proposé d'être "gardienne de l'estime dans la classe".

Lors de la supervision, nous apprenons également à distinguer les conflits du harcèlement, car nous risquons d'aggraver la situation si nous confondons les deux : les interventions ne sont pas du tout les mêmes. Les principales erreurs se produisent lorsque le harcèlement et les conflits ne sont pas proprement différenciés. Les écoles ne sont pas encore prêtes à faire cette distinction.

c) ÉVALUATION des résultats de l'apprentissage :

La discussion sur l'efficacité de la supervision est possible et fluide, tant avec le formateur qu'avec le groupe. À la fin de la discussion, les supervisés ont la possibilité de souligner ce qui a été efficace et ce qui reste flou afin d'organiser la prochaine supervision.

Christelle Schläpfer

Eichweid 3

CH-8312 Winterberg, Suisse

info@edufamily.ch

<https://edufamily.ch>



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

LECTURES

Virginie MEGGLÉ (2018), *Quand l'enfant nous dérange et nous éclaire : À l'écoute de l'enfance en souffrance*. Paris, Eyrolles, ISBN 978-2-212-56852-3, VIII-196 p.

Morgane Pidoux

Dans son dernier ouvrage *Quand l'enfant nous dérange et nous éclaire*, Virginie Megglé met en lumière la juste place que l'enfant souffrant occupe au sein des rouages de l'écosystème familial. En partageant son expertise clinique, l'auteure rappelle que la symptomatologie exprimée par un enfant est très souvent la résultante de souffrances familiales silencieuses. Ces souffrances sont le plus souvent inconscientes et transmises sur plusieurs générations, comme la littérature scientifique l'étudie depuis plus d'un demi-siècle et la psychanalyse décrit dès ses débuts.

Le mal-être de l'enfant est alors un porte-voix de l'histoire de la famille. L'enfant endosserait alors inconsciemment le rôle d'un thérapeute, tentant de soulager l'ensemble de la famille en concentrant le malaise sur un objet somatique, concret et identifiable. Les racines de cette souffrance étant entremêlées dans le réseau des interactions familiales passées et présentes, l'auteure conduit agilement le lecteur à porter son regard au-delà du strict symptôme.

Adoptant une posture adlérienne, Virginie Megglé propose une approche thérapeutique globale de l'enfant souffrant, c'est-à-dire en prenant le

temps de voir l'ensemble des composantes bio-psycho-sociales de l'individu. Cela implique d'apporter une attention sincère, juste et bienveillante au patient et si besoin aux autres membres de sa famille.

Cet ouvrage permet d'illustrer l'outil et concept adlérien fondamental, synthétisé par le terme allemand *Gleichwertigkeit*, "à valeur égale", qui indique le fait qu'en faisant ressentir à l'autre qu'il est réellement vu et reconnu à travers une parité d'estime et de respect, *surtout* en présence d'asymétrie hiérarchique, il pourra se sentir en confiance et osera exprimer ses souffrances consciemment pour s'en soulager et retourner à être fluide et efficace dans la vie.

Lectures complémentaires

ADLER, A. (1992), *L'enfant difficile : Technique de la psychologie individuelle comparée (1928-1930)* (trad. de l'allemand et préf. par Herbert Schaffer). Paris, Payot.

ANCELIN SCHÜTZENBERGER, A., & DEVROEDE, G. (2015). *Ces enfants malades de leurs parents* (Nouvelle édition augmentée. 1ère éd. 2003). Paris, Payot.

Jacquy CHEMAOUNI (2016), *Winnicott et la psycho-somatique*, Paris, In Press, ISBN 978-2-84835-358-6, 200 p.

Alessandra Zambelli

M. Jacquy Chemouni est psychanalyste et psychologue, docteur en Histoire. Il a été Professeur de Psychologie Clinique et de Psychopathologie à l'Université de Caen, mais aussi Directeur de Recherche à Paris VII. Il est auteur de nombreux ouvrages parmi lesquels : *Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte* (Nathan 2000, réédition In Press 2010), *La conversion de la psyché au soma* (In Press 2012), *Winnicott et la psychosomatique* (In Press 2016), *Trotsky et la Psychanalyse* (In Press, 2004). Il est directeur de la collection « Freud à la lettre » aux éditions In Press. Il est reconnu pour ses recherches en psychosomatique et travaille d'ailleurs à une "Histoire de la Pensée Psychosomatique".

Rares sont les freudiens qui vont chercher une adlérienne pour avoir son *expertise* sur ce qu'ils sont en train d'écrire sur un domaine psychanalytique ou psychologique concernant, entre autres, la pensée d'Adler. C'est encore plus rare en France. Mon rapport à Jacquy Chemouni a débuté par cette surprenante exception. La suite de ma relation avec son œuvre a continué sur la même mélodie qui m'a ébahie par une narration solide, mais fluide, produite par une allure historique, assurée par une méthodologie "sans crainte". On retrouve dans ses lignes une compréhension claire d'un sujet

complexe, et les soins fidèles à la vérité plutôt qu'à une idéologie. On respire le pas calme de l'alpiniste qui sait qu'il arrivera au moment opportun au refuge même si la brume l'incommode. En résumé, on s'amuse à le suivre car on sait pouvoir lui faire confiance : il ne déformera pas l'histoire afin qu'elle épouse ses idées. Son objectif consiste dans le souci de comprendre l'homme et sa vie – c'est-à-dire l'histoire – comme un chien truffier son précieux champignon.

Ainsi, dans le livre *Winnicott et la psycho-somatique*, l'auteur juge nécessaire de distinguer le vocable "psycho-somatique" avec un trait d'union lorsqu'il traduit l'union ou la désunion des entités corps et psyché, du terme "psychosomatique" lorsqu'il se réfère à l'incidence de la psyché sur le soma. C'est avec raison que l'auteur consacre une simple, mais précieuse attention à Adler, en lui reconnaissant sa place dans la genèse de cette pensée psycho-somatique, en citant ses premiers articles (1903-1911) présentés aux soirées des Mercredis chez Freud (2010, pp. 53-54). Cette opération rend le sujet nouveau et intéressant même pour un public adlérien expert, car elle offre un regard transversal sur les auteurs qui finalement se retrouvent liés par le fil rouge de cette perspective psychosomatique. Ce qui ne rend peut-

être pas complètement justice à la pensée adlérienne dans cette même perspective est la sous-estimation de la posture philosophique de la vision adlérienne qui se manifesta à partir de la séparation de Freud, en 1911, par la rencontre avec la philosophie de Hans Vaihinger.¹ Finalement, la portée philosophique de la problématique psychosomatique exposée par Jacquy Chemouni comme “défi épistémologique majeur” est bien mise en valeur par le titre éloquent de l’introduction du texte de Vaihinger : “*La pensée regardée du point de vue d’une fonction organique à caractère finaliste*”², qu’Adler adopta.

L’intérêt que je porte à l’élaboration que l’auteur développe dans son texte réside exactement dans les liens avec l’éternelle question épistémologique du rapport entre organique et psychique et leur fonctionnement autant holistique qu’analytique. Le prix Nobel de médecine, Sir John Eccles, avait métaphoriquement et programmatiquement synthétisé cette question par l’idée que “s’il y a des neurones, il y aura forcément des *psychones*” dans son œuvre triadique réalisée avec Karl R. Popper, *The Self and Its Brain*, ce dernier ayant travaillé

avec Adler (Popper et Eccles 1977). La psychosomatique, comme le Pr. Chemouni l’analyse à partir de la pensée de Winnicott, revient à s’interroger sur ces racines extrêmes et pour autant concrètes, en examinant la maladie ou sur la “souffrance indicible” et de leurs liens avec la période enfantine.

Précisément pour Winnicott, la psyché émerge du soma à partir des relations affectives entre l’enfant et sa mère. Cette ouverture du somatique recèle une portée adaptative puissante. L’état psychosomatique assume ainsi une dimension expressive et de comportement plus proche du système finaliste et téléologique de la conception adlérienne, où on repère le “Jargon des organes”³ comme une langue au service du corps autant que de la psyché, mais en lien avec le l’environnement : ce dernier étant la véritable Cendrillon de la psychosomatique des pionniers. D’ailleurs, dans ce même article, Adler cite longuement Ludwig Klages qui avait reformulé en 1910 l’hypothèse de l’esprit comme antagoniste de l’âme, perspective que Pr. Chemouni analyse et renouvelle et qui constitue comme le noyau essentiel de la pensée

¹ Le texte de Vaihinger *Die Philosophie des Als Ob* (“La Philosophie du Comme Si”), est finalement traduit en français (2008) à partir de l’édition populaire réalisée en 1922 (1935 en anglais) par Raymund Schmidt, publiée comme l’édition majeure de 1911 par l’éditeur Félix Meiner de Leipzig (aujourd’hui Hamburg). Je remercie le Pr. Chemouni de m’avoir informé de cette relativement récente traduction.

² Je renvoie à mon texte *Adler face à Freud : une différence à sauvegarder* (Zambelli 2014, Paris, l’Harmattan, chapitre IV) pour un approfondissement de ce sujet complexe.

³ Adler, (1912) *Organdialekt*, publié en *Heilen und Bilden* (1914), mais on retrouve un paragraphe du *Tempérament Nerveux* (1912) qui porte le même titre (Section Applications Pratiques, n. 1).

psychosomatique de Winnicott. Dans la perspective de ce dernier, l'esprit se substitue à la psyché qui s'est coupée du corps, et dont l'objectif est de poursuivre ce lien par autres moyens. Cela conduit à l'émergence de la maladie psychosomatique dont la fonction serait comme une tentative résiliente du corps pour faire face à une situation de surcharge. Cette *pensée du corps* décloisonne la pensée psychosomatique freudienne, comme l'auteur nous le signale, et s'approche par ce fait au paradigme ouvert bio-psycho-social adlérien qui conçoit ces trois dimensions (soma, psyché et esprit) reliées par une seule finalité prioritaire de l'individu : protéger le sentiment de personnalité du sentiment d'infériorité et d'insécurité, même au prix d'une maladie psychosomatique. Le corps y participe donc complètement par son entrecroisement évolutif avec la dimension du sentiment d'infériorité autant que celle du sentiment d'appartenance – *Gemeinschaftsgefühl* – dimensions que la fonction maternante développée par Winnicott (*holding* et *handling*) enracine dans la relation d'attachement de l'enfant avec sa mère. Pour Adler, le sentiment d'appartenance

reste le plus important outil du rapport psyché-soma de par sa principale fonction intégrative.

Lire "Winnicott et la psycho-somatique" de Jacquy Chemouni nous conduit dans les méandres conceptuels des plus sophistiqués, mais sans perdre le contact avec la réalité de l'expérience clinique. Un voyage enveloppant et captivant.

Bibliographie

POPPER, K. R., & Eccles, J. C. (1977), *The self and its brain. An argument for interactionism*, Berlin, Springer-Verlag.

VAIHINGER, H. (2008), *La philosophie du comme si* (Tr. fr et éd. C. BOURIAU), Paris, Editions Krimé (Ed or. 1911).

ZAMBELLI, A. (2014), *Adler face à Freud : Une différence à sauvegarder*. Paris, L'Harmattan.

ADLER, A. (1922). Organdialekt. In *Heilen und Bilden: Grundlagen der Erziehungskunst für Ärzte und Pädagogen*. Munich, Bergmann-Verlag.

JOURNAL INTIME D'UN THÉRAPEUTE

L'infériorité comme pierre philosophale ?

Virginie Megglé

Mais cette infériorité qui lui est inhérente, dont il prend conscience en un sentiment de limitation et d'insécurité, agit comme un charme stimulant, pour découvrir une voie où réaliser l'adaptation à cette vie, où prendre soin de se créer des situations dans lesquelles apparaîtront égalisés les désavantages de la position humaine dans la nature.

Alfred Adler, *Connaissance de l'homme*

Le monde évolue. La vie est mouvement. La psychologie individuelle nous le rappelle. L'un des intérêts qu'elle présente est d'avoir été élaborée en étroite relation avec la notion de mouvement. Elle se tient, dit Adler, dans *Le sens de la vie* « sur le terrain solide de l'évolution : et, à la lumière de cette évolution, elle voit dans tout effort humain une recherche de la perfection ». Ainsi, avec lui, l'humain est-il mû par un élan vital en lien avec une loi dynamique et « Chaque manifestation psychique se présente donc comme un mouvement qui mène d'une situation inférieure vers une situation supérieure ».

Cette notion de mouvement qui détermine la vie, et la nécessité d'adaptation qu'elle implique, est infiniment précieuse dans ma – dans notre, pourrais-je dire – pratique. Elle

induit la possibilité de changements dont la perspective est passionnante.

Ceux-ci ne cessent de m'émerveiller lorsque j'en observe les bénéfices dans le cadre d'une cure psychothérapeutique, et qu'un patient constate lui-même sa belle progression.

Parfois cependant je suis surprise de constater combien nos sociétés contemporaines peinent à modifier leur style de vie.

Ainsi, il y a peu, certains mots avaient disparu du vocabulaire courant. Vieux, par exemple, ne pouvait être employé en France il y a une trentaine d'années sans surprendre l'interlocuteur. Il appartenait au vieux monde, au monde d'hier, et semblait ne plus devoir se rencontrer sinon dans la littérature désuète des siècles passés... Aussi mon étonnement est-il réel quand j'entends

aujourd'hui des jeunes gens dire : « Quel vicieux celui-là ! » ou « Elle ? Une vraie petite vicieuse ! ».

Un étonnement semblable se produit face à la résurgence d'un concept adlérien au cœur de notre pratique : « complexe d'infériorité ». Mais là, bien sûr, cette résurgence me réjouit et me conforte. Patientes et patients le constatant chez eux, le nomment avec simplicité. Ils se plaignent sans détour d'en souffrir, comme s'ils s'étaient diagnostiqués eux-mêmes, rendant grâce sans le savoir à Adler pour la pérennité de sa pensée. Ils décrivent avec évidence le mal-être, la honte, la gêne, le sentiment de « ne pas y arriver », de ne pas être à la hauteur, de se sentir facilement convaincus de leur infériorité ou illégitimes dans leurs aspirations ; de ne pas supporter la comparaison sans se vivre aussitôt amoindris et toujours moins puissants que l'autre.

Ils se désolent de se soumettre à certaines injonctions auxquelles ils voudraient pourtant résister. Ont conscience que le pouvoir démesuré qu'ils accordent à l'autre les entrave dans leur épanouissement professionnel et affectif, craignent de prendre la parole et finissent toujours par s'auto-dénigrer qu'ils se prononcent ou qu'ils se taisent. Même si ce n'est pas énoncé en ces termes, ils viennent me demander les moyens, l'art, la façon, de « guérir » de leur complexe d'infériorité. C'est alors un bonheur de constater l'actualité de la théorie adlérienne et la possibilité qu'il nous est donnée de l'adapter plus d'un

siècle après sa naissance à notre monde contemporain. Tant celui-ci souffre encore, entre infériorité et insécurité, de cette fragilité originelle qu'avait si bien su repérer Adler.

Je me rappelle mon désappointement, il y a une dizaine d'années lorsque, chez des amis, des jeunes filles de 20 ans assuraient avec ce ton un peu péremptoire qui caractérise une certaine jeunesse qu'il n'y avait plus de différence entre elles et les garçons. Laisant entendre que l'égalité des sexes pour leur génération était incontestable et irrémédiablement acquise ! Était-ce les vestiges de mon propre complexe d'infériorité ? - il m'eut été impossible de contrer leur dire. Ou même de moduler leur propos !

Elles faisaient des études, elles étaient fières, conquérantes, elles ne pouvaient s'imaginer inférieures aux garçons ni les imaginer supérieurs. D'ailleurs, pour la plupart, ne travaillaient-elles pas comme des garçons ? Ne fumaient-elles pas comme des garçons ? Ne sortaient-elles pas comme des garçons ? Ne quittaient-elles pas leur compagnon comme des garçons ? Tout sentiment d'infériorité n'avait qu'à être remis à la cave et plus encore le complexe.

En les écoutant, j'aurais aimé apporter un crédit absolu à leur croyance. Pourtant la clinique me laissait entendre qu'il n'en allait pas tout à fait ainsi. L'infériorité, en tant que complexe, agissait bien au sein des familles et le désir d'être comme des garçons, plutôt

que de s'épanouir simplement dans leur identité de femme, était déterminé par un très fort sentiment d'infériorité (apparemment non assumé) qui virait la plupart du temps au complexe, tant l'héritage historique et social était lourd.

Je voyais ce complexe également à l'œuvre chez des hommes en demande de psychothérapie, mais face à l'assurance du discours hors espace thérapeutique, j'ai pu penser un instant que seules en souffraient les personnes en thérapie. Que la révolution étant advenue, l'égalité des sexes risquait de rendre caduque la notion de complexe d'infériorité à l'instar du mot vicieux dont je n'avais pas encore constaté le retour !

C'était il y a une dizaine d'années.

Mais aujourd'hui, sans pouvoir précisément expliquer pourquoi, ce retour du « complexe d'infériorité » me met presque en joie. Je percevais bien, dans l'ordinaire du quotidien que, sous les apparences d'une révolution sociétale, la résistance à en reconnaître l'évidence laissait entrevoir une véritable stagnation ! Et en parallèle, je constatais les bienfaits d'un travail thérapeutique permettant à ce complexe de s'atténuer au profit d'un sentiment de confiance et de « douce » puissance.

Ainsi, le retour d'expressions que l'on a pu penser désuètes réaffirme-t-il la nécessité d'une remise en mouvement véritable, qu'autorise par bonheur le travail thérapeutique soutenu par la théorie qui nous lie ici.

« À ce stade-là, c'est pour moi un vrai confort de vivre », dit Carla (pseudonyme déontologique). C'est de son espace psychothérapeutique et de ses rendez-vous hebdomadaires qu'elle parle. « C'est agréable, je repars d'ici toujours ragaillardie, ça fait beaucoup d'effets, beaucoup de bien. Dès le moment que ce n'est plus vital, j'en ressens encore mieux les bénéfices. À l'époque, au début, lorsque j'allais très mal, je n'en ressortais pas toujours à l'aise. Je sentais que c'était juste, mais souvent ça me perturbait. Je ressens bien aujourd'hui qu'il n'y a plus d'enjeu grave. C'est un confort extraordinaire psychologiquement. Mais physiquement ça me dynamise, aussi. Et pourtant, poursuit-elle, ce n'est pas le confort que l'on nous propose aujourd'hui, loin de là ! Malheureusement. On nous met dans des situations si inconfortables. Il paraît qu'il y a de plus en plus d'arrêts de travail. Ils ont annoncé un argument à cela : C'est parce que les gens partent à la retraite plus tard ! Ce que l'on ne dit pas, c'est que les conditions de travail sont devenues intenable. Les gens n'y arrivent pas ! »

Carla était venue me voir il y a quelques années à la suite d'une hospitalisation pour burnout. En l'écoutant, j'apprends, qu'une fois à la retraite, elle ne sera pas remplacée. Autrement dit que son poste sera laissé en jachère. Et le travail qu'elle a fourni avec ardeur et passion des années durant, à l'abandon. En charge d'un poste à responsabilité pendant 20 ans dans la fonction publique, et de la conception d'un système de logistique

informatique, elle fut pour cela soumise à des exigences brutales, à des urgences déstabilisantes, mais on ne prévoit pas de donner suite à son travail !

L'arbitraire de cette décision est d'une indicible violence, destinée à dévaloriser Carla une fois de plus - comme s'il fallait la punir de ne pas s'être mieux soumise. Mais, lorsqu'elle l'a appris, Carla ne s'est pas sentie renvoyée à son infériorité. Elle sait que ce n'est pas elle qui est en cause, mais la probable mégalomanie de certains « supérieurs ». Elle a appris en psychothérapie le discernement et à ne plus se laisser intimement inférioriser. Entravée par un complexe d'infériorité jusqu'à ce que survienne son burnout, elle a pu grâce à la psychothérapie saisir la réalité du pouvoir destructeur du complexe de supériorité de ceux qui s'en servent pour assurer leur domination. Sans plus s'y soumettre - ni autant chercher à les soumettre !

« On n'a pas pour les "inférieurs" un minimum de reconnaissance. Ils demandent juste que leurs efforts soient considérés », dit-elle encore, relevant ainsi que ceux qui sont régis par l'implacable rigidité de leur prétention à

la supériorité sont incapables de considération ! Elle a renoncé à la demander comme à l'attendre et appris en contrepartie à bien se considérer, ainsi que ceux qui l'assurent de leur amitié, de leur affection.

Aujourd'hui Carla ne surcompense plus le manque de reconnaissance par des efforts démesurés pour complaire à ceux qui imposent leur prétendue supériorité au détriment de l'humanité. Si elle a connu burnout et dépressions, elle a su s'en servir pour modifier son style de vie et découvrir une nouvelle dynamique plus conforme à son désir originel d'égalité.

Pour ma part je suis heureuse de constater que la théorie puisse éveiller les patients et les engager sur cette voie. C'est une joie d'exercer ainsi.

Virginie Megglé
21, rue des Gentilshommes
17000 La Rochelle
virginiemeggle@gmail.com
Janvier 2019

DICTIONNAIRE CONCEPTUEL

Théorie / Paradigme

Massimo Mezzanzanica

Dans la réflexion épistémologique contemporaine, le concept de théorie (Gr. *theoria*, « observation », « vision », der. de *theoreo*, « j'observe ») et celui de paradigme (Gr. *paradeigma*, « exemple », « modèle », der. de *paradeiknymi*, « je montre », « je compare ») sont étroitement liés et définissent deux aspects essentiels et complémentaires de la science : d'une part, la construction, à travers un ensemble d'hypothèses, d'énoncés et de propositions, de modèles explicatifs de la réalité naturelle ou sociale ; de l'autre, la comparaison entre ces modèles et les dynamiques qui conduisent à leur transformation. Le paradigme représente le cadre historique, social et conceptuel dans lequel les théories individuelles sont développées, et les théories définissent un paradigme spécifique, peuvent le confirmer comme un paradigme actuel ou contribuer à son remplacement par un paradigme différent. Interroger le rapport entre théories et paradigmes signifie donc thématiser la question de l'articulation entre la science et l'histoire.

Dans une perspective épistémologique, la définition du terme théorie met en jeu

la relation de celle-ci avec l'expérience (une théorie peut surgir de l'observation, mais elle peut également produire des prédictions qui seront ensuite confirmées, ou réfutées, expérimentalement) et la distinction entre théories scientifiques et théories non scientifiques, c'est-à-dire ce que, à partir de Karl Popper, se définit comme le problème de la « démarcation » (Popper 1935). Quant à la première question, Popper a affirmé la priorité de la théorie sur l'observation empirique : l'expérience est orientée par la théorie, et les observations ont pour fonction de corroborer ou de réfuter les hypothèses théoriques. Il rejette donc la méthode inductive, estimant que les observations, aussi vastes et systématiques soient-elles, ne peuvent pas prouver qu'une théorie scientifique soit vraie ou probable. Une théorie n'est scientifique (et c'est la réponse de Popper à la deuxième question) que si elle peut être contredite par certains énoncés de base relatifs aux faits expérimentaux (Popper, 1935). La science procède donc par « conjectures » et « réfutations », dans le sens que, si les théories scientifiques ne peuvent pas être vérifiées par l'expérience, elles peuvent cependant être testées et

réfutées, ou falsifiées, sur la base de l'expérience (Popper 1963).

Aux origines de la philosophie, le concept de paradigme a une signification ontologique chez Platon, qui comprend les paradigmes comme des modèles éternels, idéaux et immatériels des réalités sensibles, tandis que chez Aristote le paradigme entre dans le champ de la rhétorique et devient une forme d'argumentation inductive à partir d'exemples, qui va d'un cas particulier à un autre cas particulier (Rentsch 1989). Plusieurs siècles plus tard, dans la pensée de Ludwig Wittgenstein, le concept de paradigme comme modèle (*Vorbild*) va acquérir une connotation gnoséologique et logico-linguistique (Wittgenstein 1953). L'objet paradigmatique est un exemple (ou un ensemble d'exemples) auquel peuvent se référer des actes de signification et d'autres actions humaines, et cela en vertu de la fonction qu'il accomplit dans une pratique donnée. En tant que critères de comparaison et de jugement de l'expérience, les paradigmes sont constitutifs d'un « jeu », c'est-à-dire d'une pratique courante et, en particulier, ils rendent possibles des propositions susceptibles d'être vraies ; ils appartiennent aux présupposés de l'expérience, mais ne sont pas testés par l'expérience. Les preuves mathématiques sont également incluses par Wittgenstein dans le concept de paradigme dans le sens de modèle.

L'utilisation du concept de paradigme dans la philosophie contemporaine de la science est liée à l'affirmation d'une conception historique de la connaissance et de la science. Cette conception est illustrée, de manière à chaque fois différente, par la critique de la raison historique entreprise par Wilhelm Dilthey (1910), qui vise à atteindre un fondement de la connaissance en partant de la conscience du caractère intégralement historique de la raison ; par l'épistémologie de Pierre Duhem (1906), selon laquelle la justification d'un système physique ne se trouve que dans son histoire ; et par l'archéologie du savoir de Michel Foucault (1969), qui, influencé par Gaston Bachelard et Georges Canguilhem (Foucault 1994) entend reconstituer les a priori historiques, ou les règles qui sous-tendent la formation des différentes pratiques discursives. Le premier auteur qui a utilisé le concept de paradigme en référence à l'histoire de la science a été Georg Christoph Lichtenberg (Rentsch 1989). La fortune de ce concept dans la pensée contemporaine tient, cependant, en premier lieu à l'usage qui en fait l'historien et philosophe de la science Thomas Kuhn. Dans son ouvrage *La structure des révolutions scientifiques*, Kuhn (1962) établit un lien entre la recherche épistémologique et l'histoire des sciences. Il s'oppose à la fois aux inductivistes (de Hume à Carnap) et aux déductivistes (Popper), unis à son avis par une conception continuiste et cumulative du développement de la

science. Pour Kuhn (comme pour Bachelard), la science en revanche procède également par sauts ou ruptures et au cours de son développement aux phases « normales » se succèdent et alternent des phases « révolutionnaires ». Alors que la science « normale » évolue à l'intérieur d'un certain paradigme, c'est-à-dire un ensemble de concepts théoriques et de solutions aux problèmes, aux lois, aux méthodes, aux valeurs l'acceptant sans critique, la science « révolutionnaire », provoquée par des anomalies qui ne sont pas résolubles dans le contexte des paradigmes existants, vise à remplacer un paradigme traditionnel par un nouveau (comme, par exemple, dans le passage de la vision ptolémaïque à la vision copernicienne de l'univers ou de la physique newtonienne à la physique einsteinienne). Les thèses de Kuhn, qui impliquent, entre autres, que le passage d'un paradigme à un autre soit lié à des facteurs irrationnels ou extra-rationnels et que les paradigmes soient incommensurables les uns aux autres, ont suscité plusieurs discussions sur le thème du progrès de la science et sur la relation entre le caractère historique de la science et sa validité objective. Dans ce contexte, Imre Lakatos (1970) a essayé de développer de manière critique la théorie de la falsification de Popper, en acceptant certaines des objections soulevées par Kuhn, dans une tentative de rendre compte à la fois de l'historicité de la science et de sa validité. L'idée centrale que le falsificationnisme « sophistiqué » de Lakatos oppose au

falsificationnisme « naïf » que Kuhn attribue à Popper (et que Lakatos appelle falsificationnisme

« méthodologiquement naïf ») est que le processus par lequel une théorie scientifique est mise à l'épreuve ne consiste pas en une simple comparaison entre la théorie elle-même et les observations empiriques. À son avis, une théorie n'est réfutée qu'à la lumière d'une autre théorie qui est capable d'expliquer le contenu encore valable de la première et en même temps nous permet de prédire et d'expliquer de nouveaux faits. Par conséquent, l'unité méthodologique qui permet d'évaluer le progrès des connaissances n'est plus une théorie unique, mais un ensemble de théories ou un *programme de recherche* basé sur des décisions de la communauté scientifique. C'est cette dernière qui, à travers des prescriptions méthodologiques, établit quelles sont les hypothèses non falsifiables. De manière analogue aux paradigmes de Kuhn, celles-ci représentent le *noyau dur* du programme de recherche.

Bibliographie

DILTHEY, W. (1981), *Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften* (1^a ed. 1910), Frankfurt a.M., Suhrkamp.

DUHEM, P. (1906), *La théorie physique. Son objet, sa structure*, Paris, Librairie Marcel Rivière.

FOUCAULT, M. (1969), *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT, M. (1994), « Entretien avec Michel Foucault », dans *Dits et écrits, Tome IV* (Ed.or. « Conversazione con Michel Foucault » entretien avec D. Trombadori, Paris, fin 1978, *Il Contributo*, 4 (1), janvier-mars 1980 : 23-84), Paris, Gallimard.

KUHN, T.S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press.

LAKATOS, I. (1970), Falsification and the Methodology of Scientific Research Programmes. in A. Musgrave & I. Lakatos (Eds.), *Criticism and the Growth of Knowledge: Proceedings of the International Colloquium in the Philosophy of Science, London, 1965*, Cambridge, Cambridge University Press: 91-196.

POPPER, K. R. (1963), *Conjectures and Refutations. The Growth of Scientific*

Knowledge, London, Routledge and Kegan Paul.

POPPER, K. R. (1935), *Logik der Forschung. Zur Erkenntnistheorie der modernen Naturwissenschaft*, Wien, J Springer (tr. ang. 1959 *The Logic of Scientific Discovery*, London, Hutchinson and Co, 7^a ed. augmentée).

RENTSCH, T. (1989), *Paradigma, exemplar*. In J. Ritter, K. Gründer, & G. Gabriel (Eds.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Basel, Bd. 7.

WITTGENSTEIN, L. (1953), *Philosophische Untersuchungen*, Oxford, Blackwell.

Massimo Mezzanzanica
via Fratelli Di Dio 12
20152 Milano
massimo.mezzanzanica@gmail.com

Editorial.

Adlerian fireworks, multicolored flowers compose a single open paradigm

Alessandra Zambelli

Dynamiques Adleriennes - Adlerian Dynamics is a bilingual journal born from the need and the desire to weave an effective and fruitful dialogue between the Alfred Adler Institute of Paris and the French-speaking and international communities by sharing the ideas and scientific methods of Individual Psychology. This seemed possible to us by presenting a clear and simplified overview of current Adlerian research in fields related to psychology and filtered by the pragmatic sensitivity resulting from the clinical, training and research activities of the Alfred Adler Institute of Paris, grounded on a multidisciplinary and international dialogue.

The evolution of knowledge and practices in the fields of Adlerian psychoanalysis and psychology, psychotherapy and Adlerian psychodrama is still lesser known in France. With this journal, we want to open and frame a creative space where high-end scientific exchanges reach the

French-speaking public and promote international alliances in our Adlerian practices.

It is finally time for such a journal to also be bilingual to respond to the dual interdisciplinary and international vocation of the Alfred Adler Institute in Paris that the journal embodies. Starting in the modernity of the third millennium, the publication of this journal will benefit from IT breakthroughs and will be dematerialized.

Our primary target audience includes psychologists in their various forms, therapists, scholars in the humanities, students in social and human sciences, specialists in health, education and training, self-development sectors, French-speaking or not. We would like to combine creative energies and encourage the weaving of new relationships through the magazine. As simplicity of communication has characterized Adlerian works since their inception, we hope that a wider

audience of non-specialists will find relevant and understandable resources in the journal.

The Journal also proposes to create and develop a space for exchange of approaches, experiences and knowledge between the different communities of scientific and technical thought directly or indirectly in relation with the profession of psychotherapy, by following the systemic complexity of the Adlerian bio-psycho-social paradigm, with a view to an awareness of professional perceptions, an opening of epistemological horizons, a theoretical and practical polyglotism, a dynamism of coherences and truths.

“The practice will be our real work. No education can be built in a vacuum. You must struggle with the difficulties that result from different interpretations of scientific research. We tolerate comparison. You should also consider other theories and points of view. Compare carefully. Don't take anyone's word for granted - mine or anyone else's”.

These are the words with which Alfred Adler concludes his book “The Problem Child” in 1930. They underline that science is first and foremost transmission through an education in autonomy which alone knows how to encourage the child as much as the adult who still keeps it secretly and creatively inside him. The void, which practice is supposed to eliminate, is the goal of the

transformative action of science, training, therapy (and others), because this void represents the absence of reflective experience, the emotional and cognitive intolerance to the diversity of realities which breaks down dogmatic thinking, the avoidance of comparative dialogue with a view to deepening research. Adler was aware of this void, this spirit of approval among his psychiatric colleagues who did not establish him as a lecturer in neurology (in 1912) because he was a supporter of the Freudian unconscious, the first to apply to the University with this new concept (Ellenberger, 1976 [1970], p.670-671; Zambelli, 2014, p.40, note 70). Better: he had discovered that it is human to fear change, what his philosophical reference – Hans Vaihinger – already called in 1911 “the law of the transposition of ideas” (Vaihinger, 2008 [1911]):

It is the inability of the soul to bear the painful affliction of uncertainty. The soul wants to know its world to act there immediately because it prefers to think an idea as if it could be true.

This void is that which is deposited in a student by a master who is locked in his own and ancient truths, disconnected from the dynamic reality shared with his disciple, unable to tolerate listening and comparison because they offer him only this painful attack of doubt. But education is before all education towards autonomy and individual responsibility: that is to say, towards the

discovery of innate human curiosity and towards the dialogical structuring of the capacity to support it through our creativity and through meticulous individual research, and through an intersubjective sharing of details and of their links to a given reality.

Autonomy cannot be built against the attitude of an adult who denies the reality felt and seen by the child. To give courage is "the most important right of education"(Adler, 1992 [1930]) : it means to allow the child or the disciple, to follow his own creative curiosity, his own system of research and verification, in dialogue with what is said or written by the scholarly community.

Stopping him without manner in this embryonic self-confidence, to protect us from the uncertainty that his novelty entails, will put him in front of a very discouraging dilemma of loyalty (listening to himself or listening to others). And "*it is dangerous for a child to be discouraged*" (Adler, 1992 [1930]), because he can lose his common thread which guides him in life. The practice is therefore listening and dialogue, the void will be its absence: absence of link, like a dialogue between the deaf.

DA-AD is finally the expression of the identity of a dynamic and enlarged community and of its national and international project that started in 2017 and which has had to endure many obstacles to succeed in seeing the light of day in this year 2023, after all these years

of social protests, pandemic, war and ecological crisis. Meantime these years have witnessed the thorough and successful development of our institute a proof of resilience, one of the universal ingredients of human activity, as other great initiatives in the world know how to create.

The members of the Alfred Adler Institute of Paris may be geographically dispersed beyond the borders of France. However, despite the location of the Institute displayed in its name, its members have not confined themselves (or do not confine themselves) to a local geographical community: their link is rather a research affinity, both on a methodological and paradigmatic dimension. The international contributions as well as the exchanges of practices between different schools of thoughts in psychology, psychotherapy, psychiatry, and psychoanalysis and other scientific fields such as anthropology, education, neurosciences, philosophy, sociology, computer science, geopolitics, quantum physics, chemistry, arts, philosophy of dance, or religious studies for instance. This will have a prominent place in our Journal "Dynamiques Adlériennes -Adlerian Dynamics", which will seek dialogue with foreign languages and other cultures, which will be enabled also by its double linguistic format and its international network.

The Journal does not want to resurface like a *New Babylon*. It wants to write

and tell science from its practice, being in this faithful to the lesson of Wilhelm Dilthey, by watching out for competence that meets both the challenge of a rigorous and non-self-referential communication, and originality and clinical work in the field. We wish in that respect to nurture the most important of feelings for those who are in psychological practice as much as professionals as patients or clients, i.e. the *Gemeinschaftsgefühl* -that we may translate by sense of belonging or feeling of belonging.

Our Adlerian identity considers indeed this feeling as the fundamental tool to counterbalance the feeling of inferiority and insecurity, which generates suffering and pathology.

Meanwhile we are enlarging our horizons to curious people and researchers from other sciences and professions, who are finally beginning to challenge us. Maybe it is because times have become too complex to believe we can do without the science that studies emotions and their cognitive and social integration?

Lastly, this Journal wishes to spotlight the code and the scientific language to stimulate the creative confidence of professionals in their practice.

DA-AD is also directed for readers that are not closely involved in the “psy” world, for readers that are simply curious to approach the biopsychosocial

paradigm (BPS), which is the Adlerian matrix, even if its scientific paternity is registered in the name of Engel for medicine (Engel, 1977) and Cloninger based on his psychobiological model of personality (Cloninger et al., 1993). Since then, the list of research proponents of the biopsychosocial paradigm has included increasingly important names, such as Nobel Prize winner E. Kandel.

Thus, the Journal aims to ensure that this “positive heuristic” (Lakatos, 1994 [1978]), this effective triadic perspective (where *social* implies the relational but also concrete and material environment), may link scientific disciplinary approaches in a free but framed exchange, around the human and its symbolic and material productions, facing a world that is changing dizzily.

The poietic creative oxymoron of a “freely structured dialogue”, that of the therapeutic framework as well as of the scientific method, is our flag, our aphorism, our coat-of-arms: we believe that true creativity can be freed and expressed best where the framework is assumed, clarified, understood, shared, verified, energized and open in its constitution, like the Adlerian thought (Rovera, 1979). It is also an oxymoron that values and opens to the complexity described by Edgar Morin, especially the concept of the “thought that connects”.

The DA-AD journal is annual. It is peer-reviewed. Its ambition is to publish original research papers either in the theoretical and clinical fields. International contributions as well as exchanges of practices between different currents of psychoanalytic thought and other disciplines will have a prominent place.

The peer review as well as the blind reading processings are the *sine qua non* conditions of the academic quality of the journal, provided to its readers. It will be our challenge and our pride to achieve this completely.

Our first issue aims hopefully to give a “Bouquet of Adlerian Flowers” to show ourselves as Adlerians of the third millennium and a group referring to Paris. We cannot put everything in a single volume, and you have our site available to get to know us better: <https://institut-alfred-adler-paris.fr>.

We have selected the authors and the texts which illustrate best what it is to work and to search in this paradigm with the Adlerian color, being it French or not.

Thus, the Journal will always contain a focus that will characterize each issue: a highlighted cover story, in relation to the activity of the Institute which will propose each year “Interdisciplinary Workshop” which are opened to the public and are part of the training program for its Adlerian psychoanalyst

students. It will be divided, as soon as possible, in 3 main scientific parts. The first one – Theories in dialogue – will be dedicated to Theories and Epistemologies. The second one – Clinics haute-couture – will be devoted to Clinics, Techniques and Psychodiagnostics. The third one– The Psychosocial Field – will present an opening to Psychoeducation.

The first section, Theories in dialogue, will also consider the interdisciplinary dialogue that we will be able to establish in our Workshops where each discipline presents its own epistemology, enabling the development of their own theories and practices, facing other disciplines and techniques. For our first issue, we gave the floor to Barbara Francesca Simonelli and Simona Fassina (SAIGA – Turin; IAAP-Paris), the two key pillars of research and teaching at the Institute, with a “Contribution from Adlerian theory for Understanding and Addressing Intimate Partner Violence”. Unfortunately, this is a daily concern. It is presented with a theoretical and clinical perspective to underline the description of our paradigm. The dialogue will come... afterwards.

The second section, Clinics haute-couture, is the primary focus of our professional community, directly at the heart of our profession and this journal. This kind of continuing education will provide ideas, reflections and practical actions to improve our professional practice and knowledge to provide the

best customized therapy to our patients. The IAAP considers psychopathology and its teaching a main element of the technique of empathy in the relationship to the patient. It is a keystone of our profession and therefore of its training. To address this fundamental topic, we give the floor to both Andrea Ferrero, our mentor (SAIGA, Turin) and to myself as President and Director of Training at IAAP.

The third section -The Psychosocial Field- is solidly anchored in the Adlerian tradition of evolving and communicating equally and constantly with social life and its individuals. Adler did not want to follow the Freudian attitude of limiting himself to a theory of the mind of “pathological man”, but he sought to understand the human mind as such and to formulate a theory of its universal functioning and its social anchorage.

In this issue we will address the subject of school bullying and cyberbullying, which has been on the front-page in France for some time now. A new law was passed on March 3, 2022, in that belief. This law designs them as offences and obliges educational institutions to take appropriate measures for rapid treatments of victims, witnesses and perpetrators, and for the prevention of these violent situations.

We are taking opportunity of the recent released of the *Psych.E.In* project, that

the IAAP has been able to achieve within the European Erasmus+ framework, in consortium with 5 other nations (Greece, Italy, Poland, Slovakia, Czech Republic), to present to you the pioneering work that one of our members - Christelle Schläpfer (Switzerland). Her independent and efficient work which generated an important media coverage. Christelle Schläpfer is now a reference in Switzerland and schools call on her for emergency interventions. She is regularly interviewed as an expert in this field by many newspapers and magazines. In that respect, her contribution allows professionals in the psychosocial field to approach the challenge of bullying in a new way.

DA-AD also wants to provide a space for entertainment to its readers through contemporary Adlerian perspectives on current events in the fields of politics, education, sociology, aesthetics, philosophy, history, anthropology, and moreover. We decided to start doing it with the Readings section (News and Views). In this first issue you will find a book review written by Morgane Pidoux on Virginie Megglé's *When the child disturbs us and enlightens us*, Paris, Eyrolles (2018); and another book review written by Alessandra Zambelli on Jacqy Chemouni's *Winnicott and psychosomatics*, Paris, In Press (2016).

You will also find the Intimate Journal of a Therapist section: with the presentation of a user-friendly text by

Virginie Megglé (IAAP): “*Inferiority as a philosopher’s stone?*”

And we conclude with a return to "sporting meetings" by the *Conceptual Dictionary*, where our philosopher friend - Massimo Mezzanzanica - guides us harmoniously on the complex challenge launched during one of our first scientific and interdisciplinary days: the relation between *Theory and Paradigm*.

Have a good reading and discovery!

Bibliography

ADLER, A. (1992). *L'enfant difficile : Technique de la psychologie individuelle comparée (1928-1930)* (trad. de l'allemand et préf. par Herbert Schaffer), Paris, Payot.

CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., & PRZYBECK, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975–990.

ELLENBERGER, H. F. (1976). *La scoperta dell'inconscio: Storia della psichiatria dinamica* (1970), Torino, Bollati Boringhieri.

ENGEL, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for

biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.

LAKATOS, I. (1994). *Histoire et méthodologie des sciences : Programmes de recherche et reconstruction rationnelle* (Trad de C. Malamoud & J.-F. Spitz). Paris, Presses Universitaires de France [ed.or. (1978). *The Methodology of Scientific Research Programmes: Philosophical Papers* (J. WORRALL & G. CURRIE, Eds.). Cambridge, Cambridge University Press]

PANKSEPP, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press

ROVERA, G. G. (1979). *Il sistema aperto della individual-psicologia* (Vol. 4). Cortina.

VAIHINGER, H. (2008). *La philosophie du Comme Si* (Ed. or. 1911, *Die Philosophie des Als Ob*). Paris, Éditions Kimé.

ZAMBELLI, A. (2014). *Adler face à Freud : Une différence à sauvegarder*. Paris, L'Harmattan.

Alessandra Zambelli
Director of the DA/AD Review,
President of the IAAP

THEORIES IN DIALOGUE

Contribution of Adlerian theory to the understanding and treatment of intimate partner violence

Barbara Simonelli, Simona Fassina

Summary – As Adler taught us from the beginning, aggressive, violent and humiliating behaviors can be seen as an overcompensation strategy in people whose sense of inferiority weakens them and makes them vulnerable; through these behaviors, the individual fictionally reconstructs the meaning, significance and direction of their personality. In this article, will be presented the phenomenon of intimate partner violence (IPV) - domestic violence exercised by a current or previous spouse or partner in an intimate relationship with the other spouse or partner - and, subsequently, will be proposed a key of Adlerian reading, useful to understand the phenomenon. The concept of psychic hermaphroditism and the antinomies *minus*= feminine and *plus*= masculine can in fact offer us some interpretations to understand the dramatic phenomenon of violence against women.

The Adlerian approach, also through the role assigned to primary tenderness in the development of personality and relationality, is particularly useful and current for understanding the phenomenon of IPV and for guiding treatments.

Key words: *Intimate Partner Violence, Psychic Hermaphroditism, Overcompensation, Inferiority, Manly Protest*

I. Introduction: The phenomenon of intimate partner violence

Over the past twenty years, international and national institutions have paid increasing attention to the issue of combating violence against women. This took shape in the framework defined in 2011 by the Council of Europe's "Istanbul Convention" (Council of Europe 2011), with the first legally binding international instrument on preventing

and combating violence against women and domestic violence. The main novelty of this convention is the recognition of violence against women as a form of human rights violation and discrimination.

According to a 2013 report issued by the World Health Organization, the London School of Hygiene and Tropical

Medicine, and the South African Medical Research Council, physical and sexual abuse is a health problem that affects one-third of women worldwide. This report, *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health consequences of intimate partner violence and non-partner sexual violence* (WHO, 2013), is the first study that systematically analyzes data on the global spread of female violence, imposed both by her partner and by strangers. Violence involves a traumatic experience experienced by over 35% of women worldwide. The study found that the most common form of abuse, which affects more than 30% of women, is inflicted by an intimate partner. The study also highlights the duty of everyone to work together to eliminate all forms of tolerance of violence against women and to promote support for victims of this experience. The main objective of the new guidelines proposed by WHO is to help countries improve their health systems' approach to dealing with abuse.

Intimate Partner Violence (IPV) (WHO, 2013) refers to all violent behaviors, within an intimate relationship, by married, separated, or divorced individuals (common-law spouses of romantic partners and other intimate partners) of any age, different sex, or same sex, past and present.

IPV is usually related to the perpetrator's desire to dominate the victim. It may take the form of a single

violent act, or it may be a series of acts that form part of a cycle of violence marked by aggressive and controlling behaviours. IPV can also evolve over time, particularly by becoming more frequent or brutal. Forms of IPV may include physical, sexual, psychological, emotional, verbal, spiritual, financial violence, negligence, false imprisonment, stalking, threats to harm children, or other family members or pets, damage to property, attempted murder or murder.

Both women and men can be victims of IPV, but the data show that women represent the larger percentage of IPV victims, as well of sexual violence and stalking. Women are also more likely to be victims of the most extreme forms of violence, including being sexually assaulted, beaten, choked, or threatened with a gun or knife. In addition, the rate of intimate partner homicide for women is 4.5 times higher than for men.

As far as France is concerned, it is possible to download a report from the website of the *State Secretariat for Equality between Women and Men and the Fight against Discrimination*.

This report on the situation of violence against women in 2021 (MIPROF, 2022) highlights that 122 women were killed by their "official" or "unofficial" partner or ex-partner (one woman every 3 days); 213,000 adult women report having been victims of physical and/or sexual violence by their husband or ex-husband within one year (less than 1 in 5 victims report having filed a

complaint); women represents 87% of the victims of partner violence recorded by the police; 95% of those convicted of partner violence are men; 94,000 adult women report having been victims of rape and/or attempted rape in one year (9 out of 10 victims know the aggressor, 1 out of 10 victims report having filed a complaint); 87% of victims of sexual violence recorded by the police and gendarmerie are women; 96% of those convicted of sexual violence are men.

IPV is often part of a continuum in the lives of those affected (WHO, 2013). The consequences for them can be irreversible, and may have many immediate and long-term effects on the psychological health of victimized: psychological trauma, especially post-traumatic stress disorder, both simple and complex, symptoms of depression and anxiety, and other acute or chronic mental health problems, suicidal or self-destructive behaviors, drugs or alcohol abuse. IPV also impacts physical health - chronic unexplained gastrointestinal and genitourinary symptoms, chronic unexplained pains, chronic illness, central nervous system problems such as headaches, cognitive problems, hearing loss, increased demand for physician visits and increased use of surgical procedures - and reproductive and sexual health - gynecological disorders, unwanted pregnancies, premature deliveries and births, sexually transmitted diseases.

IPV affects people from all backgrounds and cultures, regardless of socio-economic status. However, certain groups are more likely to experience violence, such as indigenous women, people with disabilities, newly arrived immigrant women, refugees, teenagers, people who identify themselves as lesbian, gay, bisexual, or transgender, elderly adults, and sex workers (CACP, 2016). Some people also face specific barriers that increase their vulnerability to violence and reduce the likelihood that they will report violence and seek or obtain help. These barriers include: language barriers, geographic location (rural or remote), mental health issues, cultural acceptance of violence, lack of appropriate intervention and support services, including trauma-informed, culturally sensitive, or gender-specific services (CACP, 2016). In addition, there are factors that can increase the risk of either being a victim or perpetrator of violence, including complex social factors such as discrimination, poverty, and racism. The list below, while not exhaustive, presents some of these factors: gender, young age of the victim, violent history or exposure to violence, stressors including financial dependency and unemployment, financial dependency, supportive attitudes of violence and gender inequality, social, cultural, and geographic isolation, and religious and cultural influences and practices (CACP, 2016).

II. *The contribution of the Adlerian model to the understanding of intimate partner violence.*

Since its earliest formulations, Adler's metapsychology has made a significant contribution to the modern analysis of intimate partner violence.

Adler gained early insight into manly protest (Adler, 1912, 1920) by observing the obvious differences in the cultural expectations of boys and girls and the fact that boys wanted, often desperately, to be seen as strong, aggressive, and capable of control.

Adler distanced himself from Freud in June 1911. By completely leaving the Freudian theory of instincts and libido, Adler proposed a metaphorical interpretation of Freudian sexuality. The Adlerian explanation of the Freudian concept of "penis envy" is illustrative in this respect: this jealousy, attributed by Freud to the woman as a neurogenic factor, would be for Adler rather of relational and social origin, linked to the envy of male preeminence and domination in Western civilization, an attitude defined by Adler himself as *virile protest, a term that has often been misinterpreted* (Ansbacher and Ansbacher, 1956). Adler created the concept of manly protest initially to describe the behavior of women who rejected traditional female roles in favor of more masculine ones. According to Adler, social and cultural life would have a more important influence than biological characteristics, in the construction of gender identity, psychic

characteristics, and male and female roles from childhood (Adler, 1912, 1920).

With a more refined conceptualization, Adler then asserts that the manly protest has its deepest origin in each child's own sense of inferiority, -being a boy or a girl- and is a compensatory device in the search of security and the need for self-assertiveness. For Adler, the energy that moves the psychic dynamism, subjectively oriented and in a fictional way, has a dichotomous nature and goes from a minus condition to a plus condition, other times associated respectively with the feminine and the masculine [6]. Adler used the concepts of *minus* = feminine and *plus* = masculine to define the deeply rooted psychic dynamism and its compensatory movement.

Therefore, the feeling of inferiority can be accompanied by adequate compensations, capable of guaranteeing a balance between the needs of self-assertion and the needs of good relationships and cooperation. When the feeling of inferiority is too intense or does not find adequate compensation, it can be structured into an inferiority complex, thus contributing to create a lifestyle characterized by aspects of obedience, submission, devotion to stronger figures. On the other hand, the outcome of the overcompensation mechanisms can lead to a superiority complex, to an excessive investment in assertive aspects at the expense of the

quality of relationships, which are then characterized by conflicts and power struggles, whose main characteristic is that of wanting to master and dominate the other (Adler, 1912, 1920).

So far, it can be said that the first combination of *minus* = feminine and *plus* = masculine helped to highlight the theme of power and the conflict between cooperative instances and assertive needs in male-female relationships (Adler, 1982). Far from asserting that Adler had a conception of the feminine as inferior, we may claim that, in the combination feminine = inferior = *minus*, he was inspired by and interpreted a dynamic of his time with socio-cultural connotations (Ferrigno, 1993; Mascetti *et al.*, 1985; Ponziani, 1993; Rovera, 1980).

About a century later, we may consider the possibility to re-use this concept to understand the phenomenon of violence against women. Many authors in the field of psychology and sociology point out that certain cultural changes that have taken place in the last 50 years in Western society have led to a great emancipation of women, both in terms of equal rights and in psychological and relational terms, in order to overcome the former condition of submission and inferiority towards men (Ferrigno, 1993; Rovera, 1980).

This sudden socio-cultural, psychological and relational change of the feminine may paradoxically have caused a kind of disorientation in the

male world, which may perceive itself as inferior or *minus*.

Adler had identified as of 1920 certain personality types, which were later structured in different life styles, according to different levels of energy and the different possible compensations of the feeling of inferiority, both towards the intrapsychic self-affirmative sense (named "will to power") and towards the relational sense of social feeling and belongingness (Adler, 1926, 1927). In this context, we will try to link three types of personalities to the possible aggressive relational characteristics of people who commit acts of violence against women.

The first type is the dominant (*ruling*) personality. Members of this group possess an intense energy that overwhelms all or part of those who get in their way. They are characterized by a tendency to be generally aggressive and dominant.

These people are not always bullies or sadists; in some cases, they turn this energy against themselves and hurt themselves. For instance, this is the case of alcoholics, drug addicts and suicide victims. These people dominate others in order to take care of their own needs. A dominant personality is often associated with a spoiled child. Many children are taught that they can obtain without asking and without giving, their desires being orders for everyone else. This type of education, however, fails in several ways: first, the children do not

learn to do things on their own and if they realize this are overwhelmed by a sense of inferiority; second, they deal with others only by ordering them around, controlling them and even attacking them.

The second type is the dependent personality (*getting*). Members of this group are sensitive and fragile. They tend to be self-protective, and when faced with life's challenges, they often take care of their own needs by relying on others to take care of them. Basically, they lack energy and depend on the energy of others. They are also prone to phobias, anxieties, obsessions, compulsions, etc. An anaclitic personality is often associated with an overloaded child. In this case, the children may have experienced organ inferiority, as well as early childhood illnesses. If no one explains to them how to draw their attention to others, they will remain focused on themselves and their needs. Most of these children will go through life with a strong sense of inferiority; some of them overcompensate with a superiority complex. Some of them may also react aggressively to the other's withdrawal and try to re-establish a relationship they can rely on.

The third type is the avoidant personality (*avoiding*). Members of this group postpone or avoid life's activities and difficulties as much as possible, and their needs may not be met. They have low energy levels and therefore turn

inward, avoiding life as a whole and especially others. An avoidant personality is often associated with a neglected child. In this case, children learn inferiority because they are told and shown every day that they are worthless; they learn selfishness because they are taught not to trust anyone. It should be noted that neglected children include not only orphans and victims of abuse, but also children whose parents are never present and those raised in a rigid and authoritarian manner.

It is important to note that the scientific literature has repeatedly pointed out the possibility that children who are violently treated, neglected and abused can in turn become aggressive, neglectful and abusive persons, according to an unconscious dynamic that responds to the defense mechanism of identification with the aggressor (Freud, 1936). Sadistic aggression, physical violence, psychological violence, murder, harassment, manipulative behaviors, compulsive control, lying, jealousy, impulsivity are behaviors that characterize a personality/self/lifestyle that are oriented towards a private logic of aggressive fictional overcompensation of self-affirmation, and are the result of a deficit of empathy and social interest, and loss of the point of view of the other.

The Adlerian theory and its first hypotheses on the three types of personalities thus make it possible to

delimit the different ways in which the will to power is expressed.

The first pathway is marked by holding a position of superiority already acquired; the second pathway starts rather from the need to compensate, through violent, hyper-virile and controlling attitudes, a feeling of insecurity, weakness and loss of power, which leads to the submission of women as a possibility of redemption, to re-establish their identity through the oppression of others; the third pathway describes the dependent relational dynamics and narcissistic fragilities that underlie aggressive behavior in the face of feared or ongoing relational separations.

The contemporary scientific literature on IPV highlights the limitations of the two main research topics on the causes of violence against women, the first one focuses on the characteristics of the perpetrator, while the second one focuses on the possible inferiority factors that predispose women to the risk of victimization. In order to demonstrate the complexity of the phenomenon, it is necessary to provide an integrative theoretical framework based on the recognition of the multiplicity and variability of etiological determinants of IPV (Hamel, 2008). Attachment theory provides a particularly important contribution, highlighting the presence, in couples where domestic violence occurs, of specific relational, affective, influence, power dynamics, dysfunctional relational styles and

psychic mechanisms activated in both abuser and victim and, facilitate the dynamics of the violence (Attili, 2004; Carli, 1995). Concerning the victim, we highlight the presence of insecure attachments going back into early childhood. These attachments are linked to already traumatic and often violent experiences, that would keep the adult woman in the cycle of violence in the relationship (Mikulincer & Shaver, 2017). Overall, IPV may constitute a disruption of the relationship, which can be compared to a paradoxical collapse of attachment system functioning in the couple's environment. It is very important to underline here that we do not intend to relativize the human and legal responsibility for the abusive act; but, as psychologists and analysts, each theoretical contribution invites us to adopt a complex perspective of understanding, especially when working with victims of abuse to help them in the most helpful way possible to protect themselves from dangerous relationships.

When he introduced Introducing the concept of psychic hermaphroditism (Adler, 1912), Adler, suggests that humanity will be able to get out of fictional antitheses only if it can take back the totality of itself, including the parts it does not consider powerful. He proved to be a relevant and visionary observer of his times, of the society and its (r)evolutions. The antitheses of the mind clearly divide the world and thus

give the possibility to exercise power with decisive actions, protecting us from the feeling of weakness and inefficiency, and indeed, sometimes, reducing the other to a state of inferiority. If individuals, men and women together, become strong enough to accept even their unknown and hidden part, without aspirations to supremacy and without excessive dichotomization, they can hope to get out of their "gender neurosis" (Ponziani, 1993).

Man and woman must come out together from the excessive antitheses of their mind, accepting to find each one their own *Hermaphrodite*, an entity both masculine and feminine (Rovera, 1980). The abandonment of fictional antitheses, full of promises of superiority, is an act of courage designed to strengthen us by the path of social cooperation and reciprocal bonding, surely more rooted on the *useful side of life* than by the path of solitary neurotic supremacy (Ferrigno, 1993).

Adler introduces another valuable element to understand these issues, highlighting the role of primary tenderness in the mother-child relationship as a structuring factor of personality (Adler, 1908), self-image, and the ability to understand one's own and others' emotional experiences, which were later conceptualized by other authors as the mentalizing functions (Allen et al., 2008).

Adler's considerations thus anticipate the theorizations of those authors who have emphasized the importance of attachment styles (Ansbacher, 1981; Bowlby, 1988) in determining the individual's ability to build healthy, cooperative relationships rather than dysfunctional, pathological ones. Moreover, the Adlerian theorization is particularly compatible with current findings in neuroscience. These highlight the importance of neurobiological factors involved in personality development and trauma (Cohen, 2012; Gallese et al., 2006).

III. Guidelines for the treatment of victims of intimate partner violence.

The Adlerian approach is not only useful to understand the phenomenon of IPV at the psychological and social levels, but also to guide the planning and implementation of interventions for victims and even perpetrators.

The Adlerian model teaches us that caring for the victim of violence and/or the aggressors requires to take into account the bio-psycho-social complex factors that underlie the various pathologies related to trauma. The proposed interventions must take into account the different subjective ways in which individuals organize themselves in the face of suffering. Interventions must therefore be modulated on the basis of an understanding of the

functioning of the individual's personality/life style, because the psychopathological response to a traumatic event that can be observed (post-traumatic disorders, depressive disorders, anxiety disorders, self-harming behavior, etc.) assumes different meanings in the psyche of the individuals.

Dealing with violence and people who have experienced violence not only challenges clinicians' professional skills, but also involves them at an emotional, and cultural level, and in terms of their personal values. It is not "just" an illness that inevitably overwhelms a person's life; one has to deal with the damages done by someone, and in the case of IPV, by someone who was supposed to be trusted. It is hard not to feel shocked and outraged. Those damages affect not only the woman (or those who are victims of the violence), but also the meaning of relationships, marriage, and parenthood. One risk in dealing with these types of suffering is to adopt a reductive attitude, which considers social, cultural, historical, biological or psychological aspects in a simplified and isolated way. Every human phenomenon, every suffering, implies a "complexity approach", especially in the face of violence.

The first intervention after an act of violence occurs in the hospital emergency department, often preceded by regulatory measures made by law enforcement forces. It is therefore

important that these front-line professionals are trained to deal with the fear, anger, shame, and other emotions that can overwhelm a victim of violence. The rescuing police officer represents the one who guarantees objective security (contains fear): this is an essential prerequisite for the therapeutic course; it refers to the possibility of activating attachment security (if any) or may represent a restorative possibility in case of dysfunctional attachment.

The safety guarantor role available to the officer may contribute to the restoration of the "meaning system" and/or access to "restorative justice" as an opportunity to overcome revenge (and thus aggression) (Orlandini, 2012).

A multidisciplinary and multiprofessional approach is fundamental from the first moments when the person who has suffered violence asks for help. The first consultation includes the collection of all the clinical signs (documented by photographs) and the medical examinations that are necessary for the judicial procedures. It is therefore a very delicate phase of the treatment where the medical-legal intervention, possibly gynecological, is integrated with the need for psychological and social support.

The psychotherapy of IPV victims must be part of a network of interventions within a clinical project adapted to the individual needs of the person, according to the different clinical and

existential complexities. Pathological expressivity depends on interacting factors such as: characteristics of traumatic events, cultural and social events, subjective, biological and psychological aspects, temperament and character that support mental efficiency and resilience. In order to formulate targeted, "tailor-made" interventions for the victim of violence, it is important to understand his or her pre-existing fragilities and resources.

Victims' ability to assess and respond to violence varies greatly, sometimes ranging from open revolt to passive resignation in extreme and humiliating situations.

The victim who does not avoid abuse and violence, who refuses or resists attempts to help offered by social and health services, is entrenched in dysfunctional, often dependent or masochistic, attachment and relationship patterns.

We must be careful to avoid hyper-simplification reasoning: a person with a low self-esteem may be for instance a superficial analysis of a deeper and more complex suffering, that moreover can differ depending on the people.

The clinician's attention must be placed on the organization of the personality supported by the motivational, cognitive, affective and behavioral components of the personality traits.

In the cases of prolonged exposure to violence, where the victim does not protect him/herself or does not accept

help, it is really fundamental to understand the dynamics of the relational and generational cycle of violence, or the pathological and dysfunctional patterns of relationship between the aggressor and the victim. Thus, the proposed intervention becomes useful and effective.

There are many validated therapeutic methodologies for the treatment of post-traumatic stress disorder (APA's PTSD Clinical Practice Guideline, 2020).

Adlerian methodology is focused on the psychopathological mechanisms that underlie the symptoms, and therefore not merely focused on the symptoms. These psychopathological mechanisms were indeed the only defences that the individual was able to implement at the time of traumatic events. Now these mechanisms – and their unconscious automatism – make the person unable to face current life situations, due to his/her inability to adjust the implementation of truly effective strategies. Faced with the trauma of IPV, it is indeed necessary to understand the different forms of psychological suffering, which may be reactive to the violence suffered and/or precede it.

During the psychotherapy of people who are victims of violence, it is necessary to pay special attention to the traumatic memories that are not under the control of the will, that are intrusive, qualitatively and quantitatively equal to the traumatic experience that generated them, kinds of fragments of experience

that could be unorganized, not integrated into the narrative of the Self.

Trauma psychotherapy must pay attention to providing a sense of safety and containment of traumatic disorders. It is necessary to include psychoeducational interventions for post-traumatic symptoms, which encourage the possibility of regaining control over emotional experiences. It is also important to pay attention to the risk of providing a secondary benefit to over-compensatory needs for attention and control.

Supporting the most appropriate defenses is necessary to allow the narrative of the traumatic experience and its elaboration.

It is important to monitor the specific transference and countertransference activations in relation to traumatic memories and the risk of reproposing, in the therapeutic relationship, the trauma of the over-protective (in a dominant way) or unprotective (in an abandonment way) parent/therapist.

Methodologically and technically, Adlerian psychotherapy with IPV victims takes into consideration the level of psychopathological functioning of the personality (Ferrero, 2014), that is, the modalities of functioning on which the trauma of violence acts.

Psychotherapy is therefore oriented towards goals of protecting individual resources and modifying dysfunctional

aspects of the personality, which may impede the processing of the trauma and/or re-expose the person to dysfunctional relationships.

When re-elaboration of the trauma fails and/or when the ability to access mentalizing functions has been compromised, the subject may be overwhelmed by experiences of anxiety beyond his or her biological and/or psychological coping capacities.

The trauma can be so devastating that it can no longer be ignored by avoiding all contact with it (the defenses to put it at a distance are no longer sufficient); the subject can then try to face it by anticipating it, with the possible consequence of inducing or unconsciously encouraging precisely those situations that expose him or her to violence again.

The general objective is therefore sometimes to improve the subject's ability to protect himself from relational situations in which the conditions of violence can be repeated. This may require acting on the mechanisms described for structuring the Life Style marked by a feeling of inferiority which exposes the subject to interacting collusively with dominant personalities or violent subjects, in a pathological relational circle.

The methodology may require the use of various technical tools, potentially intended to:

- Welcome and validate the patient's experience and emotional experience,
- explore new and unacceptable emotional experiences,
- the development of new meanings for the traumatic experience,
- the search for a better integration of the aspects of the Self,
- the search for new opportunities for meaningful relationships.

The effectiveness of therapy is therefore linked to an assessment and understanding of the patient's suffering, in all its complexities and nuances, to the choice of adequate intervention tools in line with the identified objectives, but above all to the possibility of a therapeutic relational experience that is encouraging (Rovera, 2009). This means that the therapeutic relationship must be carefully modulated according to the patient's needs (and possibilities) in order to benefit from a reassuring and protective welcoming space, which can restore the trust in the Other that IPV has undermined. However, precisely because the therapeutic relationship can recall and reedit the attachment style, i.e., the bonding modules (Ferrero, 2014) that the patient experienced in early childhood, it is essential that the therapist knows how to manage distance/proximity in the therapeutic relationship, with particular attention in cases where there is a pre-existing fragility (or disorganization) in the patient's experience of primary tenderness and thus in his structuring of the Self.

It is therefore particularly important to monitor the therapist's countertransferential involvement in working with these patients, paying attention to the iatrogenic risk of a therapeutic relationship that takes on the character of a regressive dependency or inadvertently repropose the trauma suffered.

IV. *Treatment of the perpetrator of intimate partner violence.*

The dynamics of transference and countertransference that are activated in the treatment of perpetrators can be even more complex, even if being of opposite position. When treating the victim, the therapist may indeed be emotionally attuned "to protect" the patient. On the contrary, during the intervention directed at the perpetrator, it may be particularly difficult for the therapist to maintain that position of suspension of judgment necessary for there to be any possibility of therapeutic work.

The difficulties in managing the abusive patient mainly concern *compliance* (therapeutic adherence) of these subjects, who are generally referred for treatment following a court order (APA Guidelines on Evidence-Based Psychological Practice in Health Care, 2021).

In addition, it is necessary to consider the personality profile of the subject who produces the violent behavior.

Stone (2007) highlights the difficulties in treating subjects with obsessive-compulsive, histrionic, borderline, narcissistic, antisocial personality profiles, placing subjects with psychopathic personalities beyond the threshold of traceability.

In order to implement treatment, it is essential to consider the different types of empathy deficits (cognitive and affective) (Baron-Cohen, 2011) and the different levels of mentalizing deficits (self-awareness and self-agency) (Allen et al., 2008) that these patients exhibit. That is, the way in which the social feeling deficit is overcompensated by self-affirming instances and power-seeking (Adler, 1912).

Subjective responsibility implies the perception of impulsivity as our own, without which there can be no feelings of guilt and shame (Tyson, 2005). The subject who acts violently does not have this sense of mastery: acting physically, with a violent gesture, thus becomes a means of finding in the real, in the body, what is missing in the symbolic dimension of the interaction. Often these subjects claim their violent actions not the need to demand "respect", a term that refers to the idea of *mirroring* (Fonagy, et al., 2002; Guédeney, N. (2011). The roots of self-esteem: contributions from attachment theory. *Becoming*, 23, 129-144.); violent action to "take" recognition from the Other (lack of empathy and lack of value, recognition). Impulsivity, seduction, manipulation, lying, and violence

should therefore not be understood solely as the effects of a deficit of empathy in the perception of the Other, but also a deficit in the perception of oneself as a valued agent.

From a bio-psycho-social perspective, it is also necessary to consider the biological basis of antisocial behavior and the socio-cultural factors that promote violent behavior. The role of the socio-environmental context as a risk factor and prognostic indicator has been extensively studied by many authors. In particular, Hardiman and Lapeyre's (2004) publication on data from six different intervention projects, sponsored by the Council of Europe and conducted in various urban suburbs considered at risk: *Spanish quarters* (Naples, Italy), El Raval (Barcelona, Spain), Slotervaart (Amsterdam, Netherlands), Derwent (Derby, UK), Fakultela (Sofia, Bulgaria), Southern District (Moscow, Russia). However, it would be a mistake to associate violent behavior exclusively with social degradation; the socioeconomic status of the perpetrator is often medium to high.

The first obstacle in treating these subjects is therefore represented by the need to implement compliance, to gradually change the extrinsic motivation, to undermine the egosyntony of violent behaviors and to promote the internalization of the locus of control. The challenge is to achieve true integration between a clinic-psychopathological approach, focusing

on the patient's individual personality traits and needs, attention to behavioral control, and social and criminal goals (Maggiolini, 2014).

The heterocentric motivation of these patients, who access treatment as a result of a court order, is certainly a difficulty, but in some cases, it is the only possible initial motivation. The starting point is a contractual alliance, which is based on an "obligation" or a possible judicial "advantage", and which is constantly tested by the patient's attempts to circumvent it. The therapeutic alliance is then a goal and not a starting condition in the treatment of these patients.

The judicial intervention assumed by the figure of the judge, contains sometimes a potential symbolic function of external regulation, which can be gradually internalized. The therapist must be able to maintain the position of a potential mediator of change, fostering an exercise of empathy and mentalization for the patient. It is therefore important that the therapist does not get along emotionally with defensive or punitive instances. The emphasis is not only on the therapist's empathic attitude, but on the possibility of fostering empathic confrontations: "to make the patient see and hear what the other (the potential victim) sees and feels with him" (Maggiolini, 2014). The progressive access to feelings of guilt and shame, the appearance of anxious and depressive symptoms during the course

of treatment therefore correspond, paradoxically, to a more favorable prognosis.

It is particularly important that the therapist has information about the patient's real life to curb the risk of manipulation, and that psychotherapy is part of a complex care package, networked with other clinical, rehabilitative and social interventions. Psychotherapy is frequently offered as part of rehabilitative interventions within therapeutic communities. Psychotherapeutic intervention for the abusive patient is indicated, in some cases, in a confined environment that may reduce and sanction actions, and should aim to increase empathy, mentalization, and awareness of the consequences of one's own behavior on oneself and on others.

The rigor of the framework, of the rules, the predictability of the consequences of one's own actions thus takes on a fundamental value. Precisely because these subjects tend to go directly from impulse to action, the team can help these patients to interpose thought between impulse and action by encouraging the patient to think about the possible outcome of his actions.

Once institutions have established control over patients' lives, blocking the channels usually used to discharge unpleasant affects through action, patients can begin to confront their anxiety and aggression.

Therapeutic strategies therefore focus primarily on the "here and now". Any aggression must be treated quickly.

We may also notice in these cases, that the Adlerian model of understanding the dynamics of inferiority and overcompensation through the exacerbated use of the will to power (Adler, 1912) constitutes a valid theoretical and methodological tool for the treatment of these patients, with the possibility of distinguishing and being able to use rehabilitative and therapeutic methodologies that aim to reduce impulsivity, or increase empathy, or develop autonomy and a sense of responsibility (Maggiolini, 2014).

V. Conclusions

The proposed reflections are certainly not intended to be exhaustive in relation to such a broad and complex theme, but they highlight the relevance of the Adlerian approach in the understanding and treatment of a problem of great social and clinical relevance, such as the phenomena of violence between intimate partners.

Bibliography

ADLER Alfred (1908), Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kinder, in: Adler A., Furtmüller C., *Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individual-psychologie*, Reinhardt, München, 1914

ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. fr. *Le tempérament nerveux. Éléments d'une psychologie individuelle et applications à la psychothérapie*, Paris, Payot, 1970.

ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. fr. *Pratique et théorie de la psychologie individuelle comparée*, 1930, Paris, Payot, 1961.

ADLER, A. (1926), *La Psicologia del bambino difficile*, tr. fr. Adler Alfred, *L'enfant difficile: technique de la psychologie individuelle comparée (1928-1930)*, Trad. de l'allemand et Préf. par Herbert Schaffer., Paris, Payot, 1992
ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. fr. *Connaissance de l'homme. Étude de caractérologie individuelle*, Paris, Payot, 2004.

ADLER, A. (1982) *La Cooperazione tra i sessi. Scritti sulle donne e gli uomini, sull'amore, il matrimonio e la sessualità*, Roma, Edizioni Universitarie Romane.

ALLEN, JG., FONAGY, P., BATEMAN, A.W. (2008), *Mentalizing in clinical practice*, American Psychiatric Association Publishing, 2008

ANSBACHER, H. L., ANSBACHER R. R. (Eds.) (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler: A Systematic Presentation in Selections from his Writings*, London, G. Allen and Unwin.

- ANSBACHER, H.L. (1981), Discussion of Alfred Adler's preface to the Diary of Vaslav Nijinsky, *Archives of General Psychiatry*, 38(7): 836-841
- APA PTSD Clinical Practice Guideline, 2020, www.apa.org/ptsd-guideline
- APA Guidelines on Evidence-Based Psychological Practice in Health Care, 2021, <https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-health-care>.
- ATTILI, G. (2004), *Attaccamento e amore*, Il Mulino, Bologna.
- BARON-COHEN S. (2011), *La Scienza del male. L'empatia e le origini della crudeltà*, Raffaello Cortina, Milano.
- BOWLBY J. (1988), *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*, New York, Basic Books.
- CACP (2016), *Cadre national d'action policière collaborative en matière de violence entre partenaires intimes (VPI)*, rapport publié par l'Observatoire canadien sur les mesures judiciaires prises pour contrer la violence conjugale, Université du Nouveau Brunswick, et Comité sur la prévention du crime, la sécurité, la santé et le bien-être des communautés, l'Association Canadienne des Chefs de Police (ACCP). https://www.cacp.ca/comit%C3%A9-sur-la-pr%C3%A9vention-du-crime-activit%C3%A9s.html?asst_id=1201
- CARLI, L. (1995), *Attaccamento e rapporto di coppia. Il modello di Bowlby nell'interpretazione del ciclo di vita*, Raffaello Cortina, Milano.
- COHEN D. (2012) Traumatismes et traces : données expérimentales. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 60(5): 315-323
- CONSEIL DE L'EUROPE (2011), *Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*, Istanbul, 11 mai 2011. <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatynum=210>
- FERRERO, A. (2014), *Une psychothérapie modulée sur le fonctionnement psychopathologique*. L'Harmattan, Paris.
- FERRIGNO, G. (1993), Il maschile e il femminile nel linguaggio onirico, *Rivista di Psicologia Individuale*, 34: 77-87.
- FREUD, A. (1936), *Ego and the Mechanisms of Defense*, tr. fr. 2001, *Le Moi et les mécanismes de défense*, Paris, Presses Universitaires de France (PUF).
- GALLESE V., MIGONE P., EAGLE M.N. (2006), La simulazione incarnata: I neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi.

Psicoterapia e Scienze Umane, XL(3): 543-580.

HAMEL, J. (Ed.) (2008), *Intimate partner and family abuse: a casebook of gender inclusive therapy*, Springer, New York.

HARDIMAN P.S., LAPEYRE F., (2004) *Youth and exclusion in disadvantaged urban area: Policy approaches in six European cities*, Council of Europe Publishing
http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/trends_en.asp.

MAGGIOLINI, A. (2014). *Senza paura, senza pietà: Valutazione e trattamento degli adolescenti antisociali*. Raffaello Cortina.

MASCETTI, A., MAIULLARI, F., BALZANI, A. (1985), Attualità e aggiornamento del concetto adleriano di protesta virile nella donna, *Rivista di Psicologia Individuale*, 20-21: 69-73.
MIKULINCER, M., SHAVER, P.R. (2017), *Attachment in Adulthood. Structure, Dynamics, and Change*, 2nd ed., Guilford Press, New York.

MIPROF (2022), *Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2021* (N° 18; La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes). Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF).

<https://arretonslesviolences.gouv.fr/index.php/les-lettres-de-l-observatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2013), *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire*.
<https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-RHR-HRP-13.06>.

ORLANDINI A. (2012), Il trattamento analitico delle vittime di violenza sessuale: possibili modificazioni del setting e della tecnica, in P. CUNIBERTI & L. CAPARROTTA (Eds.): *Psicoanalisi in trincea. Esperienze, pratica clinica e nuove frontiere in Italia e nel Regno Unito*. Milano, Franco Angeli: 201-212.

PONZIANI, U. (1993), Maschilità: identità di genere, stereotipi sessuali e loro costruzione socioculturale, *Rivista di Psicologia Individuale*, 34: 29-37.

ROVERA, G.G (1980), "Ermafroditismo psichico, ruolo sociale e protesta virile", in AA.VV., *Sessualità e medicina*, Feltrinelli, Milano.

ROVERA, G.G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento. *Rivista di Psicologia Individuale*, 66: 139-169

STONE MH (2007), *Pazienti trattabili e non trattabili. I disturbi di personalità*. Raffaello Cortina, Milano.

TYSON P. (2005) Affects, agency and self-regulation: complexity theory in the treatment of children with anxiety and disruptive behavior disorders, *Journal of the American psychoanalytic association*, 53(1), 159-187.

Simona Fassina
Via Verzuolo 49
10139 Torino
simonafassina@hotmail.it

Barbara Simonelli
Via Vanchiglia 25
10124 Torino
bfsimonelli@gmail.com

CLINICS HAUTE-COUTURE

Positive Contagion: the Dynamics of Encouragement

Andrea Ferrero

Summary – The therapist's personality plays a central role in the process of encouragement: attentive care, affiliative attitudes, resistance to suffering, self-esteem, and representing a model of hope are stressed as particularly relevant aspects. More specifically, encouragement would be an empathic response to the patient's needs. It is important to stress that an encouragement which is focused upon primary tenderness or towards subsequent needs of love, success, self-esteem and derived competences is highly valuable.

Finally, encouragement dynamics are conceived as strictly tailored to the patient's specific personality organization and resistances.

Afterwards, three brief clinical vignettes are presented in order to better illustrate the topic.

Keywords: Encouragement – Therapist's personality – Patient's needs and resistances

I. Brief general theoretical considerations.

In a recent paper, Rovera (2015) defines encouragement within a complex conception of psychotherapy and clinical practices. In this perspective, the initial mandate of the therapist must follow two courses of action: provide the patient with objectivity and provide his presence. In the progress of this mandate, the therapist's personality, as the patient perceives it, plays a critical role. According to many studies (Greenberg, 2004; Hersoug et al., 2001; Marcolino et Iacoponi, 2003), the most significant and important elements of the therapist's personality are:

- The ability to keep a selective and empathic thoughtfulness, and creativity, rather than generic intelligence;
- The affiliative attitude, rather than generic human affectivity;
- Resisting the overwhelming contagion of pain, rather than a generic confidence;
- An obvious and balanced self-esteem; and
- Being a model of hope for the patient.

It is to be emphasized that intra-psychic features of the psychotherapist's

personality seem to be a more decisive factor than his relational features (Hersoug et al., 2002; Schauenburg et al., 2006). This underlines, once more, how significant are the analytical and personal emotional training of the therapist, in addition to his technical and clinical skills.

From a general perspective, encouragement aims at the capacity to think highly of the patient for who he is, to win his trust, to believe in his capacities, to build with him the tools of self-esteem (Dreikurs, 1950). From a more specific angle, encouragement is described as an empathic answer to the patient's needs.

This approach leads us to the '*trans-motivation*' concept, which goes deeper into the analysis in a more psychodynamic sense and towards Individual Psychology (Rovera, 1982), as this term qualifies the hierarchy of needs and motivations that define the '*Life Style*' and its changes all along life. Within this concept, since the very first phases of personality building, the distinction has been set up between the subjective needs of love or primary tenderness and the progressive rise of specific needs for love, success, self-esteem or skills (Bolterauer, 1982). The loving care of the mother, from the pregnancy, allows to fulfill the need for primary love. The first expression of subjective recognition during prenatal period is actually biological: through placenta, the message is carried by the

rise of oxytocin levels, the hormone of care for offspring in females. After the birth, through the non-verbal messages of breast-feeding, hygienic care, physical contact and embrace, parents testify to the child that they recognize him/her as a beloved subject other than themselves.

Then, even at verbal level, synchronous mothers (and fathers) foster the birth of the child identity and its stable structuring through the perception of his/her own mind through empathy, emotions modulation and organization of thought (Atzil et al., 2011). Performed in the stable enough setting of secure attachment (Bowlby, 1969-1980), these parental functions prevent the primary structuring of the *Self* from consolidating through idealization but rather through encouraging perception of the difference, valuing creativity (Adler, 1935) and putting up with contrasts and ambivalence (Ferrero, 2014).

Conversely, intrusive parents (Atzil et al., 2011), who follow a mode of disorganized attachment (Bowlby, 1969-1980), characterised by acting out, emotional incongruity and cognitive disorganization, facilitate serious malfunctions of the primary structure of the *Self* that can induce the child's identity to be locked into a precarious construction.

For these people and even when they present serious genetic dysfunctional

predispositions that distort social cognition, therapist's encouragement will have to address first the overcoming of the « *dis-individualizing* » anguish that the patient experiments when he faces unwanted aspects of himself or others. This is the prevalent case for patients diagnosed with psychosis or serious personality disorders. This is a very different condition from the more frequent case where patients have a stable identity with only some regulation troubles of the *Self* (Tenbrink, 1998), but without any permanent lacks of its consistence or coherence. In these cases, more solid in their identity structure, encouragement will rather consist in a more direct elaboration, or by introducing supporting mediums directly aiming at unresolved conflicts which activate the patient's anguish of loss or failure.

Furthermore, the therapist will have to take into account the fact that, each time in a different way, his own encouragement could be or not be aligned with the methods that the patient will use to face his own pain, and which are a kind of self-curing attempts preceding the therapy request. All these defense and adaptation mechanisms, mostly unconscious, are defined in terms of pathological personality organization. The psychotic personality organization (PPO) generally relates to the attempt of the patient to give sense to his own chaotic and scattered experience of identity, inducing confusion between cognitive and emotional aspects of his

personal experience and objective facts of reality, or, inversely, experimenting some external events as certainly and absolutely personal (fusional subjects).

The various levels of borderline personality organization (BPO; Ferrero, 2014) tend to keep the cohesion of *Self* through the fact that only one particular aspect of the subject temporarily represents the whole subject, when cognitive and emotional aspects are experienced as intolerable (anti-ambivalent subjects).

The neurotic personality organization (NPO), in its various forms and declensions, is on the other end the result of a tentative to escape unresolved conflicts, inside a stable and coherent identity structure. Among these subjects, contradictory cognitive and emotional aspects of real life experience are ill tolerated (hyper-ambivalent subjects).

The functioning of the patient, in these different conditions, either tends to encourage or discourage the therapist's interventions (Westra et coll., 2012).

The first results of a research using the *Therapist Response Questionnaire* (Betan et al., 2005) on 42 treatment programs concerning patients from the Centre for treatment of personality disorders in adolescence and adulthood (Centre DPAA - Centro per il trattamento dei Disturbi di Personalità dell'Adolescenza e dell'età Adulta), from

CMP de Settimo Torino (ASL TO4), shows that the more the therapist feels abused and submerged, and feels his helplessness, the more the personality organization of the patient is compromised (Ferrero et al., 2017). In order to correctly cite the original definition of these kinds of therapist's response, see Betan et al. (2005).

The personality organization of the patient is determined by the use of the *Defensive Functioning Scale* (APA, *DSM IV*, 1994) and the *Psychopathological Functioning Levels – Rating Scale* (Ferrero et al., 2016).

In summary, encouragement is not strictly restricted to a set of specific behaviors, but is characterized as a way to help the patient developing his/her own creativity, knowledge and values, while understanding the need to fortify his/her defensive structures in a balanced way (Rovera, 1982).

II. Clinical illustrations

a) Clinical case Nr.1

A 46-year-old man, diagnosed with disorganized schizophrenia and psychotic personality organization. No motivation for a therapy and, in particular, he refuses to take psychotropic drugs. Invited, after many refusals, to listen to the opinion of the psychiatrist from the hospital where he is being treated, the patient, usually

presenting a very disorganized speech, starts by offending his psychiatrist, stating that « women are only good for sex ». The psychiatrist imagines that this offensive and discouraging answer comes from the fact that the patient does not know her, and fears to be invaded by her, with a likely terror of a total dissolution of his precarious identity. Thus, the psychiatrist encourages him by answering that he does not have to speak directly with her. A male nurse, well known to the patient, then intervenes to emphasize the usefulness of psychotropic drugs. The patient accepts the pharmacotherapy.

b) Clinical case Nr.2

A 19-year-old girl with a borderline personality disorder (BPD) and a borderline personality organization (BPO). The patient's expectation towards the treatment is to be able to improve her self-esteem and the management of her emotionality. On the other hand, the psychotherapist thinks that the priority objectives should be the disappearance of the auto- and hetero-aggressive *acting out* which have happened many times, as well as developing her interpersonal skills and sexuality towards a less chaotic attitude, and more perseverance in her capacity to find and keep stable professional activities. The patient's expectations towards the sessions were primarily to get advices: fundamentally, the therapy was supposed to be a substitute to

school, which she had paradoxically given up.

The patient history tells us that she has got a violent father and an anxious mother. Both parents grant her everything she wants and avoid her any trouble: the perceived message is that one can get anything by rage (according to her father's example), or on the contrary, one can or must avoid any situation which does not guaranty a certain fulfillment of his/her desire (according to the mother's lessons). These conditions show clearly that her primary attachment is disorganized. There is no real space for self-esteem, and the patient shows herself frankly dependent in many situations.

At the beginning of the psychotherapy (a cycle of 40 weekly sessions of Sequential Brief – Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, SB – APP; Ferrero, 2014), a boyfriend enters in her life, intensely idealized. One day, after the first sessions, rather unexpectedly, the patient refuses to leave the car to join the session. It is the mother who tells the therapist about the refusal of her daughter, asking for some sort of help to convince her to go on with the therapy. The therapist, conscious to take the risk to strengthen the pathological behaviors of the patient (and her mother), decides to go and meet her, sitting in the car in the parking. Approaching her patient, she tells her, apparently not heard: « if you wish, I am here for you and we can have the

session ». This sentence in its therapeutic substance means: « I stay with you, I accept your refusal, even if I do not approve it, as the session can be a good opportunity for you ». The therapist communicates her presence while respecting the patient's rage: she is neither absent, nor expelling her. Despite everything, the patient does not attend that particular session, but will show up the next time, stating that she does not like « not to have enough advices » during the sessions. Instead of acting out, she rather expresses opposition. The therapist explains why she sees giving her advices as not particularly necessary, and why, on the other end, she allows herself to express opinions. In the following sessions, the patient realizes that her mother often transmits her anxiety to her and also that the boyfriend does not seem to be as perfect, showing that she can detect a few contradictions in others, even if she does not seem ready to solve them and make projects of it yet.

In summary, the therapist has encouraged the patient through validation modalities and not confrontation ones. More specifically:

- She has shown, by her behavior, the possibility of a validating relationship, so as to reinforce specifically the patient's identity;
- She has shown through a self-disclosure the possibility of a self-confirmation relationship, to

reinforce specifically the patient's identity;

- She listens and gives explanations in a true dialogue, to reinforce specifically the patient's identity; and
- She validates the spontaneous perceptions of ambivalence, specifically to ease the patient's identity integration.

According to the technical principles of the timing of the treatment of the Sequential-Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, SB-APP (Ferrero, 2014), the therapist has, in the beginning, respected the patient's defenses (conservative therapy), to work then carefully on the cleaved aspects, as soon as the therapeutic alliance has been built and maintained, even during the most critical times (mutative therapy).

c) *Clinical Case Nr.3*

A 37-year-old woman with a diagnosis of histrionic trouble and neurotic personality organization (NPO). The patient's motivation for a therapy is linked to her incapacity to permanently separate from a man 15 years older than her, whom she no longer loves, but who is still *emotionally faithful* to her in spite of her affair(s) and previous temporary desertion(s).

The patient initial expectations from the therapy seems to be cared for and supported. In her childhood, her mother either spoiled her or requested her protection against a despotic grandmother. Her father seemed able to

understand her, but he had to endure the mother.

Due to these childhood experiences, the patient seems permanently locked into an unresolved abandon conflict.

As it was with her father, if she is accepted in her individuality, she cannot be protected. As it was with her mother (and later with her therapist), she can on the other hand wish to be dependent towards others' attentions. Eventually, the alternative way is to be inescapable like her grandmother used to be, which she *de facto* fulfills with her partner who does not manage to abandon her.

At an advanced stage of her open-ended Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, the patient blames her psychotherapist for being cold and unmotherly. The therapist answers that she thinks she looks well after her even if she does not assist or spoil her. She underlines that she stays true to their therapeutic agreement: to be present, but neither being subservient nor expelling. The patient feels encouraged to elaborate her own personal experience through more equal dialogues.

Then, the patient started a relationship with another man, capable of courting her and giving her pleasant moments and feelings, but who criticized her for not leaving her partner. The patient states that she does not have the courage to change her attitude on this subject, although she regrets it.

The therapist interprets this attitude by telling the patient that she does not know how to love, as she has never been

loved, but the patient rejects this interpretation as non-significant. Thus, the therapist thinks that she cannot accept this interpretation, although credible, because it is too painful. She then proposes another point of view: « you are probably right: for you, it remains more important to pull all the strings in order to keep the situation under your control, like your grandmother used to do. However, with this attitude, you may lose the pleasure of your relationship with this man who appeared in your life ».

The patient accepts this new formulation, which does not impair her own will of power, but then she asks the therapist how to act differently. The therapist suggests that she can become welcoming, receiving the pleasure offered by this man without imposing him the constraints of the relationship with the former partner. While in this hospitable attitude, the patient will have to take into account that she also evidently exposes herself to the pain and frustration her future life might hold.

The patient answers: « I don't know, I don't want it », but the therapist points out that she already could welcome it « when you felt that I was frustrating you », without rejecting her. And she adds: « if one is not alone, one can even accept the pain », encouraging a path taking her from the relational powerlessness and *striving for power* towards the *social feeling*.

In summary, the therapist was encouraging:

- By staying faithful to the mandate to be present, but without feeding the patient's dynamics;
- By showing her own way to solve the abandon conflict which was re-experienced by the patient in the transferential projection; and
- By proposing her own way out concerning the unresolved conflict of the couple.

Even in this case, the therapist, in the beginning, respected the patient defenses (conservative therapy), to work afterwards on repressed aspects and on projection and introjection mechanisms unconsciously triggered against the threats of separation and of loss in significant relations (mutative therapy).

III. Short synthetic considerations

A few general reflections can derive from the psychotherapeutic experience:

- Encouragement includes the capacity to be comfortable with one's own negative emotions;
- Encouragement includes the acknowledgment of the patient's negative emotions;
- Encouragement includes understanding of the patient's personality organization;
- Encouragement includes a realistic understanding of the patient's capacity to change in this given

moment and in this relational context;

- Encouragement includes empathic and implicit aspects: « exemplary » relational behaviors; and
- Encouragement includes explicit empathic aspects: selective, specific and constant recognition of the patient's type of suffering and his evolution, and in particular of its root causes and needs.

Bibliography

ADLER, A. (1935), The fundamental view of Individual Psychology, *International Journal of Individual Psychology*, 1: 5-8.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed), Washington (DC), American Psychiatric Association.

ATZIL, S, HENDLER, T., FELDMAN, R. (2011), Specifying the neurobiological basis of human attachment: brain, hormones, and behavior in synchronous and intrusive mothers, *Neuropsychopharmacol.*, 36 (13): 2603-2615.

BETAN, E., HEIM, A.K., ZITTEL CONKLIN, C., WESTEN, D. (2005), Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation,

American Journal of Psychiatry, 162(5): 890-898.

BOLTERAUER, L. (1982), Die narzisstisch gestörte Persönlichkeit im psychoanalytischen Aspekt von H. Kohut und im individualpsychologischen Aspekt von F. Künkel, *Zeitschrift Für Individualpsychologie*, 7: 76- 84.

BOWLBY, J. (1969-1980), *Attachment and loss* (Vols. I, II, and III). Hogarth Press, London

DREIKURS, R. (1950), *Fundamentals of Adlerian Psychology*, tr. it. 1968 *Lineamenti della Psicologia di Adler*, La Nuova Italia, Firenze.

FERRERO, A. (2014), *Une psychothérapie modulée sur le fonctionnement psychopathologique. Le modèle sur-mesure de la psychothérapie psychodynamique adlérienne*, L'Harmattan, Paris.

FERRERO, A., FASSINA, S., LERDA, S., MUNNO, A., PASSERINI, R., RUTTO, F., SIMONELLI, B. (2017), Risposte dei terapeuti e organizzazione di personalità dei pazienti. In A. FERRERO: *Atteggiamenti e contro-atteggiamenti: la ricerca. Relazione al XXVI Congresso Nazionale S.I.P.I.*, Bologna.

FERRERO, A., SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO, E., ABBATE-DAGA, G., MARZOLA, E., FASSINO, S. (2016), Psychopathological Functioning

Levels (PFLs) and their possible relevance in psychiatric treatments: a qualitative research project, *BMC Psychiatry*, 16: 253.

GREENBERG, J.P. (2004), Essential Ingredients for Successful Psychotherapy: Effect of Common Factors. In GABBARD G.O. (Ed): *The art and science of brief psychotherapies. A practitioner's guide*, Washington D.C., American Psychiatric Publishing.

HERSOUG, A.G., HØGLEN, P.A., MONSEN, J.T., HAVIK, O.E. (2001), Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors,

ROVERA, G.G. (2015), Lo stile terapeutico, *Rivista di Psicologia Individuale*, 78: 19-85.

ROVERA, G.G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento. *Rivista di Psicologia Individuale*, 17-18: 28-50.

SCHAUENBURG, H., DINGER, U., BUCHEIM, A. (2006), Attachment patterns in psychotherapists, *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 52(4): 358-372.

TENBRINK, D. (1998), Betrachtungen zum Spannungsfeld zwischen individualpsychologischer Identität und psychoanalytischen Selbstverständnis in der Individualpsychologie. *Zeitschrift Für Individualpsychologie*, 23: 95-115.

Journal of Psychotherapy Practice & Research, 10(4): 205-216.

HERSOUG, A.G., MONSEN, J.T., HAVIK, O.E., HØGLEN, P.A. (2002), Quality of early working alliance in psychotherapy: diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(1): 18-27.

MARCOLINO, J.A., IACOPONI, E. (2003), The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy, *Revista Brasileira de Psiquiatria / Brazilian Journal of Psychiatry*, 25(2): 78-86.

WESTRA, H.A., AVIRAM, A., CONNORS, L., KERTES, A., AHMED, M. (2012), Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy, *Psychotherapy*, 49: 163-172.

Andrea Ferrero
Via Sommacampagna 6
I-10131 Torino
andfer52@hotmail.com

Originally published in : Rivista di Psicologia Individuale (2018), 83: Supplemento - Atti del XXVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia Individuale, Brescia 13-15/4/2018.

Mental pain as an expression of inferiority according to Adler

Is a new paradigm concerning diagnostic
and treatment approaches needed?
A differential psychodiagnostic exercise
allowing the recovery and support of mental pain
underlining its link with the specific expression
of the patient's feeling of inferiority.

Alessandra Zambelli

Summary – The author describes her ways to conceive Adlerian psychotherapy of depression, based upon the brief clinical case study reported by Andrea Ferrero at the 27th International Congress of IAIP in Minneapolis 2017.

In the light of current knowledge on clinical psychology and psychotherapy, the author meticulously constructed her analysis through questions like:

- 1) Is it necessary to consider new assessment procedures for depressive disorders?
 - 2) How to detect the most important dysfunctional dynamics to focus on during psychotherapy?
 - 3) Could new technical strategies be integrated in Adlerian Psychotherapies?
- Symptomatology and life events that relate to pathology are briefly reported. Schematic information about treatment plan and psychotherapy are also provided.

The author, according to the proposed therapeutic path, try to answer several important questions about the expression of inferiority and the diagnostic tools; the dynamics of inferiority and its psychopathological focus; the care of inferiority and its treatment planning; and finally, the therapy of inferiority or its psychotherapy process.

Keywords: Alfred Adler, differential psychodiagnostic, tailored psychotherapy, PDM, PDM-2, feeling of inferiority, major depressive disorder, adolescence, adolescent therapy.

To answer this seemingly theoretical question, I have to go back to the clinical field set at the same time as this questioning

by Dr Ferrero, during summer 2017, at the 27th International Adlerian Congress, in Minneapolis, as part of the International

Section “Science, Theory and Research” of the IAIP¹ which he chaired. During this roundtable meeting, he invited me and Canadian Professor Christopher Shelley to analyze and discuss the clinical case of a patient, C.A., known only by himself. He gave us a precise questionnaire to follow in order to decline the key meaning of a good psychodiagnostic in service of a tailor-made therapy, a fundamental feature of the Adlerian therapy. Given the absence of the therapist relational « proprioception » in the clinical text, a typical state in a quick preparatory story, it seemed obvious to me to learn how to « feel » the presented case as a case under supervision, despite the difficulties associated with an evasive syntax in which the English content was voluntarily sparse. But the experimentation was taking an interesting turn because my presupposed methodology says – as for most therapists – that the symptom cannot be sufficient for a diagnosis, and analyzing summarized life data cannot be exhaustive, as it lacks the lively contact with the patient. All the verbal and especially the non-verbal clues are missing, and thus the evaluation of the interpersonal experience with the patient as an intuitive analysis of his mental functions. I will try to *make up* this missing experience through the *reverie* triggered by Ferrero’s narrative. In this exercise, I am searching for the missing internal clinical information amongst the ones the presentation evoked, sometimes explicitly by the author.

I. The clinical case

C.A. was born of artificial insemination with an anonymous donor, due to the infertility of his mother’s husband, his pretended

father. The parents split up five years later, due to the alcoholic father repeated violence; father that C.A. experienced as a preset presence at home. In fact, his mother had to work and was mostly away from home, until she presented a major depressive disorder when C.A. was 9.

The child grew up mostly with his mother parents who he considers to be his « real parents ». More specifically, the grandmother is depicted as firm and decisive when the grandfather seems less important. School is going well for C.A. until his 13s: good behavior, open and sociable. In middle school, he developed an important relationship with his Italian, literature and history teacher, who he describes as warm, reassuring and open. Unfortunately, C.A. lost touch with him after middle school. Moreover, every teacher found him intelligent and curious, and recommended him going to high school. Disagreeing, the grandmother made him pursue a professional training for him to start working as early as possible. From the start of this training, C.A. was gravely humiliated and mocked, without physical violence, and ended up expelled for insufficient results. Even though he looked for new friends, he was again the victim of mistreatment, twice. In 2013, the grandmother developed a uterine cancer. C.A. took continuous care of her, even when she underwent surgery.

No symptoms until 6 months ago when a clinical picture appeared: a permanent depressive mood, no motivation for daily activities, somatizations with diarrhea, severe stomach pains, anxiety and sleep disorders. We cannot find significant elements linked with these conditions that

¹IAIP: International association of individual psychology; www.iaipwebsite.org

prevent C.A. to follow through with his education, when he has a double curriculum this year, doing both his sophomore and junior year at once.

The patient recently started weekly psychotherapy sessions to cure a depression. From the start, the therapist creates a space of care and trust. During the first two sessions, C.A. is motivated to talk about himself, giving the aforementioned information. At the same time, he rethinks the possibility to recontact his friendly teacher who was his middle school confident, however mentioning the fear of being intrusive.

The therapist does nothing to discourage him. The patient sends an e-mail to the teacher who gives a cordial answer. The symptoms suddenly decline.

II. Psychodiagnostic analysis

Resuming the reading of the case, I note that: our patient must complete his final year of professional training in Italy, a repeated year furthermore, in order to finally enter the professional world, in a field not chosen by him but by his grandmother, his sole real robust attachment figure. He will have to throw himself into a new situation, into the unknown of a new life stage at the end of the school year. The diagnosis must certainly take into account the age of the patient – to answer one of the questions asked – because during teenage years some symptoms do not hold the same diagnostic valence as they do during adulthood. We are indeed talking about a teenager who must face on one hand a decisive transition phase in the life of an individual, crucial in

adolescence, which represents the « bio-psycho-social » exit towards *adulthood* (Siegel, 2011), autonomy, that is to say the ability to take responsibility of one's own needs, desires and pleasures; and on the other hand, the conclusion of the individuation process, a problem that already underlines at that age the ambiguity between dependence and autonomy as essential and non-pathological. We also see that C.A. story is paved with traumatic experiences, relationships and separations, such as the recent cancer of his grandmother, 3-4 years ago. He has been taking care of her assiduously, especially while she underwent surgery, and still do now. All of C.A. important relationships, those with his *caregivers*, are marked with a trauma, that always solicit an anxiety of loss or unavailability and reject. Furthermore, the virile figures used as references for his gender identity – genitor, father and grandfather – are either weak or absent, especially the genetic father who is unknown. The *adoptive* father (« the mother's husband ») left him when he was 5, besides, his alcoholism had always made him unavailable; he was thus perceived as a mere predefined programmed presence, a routine. We, then, have to make the hypothesis of a weak gender identity issue and an inferiority internalization problem, even if we can identify a notable resilience in affectively investing other virile figures. Indeed, we know he was able to build an affectively supportive relationship with the history teacher, that I identify as a man, or even so, that I allow myself to think of him as a man, a fact that cannot be confirmed with the English grammar. We can already observe this resilience to look for other available figures with his grandparents, because C.A. claims them to be his « real » parents. Furthermore, it has to be noted that

C.A. immediately uses the therapeutic support by expressing his project and quickly realizing it (contacting his previous teacher with whom he built an affective relationship), even if we can make the assumption that he acts like this to fill in the position of the perfect patient, based on my colleague's narrative style.

I can then state my first diagnostic grids concerning the mental dysfunctioning levels in the 5 dimensions considered by the APP (Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, cfr. Ferrero Andrea -2014), in which you can easily gather the 6 decisive dimensions for the differential diagnosis according to the PDM-2 (*Psychodynamic Diagnostic Manual : PDM-2*, Second Edition, 2017) concerning the disorder type as well as the level of mental functioning.

I hypothesize that:

- C.A. does not have any problem concerning cognitive abilities;
- he has however an inhibition problem with impulse control, and a predominance of shame and probably guilt in the negative emotions range;
- he seems to have good social skills because he can invest himself in relationships and even activate them when supported;
- he is able to take care of others in ways that can even be too responsible; but,
- he must be able to learn conflict and aggression management.

In regards to understanding the experience, C.A. is excessively cautious. The same inhibitory posture can be found in his diminishing motivation in doing daily activities, such as going to school. However, feeling safe in the therapeutic environment seems to make him more confident and

balanced even in this dimension. Regarding the identity, we lack information, but his background led me to hypothesize a weakness in the fundamental issue of identity depending on the patient age. Regarding the quality of the relationship with his therapist, I understand that it is good, even if we can conclude from the clinician intervention his apprehension not to make C.A. too dependent. I hypothesize a mental functioning profile (PFL) VI on the APP scale, and my first diagnostic hypothesis as a differential diagnosis is:

- a) depressive disorder with a possible adult age evolution of a Dependent Personality Disorder and a psychosomatic tendency (to be checked) linked to an incompatible or inconceivable anticipation of separation relative to his feeling of inferiority based upon his presupposed inability to make it on his own, or inherent to a corporeal identity problem;
- b) depressive disorder with a possible evolution of an Anaclitic Depressive Personality Disorder with an avoidance and somatization defense (that responds well to brief treatments, as opposed to the introspective version), in consideration of an important family history on both its genetic aspect and *coping*;
- c) depressive disorder with a possible evolution of an Avoiding Personality Disorder with a somatization trait;
- d) depressive disorder with a possible evolution of an Anaclitic Masochist Personality Disorder, in which somatization could express the

unconscious belief that attachment requires suffering: you have to suffer for others to be available.

This differential diagnosis is corroborated by the therapist intervention that emphasizes his own « do not discourage the patient in his project » to recontact his history teacher. Here, I start to think that this is not a borderline level (not even PFL V) but rather a neurotic functioning of personality (PFL VI). The narrator therapist, by this intervention, suggests that he is currently evaluating the hypothesis that C.A., despite the repeated relational micro-traumas (that overwhelmed in with confusion and violent emotive states, only to be left alone in an abandonment state), is not on a borderline level of mental functioning. This is also why C.A. sees his grandparents as his real parents, finally being in a secure setting, despite it being a little rigid and hyper-protective, where C.A. aggression had no way or value to express itself, and where on the contrary he had to learn to introject it, by avoiding conflicts that had already spread throughout his affective life.

These two conditions seem to have created a favorable context for the development of a dependent personality, with an avoiding trait, unable to activate and realize the *agency*, the ability to actively take action and transform the context where one is set (Bandura, 1977). Thus we see him being harassed twice at school, especially after the grandmother had made him go to vocational school, without considering C.A. real abilities and potentialities, probably because of her own oncologic disease. C.A. seems to have lost his *agency* energy: in the ability to realize things, to intervene in reality, to exercise causal power.

III. The Inferiority dynamic: a look upon the pragmatics of psychopathology

What can make an individual lose the feeling of *agency* and his ability to act, if not the feeling of inferiority enclosed into the sensation of believing oneself unable to do anything without being supported, like a child?

- To suffer from events, especially interpersonal ones, being treated as a parcel since early childhood?
- And feeling unable to ease one's incompleteness feeling, which is then linked to the sensation of natural dependence?

It seems obvious to me that the association between chaotic and abandonment situations induced deep insecurity feelings. Secure situations followed, but the setting was rigid and almost invasive. Those situations combined solicited a feeling of inferiority and passiveness concerning aggression, to the point of a decrease of the vitality of the creative ability to picture oneself as subject independent and whole.

IV. Inferiority management and therapy planning

Based on these assumptions, I consider C.A.'s somatized depressive symptom as an expression of this dependent personality configuration, which also implies the tendency to avoid internal psychological problems to rerouting them through somatization; just like interpersonal conflicts that C.A. cannot answer to with the adequate aggressivity, but rather with an avoiding and submissive behavior. I would

then focus the therapy on the idea that avoiding defenses are present and probably auto-frustrating, certainly somatizing, on which it would be important to reach an explanation during the following sessions. First, I would work within the frame of a dependent personality or personality with a dependent trait, that so by carefully offering a welcoming setting, lined with thoughtfully respecting the patient space to allow him to express himself in the most autonomous way possible. The challenge will consist in giving him support and empathy without substituting his *agency* ability even on the ideative¹ level, by thoroughly avoiding invading him with premature interpretations or *insights* and advices, not heuristic at least for the moment. If I were following the non-anaclitic depression diagnosis hypothesis, these last interventions could be useful, but nothing points in that direction.

V. *The beginning of C.A.'s psychotherapy*

I would start by working on these resources, looking to bring him to emphasize and experiment the importance of aggressivity as a creative vital energy, as an expression of his vitality. I would then bring him to recover his legitimacy to possess this energy, as he does possess it exactly like anyone else, unlike he implicitly seems to think. I would bring him to consider the relations with his peers, including with the opposite sex, not only as a source of conflict but also of pleasure, sharing, cooperation and

solidarity. Only when I feel him at ease with expressing his strength, I would explore the possibility to make him aware of his behavior relative to *reaction formation*² as a defense against his aggressive energy, or even of conflict avoidance, that is to say the denial of others aggressiveness as well as his. I would pursue the work until the evaluation of the existence and meaning of passive aggressiveness.

VI. *Inferiority therapy: course of the psychotherapy*

If I consider pivotal that C.A. presents the early stages of a Dependent Personality Disorder, I assume that his main concern is to maintain/lose relationships. Indeed, his *tendentious fiction* makes him feel inadequate or helpless, without *agency*; as, in his mind, only others are strong. In this inferiority dynamic, the young man's pleasure seems currently focused on looking for safety, especially when it comes to unstable attachment relationships, among which he certainly fears the *announced* definitive loss of his grandmother. His primary suffering probably is the sadness related to this eventuality of loss and thus the fear of loneliness, also fantasized against the unknown future of his working life. One main focus of the therapy, that I view as an asset, is to bring him towards experiencing *agency* pleasure: the pleasure from expressing power in being the maker of his own project; the pleasure from living; the fact one can achieve this project without fear of failing, or not being allowed to, or

¹ *Ideative* : Ability of conscious imagination to create ideas, thoughts, projects...

² *Reaction formation* : « Psychological attitude or habitus showing opposing tendency to the repressed desire, and build up as a reaction to this desire (e.g., modesty being opposed to exhibitionistic tendencies) ». Adapted and translated from Laplanche et Pontalis (1981[1967]).

from being in conflict with one's dearest people. I would then work to bring his attention towards his internal assets, towards valuing his internal sensations, those of his own body, in contrast with those, interpersonal, that he usually value first and exclusively when it comes to relationships with others.

At this stage of the therapy, no additional drug-based therapy is needed, not even hypothetically.

I would try to contact at least once the available family members to gauge the eventuality of a family therapy, even if I think it is highly unlikely at this stage, but maybe not impossible. Having the opportunity of a group therapy (with his peers), I would also consider it by discussing it with the patient beforehand.

I do not think that the symptoms' remission can be considered stable, because I do not know the level of consciousness C.A. has already reached on his defense mechanisms and apperceptive schemes, meaning his *lifestyle*, and thus his vision for the future. The positive result from the affirmative response of the reached teacher only added efficiency to the process. It seems obvious to me that there is no way to believe in the stability of the quick symptoms' remission, the therapy should then not be considered completed. On the other hand, it is in no way interesting to plan for a long term therapy, and in relation with any differential diagnosis confirmation, because we are talking about a teenager in whom the symptoms can be only physiological within

the setting of a transition crisis. We would precisely not want to create the conditions for a new dependence or a regression to settle.

I would work on virile family figures experiences. Then I would look into the corporal aspect to reinforce the *ego*, assist the evolution of *self* integrity, and not to let ungauged sexual issues alongside a personality with a probable avoidance trait, in a period of life where these impulses have deep identity implications.

We saw our patient weakness on the psychosomatic level, so this should be a primary focus of the therapy: to be treated by integrated approaches such as *mindfulness* (Allen et al., 2008) or EMDR³. Emotional autoregulation is at the center of the symptom, and it should be considered as an entry point of identity integration, that I consider psycho-corporal according to Alexander Lowen's (1958) and Donald Winnicott's (1971) bioenergetic conceptions. Their conceptions are eventually very Adlerian, if we do not establish them as psychosomatic theories opposed to Daniel Stern's concept of *nuclear self* (1985). A psychosomatic unity would surely be the main goal I would aim at to bring the young patient towards beginning integrating corporal sensations linked to aggressiveness and sexuality, starting with the simple acceptance of their existence.

As the affective relationships of attachment are the weak and weakening point of C.A. story, they will have to become the focus point of the rest of the therapy, starting with

³ EMDR: *eye movement desensitization and reprocessing*. Procedure that was discovered and developed by Francine Shapiro and collaborators. This method is internationally recognized in the treatment of PTSD (Post-traumatic stress disorder). It became part of the complex integrated psychotherapy approach addressing the whole range of psychopathology.

clarification techniques, through the use of early memories and dreams. That is to say exploring together what the patient does not consciously reject in principle, to the point of testing his confrontation abilities, encouraging him to elaborate autonomously his inner world. Very progressively, I would check his availability to confront direct issues linked to the lived and felt inferiority on interpersonal and social levels, and also in his corporal and energetic feedback.

To the question of knowing whether new technical strategies should be integrated to the Adlerian Psychotherapy for Depression, I would answer with closed eyes a methodological, and at the same time experienced, yes. Every therapist must expand his technique and make it evolve attending national and international conferences and pursuing continuing education to offer his patients the therapeutic tool constantly updated with

the highest scientific and professional standards⁴.

VII. Conclusion

Is it necessary to consider new evaluation procedures for depressive disorders? Is there a need for a new paradigm in diagnosis and thus in treatment? Is mental pain, as an expression of the feeling of inferiority according to Adler, still a heuristic paradigm? Meaning being able to bring us a pragmatic efficiency along with a perception of reality loaded with a truth?

These are the interesting theoretical questions asked, to which I would not even try to answer here but would like to put forward an insight. I consider that, methodologically, we must always think about new modalities for evaluation – assessment – and epistemological evolution. For a few decades, for example, paradigms on *Cerebral Information*⁵, *Trauma* and

⁴ Moreover, in occidental countries, in our field as in others, yearly trainings are mandatory, trainings with mandated reporting to the State administration, except for France... and this is exclusive to psychologists and psychotherapists!!

⁵ Same as AIP – Adaptive Information Processing. According to the European EMDR association [<https://emdr-europe.org>] : « The AIP model explains the basis of pathology, predicts successful clinical outcomes, and guides case conceptualization and treatment procedures. Consistent with other learning theories, the AIP model posits the existence of an information processing system that assimilates new experiences into already existing memory networks. These memory networks are the basis of perception, attitudes, and behavior. Perceptions of current situations are automatically linked with associated memory networks (Buchanon, 2007). For example, the reader can make sense of this sentence because of previous experiences with written English. Similarly, burning one's hand on a stove goes into memory networks having to do with stoves and the potential danger of hot objects. A conflict with a playmate (« me first ») and its resolution (« we can share ») is accommodated and assimilated into memory networks having to do with relationships and adds to the available knowledge base regarding interpersonal relations and conflict resolution. When working appropriately, the innate information processing system « metabolizes » or « digests » new experiences. Incoming sensory perceptions are integrated and connected to related information that is already stored in memory networks, allowing us to make sense of our experience. What is useful is learned, stored in memory networks with appropriate emotions, and made available to guide the person in the future (Shapiro, 2001) ».

*Dissociation*⁶ have entered the field of psycho-diagnosis and therapy: it has become necessary, in my opinion, to be able to articulate the Adlerian feeling of inferiority, and all that comes with it, with this defense mechanism –i.e. *dissociation* – that nowadays took an all new and central paradigmatic meaning. This concerns some pathologies (like PTSD) that are coming more and more rapidly in therapy. It can also be taken as the conceptual basis of preventive therapy in State Institutions, or as simple tool adopted by citizens becoming aware of its input to their current and future health.

But this topic can only be referred to a specific and adequate space, I thereby emphasize here its importance and inherent necessity to exercise our work as psychoanalysts and psychotherapists.

Bibliography

ADLER, A. (1912), *Le Tempérament Nerveux : Éléments d'une psychologie individuelle et applications à la psychothérapie* (Tr. fr. de la 4e édition allemande Dr. Roussel, 1948) 1992, Paris, Bibliothèque Scientifique Payot.

ALLEN, J.G., FONAGY, P. & BATEMAN, A.W. (2008), *Mentalizing in Clinical Practice*, Washington, American Psychiatric Publishing Inc.

BANDURA, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 84, 191-215

FERRERO, A. (2014), *Une psychothérapie modulée sur le fonctionnement psychopathologique. Le modèle-sur-mesure de la psychothérapie psychodynamique adlérienne*, Paris, L'Harmattan.

LAPLANCHE, J & PONTALIS, J.B. (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse* (sous la direction de Daniel Lagache, 7è édition 1981), Paris, Presses Universitaires de France.

LINGIARDI, V. & MCWILLIAMS, N. (Eds.) (2017), *Psychodynamic Diagnostic Manuel: Second edition: PDM-2*, New York, The Guilford Press.

LOWEN, Alexander (1958) *Physical Dynamics of character structure (The language of the body)*, New York, Grune and Stratton.

SIEGEL, D. J. (2011) *Brainstorm: The Power and Purpose of the Teenage Brain*, New York, Tarcher Perigee.

STERN, Daniel N. (1989) *Le monde interpersonnel du nourrisson : Une perspective psychanalytique et développementale* (1^{ère} éd. anglaise 1985), Paris, Presses Universitaires de France.

VAN DER HART, O., NIJENHUIS, E.R.S. & STEELE, K. (2006) *The Haunted Self:*

⁶ Just like the authors of *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*, (2006), described in their book, now a classic, that draws an integrated approach that adapts like a glove to the Adlerian theory and technique. The simple fact that this text introduces the action theory of Pierre Janet as a reference matrix, shows us a direct link with Adler who quoted Janet in the introduction of his fundamental text '*Le Tempérament Nerveux*', (1912).

*Structural Dissociation and the Treatment
of Chronic Traumatization*, New York, W.
W. Norton & Company

WINNICOTT, D., (1971), *Playing and
Reality*, London, Tavistock Publications.

Alessandra Zambelli
13, rue du Caire,
75002 Paris
ale.zambelli@orange.fr

*The content of this article was presented, in
Italian with simultaneous interpretation in
English at the XXVII International Adlerian
conference of the IAIP in Minneapolis, USA, 9-
13 July 2017. [<http://www.iaipwebsite.org>], as
well as during a session of IAAP three-year
training course, in 2018 in Paris, France.*

THE PSYCHOSOCIAL FIELD



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Intervention and Supervision on Bullying

Training in psycho-pedagogical intervention and prevention
against bullying & cyberbullying according to the
adlerian method of Individual Psychology

Christelle Schläpfer

In this article, the author summarizes what was presented as part of a European Erasmus+ free online training project - "Psych.E.In". It includes a case study and a best practice, reorganized into two parts: 1) INTERVENTION in a school situation and 2) SUPERVISION. It outlines the fundamental elements you need to read and remember to successfully manage this type of psychological intervention in an emergency, as it is crucial to understand the general context of a technical psychological intervention on harassment and cyberstalking, which requires specific training. These are group phenomena that don't just occur between the victim and the aggressor. The whole system has to be taken into account. But every case is different, and every constellation of classes and every school is like an individual: it has its own characteristics and dynamics. For this reason, as with any systemic and/or psycho-educational therapeutic intervention, follow-up supervision is necessary.

Keywords : Adlerian School Emergencies Method; Bullying; Cyberbullying; Group Training; Psych.E.In project; Sanitary Humanitarian Emergencies; Social Humanitarian Emergencies; Victim type 1°, 2°, 3°, 4°.

I. Introduction

This article was created and published for the Erasmus+ European free online training project Psych.E.In : Psychological Emergency Intervention – Clinical Training. This free online training is created by a European consortium project, composed by 7

members with 6 different psychological methods and 6 nationalities (Czech Republic, France, Greece, Italy, Poland, Slovakia), to deal with the humanitarian emergency during Covid-19 pandemic as a new community priority. The IAAP publishes this article with the

consortium's permission and encouragement, and it is a synthesis of two articles published in the VET part (Vocational Education Training) of the 3rd section of this training: Collection of Case Studies 2 and Good Practices¹.

This section presents six case studies using different methodological approaches applied to training in emergency and offers a comprehensive overview of different approaches in training Psychological Early Intervention.

The project foresees two previous sections, always rather interactive and with a double development: a direct teaching to the psy, and a VET part for the trainers of the psy. These two parts that precede the Case Studies are:

A) 2 M.O.O.C. on early psychological intervention

B) 2 Toolkit on early psychological intervention².

Finally, the article summarizes a Case Study and a Good Practice published in the Psych.E.In project which you will find in part 1) INTERVENTION and in part 2) SUPERVISION: Structure and Description of the supervision training event. This is because it is important for this problem to understand the general context of a psychological technical intervention on bullying and cyberbullying which requires specific training.

II. Intervention

a) Scenario

Although bullying is much more talked about and prevention lessons are held in many schools on a selective basis, bullying in general has not decreased but increased (PISA Assessment 2018). In addition, cyberbullying has increased by an average of almost 40% worldwide during the pandemic, bringing the number of victims of bullying worldwide to a very high level.

b) Involved

Cyber/Bullying is a group phenomenon and does not only happen between victim and bully.

The whole system must be taken into account. Usually, this is limited to the class (victim, bully, followers, spectators). It is not uncommon, that the teacher, parents, school director (albeit unconsciously) favor the bullying situation directly or indirectly. In addition, it also happens that bullying occurs across the system.

Cyberbullying, once detected, requires immediate intervention. Depending on the form of cyberbullying, this has to be done by the competent police services, as they must immediately stop the dissemination of images, data and words that affect the image, privacy and safety of the minor victim. However, police intervention is not enough. Psycho-pedagogical work with the class and

¹ link: https://psychein.pixel-online.org/gp_CaseStudies.php.

² We invite you to visit the site <https://psychein.pixel-online.org/index.php>.

support for the victim are also of utmost importance.

With bullying, we are in a crisis situation and sometimes in emergency. This form of violence is not visible, unlike conflicts which require another type of intervention. Very often schools do not know how to distinguish both issues and can thus aggravate the situation. There is indeed a lack of concept in many countries working on cyber/bullying in systems and across the systems. And there is not yet scientific literature in this direction. Ms. Christelle Schläpfer is now a reference in Switzerland and she is called upon by schools for emergency interventions. She is interviewed by many newspapers and magazines and enables professionals from the psychosocial field to approach the challenge of bullying in a new way.

When bullying occurs, it means that a breaking point has been reached for the victim and the associated relationship system. For children know it is "bad", they consequently bully secretly, in the corridors and on the stairs, but rarely in the classroom under the eyes of everyone and the teachers. So we don't see it and we have to read it differently. Usually, the parents raise the alarm.

Bullying is a process that can get worse quickly, contrary to the preconceived and widespread belief that it develops slowly, between 3 and 6 months. Bullying can become uncontrollable in as little as 10 days and the consequences can be devastating for the whole

community, not just for the class and the school.

The French Balanant law of March 3, 2022, with article 222-33-2-2 of the French Penal Code—emphasizes that school-bullying and cyber-bullying are crimes. The Internet and schools are no longer lawless territories. The same law emphasizes training for the prevention and intervention of bullying, making the educational assistant the role and main figure to detect the phenomenon early and seek help. Finally, the law adds to citizenship and civic training courses a component dedicated to raising awareness of the risks related to school bullying aimed at students and school staff.

d) Analysis of training needs

Numerous affected students don't get help because they fear the bullying situation could become worse (which indeed also may happen). Bullying is very different from short-lived conflicts and arguments. In fact, the type of intervention determines how sustainably bullying situations can be resolved and how the class climate can be improved. Not every intervention is helpful in cases of bullying, some even worsen the situation. Depending on the bullying situation, individually appropriate measures are required. In the end, it is not only about stopping bullying, but also about healing - and improving the class climate. It is therefore urgent to understand bullying

holistically (Adler) and no longer to approach it on a symptomatic level, because punishment and confrontation can encourage bullying.

(Cyber)bullying can leave traumatic consequences for the group and the community and is particularly problematic for the direct victim. Many parents and educators feel overwhelmed and helpless in the face of (cyber)bullying situations.

Unfortunately, very few teachers and school social workers are trained to prevent, to detect and to resolve bullying in a sustainable way. By intervening incorrectly, some educators make the situation worse. In some cases, there is a brief improvement, only to flare up again shortly afterwards, often even more subtly than before.

Therefore, it is urgent that people from different disciplines are trained to support the system around family and school when it comes to bullying, respectively, to prevent bullying.

III. Supervision: Structure and Description of the supervision training event

A] Structure

a) Setting

The online group supervision (approx. 10/20 trained persons) is part of the EDUFAMILY training programme, which takes place online via ZOOM in

two days, and is organised twice for 3 hours as group supervision for case discussions after the first two training days, over a period of months.

b) Involved

This training is designed exclusively for professionals from the psychological and pedagogical fields: psychologists, psychosocial counselors, family counselors, child and youth coaches, teachers and school social workers, parenting facilitators.

c) Analysis of training needs

The trainees need to be accompanied in the analysis of the New Operational Situation because each one is very different from context to context. For example, if cyberbullying requires the immediate intervention of the Police, then it will be necessary to add the work with the class.

But each case is different, and each class-constellation and each school are like individuals: they have their own characteristics and dynamics. For this reason, a follow-up of supervision is necessary as for any systemic therapeutic and/or psychoeducational intervention. So this training also includes 2x 3h group supervision for case discussions. The trainees get unlimited access to the online course platform with regularly updated info and materials and ready-to-use templates.

d) Duration

The Supervisions is included in the training program: 2x 3 hours group supervision for case discussions.

e) Follow up

Several times a year there is the possibility to participate in more group supervision.

B] Development of the event

a) CONTEXTS: After understanding the main features of the individual psychological theory that underpins my proposed intervention, such as 1) how everything revolves around belonging (central principle of individual psychology: sense of community) and 2) how bullies react compensatorily out of a sense of inferiority, 3) the holistic intervention; participants learn about the different types of bullying and cyberbullying. In addition, the trainers work out together how to recognise (cyber)bullying and how to distinguish it cleanly from conflicts. In addition, the trainers learn about different intervention and prevention options. Among others, metaphor work, which aims to sensitise the students, activate their empathy and involve them participatively in solutions.

b) OBJECTIVES: The most important thing in working with the class is that the bully is not seen as the only responsible party in the bullying situation.

Passive bystanders also bear responsibility as they enable the situation. In addition, it is important to check who is really a victim, because it is not uncommon to have active/aggressive victims who are seen as problem students/bullies but are actually victims of the situation. It is important to approach the solution with the whole class because all students share responsibility in the bullying situation.

Secondly, we never intervene directly, but always indirectly: we do not go to the class and say that (cyber)bullying is happening and that it should stop. Schools often remove the victim and the bully from the classroom and confront them, which is a mistake. This technique suggests working metaphorically with the whole class so that students do not become reactive. By refraining from confrontation, we avoid students becoming defensive and developing feelings of guilt - otherwise we risk revenge actions taking place and losing cooperation in terms of responsibility.

So we bring videos that are adapted according to age and problem, and work with groups that focus on the characters in the video. Students focus on the characters in the film to activate empathy: "How does the character feel?"; "What does he expect from others?" We need to get away from the idea that no one is responsible, while everyone is responsible, even those who do nothing. That is why we are working on the concept of "civil courage".

After an initial group work, the groups change in the class to find a solution to the situation shown in the video. Questionnaires should not be used to analyse bullying because they are not meaningful enough. Instead, the working method is used simultaneously to observe and analyse what happens in the class during the metaphorical (group) work. The focus is not on the actual case in the classroom, as this can cause shame and guilt and be a major obstacle to the joint work on responsibility.

The transfer to the real situation is done very carefully in the last phase and attention is paid to what solutions the class finds so that the bullying situation can be resolved and the victim can recover. Often one brave child is enough to move the whole group.

It is also necessary to work directly with the victim in crisis to get individual psychological support organised by the school or by the intervention workers who also take care of the parents.

If the main offender does not change his behaviour after the intervention, individual support is necessary to compensate for his feeling of inferiority. Depending on the type of compensation (control, power or attention), we look for a prosocial alternative (which reduces the feeling of inferiority) as a

substitute for bullying other people. This is often the problem presented to supervision.

For example, we dealt with the case of a 12-year-old girl who had succeeded in manipulating the students of two schools and turning them against other students: At the end of the process, she was offered to be a "guardian of esteem in the classroom".

In supervision we also learn to distinguish conflict from bullying, because we can make the situation worse if we confuse the two: The interventions are not at all the same. The biggest mistakes happen in not neatly recognising and distinguishing between bullying and conflict. Schools are not yet ready for this distinction.

c) ASSESSMENT of learning outcomes: Discussion about the effectiveness of supervision is possible and fluid with both the trainer and the group. At the end of the discussion, supervisees have the opportunity to underline what was effective and what remains unclear in order to organise the next supervision.

Christelle Schläpfer
Eichweid 3
CH-8312 Winterberg, Suisse
info@edufamily.ch
<https://edufamily.ch>



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

CONCEPTUAL DICTIONARY

Theory / Paradigm

Massimo Mezzanzanica

In contemporary epistemology, the concept of theory (Gr. *theoria*, “observation”, “vision”, der. de *theoreo*, “I observe”) and that of paradigm (Gr. *paradeigma*, “example”, “model”, der. of *paradeiknymi*, “I show”, “I compare”) are closely linked and define two essential and complementary aspects of science: on the one hand, the construction, through a set of hypotheses, statements and propositions, of explanatory models of natural or social reality; on the other hand, the comparison between these models and the dynamics that lead to their transformation. The paradigm represents the historical, social and conceptual framework in which individual theories are developed, and theories define a specific paradigm, can confirm it as a current paradigm or contribute to its replacement by a different paradigm. Therefore, interrogating the relationship between theories and paradigms means thematizing the question of the articulation between science and history.

From an epistemological perspective, the definition of the term theory brings into play its relation to experience (a theory can arise from observation, but it can also produce predictions that afterwards will be confirmed, or refuted, experimentally) and the distinction between scientific and non-scientific theories, i.e., what, from Karl Popper onwards, is defined as the demarcation problem (Popper, 1935). As for the first question, Popper affirmed the priority of theory over empirical observation: experience is oriented by theory, and observations have the function of corroborating or refuting theoretical hypotheses. He therefore rejected the inductive method, believing that observations, however extensive and systematic, cannot prove that a scientific theory is true or probable. A theory is scientific (and this is Popper's answer to the second question) only if it can be contradicted by certain basic statements about experimental facts (Popper, 1935). Therefore, science proceeds by “conjectures” and “refutations”, in the sense that, if scientific theories cannot be verified by experiment, they can nevertheless be tested and refuted, or

falsified, on the basis of experience (Popper 1963).

At the origins of philosophy, the concept of paradigm has an ontological meaning in Plato, who understands paradigms as eternal, ideal and immaterial models of sensible realities, while in Aristotle the paradigm enters the field of rhetoric and becomes a form of inductive argumentation from examples, which goes from one particular case to another particular case. Several centuries later, in the thought of Ludwig Wittgenstein, the concept of paradigm as model (*Vorbild*) will acquire an epistemological and logico-linguistic connotation (Wittgenstein 1953). The paradigmatic object is an example (or a set of examples) to which acts of signification and other human actions can refer, and this by virtue of the function it performs in a given practice. As criteria of comparison and judgment of experience, paradigms are constitutive of a “game”, i.e., of a common practice, and in particular they make possible propositions that may be true; they belong to the presuppositions of experience, but are not tested by experience. Mathematical proofs are also included by Wittgenstein in the concept of paradigm in the sense of model.

The use of the concept of paradigm in contemporary philosophy of science is linked to the development of a historical conception of knowledge and science. This conception is illustrated, in a different way each time, by the critique

of the historical reason undertaken by Wilhelm Dilthey (1910), which aims at reaching a foundation of knowledge starting from the awareness of the integrally historical character of reason; by the epistemology of Pierre Duhem (1906), according to which the justification of a physical system is found only in its history; and by the archaeology of knowledge of Michel Foucault (1969), who, influenced by Gaston Bachelard and Georges Canguilhem (Foucault 1994) intends to reconstitute the historical a priori, or the rules which underlie the formation of the various discursive practices. The first author who used the concept of paradigm in reference to the history of science was Georg Christoph Lichtenberg (Rentsch 1989). The fortune of this concept in contemporary thought is, however, primarily due to the use of it by the historian and philosopher of science Thomas Kuhn. In his book *The Structure of Scientific Revolutions*, Kuhn (1962) established a link between epistemological research and the history of science. He opposes both the inductivists (from Hume to Carnap) and the deductivists (Popper), united in his opinion by the idea that science develops continuously and cumulatively. For Kuhn (as for Bachelard), science on the other hand also proceeds by leaps and ruptures and in the course of its development “normal” phases succeed (and alternate with) “revolutionary” phases. While the “normal” science evolves inside a certain paradigm, that is to say a set of

theoretical concepts and solutions to problems, laws, methods, values accepting it without criticism, the “revolutionary” science, driven by anomalies that are not solvable in the context of the existing paradigms, aims at replacing a traditional paradigm by a new one (as, for example, in the passage from the Ptolemaic vision to the Copernican vision of the universe or from the Newtonian physics to the Einsteinian physics). Kuhn's theses, which imply, among other things, that the passage from one paradigm to another is linked to irrational or extra-rational factors and that paradigms are incommensurable with each other, have given rise to several discussions on the theme of the progress of science and on the relationship between the historical character of science and its objective validity. In this context, Imre Lakatos (1970) tried to critically develop Popper's theory of falsification, accepting some of the objections raised by Kuhn, in an attempt to validate both the historicity of science and its validity. The central idea that Lakatos's “sophisticated” falsificationism sets against with the “naïve” falsificationism that Kuhn attributes to Popper (and which Lakatos calls “methodologically naïve” falsificationism) is that the process by which a scientific theory is tested does not consist of a simple comparison between the theory itself and empirical observations. In his view, a theory is refuted only in the light of another theory that is capable of explaining the still valid content of the

former and at the same time allows us to predict and explain new facts. Therefore, the methodological unit for evaluating the progress of knowledge is no longer a single theory, but a set of theories or a *research program* based on the decisions of the scientific community. It is the latter that, through methodological prescriptions, establishes which hypotheses are unfalsifiable. In an analogous way to Kuhn's paradigms, these represent the *hard core* of the research program.

Bibliography

DILTHEY, W. (1981), *Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften* (1^a ed. 1910), Frankfurt a.M., Suhrkamp.

DUHEM, P. (1906), *La théorie physique. Son objet, sa structure*, Paris, Librairie Marcel Rivière.

FOUCAULT, M. (1969), *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT, M. (1994), « Entretien avec Michel Foucault », dans *Dits et écrits, Tome IV* (Ed.or. «Conversazione con Michel Foucault» entretien avec D. Trombadori, Paris, fin 1978, *Il Contributo*, 4 (1), janvier-mars 1980: 23-84), Paris, Gallimard.

KUHN, T.S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press.

LAKATOS, I. (1970), Falsification and the Methodology of Scientific Research Programmes. in A. Musgrave & I. Lakatos (Eds.), *Criticism and the Growth of Knowledge: Proceedings of the International Colloquium in the Philosophy of Science, London, 1965*, Cambridge, Cambridge University Press: 91-196.

POPPER, K. R. (1963), *Conjectures and Refutations. The Growth of Scientific Knowledge*, London, Routledge and Kegan Paul.

POPPER, K. R. (1935), *Logik der Forschung. Zur Erkenntnistheorie der modernen Naturwissenschaft*, Wien, J Springer (tr. ang. 1959 *The Logic of*

Scientific Discovery, London, Hutchinson and Co, 7^a ed. augmentée).

RENTSCH, T. (1989), *Paradigma, exemplar*. In J. Ritter, K. Gründer, & G. Gabriel (Eds.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Basel, Bd. 7.

WITTGENSTEIN, L. (1953), *Philosophische Untersuchungen*, Oxford, Blackwell.

Massimo Mezzanzanica
via Fratelli Di Dio 12
20152 Milano

massimo.mezzanzanica@gmail.com



Institut Alfred Adler de Paris – IAAP
13 rue du Caire,
75002 Paris, France
<https://institut-alfred-adler-paris.fr/>
contact@iaap.fr
da-ad-revue@iaap.fr