

Revue québécoise de Gestalt

*La psychodiversité : plus que
la somme de ses parties...*

Les Éditions de l'AQG



Volume 14 • 2014

Éditée à l'intention de toute personne intéressée à la théorie, à la recherche et à la pratique de la Gestalt, la *Revue québécoise de Gestalt* a pour mission de :

- mettre en valeur l'originalité et la richesse de la pratique gestaltiste québécoise et de favoriser la recherche et la réflexion théorique qui s'y rattachent;
- être un lieu de dialogue qui permet et stimule les échanges et les débats sur des thèmes pertinents à la théorie et à la pratique de la Gestalt;
- favoriser la croissance et l'avancement de la Gestalt et de ses praticiens;
- stimuler l'écriture au sein de la communauté gestaltiste québécoise.

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION :

Caroline BOUCHARD

COMITÉ DE RÉDACTION :

Caroline BOUCHARD 

Marc-Simon DROUIN

Maria Rosa FERRETTI

André LAPOINTE

Danielle POUPARD

CONCEPTION GRAPHIQUE DE LA COUVERTURE

ET MISE EN PAGE :

JC design

www.juliecloutier.com

IMPRESSION :

Le Caius du livre inc.

La *Revue québécoise de Gestalt* est publiée par :

Association Québécoise de Gestalt

C.P. 47583, succ. Plateau Mont-Royal

Montréal (Québec), Canada

H2H 2S8

Adresse Internet de l'association : www.gestaltqc.ca

ISSN 1206 5978

Dépôts légaux : Bibliothèque nationale du Québec

et Bibliothèque nationale du Canada.

Revue québécoise de Gestalt

*La psychodiversité : plus que la
somme de ses parties...*



Revue québécoise de Gestalt

Volume 14 • 2014

Mot de la présidente	5
Esther LAROSE	
Éditorial	7
Marc-Simon DROUIN	
Hommage à Anne Peyron-Ginger	11
Janine CORBEIL	
Hommage à Monique Madore	13
Claire ALLARD	
Hommage à Richard Hatto	15
Janine CORBEIL	
Hommage à Richard Hatto	17
Agnès TREMPE	
L'alliance, ses ruptures et leurs réparations dans le processus thérapeutique	19
Marc-Simon DROUIN	
La thérapie basée sur la <i>mentalisation</i> : une étape au seuil du dialogue herméneutique	47
Jean-François CHERRIER	
Adaptation à la maladie chronique et <i>mentalisation</i> , un même processus	71
Christiane COUTURE	

Coaching et Gestalt	
Une alliance à explorer	85
Danielle DESBIENS et Danielle POUPARD	
Esquisse d'un modèle conceptuel de la psychothérapie ...	107
André AUBIN	
À quelle psychothérapie avons/aurons-nous droit ?	
Efficacité, accessibilité et données probantes	131
Jean-Pierre LANTHIER	
Résumé de la table ronde, animée par Alain Mercier, psychologue et réunissant Conrad Lecomte, Ph.D., Marc-Simon Drouin, Ph.D., Johanne Cyr, M.D. et Gilles Delisle, Ph.D.	
<i>Festschrift</i> pour Erving Polster	153
Janine CORBEIL	
Traduction de l'anglais par Janine Corbeil	
Erving Polster : quelques réflexions	161
Lois MEREDITH	
Traduit par Danielle POUPARD et révisé par l'auteure	
Résumé de lecture	
<i>Gestalt Therapy Around the World</i>	165
Janine CORBEIL	
Notes biographiques	175

Mot de la présidente

L'avenir de l'AQG se dessine dans l'ouverture

Dans l'effervescence de la préparation du colloque, les membres du CA ont été frappés par une réalité inquiétante : devant l'hégémonie des « données probantes », la diversité des approches psychologiques est très sérieusement menacée.

De fait, en 1999 déjà, Otto Kernberg, alors président de *l'International Psychoanalytical Association*, tirait la sonnette d'alarme. Plus près de nous, Gilles Delisle présentait, à l'assemblée générale annuelle de 2012 de l'Ordre des psychologues, un mémoire sur la question. Malgré l'aval du vote de l'assemblée, les propositions du mémoire demeurèrent lettre morte.

L'idée d'organiser un panel de chefs de file de la profession, réfléchissant à voix haute, en présence d'une assemblée de professionnels de la santé, a progressivement pris forme.

D'entrée de jeu, nous voulions voir reconnue, à sa pleine valeur, la réalité clinique et scientifique des approches relationnelles. Et nous ne voulions pas qu'en discuter : nous voulions qu'à la suite de ce panel, des actions concrètes et concertées soient posées. Les positions de nos panélistes, Conrad Lecomte, Marc-Simon Drouin, Joanne Cyr étaient déjà publiques. Ils n'étaient pas là pour se crêper le chignon ou ressasser des faits depuis longtemps connus. Le panel irait plus loin : il amorcerait un mouvement de mobilisation pour défendre et protéger la pluralité des approches en psychothérapie afin de maintenir l'accessibilité à cette diversité de soins.

La question de la « biodiversité » des approches rejoignait manifestement les préoccupations d'un grand nombre de cliniciens ainsi que d'autres acteurs de la santé mentale. En effet, 166 personnes ont répondu « présent ! » à la Table ronde animée par Alain Mercier. Plusieurs d'entre elles se sont manifestées pour mener plus loin cette amorce de mobilisation.

Notre association n'a jamais été sclérosée ; elle a sans cesse bougé, avancé et s'est transformée depuis sa fondation. Nous voyons l'avenir se dessiner dans l'ouverture, la diversité et l'intégration. En un mot comme en cent, l'AQG doit continuer à être ce

véhicule inclusif en accueillant de plus en plus de praticiens qui portent dans leur bagage professionnel les diverses évolutions de la Gestalt.

Dans ce numéro de la revue...

Un vent de rapprochement et d'intégration souffle sur notre association. Un vent que vous, lecteur, pourrez sentir concrètement en prenant connaissance du contenu de cette toute nouvelle édition de la revue de l'AQG, qui par son titre même, la psychodiversité, rejoint si bien les préoccupations dont je vous ai entretenus.

Le comité de rédaction de la revue nous propose, avec cette nouvelle édition, un florilège d'articles qui sauront susciter votre intérêt. Un grand merci à vous, les auteurs, qui nous sortez de notre zone de confort, qui nous amenez un cran plus loin, plus profondément et qui nous menez à embrasser plus largement notre humanité.

Le compte-rendu de la Table ronde est publié dans cette édition de la revue; puisse sa lecture vous interpeller et vous inciter à contribuer maintenant, à votre manière, à ce mouvement.

Finalement, au nom du conseil d'administration et de tous les lecteurs, merci au comité de rédaction pour votre ténacité, votre rigueur et votre enthousiasme soutenus. Merci tout spécialement à Caroline Bouchard, qui dirige de main de maître la rédaction de la revue.

Esther Larose
Présidente de l'Association Québécoise de Gestalt

Éditorial

La psychodiversité : plus que la somme de ses parties...

La pratique de la psychothérapie fondée sur les données probantes semble avoir une influence irrémédiable sur l'avenir de notre profession. Il importe toutefois de demeurer vigilants concernant ce qui est reconnu comme une forme d'intervention efficace et ce qui ne l'est pas. Lors d'une table ronde organisée par l'Association Québécoise de Gestalt, dont le compte rendu vous sera présenté dans cette édition de la revue, plusieurs acteurs du domaine de l'intervention thérapeutique se sont penchés sur les dérives possibles de ne considérer efficaces que ce qui a été démontré à l'aide d'essais cliniques randomisés. Il y a longtemps que les thérapeutes gestaltistes reconnaissent la complexité du changement thérapeutique et l'importance de la créativité singulière à chaque processus thérapeutique.

La majorité des approches thérapeutiques soulève l'importance de la transformation en psychothérapie par le biais d'expériences correctrices. La formation académique et la formation continue des thérapeutes ne devraient donc pas se limiter à apprendre un ensemble de techniques validées empiriquement, mais bien un vaste répertoire de techniques et d'aptitudes thérapeutiques permettant de nous ajuster à la singularité des clients que nous rencontrons. De plus, nous reconnaissons que l'entente sur les objectifs et la collaboration entre le client et le thérapeute sont des éléments centraux du processus thérapeutique et que ce n'est qu'à travers l'offre d'une pluralité de modèles d'intervention que nos clients pourront trouver une forme d'intervention qui convient à leurs besoins spécifiques.

Plusieurs d'entre nous ont souhaité rendre hommage à des figures importantes de notre communauté récemment disparues. Janine Corbeil nous partage son appréciation d'Anne Peyron-Ginger, pionnière de la Gestalt-thérapie. Nous avons eu la tristesse d'apprendre les décès de Richard Hatto et de Monique Madore, tous deux grandement impliqués dans notre association pendant

plusieurs années. Agnès Trempe, Claire Allard et Janine Corbeil leur rendent hommage.

Le contenu de la présente revue est grandement inspiré de la conception de l'intervention décrite plus haut et nous offre un regard vaste et ouvert sur la complexité des phénomènes humains vécus en psychothérapie et dans d'autres domaines de la vie psychique.

D'entrée de jeu, Marc-Simon Drouin nous convie à une réflexion sur l'importance de l'alliance thérapeutique. Il insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas d'un élément statique du processus thérapeutique et que des fluctuations de la qualité de l'alliance semblent inévitables en psychothérapie. Cet article propose de retracer brièvement l'évolution du concept d'alliance, de faire le point au sujet des connaissances actuelles sur les liens entre l'alliance et l'efficacité thérapeutique pour ensuite présenter une taxonomie des interventions pouvant s'adresser aux diverses formes de ruptures d'alliance ainsi que deux modèles de résolution des ruptures d'alliance que nous rencontrons dans le travail avec nos clients.

Par la suite, Jean-François Cherrier nous invite dans l'univers de l'intervention auprès de personnes souffrant de trouble de la personnalité narcissique et borderline sous l'angle de la *mentalisation* en tant que prérequis au dialogue herméneutique. Utilisant la thérapie basée sur la *mentalisation* (TBM), l'auteur avance que cette approche, utilisée au seuil du dialogue herméneutique, est complémentaire au traitement des cycles de reproduction des impasses de contact en Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO). Cet article présente comment la TBM est utilisée dans le programme des troubles relationnels et de la personnalité (PTRP) de l'IUSMM et fait une synthèse de la pensée des auteurs Allen, Bateman et Fonagy en ce qui concerne la définition de la *mentalisation* et les indications pour la stimuler.

Christiane Couture nous convie, quant à elle, à une réflexion sur la réalité des personnes aux prises avec une maladie chronique. Il s'agit d'un défi récurrent d'adaptation pour la personne atteinte et ses proches. Or, s'adapter, c'est, entre autres, donner un sens à son expérience. Il convient de voir comment soutenir cette construction de sens dans un contexte où, d'une part, le niveau de stress est suffisant pour générer une perte de régulation affective et où, d'autre part, la maladie elle-même diminue les capacités fonctionnelles et cognitives disponibles pour gérer ce stress. La Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) offre des pistes d'intervention dont la pertinence clinique s'explique par les avancées en neurosciences.

Danielle Desbiens et Danielle Poupard s'interrogent sur la façon dont la Gestalt s'applique et peut convenir au coaching. La présentation de l'évolution du coaching de gestion et de diverses façons de le définir permettent de mieux comprendre quelle est cette pratique professionnelle aujourd'hui. Elles nous présentent une recension des écrits concernant l'application de la Gestalt au coaching et font ensuite ressortir les liens qui joignent ces deux mondes, le coaching de gestion et la Gestalt-thérapie. Elles concluent que la Gestalt, par son esprit et ses techniques, est tout à fait adaptée au coaching.

Dans une réflexion épistémologique sur la nature même de l'intervention thérapeutique, André Aubin propose un projet de modèle conceptuel de la psychothérapie (MCP) qui se veut une représentation schématique des facteurs déterminants d'une psychothérapie, indépendamment de l'approche thérapeutique utilisée par les psychothérapeutes. À ce stade-ci de son projet, il dénombre sept facteurs fondamentaux : un client, un psychothérapeute, le contact entre le client et le psychothérapeute, l'environnement, l'énergie, le temps et les impacts. Ces facteurs fondamentaux du MCP sont ensuite associés au cycle gestaltiste de l'expérience pour décrire, de façon originale et succincte, le processus thérapeutique (prise de contact, relation thérapeutique et retrait). Par la suite, il établit un parallèle entre le MCP et les neurosciences, car dans les deux cas, nous y retrouvons les mêmes sept facteurs de base.

Lois Meredith et Janine Corbeil nous offrent chacune une traduction de leur propre écrit sur un grand pionnier de la Gestalt-thérapie : Erving Polster. Vous pourrez découvrir, à travers leurs vécus, plusieurs éléments de sa vie et de son apport unique à cette approche.

Pour terminer ce parcours, Janine Corbeil nous résume le livre « *Gestalt Therapy Around the World* » qui se veut un voyage passionnant, sur les plans historique et théorique, de la Gestalt-thérapie au sein de différents continents de notre planète.

Comme le titre le mentionne : Le tout est plus que la somme des parties. Les articles qui composent cette revue ont besoin de vous pour atteindre leur pleine portée à travers votre lecture. Qu'elle soit riche et transformatrice!!!

Marc-Simon Drouin

NDLR: On notera l'utilisation des mots accordage, désaccordage, abandonnant, awareness, caring, coconstruire, coconstruction, corégulation, corporatif, développemental, dysréguler, dysrégulation, expérientiel (adjectif utilisé comme nom commun), hyperactivation, hétérorégulation, insight, interchamp, mentaliser, mentalisation, prémentalisation, pseudoalliance, métacommunication, microexercice, néommalien, organismique, paléommalien, parasuicidaire, PGRiste, sécure, Self, Selves et sensorimoteur et de leurs dérivés dans certains articles de cette édition de la RQG. Précisons que ces mots, soit ne font pas partie de la langue française, soit sont employés dans un sens différent du sens habituel. Comme ces termes sont utilisés couramment dans les écrits théoriques et cliniques portant sur le développement de la personne, ils sont acceptés dans cette optique par la rédaction.

Le décès d'Anne Peyron-Ginger

Anne Peyron-Ginger, psychologue et veuve de Serge Ginger, est née le 9 janvier 1928, et décédée le 1^{er} novembre 2012, soit un an jour pour jour après le décès de son mari, Serge Ginger.

Anne était psychologue de formation, et a été cofondatrice, avec Serge Ginger, de l'EPG (École Parisienne de Gestalt) ainsi que de la SFG (Société Française de Gestalt).

Le nom d'Anne Ginger est associé à celui de son mari, Serge Ginger, avec lequel elle a écrit un certain nombre de livres. Elle a collaboré à la majorité d'entre eux, et les principaux livres qu'elle a cosignés avec Serge sont les suivants :

- *La Gestalt, une thérapie du contact* (1987). Paris: Éditions Hommes & Groupes. (Édité à 9 reprises).
- *Guide pratique du psychothérapeute humaniste* (2008). Paris: Dunod.

Au Québec, Anne et Serge ont été invités à quelques reprises par Gilles Delisle et Line Girard et les étudiants du CIG de l'époque ont eu l'occasion de travailler avec eux.

Ils étaient également présents lors du colloque du *Gestalt Journal* qui eut lieu à Montréal en 1988 et ce sont eux, comme je le rappelle dans un article¹, qui nous ont encouragés à mettre sur pied notre association, l'AQG, qui a vu le jour à ce moment-là.

De façon à faire connaître la Gestalt-thérapie de par le monde, le couple Anne-Serge a beaucoup voyagé à l'étranger. On dit qu'ils sont allés porter la bonne nouvelle dans 70 pays. De même, certains de leurs principaux livres ont été traduits en plusieurs langues.

1 Corbeil, J. (2010). La Gestalt-thérapie au Québec ou Phénix renaîtra-t-il de ses cendres? *Revue québécoise de Gestalt*, (12), 163-195.

Je vous transmets ici le site où l'on peut voir Anne et leur équipe travailler avec un groupe de participants. J'ai tout spécialement apprécié la finesse et l'habileté du travail qu'Anne fait avec un participant: très centré, sensible, astucieux.

<http://www.youtube.com/watch?v=7d8S5yi6JSw>

Ce film a été réalisé en 2001 par l'équipe de l'EPG.

Ceux qui ont connu le couple Anne-Serge ont sans doute des images du système qu'ils formaient dans leurs indiscutables complémentarités. Quand je pense à eux, il me vient quelques images que je vous livre ici. Serge était flamboyant, Anne offrait une tranquille présence éveillée. Je vois Serge en train de courir alors qu'Anne a ses pieds nus et solides bien ancrés au sol. Il parle beaucoup, avec verve et éloquence, elle sait écouter et recevoir en toute sérénité. Tous les deux, ils ont beaucoup fait pour l'avancement de la Gestalt-thérapie en France et en Europe et ont été très actifs dans tout le processus d'accréditation de la Gestalt comme approche thérapeutique en France.

Grâce à leur grande initiative jointe à celles des autres collègues et associations en France, ils ont mené à bien une action concertée qui a donné à la Gestalt une place en France qu'elle n'a pas toujours aussi bien réussi à obtenir ailleurs en Europe.

Janine Corbeil

P.S. Je remercie Gonzague Masquelier, notre collègue de l'EPG, des renseignements qu'il m'a fournis pour cet hommage.

Homage à Monique Madore

26 janvier 1957 – 17 septembre 2013

À l'automne 2013, Monique s'en est allée avec tranquillité après un long combat contre la maladie.

Pour plusieurs d'entre nous, Monique était avant tout une belle amie. À la fois enjouée et discrète, Monique a su s'engager avec efficacité et diligence, dans les postes qu'elle a occupés en tant que trésorière puis présidente de l'Association Québécoise de Gestalt (2006-2007).

Nous nous souviendrons de son attention aux gens, toute en tendresse, de sa générosité, et de sa recherche et de sa curiosité, tant intellectuelles que spirituelles.

Nous garderons le doux souvenir de son sourire...

Claire Allard

Homage à Richard Hatto

À l'occasion de la commémoration de son décès

C'est avec émotion que j'ai accepté l'invitation de Marie, l'épouse de Richard, d'honorer la mémoire de cet ancien élève, devenu un collègue, et de partager avec vous les souvenirs qui me sont revenus du Richard que j'ai connu à l'époque de sa formation au CCHA, ainsi qu'à diverses autres occasions par la suite.

Richard a été étudiant du programme de formation à la Gestalt-thérapie que j'ai donné au CCHA. Il a participé au programme des années 1984 à 1987.

J'ai eu également l'occasion de le croiser au cours du précieux mandat pour lequel il s'était prêté comme volontaire, à titre de premier président de notre association, l'AQG, association qui a été fondée à l'automne 1988.

L'automne dernier, quelques jours avant la célébration du 25^e de l'AQG, le hasard a voulu que je rencontre Richard dans une salle d'attente d'une clinique médicale. J'y allais pour une banalité, alors qu'il était là pour un motif beaucoup plus sérieux. Richard allait très mal. Un cancer que les médecins qualifiaient de très agressif s'était installé depuis quelques mois. Cependant, Richard ne savait pas encore que ce cancer très agressif était terminal. Je l'ai appris très peu de temps après, car nous sommes demeurés en communication au moyen de son téléphone intelligent jusqu'à la presque fin, sans doute jusqu'au moment où, de son lit d'hôpital, il n'avait plus la force d'écrire.

Un être cher qui nous quitte nous invite à replonger dans l'histoire de la relation que l'on a eue avec cette personne. On passe en revue les moments forts, importants qui ont marqué nos vies ensemble; on s'interroge aussi sur la qualité de notre présence à cette personne.

Quand j'ai appris que Richard allait nous quitter, je l'ai revu au sein du groupe dont il faisait partie. Je le vois, assis plus ou moins à la même place, au fond de la salle de groupe, près des fenêtres. Je me suis souvenue du type d'intervention qu'il faisait, car Richard avait une façon bien à lui d'intervenir dans un groupe. Toujours présent et

actif, ses interventions se situaient surtout au niveau de ce qu'on nomme le niveau groupal. Quelque chose se déroulait, des problèmes étaient exposés, Richard faisait un admirable résumé de ce qu'il avait perçu, résumé exprimé surtout sous forme d'images. Toujours, son attention était centrée sur les autres et sur le groupe. Je peux encore voir son sourire bienveillant, entendre sa voix posée, s'exprimant avec une pointe d'humour. Plus rarement dans mes souvenirs, Richard a-t-il pris une place qui aurait été au service de ses besoins exclusivement personnels. Cette qualité participative, éminemment réflexive et au service de la communauté, s'est également vue confirmée par certains de ses collègues qui ont participé au même groupe de formation. Richard avait, me dit-on, une présence certaine dans un groupe, non pas pour se mettre en valeur personnellement, mais à la façon d'un vrai leader, celui dont le niveau de participation contribue à nourrir le processus, à clarifier les choses et à les faire avancer.

Dans le groupe de formation dont il a fait partie au CCHA, Richard fut le grand frère protecteur et rassurant dans la famille d'une douzaine d'enfants dont j'avais charge.

Cependant, avais-je suffisamment porté attention à lui, à ses besoins personnels, y avait-il eu des moments, des indices qu'il m'aurait donnés où j'aurais manqué de vigilance à ce qu'il requérait pour lui personnellement? On sait que ce sont souvent les enfants qui réussissent le mieux dans leur famille dont les parents s'occupent le moins. Celui-là, celle-là, se disent-ils, peut très bien se débrouiller par lui-même. Les parents mettent leur attention sur l'enfant qui pose problème. Richard semblait faire partie de ces enfants d'une famille qui ont appris, depuis longtemps, non seulement à prendre soin d'eux-mêmes, mais aussi, à prendre soin des autres.

Durant la toute dernière étape de sa vie, durant les semaines où il était à l'unité des soins palliatifs, Richard est demeuré, à mes yeux, fidèle à ce que j'avais toujours perçu de lui: il veillait à me tenir au courant, soucieux de maintenir un contact avec moi, quoique refusant toute approche où je lui offrais d'aller le voir, de le rencontrer, seul, avec Marie, comme bon lui semblerait.

Richard nous a quittés. Souhaitons-lui un merveilleux voyage dans cet Autre Monde que nous ne connaissons pas, mais que nous avons besoin d'imaginer. Ce merveilleux voyage lui offrirait de multiples occasions de ne se préoccuper que de lui, de participer à un festin qui aurait été préparé pour lui et dont il pourrait se régaler.

Alors qu'il n'est plus là, Richard reste présent à l'intérieur de chacun de nous et, avec la conscience accrue de nos limites à chacun, nous avons la consolation de savoir qu'il ne souffre plus.

Janine Corbeil

En mémoire de Richard Hatto, premier président de l'AQG

C'est en début d'année que Richard Hatto, le premier président de notre association, nous a quittés après avoir combattu le cancer dont il était atteint. Richard est décédé le 7 février 2014 à l'âge de 62 ans à l'Unité des soins palliatifs de l'Hôpital Notre-Dame.

Il avait fait ses études de psychologie à l'Université du Québec à Montréal (UQÀM) et il s'est formé à la Gestalt-thérapie au Centre de croissance et d'humanisme appliqué (CCHA) dirigé par madame Janine Corbeil. Il a travaillé avec vigueur et enthousiasme comme psychothérapeute gestaltiste durant plus de vingt-cinq ans.

C'est à l'initiative de plusieurs collègues que l'idée d'une association professionnelle qui regrouperait des gestaltistes de différents horizons prend forme en 1988. Richard devient un bénévole qui exerce un ascendant positif, dit Diane Dufude, pour créer avec une petite équipe, les bases de ce qui allait devenir l'Association québécoise de Gestalt. Humblement, il a été le fil conducteur de l'AQG alors qu'il a animé différentes équipes au conseil d'administration de 1988 à 1992, mais n'acceptant qu'à la toute dernière année de porter le titre de président. Il avait de grandes qualités d'accueil, d'ouverture, de créativité. Il savait allier la simplicité et l'efficacité. Avec Richard, l'AQG a pris un élan vigoureux que d'autres après lui ont su poursuivre.

C'est un plaisir de rappeler quelques moments importants de l'association durant ce mandat de Richard. La réalisation de quatre colloques annuels pour la formation continue des membres et les sopers-causeries qui ont lieu quelques fois chaque année à Montréal. La tenue d'une table ronde portant sur l'avenir de la Gestalt au Québec! La naissance du bulletin *Émergence*, dont le mandat est d'être le véhicule d'information sur les activités de l'association, voit le jour en 1991. Les Statuts et règlements, dont il a dirigé la rédaction, sont adoptés au colloque de 1992 après avoir été expérimentés durant deux années.

Tous les gestaltistes québécois, en particulier les membres de l'AQG, ont une dette de reconnaissance envers ce pionnier de notre association.

Agnès Trempe

L'alliance, ses ruptures et leurs réparations dans le processus thérapeutique

Marc-Simon DROUIN

Résumé

L'alliance thérapeutique s'avère être un concept clé dans la recherche sur les processus thérapeutiques. Ce n'est toutefois pas un élément statique du processus thérapeutique et des fluctuations de la qualité de l'alliance semblent inévitables en thérapie. Cet article propose de retracer brièvement l'évolution du concept d'alliance, de faire le point au sujet des connaissances actuelles sur les liens entre l'alliance et l'efficacité thérapeutique pour ensuite présenter une taxonomie des interventions pouvant s'adresser aux diverses formes de ruptures d'alliance ainsi que deux modèles de résolution des ruptures d'alliance que nous rencontrons dans le travail avec nos clients et, plus particulièrement, ceux souffrant de pathologies de la personnalité.

INTRODUCTION

L'alliance thérapeutique s'avère être un concept clé dans la recherche sur les processus thérapeutiques. Une méta-analyse de Horvath, Del Re, Flückiger et Symonds (2011), recensant 201 études portant sur l'alliance thérapeutique et l'efficacité des thérapies, fait ressortir que la qualité de l'alliance serait constamment corrélée au succès d'une psychothérapie, et ce indépendamment de l'approche thérapeutique utilisée. D'autres études ont même révélé que l'attrition thérapeutique peut être liée à une alliance plus faible (Bordin, 1979; Sharf, Primavera, & Diener, 2010).

Bien que les résultats semblent militer en faveur de l'importance de l'alliance, il s'agit toutefois d'un concept complexe dont la définition a grandement évolué au fil du temps. L'importance qui y est accordée varie selon les approches.

L'alliance n'est toutefois pas un élément statique du processus thérapeutique et des fluctuations de la qualité de l'alliance semblent inévitables dans tout processus. Toutefois, comme le mentionnent Lecomte, Savard, Drouin et Guillon (2004), les thérapeutes les plus efficaces sont ceux qui peuvent créer une alliance

thérapeutique tout en étant capables de réguler des relations émotionnellement intenses et variables comportant des tensions et des ruptures inévitables.

Nous nous proposons, dans cet article, de retracer brièvement l'évolution du concept d'alliance, de faire le point au sujet des connaissances actuelles sur les liens entre l'alliance et l'efficacité thérapeutique, ainsi que de traiter de la gestion de cette alliance pour une clientèle souffrant de pathologies de la personnalité. Nous présenterons ensuite une taxonomie des interventions pouvant s'adresser aux diverses formes de rupture d'alliance que nous rencontrons dans le travail avec nos clients et, plus particulièrement, ceux souffrant de pathologies de la personnalité. Nous souhaitons, de plus, présenter deux modèles de résolution de ruptures d'alliance tirés des travaux de Safran et Muran (2000). Tout au long de cet article, nous tenterons de faire ressortir les liens possibles entre le travail des ruptures d'alliance, tel que nous le proposent Safran et Muran, et les préoccupations spécifiques des thérapeutes ayant comme cadre théorique la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO).

ÉVOLUTION ET DIVERSES PERSPECTIVES DU CONCEPT D'ALLIANCE

Dans la perspective freudienne, l'alliance est principalement considérée comme une forme de transfert positif. L'attachement à la personne du thérapeute apparaît comme un préalable à tout travail thérapeutique. Zetzel (1956, 1966) est la première à avancer l'idée que l'alliance thérapeutique est essentielle à l'efficacité de n'importe quelle intervention thérapeutique. Elle affirmait que l'alliance est dépendante de la capacité fondamentale à former une relation de confiance stable. Cette capacité n'est pas nécessairement présente d'emblée; il peut donc être nécessaire que le thérapeute suscite une relation de soutien qui facilite le développement d'une alliance, de la même façon que la mère fournit un environnement maternel approprié pour faciliter le développement d'un sentiment de confiance fondamentale chez son enfant. Dans cette perspective, l'alliance est vue comme la forme de travail, engagé entre l'analyste et son client, qui doit précéder l'analyse véritable.

Greenson (1965) envisage la relation thérapeutique comme relevant à la fois des dimensions transférentielles et réelles de la relation. La relation réelle réfère à une résonance mutuelle du client et du thérapeute qui inclut des perceptions non déformées, un lien authentique et un respect réciproque. Il conceptualise l'alliance de travail comme une habileté du client et du thérapeute

à travailler dans le sens de l'objectif du traitement dans lequel ils se sont engagés. Il met l'accent sur l'importance de faire confiance à la dimension consciente, rationnelle et objective du client en thérapie. Il note que, bien qu'un travail important doit se faire sur les dimensions transférentielles de la relation, il existe aussi des éléments non négligeables de la relation telle qu'elle se présente dans sa réalité immédiate ; ceux-ci doivent faire partie intégrante du travail thérapeutique.

C'est à Bordin (1979) que nous devons la définition qui fait le plus consensus en ce qui concerne l'alliance. Il propose le terme d'alliance de travail qui se compose de trois éléments : l'entente sur les objectifs, l'entente sur les moyens et la création d'un lien affectif entre le client et le thérapeute. L'alliance nécessite une négociation continue entre le thérapeute et le client, aux plans conscient et inconscient, en ce qui concerne l'entente sur les objectifs et les tâches thérapeutiques. Ces négociations continues établissent les conditions nécessaires au changement et sont également une part intrinsèque du processus de changement. Le processus de négociation entre deux subjectivités est au cœur du processus de changement. Il ne s'agit pas d'une négociation superficielle en vue d'un consensus. À un niveau plus profond, ces négociations mettent en lumière les dilemmes fondamentaux de l'existence humaine : la négociation entre les désirs respectifs des deux partenaires, la tension entre le besoin d'affirmation et le besoin d'affiliation (Rank, 1945 ; Aron, 1996). Ogden, Minton et Pain (2006) font ressortir l'importance de cette tension entre ces deux besoins, tant au niveau développemental que dans ce qui se rejoue dans la relation thérapeutique.

Norcross (2011) recense les résultats de décennies de recherche sur les liens entre l'alliance et l'efficacité thérapeutique et fait ressortir les éléments suivants :

- 1- L'alliance thérapeutique n'est pas synonyme de relation thérapeutique. La relation est faite d'éléments imbriqués (empathie, résonance, création d'un environnement sécuritaire). L'alliance est une façon de rendre compte de l'utilisation judicieuse de ces éléments.
- 2- Le développement de l'alliance n'est pas un processus séparé des interventions que les thérapeutes mettent en place pour aider leurs clients. Le développement de cette alliance est influencé par tout ce qui se passe en thérapie. Le thérapeute ne construit donc pas l'alliance, mais déploie plutôt le processus thérapeutique de telle façon que celui-ci forge la robustesse de l'alliance.

- 3- Le développement d'une alliance suffisamment bonne, très tôt en thérapie, est essentiel au succès thérapeutique. L'esprit de collaboration crée un espace de travail qui permet d'envisager les difficultés du client d'une façon nouvelle ou alternative.
- 4- L'alliance est importante dans toutes les formes de thérapie incluant les traitements prodigués à l'aide de médias (internet, téléphone, etc.). Les diverses modalités thérapeutiques commandent des niveaux différents d'intimité et d'intensité. Le thérapeute et le client doivent trouver le niveau de collaboration qui convient à la nature de leur relation afin d'atteindre les objectifs thérapeutiques, ce même en l'absence de contact face à face.
- 5- Dans les premières phases de la thérapie, il est important de moduler les tâches thérapeutiques afin que celles-ci soient ajustées aux attentes, aux capacités et aux besoins du client. Les clients sont souvent peu renseignés sur la nature du processus thérapeutique, et sur ce qu'on attend d'eux quant à leur participation. Ils sont peu au courant du lien qui existe entre ce qui se produit moment par moment en thérapie et les changements souhaités. Faire le pont entre les attentes du client et les interventions que le thérapeute juge appropriées est une tâche délicate et importante. La robustesse de l'alliance dépend de l'équilibre fragile entre ces deux éléments.
- 6- Il est très important que le thérapeute surveille étroitement la perception de l'alliance du point de vue du client en début de processus. Il n'est pas rare d'observer un décalage entre les perceptions respectives du client et du thérapeute concernant l'alliance. Une mauvaise évaluation de la perception qu'a le client de l'alliance (croire qu'elle est bonne alors que le client ne partage pas cette perception) peut altérer grandement l'efficacité des techniques utilisées.
- 7- La robustesse de l'alliance fluctue souvent entre les rencontres, voire même à l'intérieur d'une seule rencontre. Ces variations sont souvent dues à des événements survenant en cours de rencontre, par exemple lorsque le thérapeute confronte le client qui est aux prises avec des conflits en apparence insolubles, ou encore lorsqu'il y a de l'incompréhension ou des réactions transférentielles intenses. Ces fluctuations sont normales et lorsqu'elles sont reconnues et résolues, elles sont en général associées à de bons résultats thérapeutiques.

- 8- Afin de maintenir une bonne alliance, il est essentiel pour le thérapeute d'accueillir de façon non défensive l'hostilité ou le négativisme du client. Les thérapeutes ne doivent pas introjecter ou encore ignorer les réactions négatives du client.
- 9- Il est beaucoup plus difficile de développer et de maintenir une bonne alliance thérapeutique avec les clients présentant un haut niveau d'anxiété interpersonnelle ou encore un trouble de la personnalité.

La gestion de l'alliance représente donc un phénomène complexe et continu tout au long du processus thérapeutique et, comme Norcross (2011) le mentionne, cette gestion s'avère un défi particulièrement complexe pour les thérapeutes qui travaillent auprès d'une clientèle souffrant de pathologies de la personnalité.

LA GESTION DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE AVEC UNE CLIENTÈLE SOUFFRANT DE PATHOLOGIES DE LA PERSONNALITÉ

Les troubles de la personnalité représentent une réalité bien particulière dans l'univers des troubles mentaux. Ces troubles sont syntones au Moi, ce qui a comme conséquence que la majorité des clients souffrant de troubles de la personnalité viennent consulter d'abord et avant tout pour une autre problématique à l'axe I (trouble de l'humeur, trouble anxieux) (Millon, 2011). La gestion de l'alliance thérapeutique devient donc très délicate chez des clients qui, en principe, viennent consulter pour un problème de l'axe I alors que le travail semble vouloir s'orienter sur la problématique de l'axe II. Les recherches sur les principes thérapeutiques validés empiriquement pour le traitement des pathologies de la personnalité attirent notre attention sur la nécessité de développer une alliance thérapeutique solide et de voir à la restauration de l'alliance tout au long du processus thérapeutique (Castonguay & Beutler, 2006).

Comme nous le mentionnions plus tôt, les clients souffrant de pathologies de la personnalité ne reconnaissent pas l'origine de leur souffrance. Ils déplorent les conséquences du trouble, mais ne remettent aucunement en question le fonctionnement de leur personnalité. Il devient donc particulièrement délicat de mettre en place les conditions de l'établissement et du maintien de l'alliance thérapeutique.

Le modèle de la PGRO développé par Delisle (1998) s'applique de façon spécifique aux clients souffrant de pathologies de la

personnalité. Delisle (2004) postule que le processus thérapeutique est fait de cycles plus ou moins longs où se déploie la trilogie : reproduction – reconnaissance - réparation. Pour que ces cycles se déploient, le thérapeute doit absolument se présenter au client dans un sentiment d'ouverture à sa complexité et à sa singularité expérientielle. Cette ouverture doit s'appuyer sur une tolérance à la reproduction des impasses en thérapie, à la distorsion perceptuelle à son égard et à la pression psychologique qui en résulte. Cette attitude exige du thérapeute une capacité à utiliser ses compétences affective, réflexive et interactive au service du développement d'une alliance thérapeutique robuste et une préoccupation constante des ruptures d'alliance et de la restauration de celle-ci. Bien que l'importance de cette préoccupation ne soit pas exclusive au traitement des pathologies de la personnalité, il nous apparaît tout de même qu'il s'agit d'un univers où les ruptures d'alliance et leur réparation sont fréquentes et font partie intégrante du travail thérapeutique.

Les ruptures d'alliance lors des trois phases du processus thérapeutique

Lors de la phase de reproduction, une rupture d'alliance peut empêcher le client d'être dans un espace thérapeutique qui lui permet de reproduire ses enjeux relationnels. Soit il cherche la confluence avec les attentes du thérapeute (ce qui en soi peut être une reproduction), soit le niveau de confiance nécessaire pour être reçu dans ses dimensions les plus intimes et pénibles ne peut être atteint et la reproduction lui semble intolérable. Le thérapeute et le client participent à leur façon à cette rupture. Le thérapeute doit alors se demander de quelle façon il a pu participer (bien malgré lui possiblement) à la difficulté qu'éprouve le client à se laisser aller dans cet espace de reproduction.

Lors de la phase de reconnaissance, les ruptures d'alliance peuvent se manifester en tant que refus du client à participer au dialogue herméneutique. La relation thérapeutique se situe alors dans un espace où le client ne vient que se plaindre du monde externe en refusant de considérer sa participation à son problème. Ici également, le thérapeute peut contribuer aux ruptures qui nuisent au bon déploiement de la phase de reconnaissance. Par exemple, un manque de compréhension du caractère archaïque de certains enjeux d'attachement et de leurs liens avec les ajustements de surface pourrait constituer un obstacle majeur à la capacité du thérapeute à établir un dialogue optimal. Cette qualité de dialogue est nécessaire à la reconnaissance de ces enjeux et leur méconnaissance peut provoquer d'importantes ruptures d'alliance.

Lors de la phase de réparation, les ruptures peuvent être multiples. Dault et Gravouille (2005) ont identifié un certain nombre d'obstacles à la réparation en PGRO ; ces obstacles sont, bien souvent, issus de ruptures d'alliance ou accompagnés de celles-ci. Le client peut, par exemple, s'accrocher de façon illusoire à la possibilité de réparer le passé, ce qui entraîne une rupture d'alliance quant à l'entente sur les objectifs de la thérapie. De son côté, le thérapeute peut souhaiter que le client puisse tirer un bénéfice immédiat de ses actes réparateurs, influençant ainsi négativement la qualité du lien affectif entre eux.

Les résultats négatifs en thérapie sont souvent empreints de processus interpersonnels négatifs (hostilité entre le thérapeute et le client) qui peuvent se produire fréquemment chez des thérapeutes pratiquant à l'intérieur du cadre de la PGRO ou qui interviennent auprès d'une clientèle souffrant de pathologies de la personnalité.

Certains thérapeutes obtiennent systématiquement de meilleurs résultats que d'autres en psychothérapie. Les habiletés personnelles du thérapeute semblent donc plus importantes que les modalités thérapeutiques et les thérapeutes les plus efficaces sont ceux qui sont capables de faciliter le développement d'une bonne alliance thérapeutique. Les difficultés relationnelles dans le processus thérapeutique et les ruptures d'alliance sont inévitables. Une des habiletés les plus importantes des thérapeutes est cette capacité à faire face aux processus négatifs et à réparer les ruptures d'alliance.

Le processus qui consiste à développer l'alliance et à résoudre les difficultés qui surgissent inévitablement n'est plus considéré uniquement comme prérequis au travail thérapeutique, mais devient plutôt l'essence même de la thérapie.

UNE TAXONOMIE D'INTERVENTIONS POUR TRAVAILLER LES RUPTURES D'ALLIANCE

Les thérapeutes expérimentés utilisent un vaste répertoire d'interventions pour développer et gérer l'alliance thérapeutique et venir à bout des ruptures d'alliance lorsqu'elles se produisent.

Si nous adoptons le point de vue de Bordin (1979) sur l'alliance, il est utile de conceptualiser les ruptures d'alliance comme appartenant à deux catégories. Les ruptures qui consistent en une mésentente sur les objectifs et les tâches, et les ruptures concernant le lien entre le thérapeute et le client. Ces deux univers sont toutefois intimement liés. De plus, chacune de ces deux catégories de rupture peut être traitée de façon directe ou indirecte.

Safran et Muran (2000) proposent une taxonomie d'intervention visant à résoudre les différentes ruptures d'alliance et des interventions spécifiques visant à réparer ces ruptures. La figure 1 présente les catégories de rupture et les stratégies visant à les résoudre. Avant de présenter ces interventions de façon détaillée, nous souhaitons mettre l'accent sur l'importance du travail en champ 1, soit le champ de la relation thérapeutique immédiate (Delisle, 2004), dans le traitement des ruptures d'alliance.

En effet, nous ne saurions insister suffisamment sur l'importance du travail en champ 1 afin de prévenir ou encore de réparer les ruptures d'alliance. Comme nous le verrons plus loin, le travail en champ 1 peut permettre de reconnaître les ruptures d'alliance qui sont directement issues des reproductions du client dans le processus thérapeutique. C'est ce que nous entendrons par le travail sur le thème relationnel central. Par contre, certaines ruptures sont issues de la relation thérapeutique sans pour autant être liées directement aux enjeux inachevés du client. Dans les deux cas toutefois, c'est à partir d'un travail assidu et d'une analyse minutieuse, en temps réel, de ce qui survient dans la relation thérapeutique immédiate que la résolution des ruptures pourra prendre place. Le travail en champ 1 sert donc à mettre au jour les enjeux inachevés du client à travers le processus de reproduction, et il sert également à réguler l'état de l'alliance thérapeutique tout au long du suivi.

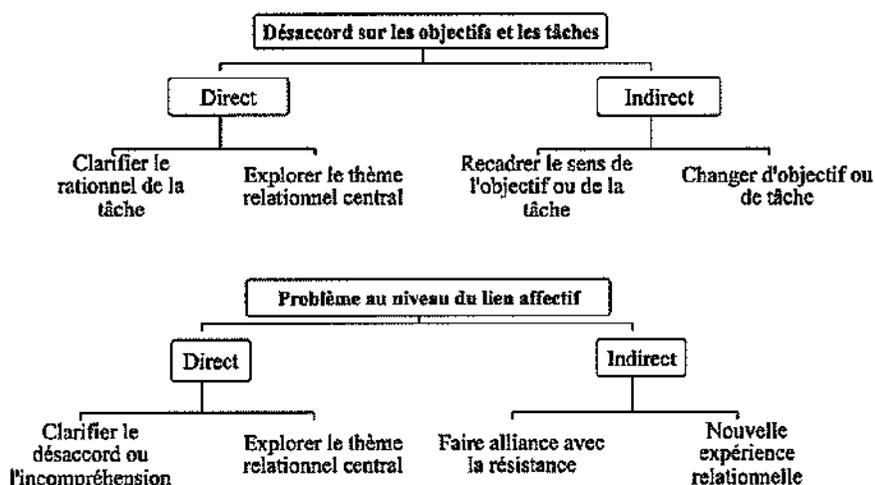


Figure 1. Les catégories de rupture d'alliance et les stratégies de résolution. [traduction libre] de Safran et Muran, 2000, p. 17

Désaccord sur les tâches et les objectifs

Les ruptures d'alliance prennent régulièrement la forme de mésententes ou de désaccords entre les thérapeutes et les clients quant aux objectifs et tâches thérapeutiques. Ces désaccords peuvent entraîner des stratégies de résolution directes ou indirectes.

Interventions directes sur le désaccord

1- Clarifier le rationnel des tâches et objectifs

Une des interventions de base pour travailler les ruptures d'alliance est de présenter à nouveau le rationnel qui sous-tend le traitement. Pour ce faire, le thérapeute peut expliquer à nouveau le fonctionnement de la thérapie et les facteurs de changement. Il peut aussi utiliser des *microexercices* (*microprocessing tasks*) qui peuvent aider le client à mieux comprendre le rationnel du processus thérapeutique. Par exemple, le thérapeute pourrait apprendre au client à se centrer sur son expérience interne en lui expliquant le lien avec le travail thérapeutique.

Il est utile d'explorer, en début de thérapie, les attentes spécifiques du client et ses croyances en regard de la façon dont la thérapie fonctionne et en quoi consiste le processus thérapeutique.

Lorsqu'une incompréhension demeure, il est important pour le thérapeute d'amener le client à spécifier les éléments qu'il ne comprend pas, car l'exploration de ceux-ci pourrait révéler que l'incompréhension est en fait un désaccord ou un manque de confiance de la part du client. L'exploration du désaccord ou du manque de confiance permet d'amener le travail à un niveau relationnel plutôt que cognitif. Si le thérapeute peut explorer adéquatement ce désaccord, l'alliance peut se trouver renforcée, car le client aura la sensation d'avoir été entendu et respecté.

Il y a des objectifs et des tâches explicites qui sont spontanément présentés par le client et d'autres qui sont plus implicites. Le travail au point de vue implicite requiert un certain doigté de la part du thérapeute et peut mener à des ruptures d'alliance. L'exploration de la relation thérapeutique fait souvent partie de ces éléments implicites qui méritent d'être travaillés pour raffermir l'alliance.

Un thérapeute pourrait, par exemple, dire à son client: «J'aimerais que nous prenions un peu de temps pour comprendre ce qui se passe entre nous en ce moment. Mon souhait est que cette exploration puisse nous aider à comprendre ce qui se passe dans vos relations avec d'autres personnes.»

Un autre thérapeute pourrait tenter d'explorer le processus défensif de son client en suggérant: «Avez-vous conscience de faire

quelque chose qui pourrait nuire à votre processus émotif en ce moment? Je veux simplement tenter d'attirer votre attention sur ce qui se passe en vous en ce moment pour vous aider à devenir plus conscient de ce que vous faites possiblement de façon automatique.»

2 - Comprendre le désaccord sur les tâches et objectifs en regard du thème relationnel central

Dans certaines situations, le processus de clarification des éléments qui ont contribué à un désaccord sur les objectifs et les tâches va mener à une exploration des thèmes relationnels centraux des clients ou à celle de l'impasse de contact pour un thérapeute pratiquant dans le cadre de la PGRO.

Par exemple, un client peut percevoir les questions de son thérapeute sur son monde interne comme intrusives, et ce sentiment d'intrusion peut être lié à des expériences relationnelles de non-respect de ses frontières. Un autre client peut avoir de la difficulté à considérer comme aidantes les interprétations de son thérapeute. Conséquemment, ce phénomène pourrait révéler la vulnérabilité du client relativement à certains enjeux. Il pourrait avoir de la difficulté à se sentir compris ou une tendance à voir chez les autres une attitude paternaliste à son égard. Dans le cas d'un client ayant été abusé sexuellement dans l'enfance, celui-ci pourrait facilement percevoir comme de l'exploitation sexuelle l'intérêt du thérapeute pour sa sexualité.

L'exploration de ces ruptures d'alliance peut donc mener à une exploration de la dynamique plus profonde du client. Toutefois, il est essentiel que, dans ces moments d'exploration, le thérapeute et le client collaborent à partir de la situation immédiate et dans les termes spécifiques de cette interaction. Le thérapeute doit éviter de généraliser tout de suite les éléments de cette interaction aux thèmes relationnels centraux de la vie du client. L'intervention du thérapeute pourrait prendre la forme suivante : « Commençons par regarder ce qui se passe entre nous et voyons nos contributions respectives à cette rupture et, par la suite, nous pourrions nous intéresser à ce qu'il y a de potentiellement récurrent dans cette interaction. » C'est un exemple de ce que nous entendions plus tôt en ce qui concerne le travail de champ 1 qui doit porter sur la relation immédiate avant de pouvoir nous intéresser à la dimension d'enjeux inachevés. Il est clair que le sens *développemental* à donner à cette rupture ne doit pas précéder l'expérience et l'exploration de la relation immédiate.

Interventions indirectes sur les tâches et les objectifs

1- Recadrer le sens des objectifs et des tâches

Il est parfois essentiel de recadrer les objectifs et les tâches dans des termes qui sont plus accessibles ou acceptables pour le client.

Par exemple: un client (en thérapie analytique) pourrait percevoir les efforts de son thérapeute pour comprendre ses défenses comme autant de jugements négatifs et un manque d'acceptation de la part de celui-ci. La qualité de l'alliance se trouve donc menacée et ceci nécessite une intervention. Le thérapeute a recadré l'objectif thérapeutique en insistant sur le fait que ce qui était visé par son intervention était la compréhension et l'acceptation de son processus interne; les tensions ont alors beaucoup diminué. Ce genre d'intervention peut favoriser une diminution de la tension chez le client et faciliter son adhésion au travail thérapeutique en faisant le pont avec le motif pour lequel il est venu nous consulter. C'est un exemple d'un travail de champ 1 portant sur la relation immédiate qui ouvre un chemin vers des enjeux *développementaux* non résolus.

Il est impératif que ce type de recadrage ne soit pas fait d'une façon manipulatoire ou factice. L'idée n'est pas de dorer la pilule au client, mais plutôt d'offrir un recadrage authentique en respectant et en validant le schème de référence du client tout en lui rappelant en quoi consistent un travail et un processus thérapeutiques.

2- Changer les objectifs et les tâches

Dans ce type d'intervention, le thérapeute tente de travailler sur des objectifs et des tâches qui sont plus importants pour le client. L'habileté et la volonté du thérapeute de travailler d'une façon qui est plus signifiante pour le client peuvent jouer un rôle critique dans le développement de l'alliance, mais également dans la possibilité que le client accepte éventuellement de tenter des expériences plus risquées ou moins familières.

Par exemple: reconnaître qu'il est difficile pour un client d'explorer son monde affectif et réduire le nombre de questions portant sur ses émotions peut permettre au client de se sentir davantage en sécurité pour éventuellement accepter d'aller plus loin dans l'exploration de ses émotions. Le respect démontré par le thérapeute est central et servira de levier.

Problèmes au niveau du lien affectif

Attention portée directement au lien affectif

1- Clarifier les mésententes

Lorsque le client ne fait pas confiance au thérapeute ou encore qu'il ne se sent pas respecté par celui-ci, ce dernier doit tenter de clarifier ce qui se passe en essayant de résoudre d'éventuelles incompréhensions. Dans un premier temps, il ne serait pas approprié de faire des liens avec les thèmes relationnels centraux du client.

Par exemple, un thérapeute pourrait noter que son client demeure en retrait et explorer ce qui semble se produire ici et maintenant dans le processus thérapeutique. Le client pourrait reconnaître qu'il se sent blessé par un commentaire du thérapeute. Plutôt que de faire un commentaire général sur la dynamique du client, il est primordial que le thérapeute tente d'explorer la nature du malentendu. Il doit également reconnaître sa contribution au différend.

Le seul fait de pouvoir parler du malentendu et de recevoir une réponse empathique et non défensive du thérapeute peut constituer une expérience nouvelle très importante pour le client.

2 - Explorer le thème relationnel central

L'exploration de ce qui peut faire entrave à l'établissement du lien thérapeutique peut mener à l'exploration de thèmes relationnels centraux. Dans ce type d'exploration, la résolution de la rupture d'alliance devient le centre du travail thérapeutique plutôt qu'une condition nécessaire à l'accomplissement d'autres tâches. Cela peut particulièrement être le cas avec des patients présentant, dès le départ, un haut niveau de scepticisme et de manque de confiance quant à la valeur du processus thérapeutique. La distinction devient toutefois moins nette entre ce qui appartient à l'univers de l'alliance et ce qui appartient à celui du transfert. Une perspective intersubjective (dans le sens large d'une psychologie à deux personnes), ainsi que le traitement adéquat des identifications projectives et introjectives nous permet d'envisager que, dans les deux cas, il y a participation du client et du thérapeute, et que nous devons explorer la participation respective des deux acteurs dans le dénouement possible de cette rupture.

Attention portée indirectement au lien affectif

1- Faire alliance avec la résistance

Une des façons courantes de faire alliance avec la résistance est de recadrer la résistance ou l'évitement d'émotions pénibles en tant que mécanisme adaptatif.

Une cliente pourrait s'approcher d'émotions pénibles et le thérapeute poursuivre cette exploration dans un accompagnement empathique, mais soudainement sentir que la cliente se referme. Si le thérapeute accompagne cette résistance et valide le fait que la résistance fut possiblement nécessaire au maintien de la cohésion de la cliente, celle-ci pourra probablement aller un peu plus loin dans son exploration émotionnelle.

Une autre façon de faire alliance avec les résistances est de valider les aspects plus négatifs du *Self* dans la relation. Cette façon de faire n'est pas étrangère au travail des polarités ou de l'ambivalence en Gestalt-thérapie. En accompagnant et en validant le manque de confiance et le désespoir d'un client, le thérapeute permet au client d'explorer éventuellement les aspects plus positifs de sa relation, car il n'est pas obligé de nier des aspects de son expérience pour se conformer au thérapeute. Ils peuvent donc travailler sur l'établissement graduel de la confiance.

2- Nouvelle expérience relationnelle

Une dernière stratégie pour travailler les ruptures d'alliance issues du lien thérapeutique consiste à les travailler par l'action plutôt que par l'exploration directe. En se retenant d'interagir d'une façon qui confirme au client son pire cauchemar relationnel, le thérapeute peut offrir une expérience correctrice au client. Cette expérience peut amener ce dernier à modifier tranquillement ses schémas relationnels.

Cette façon d'intervenir est particulièrement appropriée avec les clients ayant de la difficulté à explorer de façon explicite la relation dans l'ici et maintenant. Le travail du champ 1 est freiné par les caractéristiques du client. Le thérapeute manifeste donc sa compréhension par ses actions plutôt que par des mots.

Un thérapeute peut décider de donner un avis au client parce que, ce faisant, il se démarque de l'image du père *abandonnant*. Cette intervention doit toutefois se faire au réel service du client et non dans le but de rechercher l'affection de celui-ci.

Un autre thérapeute pourrait décider de ne pas accepter de réduire la fréquence des rencontres pour ne pas permettre au client d'avoir la sensation d'avoir mis en boîte le thérapeute.

Safran et Muran (2000) nous ont donc proposé une taxonomie d'interventions pour travailler les ruptures d'alliance. Ils nous proposent également deux modèles de résolution des ruptures d'alliance.

DEUX MODÈLES DE RÉOLUTION DES RUPTURES D'ALLIANCE

Ces deux modèles ne sont pas rigides et ne doivent pas être perçus ou appliqués de façon uniforme d'un client à l'autre. Il ne s'agit que de points de repère utiles pour la résolution des ruptures d'alliance. Pour des fins d'enseignement et de formation, il est utile de catégoriser les ruptures en deux types de manifestations: le retrait et la confrontation.

Dans les ruptures de retrait, le client se retire du processus thérapeutique ou se désengage partiellement du thérapeute, et semble s'éloigner de son monde affectif. Ce retrait peut prendre différentes formes.

Dans certains cas, il est évident que le client a de la difficulté à exprimer directement ses besoins et ses préoccupations par rapport à la relation thérapeutique; il le fera plutôt de façon détournée ou masquée. Dans d'autres cas, le client devient subtilement complaisant en réaction aux demandes qu'il perçoit de la part du thérapeute. Cette subtilité empêche parfois le thérapeute de saisir que le client ne fait que s'accommoder à ses demandes et il se forme alors ce qu'on peut appeler une *pseudoalliance*.

Bien que ces situations n'empêchent pas toutes formes de progrès thérapeutique, ces processus ont tendance à plafonner et à maintenir le schème relationnel problématique du client.

Dans les ruptures de confrontation, le client exprime directement de la colère, de la rage, du ressentiment ou de l'insatisfaction au thérapeute.

Les deux formes de rupture sont représentatives de formes de tensions entre les besoins d'affirmation et de différenciation du client et ses besoins d'affiliation (Rank, 1945; Aron, 1996).

De façon caractéristique, dans les ruptures de retrait, le client cherche activement l'affiliation avec l'autre au détriment de ses besoins d'affirmation et de différenciation. Dans les ruptures de confrontation, le client négocie ce conflit en favorisant le besoin d'affirmation au détriment du besoin d'affiliation.

Les clients peuvent manifester les deux types de rupture, mais en privilégient souvent une qui est caractéristique de leur style d'adaptation. Dans les deux cas toutefois, nous pouvons affirmer

que le client se présente, en général, avec un profond désir d'être aidé, et aussi avec une très grande crainte d'être traumatisé à nouveau (Bacal, 1985).

Il est important que le thérapeute soit sensible aux deux types de rupture chez tous les clients plutôt que de cantonner sa vision du client dans une forme de manifestation spécifique de retrait ou de confrontation. Nous présenterons maintenant les modèles de résolution des ruptures de retrait et des ruptures de confrontation avec leurs étapes spécifiques. Les étapes de ces modèles sont des points de repère et ne sont pas absolument nécessaires ni séquentielles pour arriver à une résolution. Cependant, ils mettent en perspective des éléments importants du processus de réparation.

Modèle de résolution des ruptures de retrait

Le modèle de résolution des ruptures de retrait est composé de cinq stades, tels que présentés dans la figure 2. Chaque stade est caractérisé par des interventions spécifiques du thérapeute et des tâches particulières pour le client.

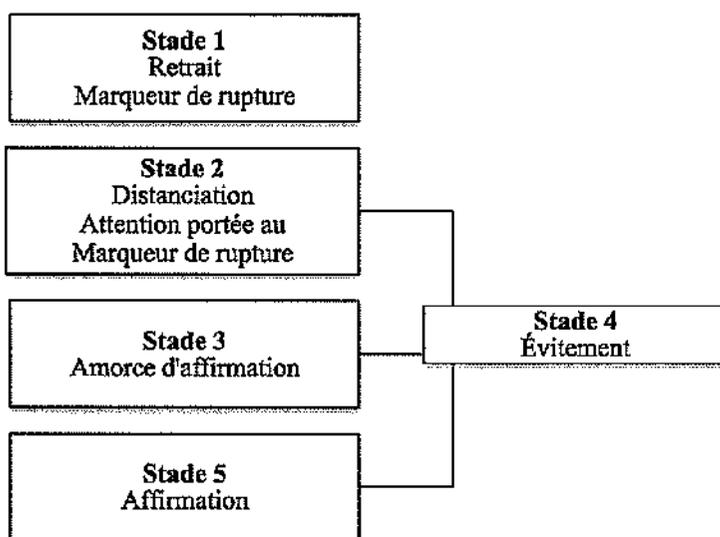


Figure 2. Modèle de résolution de ruptures de retrait. [traduction libre] de Safran et Muran, 2000, p. 143

Dans un premier temps, le thérapeute doit être attentif à la manifestation des marqueurs indiquant une rupture d'alliance. Le tableau 1 présente les marqueurs spécifiques aux ruptures de retrait.

Tableau 1
Marqueurs de rupture de retrait

- Dénî (dénî d'une émotion pourtant évidente, ce qu'un observateur neutre et de bonne foi pourrait remarquer).
- Réponse minimale (le client répond par un seul mot à des questions ouvertes d'exploration).
- Brusque changement de sujet (le client explore un thème et change soudainement de sujet vers un thème sans lien).
- Intellectualisation (un client raconte une expérience pénible sur un ton détaché).
- Raconter une histoire (un client raconte une histoire beaucoup trop élaborée pour expliquer une expérience).
- Parler des autres (un client passe un temps fou à parler des autres et de leurs faits et gestes).

Stade 1 : Le client manifeste un marqueur de retrait.

Par exemple, le client répond de façon complaisante à toutes les interventions du thérapeute. Ce type de retrait fait souvent partie d'un scénario où le thérapeute est embourbé dans la dynamique relationnelle du client et répond à la passivité et à la soumission de celui-ci en devenant de plus en plus directif ou dominateur. Le client pourrait répondre à une interprétation du thérapeute par un acquiescement passif et le thérapeute, de son côté, continuerait d'approfondir son interprétation. Le client se comporte comme s'il anticipait que, de toute façon, ses besoins ne seraient ni entendus ni satisfaits.

Stade 2 : Dégagement et attention sur le marqueur de rupture

Le thérapeute doit donc porter son attention sur le marqueur et mettre l'accent sur l'ici et maintenant de la relation thérapeutique. Les deux participants sont imbriqués dans la matrice relationnelle du client et doivent donc développer une conscience de leur participation à cette situation.

Dans les situations où les marqueurs de retrait se manifestent de façon subtile, le thérapeute doit porter son attention sur ses propres émotions et comportements afin de comprendre que quelque chose se passe qui mérite d'être exploré. Un thérapeute pourrait réaliser qu'il donne plus de conseils que d'habitude, qu'il est moins attentif à son client qu'il ne l'est en général avec ses autres clients, ou encore, qu'il ignore les préoccupations de son client.

Lorsque le thérapeute devient conscient que ce style d'interaction se met en place, sa tâche est de se distancier de cet espace relationnel et de commencer à explorer les émotions qui sont évitées par le client. Par exemple, le thérapeute pourrait dire: «Je me rends soudainement compte que j'ai de la difficulté à me concentrer en ce moment. Je me demande si ceci n'a pas quelque chose à voir avec la façon dont vous me racontez ce qui se passe. Pouvez-vous me dire ce qui se passe pour vous?»

Le client pourrait reconnaître qu'il se retire parce qu'il a été blessé par une remarque du thérapeute, ou encore, qu'il redoute que le thérapeute puisse ne pas tenir compte de ses perceptions.

À ce stade de résolution, il est important de diriger l'attention du client vers la situation thérapeutique immédiate: «Comment vous sentez-vous à propos de ce qui se passe entre nous en ce moment?»

Il est essentiel que le thérapeute maintienne une position empathique et soit ouvert à recevoir tout sentiment négatif qui commence à émerger chez le client. Il arrive fréquemment que ce dernier aborde des sentiments négatifs en des termes très généraux plutôt que de confronter directement le thérapeute.

Plutôt que de noter l'aspect général du discours, le thérapeute peut relever et valider l'expérience et tenter de la rallier au contexte actuel: «J'entends bien ce que vous dites et ce que cela peut avoir de décevant. On pourrait se demander si cela s'applique aussi à ce qui se passe ici entre vous et moi.»

Le thérapeute doit être très vigilant et ne pas pousser trop fort le client à exprimer des affects négatifs. Le client pourrait alors devenir complaisant et reproduire son univers relationnel habituel de soumission. Il s'agit toujours d'un processus interactif et le thérapeute doit solliciter chaque fois la participation volontaire du client dans cet espace relationnel délicat qu'est l'exploration de l'univers de ses schèmes relationnels. Dans le langage de la PGRO, le thérapeute devra à la fois explorer les manifestations des mécanismes de régulation du contact de la fonction Je tout en favorisant des transitions *interchamps* pertinentes et importantes.

Le stade de dégageement est suivi par deux processus d'exploration parallèles.

Le premier est le processus d'exploration expérientielle où le client commence à explorer les pensées et sentiments en lien avec la rupture (stade 3: Amorce d'affirmation et stade 5: Affirmation).

Le deuxième est le processus d'exploration de l'évitement qui consiste en l'exploration du processus interne défensif du client qui vient bloquer les émotions et les pensées en lien avec la rupture.

Stade 3: Amorce d'affirmation

À ce stade, le client commence à exprimer les pensées et les émotions en lien avec l'expérience de rupture. Il ne s'agit pas d'une affirmation complète, car nous sommes encore à proximité de l'émergence de la rupture.

Le client peut commencer à exprimer une émotion négative, mais a tendance à l'atténuer ou encore à retirer cette expression.

Par exemple, le client peut dire: «Je suis un peu irrité, mais ce n'est pas très important finalement».

À ce stade, le client commence à éprouver plus pleinement et à exprimer les affects sous-jacents qui sont, en général, liés à des besoins d'affirmation et de colère. Ces contenus s'accompagnent d'anxiété et le client a tendance à reculer et à ne pas éprouver ni exprimer pleinement ses affects.

Il existe un certain nombre d'interventions qui peuvent aider le client et le thérapeute à progresser au-delà de l'amorce d'affirmation. On les regroupe sous le terme d'interventions facilitant l'affirmation.

Le principe le plus important dans l'utilisation de ces interventions est de démontrer au client un intérêt et une curiosité authentiques concernant ses sentiments négatifs.

1 - Explorer et différencier divers états affectifs

Le client peut sembler éprouver un conflit entre deux affects. Le thérapeute doit alors accueillir et valider les deux affects. En voici un exemple :

«Vous semblez avoir deux points de vue sur ce problème. D'une part, vous êtes irrité et, d'un autre côté, vous dites que ce n'est pas très important. Les deux parties semblent authentiques et dignes d'intérêt. Si vous le voulez, j'aimerais vous suggérer d'aller un peu plus loin. Si c'est possible, je vous suggérerais de laisser de côté la partie qui dit «ce n'est pas très important» et de me parler un peu plus de l'autre partie, celle qui est irritée.»

Il est important ici que le thérapeute puisse donner une résonance empathique aux deux aspects, car les deux ont leur raison d'être et font partie de l'organisation psychique du client.

2 - Donner de la rétroaction au client sur la façon dont il atténue ses affirmations dans le but de le rendre plus conscient de ce processus

Le thérapeute pourrait attirer l'attention du client sur le fait qu'il commence par exprimer des sentiments négatifs et que, par la suite, il semble les retirer ou les atténuer. Il peut vérifier le niveau de conscience qu'en a le client pour ensuite l'inviter à évaluer ce qui aurait pu se produire, et quel était le risque s'il n'avait pas atténué son message.

3 - Proposer une expérimentation

Cette intervention demande d'encourager le client à exprimer directement les émotions qui ont été évitées et de rester sensible aux émotions qui seront évoquées par cette expérimentation.

Par exemple, l'échange pourrait ressembler à ceci :

Client - Je suis un peu frustré de la lenteur à laquelle on progresse, mais je sais qu'il n'y a pas de pilule magique.

Thérapeute - Je vous propose de tenter un exercice, de dire quelque chose comme « je veux plus de vous » et voir ce que ça vous fait.

Client - Je ne peux pas dire quelque chose comme ça.

Thérapeute - Pourquoi pas ? Qu'est-ce qui se passe lorsque vous pensez à le dire ?

Client - Je me sens très immature.

Ce passage pourrait mener à une exploration de l'attitude hostile ou autoaccusatrice que le client a envers ses besoins. Cela pourrait également mener à une prise de conscience de l'expérience évitée. Éventuellement, selon l'ouverture du client à avancer dans ce processus, l'expérimentation peut être construite avec le client qui essaiera alors une manifestation nouvelle d'expression de ses besoins.

Stade 4: Évitement

Au cours d'un processus normal de résolution de rupture d'alliance, nous progressons jusqu'à un certain point, mais il y a d'inévitables blocages. On peut repérer ces blocages grâce aux manœuvres défensives que le client met en place pour éviter les émotions liées aux ruptures.

Les exemples de manœuvres sont multiples. Le client change de sujet, parle sur un ton très neutre, ou parle en termes très généraux plutôt que de se centrer sur l'ici et maintenant de la relation thérapeutique. Le travail de l'évitement consiste en une

exploration des croyances, des attentes et d'autres processus internes qui contribuent à inhiber la reconnaissance et l'expression des émotions associées à la rupture d'alliance.

Il existe deux sous-types d'évitement :

Le premier sous-type d'évitement renvoie aux croyances et aux attentes relativement à la réaction de l'autre. Ces croyances et attentes interfèrent avec le processus d'exploration expérientielle. Dans le modèle de la PGRO, nous faisons référence ici à la Matrice de Représentation du Champ (MRC) qui reprend, au plan intrapsychique, les éléments constitutifs du champ, c'est-à-dire des représentations de Soi et des représentations de l'autre dans leurs dimensions positives et négatives. Chaque client organise sa vision du monde au sein de cette matrice (Delisle, 2004).

Par exemple : un client pourrait s'attendre à ce que l'expression de son agressivité provoque une riposte ou une vengeance de la part du thérapeute (représentation de l'autre comme agressant). Il pourrait donc avoir de la difficulté à reconnaître et exprimer de la colère (représentation de Soi comme étant soumis et victime).

Un autre client pourrait croire que l'expression de sa vulnérabilité et de ses besoins va amener l'autre à l'abandonner (représentation de Soi comme vulnérable et représentation de l'autre comme *abandonnant*). Ainsi, il aura de la difficulté à exprimer ses besoins de protection.

Dans ce contexte, les interventions les plus aidantes de la part du thérapeute sont l'exploration et l'empathie soutenues.

Ce type d'exploration est plus efficace si elle survient aussi près que possible du moment où se produit l'évitement. Le client devrait être invité à énoncer ses craintes de la façon la plus précise possible : « J'ai peur de vous offenser » plutôt que « c'est lié à ma peur de l'autorité ».

Le deuxième sous-type d'évitement réfère à l'autocritique et au doute de soi, dont la fonction est également de bloquer le processus d'exploration expérientielle. Dans le modèle de la PGRO, ce type d'évitement peut être compris en tant que manifestation de la fonction Je à travers le mécanisme de rétroflexion. La rétroflexion redirige à l'interne une énergie qui est destinée à l'externe. Le résultat de l'utilisation de ce mécanisme sera de bloquer le processus d'exploration expérientielle.

Un client qui se trouve immature de faire des demandes à son thérapeute ou d'être fâché contre lui sera incapable de lui exprimer l'un ou l'autre.

Ce type d'autocritique peut être comprise en tant qu'intériorisation des réactions négatives reçues dans le passé; celles-ci sont maintenant intégrées au *Self* du client (la MRC). Cette forme de rétroflexion a d'abord eu un aspect adaptatif, mais son aspect rigide et automatique dans la relation avec le thérapeute devient un mécanisme d'ajustement conservateur.

Une erreur fréquente observée chez les thérapeutes est de considérer cette autocritique comme un progrès (une fausse maturité) plutôt qu'un indice d'évitement. Cette erreur se produit surtout lorsque le thérapeute se sent menacé par les critiques du client et il fait alors alliance avec l'évitement plutôt qu'avec le client.

Il peut être utile pour le thérapeute d'établir un dialogue entre les deux parties du *Self* du client (la partie qui cherche à s'affirmer et la partie autocritique).

Ceci permet au client d'avoir une expérience tangible et plus consciente du conflit interne et de la façon dont il se déploie en général. Idéalement, il pourra constater qu'il interfère lui-même avec l'expression de ses besoins.

À partir de ce moment, le thérapeute peut rediriger le client vers le processus d'exploration expérientielle.

Stade 5: Affirmation

À ce stade, le client a accès aux besoins sous-jacents à la rupture et les exprime. La principale différence entre ce stade et celui de l'amorce d'affirmation (Stade 3) est qu'à ce stade-ci, le client assume la responsabilité de ses besoins plutôt que d'espérer que le thérapeute les devinera, ou encore, que celui-ci est obligé de les satisfaire.

Lorsque le client arrive à s'affirmer et à exprimer ses réels besoins, il est important que le thérapeute réponde de façon empathique, sans jugement. Ce type de réponse joue un rôle important pour permettre au client d'exprimer ses besoins et désirs d'une façon différente. Ainsi, le client et le thérapeute collaboreront à la phase de réparation d'un possible dilemme de contact.

Modèle de résolution des ruptures de confrontation

Le modèle de résolution des ruptures de confrontation est, quant à lui, composé de six stades qui sont présentés dans la figure 3. Encore ici, il est à noter que chaque stade est caractérisé par des interventions spécifiques du thérapeute et des tâches particulières pour le client.

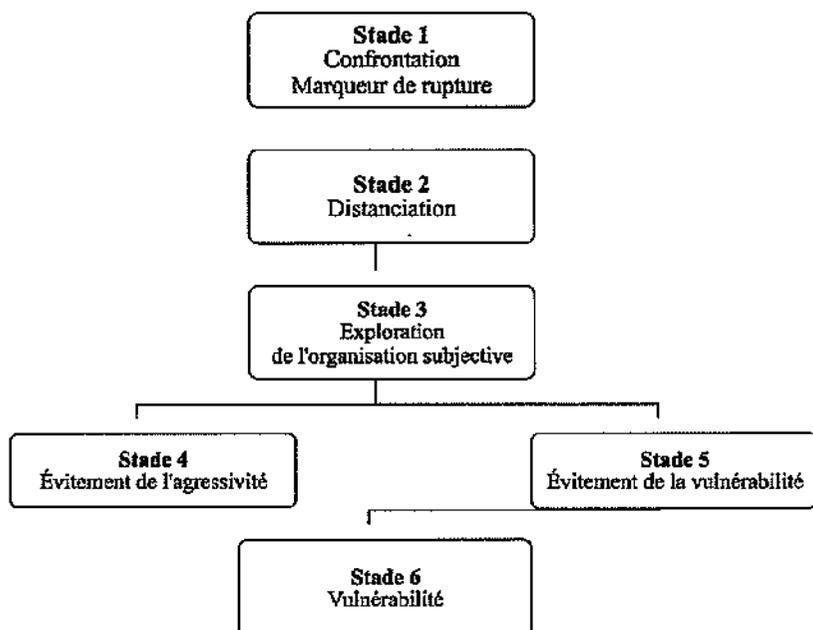


Figure 3. Modèle de résolution de ruptures de confrontation [traduction libre] de Safran et Muran, 2000, p. 156

Les ruptures de confrontation sont susceptibles d'éveiller d'intenses sentiments de rage, d'impuissance, d'autoaccusation et, éventuellement, de désespoir chez les thérapeutes. Ces émotions peuvent être suscitées par les ruptures de retrait également, mais les thérapeutes trouvent, en général, plus pénible d'être la cible d'agressivité intense et continue de la part de leur client.

Il est important de se rappeler que ce qui est central ici n'est pas d'employer une technique spécifique, mais plutôt de mettre en place un processus pour survivre à l'agression.

Les thérapeutes doivent reconnaître les émotions difficiles qui émergent en eux lorsqu'ils sont la cible de l'agressivité de leurs clients et doivent être également prêts à reconnaître, sur une base continue, leur contribution dans cette interaction.

Leur tâche consiste à démontrer un désir de rester en contact étroit avec le client et de tenter de comprendre ce qui se passe entre eux en dépit des émotions pénibles qui émergent.

Il y a beaucoup de ressemblances entre les modèles de résolution des ruptures, qu'elles soient de confrontation ou de retrait. Toutefois, l'on retrouve aussi un certain nombre de différences. Les stades 1 et 2 sont assez semblables et l'on retrouve également deux processus d'exploration parallèles : un processus d'exploration expérientielle et un processus d'exploration de l'évitement.

Lorsque le thérapeute est la cible de l'agressivité du client sur une longue période de temps, le processus de distanciation est plus central. Au stade 3, l'accent est mis davantage sur l'exploration de l'organisation subjective que sur l'affirmation et l'individuation. Le client s'affirme déjà amplement même s'il ne le fait pas nécessairement de façon adéquate. Les besoins qui émergent aux derniers stades sont davantage de l'ordre du besoin de contact et de présence (*nurturing*). Il importe également de faire une distinction entre l'évitement de l'agressivité et l'évitement de la vulnérabilité.

De façon générale, le client croit que ses besoins de soins attentifs, de protection, de chaleur (*nurturing*) vont demeurer insatisfaits. Il envisage que les autres vont y répondre par l'abandon ou par la riposte, et que la seule solution pour remédier à la situation est l'autoprotection et l'exigence que l'autre comble ses besoins.

La progression habituelle dans la résolution des ruptures de confrontation consiste à passer des sentiments de colère (stade 1), aux sentiments de blessure et de désappointement (stade 3), et ensuite aux sentiments de vulnérabilité et aux besoins de protection (stade 6).

Stade 1 : Marqueurs de confrontation

Le tableau 2 présente les marqueurs de ruptures de confrontation les plus fréquemment rencontrés dans le travail clinique. La première étape pour le thérapeute consiste à déceler la présence d'un marqueur de rupture de confrontation.

Tableau 2

Marqueurs de rupture de confrontation

- Se plaindre
- Du thérapeute en tant que personne (le client attaque le style réservé du thérapeute comme étant trop passif).
- De la compétence du thérapeute (le client trouve que les interventions du thérapeute ne sont pas utiles et remet en question les habiletés du thérapeute).
- De la pertinence des interventions (le client est irrité des questions du thérapeute au sujet de ses émotions et s'interroge sur leur pertinence).
- Du fait d'être en thérapie (le client confronte le thérapeute par une remise en question de la poursuite de la thérapie).
- Des paramètres de la thérapie (le client se plaint des inconforts liés à l'heure des rendez-vous).
- Des progrès thérapeutiques (le client se plaint de l'absence de résultats appréciables en thérapie).

Le client a une longue histoire chargée du désir qu'on prenne soin de lui et le thérapeute sera le dernier d'une longue liste de personnes susceptibles de le laisser tomber. Il entre donc dans le processus thérapeutique avec un réservoir bien plein de désappointements et de rage attendant d'être réveillés par les inévitables failles du thérapeute.

Il est presque impossible pour le thérapeute d'éviter de répondre de façon défensive aux demandes et aux critiques du client et, ce faisant, il offre la réponse à laquelle celui-ci s'attend, confirmant ainsi son scénario interne. Il est très fréquent pour le thérapeute de formuler des interprétations qui ont une subtile saveur de blâme ou qui rabaissent le client. Il arrive aussi que le thérapeute formule des interventions qui portent à la fois un aspect aidant et un aspect critique.

Stade 2: Distanciation

Le premier pas pour se distancier d'une rupture de confrontation est de tenter de briser le cercle vicieux de l'hostilité du client et de la contre-offensive du thérapeute en tentant de commenter cette lutte à partir d'une *métacommunication*. Il est important toutefois que le thérapeute reconnaisse sa participation à l'interaction difficile. Le thérapeute pourrait dire « Je crois que ce qui s'est produit c'est que je me suis senti critiqué par vous et que je vous ai répondu en tentant de vous blâmer pour ce qui se passait entre nous. »

Il peut être utile pour le thérapeute d'exprimer la sensation d'une lutte mutuelle: « Nous sommes dans une lutte de pouvoir en ce moment », et de décrire sa perception de cette lutte.

Les thérapeutes peuvent sentir une pression de prouver au client que la thérapie va les aider. Il sera plus utile de présenter ce dilemme plutôt que de répondre par des efforts de persuasion ou par de l'agressivité défensive. Le thérapeute pourrait commenter l'expérience plutôt que de tenter de répondre de façon réactive. De cette manière, le thérapeute passe à un niveau de *métacommunication* tout en demeurant en contact avec le client.

Ce travail thérapeutique permet: de libérer de l'espace interne et de donner de la rétroaction au client, ce qui lui permet de reconnaître ses sentiments négatifs envers le thérapeute, d'assumer à la fois son agressivité et l'expression de celle-ci de façon plus congruente.

La transition vers le stade 3 d'exploration de l'organisation subjective est facilitée par des processus du stade 2:

- 1- Une *métacommunication* sur le processus qui se termine par une question concernant le sens que cela peut prendre pour le client. « Qu'est-ce qui semble rendre cela nécessaire? »
- 2- La reconnaissance de l'impact que le client a sur nous.
- 3- L'aide au client afin qu'il confronte le thérapeute de façon directe et précise, ce qui peut éclairer la motivation sous-jacente à la confrontation.
- 4- L'expression par le thérapeute de ses propres sentiments agressifs, mais d'une façon adéquate, mesurée et réflexive. Ceci peut servir d'expérience vicariante pour le client qui est alors témoin d'une nouvelle façon d'utiliser l'agressivité, ce qui la rend moins terrifiante et moins potentiellement destructrice pour lui.

Stade 3: Exploration de l'organisation subjective

La tâche du thérapeute est de tenter d'élucider les nuances de la perception du client qui sont à la base de la rupture de confrontation. Il doit faire une exploration *phénoménologique* de l'expérience consciente du client et proposer une articulation qui se situe à la limite de sa conscience sans toutefois proposer d'interprétation dynamique. Pour un thérapeute *PGRiste*, ce travail consiste en une intervention très fine et délicate autour de la MRC tout en naviguant très prudemment entre les champs interne et externe de l'expérience du client. Le thérapeute doit respecter l'expérience consciente du client; dans le cas contraire, cela peut ressembler à un effort du thérapeute de s'extirper de la colère et de reprendre le contrôle. Il est important que le client puisse faire l'expérience que la colère, les blessures, le désappointement existent, sont acceptables et peuvent être tolérés. Cette nouvelle façon de se percevoir et de percevoir l'autre (réaménagement de la MRC) doit être suffisamment mise en place avant que le client puisse saisir ce qu'il peut y avoir de plus vulnérable derrière son agressivité.

En général, cette étape sert à permettre au client de dévoiler l'interprétation qu'il a faite de la situation problématique qu'il a vécue avec le thérapeute, de mettre une étiquette sur ses perceptions plus nuancées, et de faire un début de lien avec des situations caractéristiques de sa vie actuelle (transition *interchamps*). Le client se sent davantage compris et validé et les confrontations diminuent en intensité. C'est une étape de reconnaissance où le thérapeute et le client *coconstruisent* le sens de l'expérience immédiate tout en saisissant le lien avec les autres situations importantes de la vie du client.

Stade 4 : Évitement de l'agressivité

Dans les stades précédents, le thérapeute devait porter une attention soutenue aux changements d'affects du client. Même les clients les plus ouvertement agressifs ou hostiles vont expérimenter des moments d'anxiété ou de culpabilité à propos de l'expression de leur agressivité. Ils peuvent tenter de réduire la sensation de danger qu'ils éprouvent en justifiant leurs actions ou en dépersonnalisant leurs attaques.

Si le thérapeute est trop pris dans ses émotions en réaction à l'agressivité du client, il aura de la difficulté à reconnaître et à suivre ces mouvements d'humeur. Les mouvements agressivité/culpabilité sont importants à identifier, car ils indiquent que, pour le client, l'agressivité évoque une angoisse intolérable. Il faut aider le client à devenir conscient des processus internes qui induisent ces transitions.

Stade 5 : Évitement de la vulnérabilité

Dans certaines situations, le client va commencer à éprouver des sentiments de vulnérabilité et va se réfugier dans l'univers plus familier et plus sécurisant de l'agressivité. Le thérapeute doit, une fois de plus, être attentif à ces changements de tonalité affective et les exposer au client. Il peut, par exemple, demander au client : « Avez-vous une idée de ce qui s'est passé en vous au moment de ce changement ? » C'est en quelque sorte une invitation à donner un sens à l'expérience.

En passant et en repassant dans ces cycles de la reconnaissance de la reproduction avec un thérapeute empathique à son expérience, le client acquiert peu à peu une plus grande maîtrise de l'automatisme de ses mécanismes de régulation et peut graduellement les assouplir et prendre de nouveaux risques. Le client devient un expert de son processus interne.

Stade 6 : La vulnérabilité

Les besoins primaires cachés derrière l'agressivité du client peuvent prendre beaucoup de temps à émerger. Lorsque le thérapeute a démontré avec constance son désir et sa capacité à recevoir l'agressivité du client et à lui donner un sens accessible et pertinent pour lui, celui-ci pourra avoir accès à sa vulnérabilité.

Lorsque le thérapeute comprend le client à partir de son schème de référence, qu'il accepte de regarder sa propre contribution aux interactions, qu'il démontre qu'il peut survivre à l'agressivité du client, il ouvre la voie à l'émergence des sentiments plus vulnérables contre lesquels se défendait le client.

Au contraire de ce qui se passait plus tôt dans le processus où le désespoir pouvait être vécu, mais de façon cynique et rageuse, ce qui avait tendance à éloigner les autres, la relation thérapeutique devrait maintenant pouvoir évoluer vers quelque chose de différent. Cette expérience nouvelle pourrait s'exprimer en un assouplissement de la MRC, et en une meilleure régulation des mécanismes d'adaptation et de résistance au contact. Ainsi, les besoins légitimes de protection n'ont plus à se camoufler derrière un mur d'agressivité désespérée.

Comme pourrait le suggérer la PGRO, la dyade thérapeute-client fait alors un pas vers la relation réelle où des réparations peuvent prendre place. Ces réparations seront vécues sur un mode réel et seront corollaires des limites de chacun.

CONCLUSION

L'alliance thérapeutique, ses ruptures et ses réparations font partie intégrante de tout processus thérapeutique. Elles ne doivent donc pas être perçues comme des accidents de parcours à éviter, mais plutôt en tant qu'essence même du processus thérapeutique et une voie royale pour la résolution d'enjeux relationnels fondamentaux pour nos clients. Cette dimension inévitable des ruptures et réparations d'alliance trouve son écho dans la notion de reproduction des enjeux *développementaux* en PGRO. Le thérapeute doit permettre la reproduction de ces enjeux même s'ils sont souvent pénibles à affronter. Ainsi, tout thérapeute doit être à l'affût des ruptures d'alliance, car c'est là que se joue l'essentiel des difficultés relationnelles qui ont bien souvent amené le client à consulter. Un réel travail de réparation ne peut donc être accompli sans que ces ruptures soient affrontées. Nous n'insisterons jamais assez sur l'importance du travail de champ I dans la reconnaissance et la réparation des ruptures d'alliance.

Références

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Bacal, H. (1985). Optimal responsiveness and the therapeutic process. Dans A. Goldberg (Éds), *Progress in self psychology*, (vol. 1), (pp. 202-227). New York: Guilford Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16 (3), 252-260.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.

- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité: Perspectives développementales*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Drault, E., & Gravouille, J.-F. (2005). Le processus de réparation dans la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet. *Revue québécoise de Gestalt*, 8, 69-99.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 9-16.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les thérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25 (3), 73-102.
- Millon, T. (2011). *Disorders of Personality: Introducing a DSM/ICD Spectrum from Normal to Abnormal*, 3^e éd. New York: Wiley.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work*, 2^e éd. New York: Oxford.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *The trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- Rank, O. (1945). *Will therapy*. New York: Harcourt, Brace.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: Guilford.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and Therapeutic Alliance: A Meta-Analysis of Adult Individual Psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47 (4), 637-645.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.
- Zetzel, E. (1966). The analytic situation. Dans R. E. Litman (Éds), *Psychoanalysis in the Americas*, (pp. 86-106). New York: International University Press.

Abstract

Therapeutic alliance is a key concept in psychotherapy research. It is not to be considered as a static element of the psychotherapy process. Therefore, fluctuation in the quality of the therapeutic alliance is inevitable. The author wishes to retrace the evolution of the concept of therapeutic alliance and to enlighten the link between therapeutic alliance and therapeutic efficacy. He will then present a model of intervention strategies to work on therapeutic alliance rupture and a two stage-process model of alliance rupture resolution.

La thérapie basée sur la *mentalisation* : une étape au seuil du dialogue herméneutique

Jean-François CHERRIER

Résumé

Les troubles de la personnalité limitée (TPL) et de la personnalité narcissique (TPN) sont de sérieux problèmes de santé mentale pour lesquels l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) offre des soins. Ces pathologies sont notamment caractérisées par de fréquentes pertes de la capacité réflexive de même que par des difficultés sur le plan de la régulation affective. Utilisant la thérapie basée sur la *mentalisation* (TBM), l'auteur avance que cette approche, utilisée au seuil du dialogue herméneutique, est complémentaire au traitement des cycles de reproduction des impasses de contact en Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO). Cet article présente comment la TBM est utilisée dans le programme des troubles relationnels et de la personnalité (PTRP) de l'IUSMM et fait une synthèse de la pensée des auteurs Allen, Bateman et Fonagy en ce qui concerne la définition de la *mentalisation* et les indications pour la stimuler.

INTRODUCTION

Le programme des troubles relationnels et de la personnalité (PTRP) de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) est un programme spécialisé dans le traitement individuel et de groupe du trouble de la personnalité limitée (TPL) et du trouble de la personnalité narcissique (TPN). La réalité clinique du travail que nous faisons avec cette clientèle s'avère souvent ardue et complexe en raison de la sévérité des pathologies traitées et des différentes comorbidités présentes (dépendance aux substances, traits de personnalité antisociale, traits de personnalité histrionique, etc.). Face à cette réalité clinique, nous avons décidé, en équipe, d'utiliser la thérapie basée sur la *mentalisation* (TBM) de même que la thérapie comportementale dialectique (TCD). Utilisée dans le cadre de l'hôpital de jour et dans un groupe de *mentalisation* pour hommes ayant une fragilité narcissique, la TBM nous offre une compréhension spécifique de la perte fréquente de

la capacité réflexive et procure différentes techniques qui permettent de stimuler celle-ci en travaillant au déploiement de la *mentalisation*. Étant aussi formé en Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO), nous retrouvons plusieurs similitudes entre la TBM et la PGRO que nous percevons comme étant des approches complémentaires.

Dans cet article, nous aborderons le cadre théorique qui soutient la pratique de la TBM au PTRP. Nous synthétiserons ce que les principaux auteurs, Allen, Bateman et Fonagy, appellent la perte de la capacité à *mentaliser*, de même que les modes de *prémentalisation*. Par la suite, nous décrirons ce que nous avons à l'esprit lorsque nous travaillons avec des personnes ayant des troubles sévères de la personnalité, c'est-à-dire ce qui est important d'avoir en tête, les mises en garde, les limites que peut avoir notre travail et les différents aspects de la *mentalisation*. De plus, nous décrirons différentes techniques utilisées afin de stimuler la *mentalisation* au cours du processus d'intervention. Enfin, nous tenterons de démontrer en quoi l'amélioration de la capacité de *mentalisation* de même que celle de la régulation affective sont un préalable au dialogue herméneutique, ce qui se fait, entre autres, dans l'analyse du transfert. Ainsi, nous avançons que la TBM peut permettre une ébauche de dialogue herméneutique, mais qu'elle prépare surtout les patients à développer une régulation interactive des affects et une curiosité à l'égard des états mentaux, ce qui facilitera le traitement des cycles de reproduction des impasses de contact.

QU'EST-CE QUE LA MENTALISATION?

Pour Bateman et Fonagy (2004, 2006, 2012), la *mentalisation* est au centre de notre humanité, car elle se rapporte à notre habileté à accéder à nos états d'esprit de même qu'à ceux de nos pairs, ce qui nous aide à mieux comprendre nos actions et celles des autres. Elle est donc cette remarquable aptitude humaine de voir au-delà de l'enveloppe corporelle pour tenter de comprendre les comportements et de lier ceux-ci à d'inévitables états mentaux. Sans *mentalisation*, il ne peut pas y avoir de sens robuste du *Self*, d'interaction sociale constructive, de mutualité dans les relations, ni de sens de sécurité personnelle. Ainsi, la *mentalisation* est au centre de nos vies et de nos interactions. Par exemple, en contexte conjugal, il nous arrive fréquemment d'interpréter un regard, une posture et d'évoquer immédiatement plusieurs hypothèses relativement à la réalité psychique de l'être cher. Toutefois, lorsque nous vivons une dispute avec cette même personne, il nous est beaucoup plus difficile de nous questionner sur nos états mentaux ou ceux de notre conjoint(e), surtout lorsque nous sommes troublés. Quand la

poussière retombe, la majorité des gens sera capable de revenir sur la situation en accédant à une position *mentalitante*. Ils tenteront alors d'explorer les états mentaux, les désirs, le contexte, les émotions et les besoins, cela malgré le fait que cette exploration s'avère fréquemment exigeante. Cependant, pour une grande partie des patients traités au PTRP, le simple fait de revisiter de telles situations peut s'avérer trop perturbant au plan affectif, ce qui favorise l'émergence de conduites impulsives (agressivité, évitement, geste *parasuicidaire*) et rend la tâche quasi impossible.

Des études démontrent que le stress et une activation excessive nuisent grandement à la *mentalisation* (Bateman & Fonagy, 2004). Comment donner alors un sens à ce type d'expériences et réellement entrer dans un dialogue herméneutique si l'accession à ses propres états mentaux et à ceux des autres s'avère aussi ardue lors de l'activation de l'affect? Nous croyons qu'une partie de la réponse se trouve dans un travail tenace et engagé au cours duquel le psychothérapeute tente d'accentuer la capacité à *mentaliser* du patient. Dans la pratique de la TBM, « le psychothérapeute ne s'engage pas dans une restructuration cognitive, ne procure pas d'interprétation introspective et ne tente pas de changer directement les comportements. L'accent est mis sur l'exploration des procédés mentaux » [traduction libre] (Bateman & Fonagy, 2012, préface XVI). Cela mène à des changements cognitifs et comportementaux, à la capacité à *mentaliser* les émotions, à la reconnaissance de la signification sous-jacente de l'expérience, et à une meilleure compréhension des raisons qui font que nos clients sont ce qu'ils sont.

Ce type de thérapie tente de stimuler les compétences pour dégager un espace mental qui pourrait permettre d'accéder au dialogue herméneutique. En fait, comme le présente Hamel (2008), l'objectif thérapeutique avec ces patients n'est plus de reconstruire le sens, mais d'aider le client à reconstruire sa capacité à donner un sens à son expérience interne. Ainsi, il nous semble que dans la TBM, le dialogue herméneutique est compris comme une conséquence d'une augmentation de la capacité de *mentalisation* et comme une forme « d'effet secondaire » stimulé par l'exercice et l'entraînement qu'amène l'exploration des procédés mentaux et de la régulation affective.

La capacité à *mentaliser*: un exploit développemental

Afin d'acquérir une expérience normale de son *Self*, l'enfant a besoin que ses signaux émotionnels lui soient reflétés (*mirrored*) avec précision tout en étant conformes à son expérience. De plus, ce reflet doit être accentué afin de permettre à l'enfant de le

distinguer de l'expérience de la figure d'attachement (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). En fait, ces auteurs montrent que l'absence de reflet accentué et congruent de l'expérience de l'enfant crée une vulnérabilité à la *dysrégulation* affective en conséquence d'une représentation moins élaborée et moins précise des états internes. Hamel (2012) rappelle que cela réfère à l'ajustement émotionnel de la figure d'attachement. L'absence d'un tel contexte limite la capacité de contrôle affectif et génère une expérience émotionnelle imprévisible tant sur le plan qualitatif que dans son intensité (Fonagy & al., 2002). Lorsque les représentations des états internes ne correspondent à rien de réel, le *Self* de l'enfant est menacé parce qu'il ne trouve pas, dans le reflet du parent, ses états mentaux; il y trouve plutôt ceux de ce dernier. L'enfant vit alors, bien malgré lui, l'expérience de *l'alien Self*, car il se trouve aux prises avec des parties étrangères à l'intérieur de son *Self* (Hamel, 2012). Ainsi, comme le soutiennent Bateman et Fonagy (2012), il n'est pas simple de comprendre ses comportements et ceux des autres en ce qui concerne les pensées, sentiments, désirs et besoins, car cela n'est pas acquis naturellement et requiert une figure d'attachement ajustée, disponible et sensible à l'autre.

L'attachement

La *mentalisation* est une acquisition *développementale* qui se façonne dans le contexte des relations précoces d'attachement (Hamel, 2012). En fait, l'acquisition de cette capacité dépend de la qualité de la relation d'attachement par l'entremise de laquelle l'expérience subjective fut adéquatement reflétée par des figures de confiance. Mais une rupture d'un attachement précoce, «l'insuffisance» de cette figure et l'occurrence de traumas ont le potentiel d'hypothéquer la capacité de régulation affective et de *mentalisation* ainsi que le développement d'un *Self* cohérent. Les neurosciences nous permettent de comprendre que, dans un tel contexte, l'amygdale, fonctionnelle à la naissance, mobilise le corps dans une réaction de fuite ou de combat lors d'une émotion de peur. Cozolino (2012) nous explique que l'amygdale apprend très rapidement, mais qu'elle est lente à oublier. Comme nous le rappelle Hamel (2008), «(...) si l'amygdale active le système nerveux sympathique, l'hippocampe, quant à lui, active le système nerveux parasympathique. Il désactive l'alarme déclenchée par l'amygdale» (p. 79). Toutefois, l'hippocampe commence à jouer un rôle seulement à partir de la deuxième, voire de la troisième année de développement de l'enfant. Ainsi, l'enfant, avant deux ans, ne peut pas compter sur l'action régulatrice de cette structure cérébrale et d'autres structures comme, par exemple, celles de la région préfrontale. Le stress vécu en bas âge ne se retrouve pas

apaisé par le fonctionnement de structures régulatrices dans lesquelles siègent les fonctions de la *mentalisation*. En fait, comme nous le présente Hamel (2012), lors de cette période de la vie de l'enfant, celui-ci ne dispose d'aucun moyen de régulation interne et doit compter sur la présence d'une figure d'attachement qui assure la fonction de régulation externe. Pour Schore (2008), le cerveau adulte peut régresser au stade infantile lors de moments de stress ou de réactivation des schémas d'attachement. Dans ces contextes, la capacité à *mentaliser* est hypothéquée et ne réussit pas à dominer les comportements de fuite ou de combat.

Chez l'adulte

Le défi, pour favoriser la *mentalisation* chez l'adulte, est de porter une attention particulière à tout ce qui peut stimuler de manière excessive le système d'attachement chez des personnes vivant avec un TPL et à ce que nous nommons le «système de critique» chez des patients ayant un TPN. En effet, pour les patients ayant un TPN, lorsque le «système de critique» est activé cela «(...) mène fréquemment à une *dysrégulation* affective liée à la honte, ce qui altère grandement la capacité à *mentaliser*» (Cherrier, 2013, p. 251). Selon Schore (2008), le TPN est «un trouble de la régulation affective». L'auteur précise d'ailleurs que :

Du point de vue du narcissisme, lorsqu'un trait indésirable se trouve soudainement exposé (à soi ou aux autres), il en résulte, en escalade, une réaction incontrôlable de honte, et la personnalité se retrouve sans mécanisme adéquat de régulation affective qui permettrait de moduler cet état affectif douloureux. (Schore, 2008, p. 225)

Ainsi, comme le formule Delisle (2011), le trouble narcissique est un trouble de la régulation des affects que sont la honte, la rage, l'envie et le mépris associés à l'estime de soi, des affects fréquemment *dysrégulés* chez les personnes ayant un TPN et qui inhibent la capacité à *mentaliser*.

Plus globalement, Sharp, Fonagy et Goodyer (2008) rapportent que l'altération de la cognition sociale joue un rôle dans le développement de différents troubles mentaux associés aux pathologies du *Self*, particulièrement lorsque la capacité de comprendre ses états mentaux et ceux des autres est compromise. Ainsi, dans un contexte interpersonnel stressant, alors qu'un fonctionnement cognitivo-émotionnel optimal serait aidant, la perte de la *mentalisation* peut être, sans contredit, un obstacle important aux rapports interpersonnels harmonieux. Lors de situations sociales stressantes, le patient hypothéqué sur le plan de la fonction réflexive passe d'une réponse exécutive (*mentalisation*) à une réponse automatique (fuite ou combat). Le seuil d'une telle réaction varie chez chacun

des individus et peut être plus bas chez des personnes ayant été exposées à des stress ou traumatismes en très bas âge. C'est à ce moment que ces personnes trouveront, malgré eux, refuge dans les modes de *prémentalisation* (Allen & Fonagy, 2006; Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Bateman & Fonagy, 2004, 2006, 2012).

Modes de *prémentalisation*

Voici les différents modes de *prémentalisation*: le mode téléologique, l'équivalence psychique et la *pseudomentalisation* (Allen & Fonagy, 2006; Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Bateman & Fonagy, 2004, 2006, 2012, 2013). Ce sont des modes d'expériences régressives dans lesquelles retournent les patients avec qui nous travaillons lorsqu'ils perdent leur capacité à *mentaliser*. Ils doivent être identifiés par les psychothérapeutes afin de stimuler efficacement un retour à une position *mentalitante*.

Mode téléologique

Dans le mode téléologique, les patients présentent des attentes comportementales et quantifiables par rapport à leur environnement, tout comme le font les enfants âgés d'environ un an, alors que l'interprétation d'un comportement est directement associée à l'atteinte d'un but. Ainsi, les patients, dans ce mode, considèrent la modification comportementale comme étant la seule réelle indication des intentions de l'autre. Par exemple, un patient pourrait affirmer: «*si vous étiez réellement intéressé à moi, vous n'auriez pas regardé à trois reprises votre montre pendant la rencontre*». Dans cet exemple, le patient met l'accent sur le comportement et celui-ci est utilisé comme preuve de l'état mental du psychothérapeute. La signature d'un formulaire attestant l'invalidité ou encore un retard, peuvent aussi être considérés comme des preuves physiques de l'intention «réelle» ou encore de la considération «réelle» de l'intervenant. Dans un tel contexte, nous pouvons facilement nous retrouver à donner des suggestions ou encore des solutions sur la façon de résoudre un problème, ce qui est un indice que l'on est possiblement engagé dans un processus téléologique.

Mode d'équivalence psychique

Hamel (2012) souligne comment le client en mode d'équivalence psychique devient prisonnier de son expérience et n'a plus d'espace mental pour prendre un recul face à ce qu'il vit. Ainsi, il régresse au stade de l'enfance dans lequel il ne distingue pas le monde interne du monde externe. Ce qui se passe dans l'esprit est l'équivalent de ce qui est vécu et c'est ainsi que la personne le ressent, ce qui mène souvent à la *dysrégulation* affective. Ce mode est caractérisé par la forte conviction d'avoir raison. Ainsi, les patients

avec qui nous travaillons peuvent penser : « *Je sais ce qu'est la solution et personne ne peut me faire changer d'idée.* » Ce que le patient pense (ou sa réalité mentale) devient « l'équivalent » d'une réalité externe et cela mène à une intolérance aux hypothèses alternatives. Un patient dans ce mode pourrait affirmer quelque chose comme : « *vous croyez que je suis paresseux et que je n'en fais pas assez pour m'en sortir* ». Les pensées négatives à propos de soi-même sont vécues, dans cet exemple, comme étant particulièrement réelles et intenses. D'autre part, les croyances concernant les autres peuvent être perçues comme la réalité, et par conséquent, la recherche d'hypothèses alternatives pour comprendre les intentions de l'autre est très difficile dans ce mode. Une exploration de différentes hypothèses a lieu, mais celle-ci sert surtout à confirmer les convictions de la personne.

Le mode prétendu et la pseudomentalisation

Comme l'article Hamel (2012), en mode prétendu, l'enfant comprend que son expérience interne ne reflète pas l'expérience externe. Ces deux mondes sont maintenant séparés; le monde interne est vécu comme n'ayant pas de répercussion sur le monde externe. C'est le mode du jeu dans lequel le réel peut disparaître, ce qui peut être rassurant pour l'enfant. Toutefois, lors de la régression, certains patients retournent à ce mode dans lequel l'expérience interne occupe toute la place, mais celle-ci s'avère dissociée de la réalité. Les théoriciens de la *mentalisation* nomment ce mode *pseudomentalisation* (Allen & Fonagy, 2006; Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Bateman & Fonagy, 2004, 2006, 2012). Dans la *pseudomentalisation*, les patients peuvent avoir un discours non relié aux émotions et aux pensées. Il est, en fait, l'illustration d'une expérience dépourvue de sens, une expérience dans laquelle il est fréquent de noter une discordance entre les affects et le discours de même qu'une présence concomitante de croyances diamétralement opposées. Lors de tels épisodes, le patient peut être tenté de rechercher, dans le monde extérieur, des évidences pour appuyer son discours, mais celles-ci sont fréquemment aléatoires, complexes, détaillées et anecdotiques. Par ailleurs, il ne semble pas y avoir de pont entre la réalité externe et la réalité interne. Nous avons remarqué que plusieurs patients avec qui nous travaillons peuvent, « grâce » à la *pseudomentalisation*, éviter l'affect associé à certaines situations vécues tout en préservant l'image d'une personne qui travaille activement en thérapie. Ainsi, il n'est pas toujours simple de déceler ce type de mode de *préméntalisation*, car certains des patients avec qui nous travaillons parlent en effet de leur état mental et peuvent le faire de façon très détaillée. C'est souvent par

notre expérience d'ennui qu'émerge pour nous l'hypothèse de la présence de *pseudomentalisation*.

Les différents aspects de la *mentalisation*

Lors du travail avec des personnes souffrant de trouble sévère de la personnalité, Bateman et Fonagy (2004, 2006, 2012) nous invitent à porter une attention particulière aux modes de *prémentalisation* de même qu'à certaines polarités fonctionnelles qui se rapprochent de plusieurs concepts élaborés par Delisle (1998) en Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO), entre autres en ce qui a trait à sa lecture de la personnalité et de la matrice des représentations du champ (MRC).

De la mentalisation implicite à la mentalisation explicite

Comme le présentent Luyten, Fonagy, Benedicte et Vermote (2012), la polarité la plus fondamentale de la *mentalisation* est la dimension automatique ou implicite comparée à la dimension contrôlée ou explicite. La *mentalisation* contrôlée est caractérisée par une série de procédés relativement lents qui sont normalement verbaux et qui requièrent de la réflexion, une attention, une intention, une vigilance et un effort (Allen & al., 2008; Fonagy & Luyten, 2009).

La *mentalisation* implicite, pour sa part, est plutôt automatique, parallèle et, en ce sens, plus rapide. Elle est généralement une sorte de réflexe, car elle requiert peu ou pas d'attention, d'intention, de vigilance ou d'efforts (Satpute & Lieberman, 2006). Dans la vie de tous les jours, c'est ce type de *mentalisation* qui est prédominant et qui nous permet de faire des suppositions sur nous-mêmes, sur les autres, et sur notre façon d'être en relation avec ceux-ci. Ainsi, lorsqu'un homme parle avec sa conjointe des plans qu'ils ont pour la fin de semaine, celui-ci va surtout compter sur une *mentalisation* automatique et rapide. Toutefois, si sa conjointe est subitement silencieuse, il va lui demander ce qu'elle a, si quelque chose la préoccupe ou encore s'il peut être la cause de ce soudain silence, ce qui l'amène dans une *mentalisation* contrôlée et explicite.

Comme le mentionnent Bateman et Fonagy (2012), une bonne capacité de *mentalisation* implique d'être soucieux de l'esprit de l'autre, et ce dans une flexibilité adaptative qui permet de passer de la *mentalisation* implicite à la *mentalisation* explicite. Toutefois, pour des patients vivant avec un trouble sévère de la personnalité, l'expérience vécue est souvent teintée des premières expériences de vie. Ces expériences sont enregistrées dans la mémoire implicite sous forme inconsciente (Siegel, 1999) et, lorsqu'elles sont activées, il s'avère difficile de réguler l'affect qui y est relié et de sortir de cette

régression vécue. Pour ces patients, réfléchir, se questionner et nuancer ses convictions s'avère un réel défi, car lors de tels épisodes, ils n'ont souvent pas l'habileté de passer d'une *mentalisation* implicite à une *mentalisation* contrôlée ou explicite. Ainsi, il ne faut pas croire que les patients peuvent, par eux-mêmes, s'engager dans une *mentalisation* explicite sans tomber dans des modes de *prémentalisation*. C'est donc notre rôle de les accompagner dans ce processus parfois laborieux.

Mentalisation basée sur l'interne ou sur l'externe

Luyten et ses collaborateurs (2012) soulignent également une seconde polarité importante qui peut affecter la *mentalisation*. Celle-ci est l'attention portée par le patient sur les états mentaux internes, les siens et ceux des autres, en contraste avec la *mentalisation* dont le centre d'intérêt est externe, situationnel et qui s'articule dans son interaction avec l'environnement. Un concept qui, selon la terminologie de la PGRO, se retrouve, pour les patients, dans la distinction entre ses champs internes et externes.

Certaines personnes vivant avec un trouble de la personnalité peuvent être sévèrement désavantagées dans leur capacité à « lire les états mentaux », mais peuvent être très sensibles à l'interprétation des expressions faciales ou de la posture. Les patients ayant un TPL sont souvent hypersensibles aux états affectifs des autres, y compris à ceux de leur psychothérapeute (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008). Il peut devenir ardu, pour eux, de trouver d'autres scénarios qui expliquent l'état d'esprit de leur vis-à-vis, lorsque ces scénarios sont basés sur une interprétation d'une expression faciale qui dévoilerait, selon eux, un affect précis. D'autre part, des patients vivant avec un TPN peuvent, par exemple, avoir de la difficulté à décèler, dans l'expression faciale de leurs interlocuteurs, l'ennui ou encore le fait qu'ils sont pressés (Bateman & Fonagy, 2012). Toutefois, ils peuvent être très préoccupés par les états mentaux de leur entourage, surtout s'ils décèlent un jugement ou une critique, ce qui peut mener à l'élaboration de scénarios ou encore à la rumination. Enfin, des patients ayant des traits antisociaux peuvent avoir de la difficulté à lire des expressions faciales présentant une émotion de peur (Abigail, Marsh, & Blair, 2008), mais peuvent être experts dans la lecture de l'état d'esprit des autres, ce qui les aide à contraindre et manipuler ceux-ci (Bateman & Fonagy, 2008).

Mentalisation orientée vers soi ou vers les autres

Il est primordial de remarquer, chez les patients avec qui nous travaillons, les difficultés de *mentalisation* de leur expérience interne ou de celle des autres. Luyten et ses collaborateurs (2012)

comprennent que les troubles de la personnalité sont caractérisés par des déficits dans le sentiment de sa propre identité et peuvent témoigner d'importantes difficultés à réfléchir sur les états mentaux des autres. Toutefois, cela ne veut pas dire que le fait d'avoir des difficultés à réfléchir sur soi engendre nécessairement la présence de difficultés dans sa capacité à *mentaliser* sur les états d'esprit des autres. Par exemple, les patients présentant un trouble de la personnalité antisociale (TPA) sont souvent des experts dans « l'observation de l'esprit » des autres, mais présentent typiquement d'importants manques concernant une réelle compréhension de leur monde interne (Bateman & Fonagy, 2006).

Certains patients, aux prises avec des enjeux identitaires importants, peuvent être très sensibles à l'attitude des autres et leur sens du *Self* peut être facilement fragilisé par leur expérience de l'autre. Ainsi, certains patients préservent leur individualité en s'engageant dans une identification projective afin d'éviter une *dysrégulation* affective. Un patient peut, afin de ne pas prendre contact avec sa colère, adopter des comportements passifs agressifs et faire émerger, non loin de lui, ce sentiment inacceptable et, souvent, intolérable pour lui. D'autre part, pour certains autres patients, leur expérience est considérée comme nécessairement commune. Nous avons d'ailleurs rencontré des patients qui entraient dans une argumentation très animée lorsqu'ils comprenaient que certains de leurs pairs en groupe ne vivaient pas l'expérience commune de façon semblable. Le fait de trop orienter son attention sur soi ou de trop l'orienter sur les autres a des impacts importants sur la façon d'être en relation, de même que sur les moments particuliers de la perte de la capacité de *mentaliser*.

Les cognitions et les affects

Comme nous le verrons dans les prochaines pages, une *mentalisation* complète exige l'intégration des cognitions et des affects. Allen et ses collaborateurs (2008) nous rappellent qu'il est bien connu que certains individus donnent plus d'importance à la *mentalisation* cognitive qu'à la *mentalisation* affective et vice-versa. Il y a des individus qui présentent une compréhension cognitive élevée des états mentaux, mais qui ne sont pas en contact avec l'affect central de l'expérience. Ceci peut être observé de façon générale chez les patients ayant des traits narcissiques ou antisociaux (Blatt, 2008). Ces individus présentent plus fréquemment une tendance à la *pseudomentalisation*. Les longs monologues qui sont dépourvus de réels affects ou encore dépourvus d'une connexion avec la réalité peuvent, comme nous l'avons vu précédemment, indiquer la présence de ce mode de *préméntalisation*. D'autre part, des patients,

ayant plutôt des traits limites ou encore histrioniques, sont souvent submergés par une *mentalisation* automatique centrée sur l'affect et montrent des difficultés à intégrer des connaissances plus cognitives à ces expériences affectives (Blatt, 2008). Ces patients peuvent d'ailleurs être susceptibles à la « contagion » émotionnelle qui s'articule, la plupart du temps, au travers de la projection. Ainsi, ils peuvent plus fréquemment attribuer leurs états affectifs aux autres, ce qui les limite dans leur capacité à être réellement empathiques (Bateman & Fonagy, 2012). Par exemple, il n'est pas rare que la douleur vécue par des pairs en groupe éveille l'émergence d'affects concordants ou une confluence, ce qui engendre souvent une grande détresse dans l'interaction entre membres ayant un TPL.

UNE GRANDE PARTIE DE NOTRE TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE AU PROGRAMME DES TROUBLES RELATIONNELS ET DE LA PERSONNALITÉ (PTRP) : STIMULER LA MENTALISATION

L'objectif de la TBM est d'accroître la capacité, parfois embryonnaire, de *mentalisation* pour que les individus soient plus aptes à résoudre des problèmes et à gérer des états émotionnels qui sont reliés tout particulièrement à des relations interpersonnelles (Bateman & Fonagy, 2010). Pour ce faire, dans le programme, nous offrons différents ateliers de *mentalisation* dans le cadre de l'hôpital de jour. Le cadre du programme est un traitement intensif de trois groupes par semaine, s'échelonnant jusqu'à dix semaines, auquel est ajoutée une rencontre individuelle hebdomadaire orientée vers la formulation d'objectifs. Outre cela, cinq groupes hebdomadaires fermés de *mentalisation* sont offerts au programme, dont l'un est constitué d'ateliers de *mentalisation* explicite. Ces ateliers sont dirigés et s'apparentent à de l'éducation psychologique. Après avoir participé à de tels ateliers, les patients commencent les groupes de *mentalisation* (implicite) constitués de rencontres hebdomadaires de 90 minutes, auxquelles sont associées des rencontres individuelles toutes les deux semaines. Les rencontres individuelles ont pour buts de stimuler l'adhésion au traitement, de potentialiser le travail fait en groupe, de porter une attention particulière au fonctionnement intrapsychique du patient et de formuler la problématique relationnelle. La durée de ce traitement peut varier de deux à trois ans et est réévaluée avec le patient tous les cinq mois, soit à chaque début de nouvelle session de thérapie.

Le processus d'intervention

Plusieurs interventions aident à stimuler la *mentalisation*: le soutien, l'empathie, la clarification suivie de la confrontation, l'intervention orientée vers l'affect et la *mentalisation* du transfert ou de la relation

sont toutes des étapes du processus thérapeutique. Bien sûr, en entrevue, de telles séquences sont plutôt rares et l'ordre chronologique de celles-ci varie grandement. Mais dans un but plus descriptif de l'approche, observons ici une séquence telle que décrite dans différents ouvrages (Allen, & Fonagy, 2006; Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Bateman & Fonagy (2004, 2006, 2008, 2012).

Tout d'abord, le patient ou le psychothérapeute remarquent la perte de la capacité à *mentaliser*, ce qui est indiqué par l'émergence de l'un des modes de *prémentalisation* (équivalence psychique, *pseudomentalisation* ou mode téléologique). À ce moment, il est important d'être empathique en s'engageant dans l'exploration de ce qui a pu engendrer une perte de la capacité à *mentaliser*. Ainsi, le psychothérapeute peut demander au patient de revenir en arrière afin de saisir le moment précis où ceci est survenu tout en tentant lui-même de déterminer le moment où il a remarqué un changement. Ensuite, le thérapeute stimule l'exploration du contexte affectif qui a pu contribuer à la perte de la capacité à *mentaliser* en décrivant de façon explicite les affects et les changements qui ont pu surgir, tout en ralentissant l'observation et la description du processus. De plus, le psychothérapeute cherche explicitement comment il ou elle a pu contribuer à la perte de la capacité à *mentaliser*.

Nous devons donc explorer, avec le patient, comment nous sommes arrivés conjointement là où nous nous retrouvons et accepter que c'est probablement un *désaccordage* qui nous a menés à la situation vécue (erreur de lecture de l'affect, mauvais ton utilisé, insensibilité, etc.). Ce n'est que lorsque cela a bien été mis en place que le psychothérapeute peut tenter, avec le patient, de visiter l'état mental implicite dans lequel il se retrouvait pour observer ce qui a pu se passer dans la relation thérapeutique de même que dans l'émergence d'un dilemme de contact ou d'une reproduction possible. Cette démarche structurée est instaurée surtout afin de ne pas sauter d'étapes ou encore de travailler dans le vide, comme ce serait le cas si nous invitions le patient à *mentaliser*, lorsqu'il est en mode de *prémentalisation*. Voyons, à présent, différentes positions suggérées par les auteurs et à adopter par le psychothérapeute afin de stimuler efficacement la capacité à *mentaliser* (Allen & Fonagy, 2006; Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Bateman & Fonagy, 2004, 2006, 2012).

L'engagement du psychothérapeute

Lorsque l'attention du patient est orientée vers ses processus mentaux internes, il doit y avoir un engagement intrinsèque du psychothérapeute dans l'accompagnement du patient. Nous tentons de nous rapprocher de ce que vivent les patients avec qui nous

travaillons, de voir le monde comme ils le voient, et de nous immerger le plus possible dans leurs expériences subjectives. Parfois, il nous arrive de voir défiler le récit de ceux que nous tentons d'aider, comme si celui-ci était une « autre histoire incroyable » un peu dépersonnalisée. Toutefois, nous n'avons pas devant nous un dramaturge ou encore un acteur qui jouerait un scénario. Nous nous retrouvons devant un vécu unique et singulier qui peut être plus facile à percevoir de façon plus détachée, mais duquel il est juste de se rapprocher afin de pouvoir réellement s'engager dans un processus thérapeutique. Cette façon d'éviter le drame est un piège qui peut nous amener dans un espace souvent bien loin de l'ici et maintenant (le champ I de la PGRO). Ainsi, une vigilance relativement au sentiment d'être spectateur est à développer afin de redevenir un participant à la construction d'une nouvelle histoire qui va demander une nouvelle reproduction. En formation, Fonagy nous disait: « assoyez-vous à côté du patient (au sens figuré), regardez dans la même direction et ralentissez le rythme des entrevues » (Bateman & Fonagy, 2013). Souvent, avec les patients que nous traitons, trop de paroles sont dites afin de dénaturer l'expérience. Ainsi, le rythme devient un outil précieux afin de se reconnecter au vécu du patient et, dans notre pratique, il s'avère central de ralentir celui-ci autant que possible. Nous tentons de nous assurer de déceler les détails de l'expérience du patient et de décortiquer, avec celui-ci, ce qu'il a vécu ou ce qu'il vit avec nous. Ainsi, la validation s'avère centrale dans le travail avec des personnes ayant un trouble sévère de la personnalité, et les interprétations doivent être faites prudemment en tant que reflet complexe (exagéré) ou encore comme hypothèses formulées dans le cadre d'un processus d'exploration et d'investigation communes des états mentaux.

Ne pas savoir et ne pas s'en faire

Dans le type d'approche qu'est la TBM, les psychothérapeutes doivent réussir à garder une position de curiosité enjouée, ce que Bateman et Fonagy (2004, 2006, 2008, 2012) appellent « une véritable position authentique de questionnement » ou « *not knowing stance* », c'est-à-dire une position concernée et curieuse sur le contenu de l'esprit du patient et sur l'influence que cela peut avoir sur ses comportements. D'autre part, il ne faut pas s'en faire. En fait, les auteurs affirment fréquemment que n'importe quelle intervention qui promeut la *mentalisation* est une bonne intervention. Plutôt que de remettre son approche en question, ce modèle demande au psychothérapeute d'examiner sa pratique en se questionnant à savoir si celle-ci stimule la *mentalisation* ou encore l'inhibe. D'autre part, le psychothérapeute doit être conscient de sa propre position *mentalisante* (Bateman & Fonagy, 2012). Ainsi,

lorsque nous prenons conscience que notre esprit est embrouillé, que nous devenons confus, que nous sommes convaincus par le patient ou encore par nos interprétations, il est important de retrouver notre propre capacité à *mentaliser* avant de tenter de stimuler celle-ci chez le patient. Allen et al. (2008), pour leur part, font remarquer qu'ironiquement lorsque nous devenons conscients que nos interventions sont non *mentalisantes*, eh bien nous *mentalisons*. Encore plus ironique, lorsque nous devenons préoccupés par la *mentalisation* au milieu d'une entrevue, nous perdons notre capacité à *mentaliser*, car nous ne sommes plus en train de porter attention au patient (Allen & al., 2008).

Travailler avec l'affect

On comprend que, dans le cadre de la TBM, le psychothérapeute adopte une position *mentalissante* ou « *mentalizing stance* » (Allen & Fonagy, 2006 ; Allen, Fonagy & Bateman, 2008 ; Bateman & Fonagy, 2004, 2006, 2012) et il a comme principale tâche de stimuler le processus de *mentalisation*. Ainsi, l'un des plus grands défis est de « (...) maintenir la *mentalisation* en soi et dans le patient tout en reconnaissant que la thérapie a le potentiel de déstabiliser cela, car elle stimule le système d'attachement » [traduction libre] (Bateman & Fonagy, 2012, p. 68). En fait, la *mentalisation* sera menacée par le simple fait que le psychothérapeute pose des questions qui stimulent l'émergence des sentiments. Informé de cela, le psychothérapeute doit se rapprocher affectivement du patient jusqu'au point où il juge qu'il a atteint le seuil de la perte de la *mentalisation*. Lorsque cette limite est atteinte, il doit prendre ses distances et réduire le niveau de stimulation affective (Bateman & Fonagy, 2012). Cette réalité est d'autant plus significative avec des patients présentant un TPL à cause de la sensibilité du système d'attachement. Ainsi, prendre ses distances ne signifie pas devenir froid et distant, mais se retenir dans la compassion, dans le fait d'être concerné et attentionné, car cela pourrait attiser les besoins d'attachement et stimuler une détérioration du patient, au moment où il est crucial de trouver une façon d'encourager un processus mental plus robuste (Bateman & Fonagy, 2012). Ainsi, lors de ces moments, il serait préférable de ne pas approfondir le sujet, quitte à le changer et s'assurer ainsi de réduire le niveau d'activation émotionnelle.

Pour les patients souffrant d'un TPN, c'est surtout l'émergence de la honte qui doit être évitée. Ainsi, il est pertinent de jauger l'activation du « système de critique » et de comprendre qu'il « (...) est essentiel de reconnaître l'aspect protecteur du fonctionnement narcissique de l'individu afin de préserver le sentiment de

contrôle interne et le maintien de l'estime de soi» [traduction libre] (Rønningstam, 2010, p. 73). En s'efforçant d'exposer le moins possible les patients à la critique et en réitérant de façon répétitive la validation de l'expérience de façon empathique, nous incitons les patients avec qui nous travaillons à se reconnaître et à tolérer de se voir dans toute leur complexité.

En fait, comme le souligne Hamel (2012), la *mentalisation* se rapporte à un équilibre entre l'activation des émotions et celle des cognitions. Si l'émotion est trop intense, la capacité de réfléchir est altérée. Par contre, si l'émotion est absente, le processus de *mentalisation* n'est plus qu'une forme d'intellectualisation. Le thérapeute sert, en ce sens, de système auxiliaire pour aider le client à maintenir ou à mettre en place l'intégration neuronale minimale requise pour réfléchir sur ses propres états émotionnels (Cozolino, 2012). Dans l'ensemble, afin d'avoir une intervention optimale, il ne faut pas que l'activation soit insuffisante, ni trop intense comme l'illustre la figure suivante :

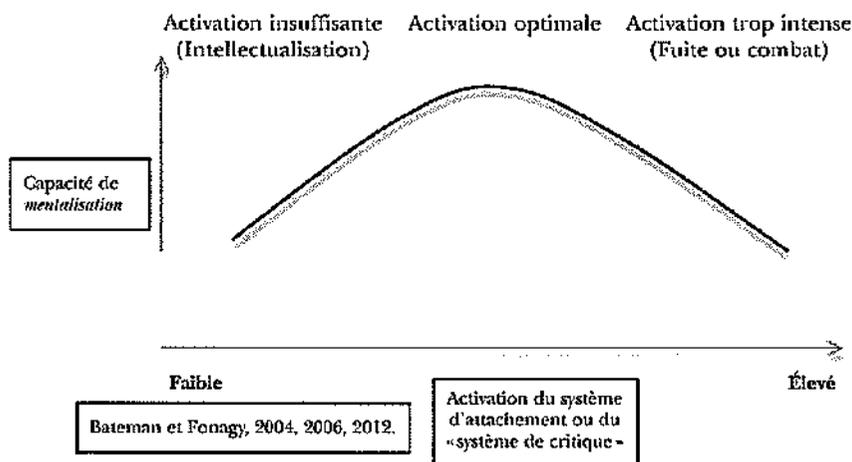


Figure 1. Activation émotionnelle et mentalisation

Produire des mouvements contraires

Le psychothérapeute en TBM doit inviter le patient à se déplacer sur différents axes afin de stimuler une exploration active. En se déplaçant, avec le patient, sur les axes du diagramme présenté ci-après, le psychothérapeute devrait aider la personne à devenir plus souple dans sa façon de voir le monde et de le côtoyer. Ainsi, comme nous l'avons vu précédemment, le patient qui est seulement dans la *mentalisation* implicite devrait être invité à explorer de

façon plus explicite et vice versa. À cela s'ajoute le déplacement sur l'axe de la stimulation affective qui invite le psychothérapeute à stimuler une personne *dysrégulée* à se réguler par la réflexion et la cognition, ou à l'opposé, inciter une personne qui intellectualise à se rapprocher de ses émotions. Des mouvements contraires peuvent aussi être faits sur l'axe de l'exploration interne et externe tout comme l'exploration faite sur soi et sur les autres. Enfin, Bateman et Fonagy (2012) soulignent l'importance de déplacer l'attention entre le thérapeute et le patient de façon réciproque; ceci amène le thérapeute à démontrer sa propre capacité à réfléchir sur la relation et le processus thérapeutique, ce qui sert de modèle pour le patient.

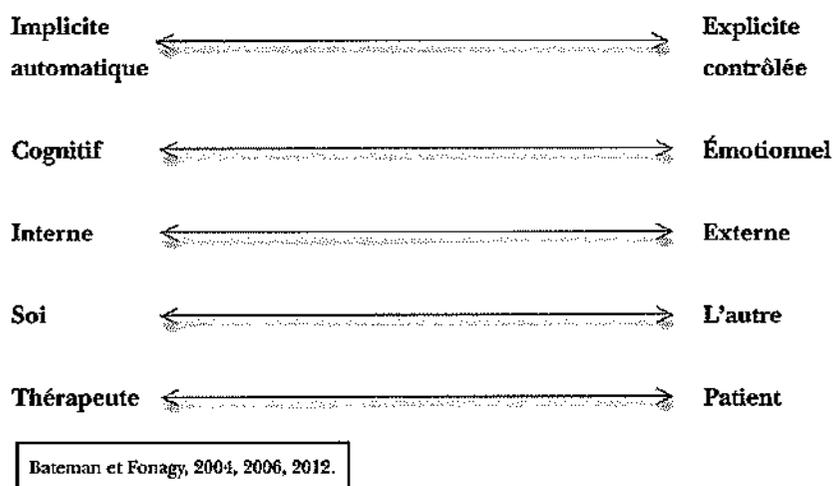


Figure 2. Mouvements contraires en *mentalisation*

Confronter

Parfois, le psychothérapeute doit confronter l'incapacité de *mentaliser* du patient. Cette intervention, qui en est une à haut risque, peut être bien utile afin de prévenir qu'un mode de *prémentalisation* engendre certains comportements parfois désastreux ou encore l'arrivée soudaine et prolongée d'une *dysrégulation* affective (Bateman & Fonagy, 2012). En fait, l'objectif de la confrontation est d'insérer, dans le dialogue, quelque chose d'inattendu qui permet de stimuler la *mentalisation*. Comme le soulignent Bateman et Fonagy (2012), ceci n'a pas comme but de piéger le patient ou d'entrer dans une argumentation avec lui, mais bien de le désorienter afin de le stimuler à réfléchir autrement. Ceci peut se faire en

encourageant un changement dans la compréhension qu'a le patient de la situation. Par exemple, nous pourrions questionner un patient en lui demandant : « *Qu'est-ce que ce serait pour lui de savoir que sa conjointe l'aime, alors qu'il est persuadé qu'elle ne l'aime pas* ». Subséquemment, nous pourrions inviter le patient à se questionner sur la façon dont il pourrait savoir qu'elle l'aime (Bateman & Fonagy, 2012).

Outre cela, il arrive parfois que les patients amènent eux-mêmes des questionnements. Lors de ces occasions, il peut être très opportun de ramener le patient à son questionnement en mettant l'accent sur la pertinence de celui-ci. Par exemple, il n'est pas rare, en entrevue, d'entendre un patient se dire confus et verbaliser son désarroi en soulignant ses questionnements relativement à sa situation. Nous pouvons, lors de cette occasion, questionner le patient, lui demander : « *Comment pourriez-vous savoir ce qui est bon ou mauvais ?* ». Ce type d'intervention ramène parfois le patient dans une zone plus réflexive et peut aider à la régulation de l'affect. Un autre type d'intervention que nous utilisons est d'indiquer notre confusion lorsque le récit du patient apparaît déconnecté de l'affect ou encore qu'un travail de régulation doit être fait. Ceci nous ramène parfois dans la pièce, nous permet de travailler dans l'ici et maintenant (le champ 1 de la PGRO) et facilite l'accompagnement du patient dans ses mouvements intérieurs en lien avec ses relations d'objet internalisées et ses représentations de soi et des autres. Par ailleurs, il est important de souligner comment nous entrons en confluence avec le patient lorsque nous nous en rendons compte. En tentant nous-même de retrouver notre capacité à *mentaliser*, nous invitons le patient à nous accompagner dans la recherche de ce qui nous amène mutuellement à tomber dans un mode de *prémentalisation*.

Avec d'autres patients qui peuvent présenter des traits narcissiques, il nous arrive d'être nous-mêmes confrontés au fait que certains d'entre eux se soucient très peu des autres. À ces moments, nous pourrions vouloir observer, avec le patient, en quoi le fait de ne pas se soucier des autres peut avoir une utilité pour lui; nous pourrions même vouloir confronter le fait qu'il ne semble pas se soucier de l'effet qu'il peut avoir sur nous. Cependant, ce type d'intervention mène, la plupart du temps, à l'émergence de mécanismes de défense. Nous croyons plutôt que lorsque nous intervenons avec ce type de patient, il est préférable de demander comment nos interventions l'affectent, comment il les comprend et tenter de stimuler l'observation commune des moments où nous n'avons pas l'impression d'être sur la même longueur d'onde. Bien sûr, ce type d'intervention peut avoir d'importantes répercussions

et engendrer de l'agressivité. Même à ce moment, il est de notre devoir de persévérer dans la stimulation de l'exploration commune et d'inviter le patient à nous expliquer ce qu'il vit lors de ces questionnements parfois très désagréables pour lui.

Mentaliser le transfert ou mentaliser la relation

Comme ce fut évoqué précédemment, il est important de *mentaliser* la relation thérapeutique. Au moyen de la relation patient-thérapeute, nous désirons mettre en place une collaboration qui permettra l'émergence de nouvelles perspectives. Lorsque cela est possible, le patient et le psychothérapeute s'engagent dans une exploration commune de leur relation qui a pour but de porter un autre regard sur ce qui se passe entre eux.

Mentaliser le transfert est un terme qui signifie le fait d'encourager le patient à penser à la relation qu'il vit présentement avec le psychothérapeute dans le but de centrer l'attention du patient sur les états mentaux d'un autre qui est, dans ce cas, le psychothérapeute. Ce dernier accompagne le patient en l'aidant à relever les contrastes entre les perceptions qu'il a de lui-même et la façon dont il est perçu par d'autres comme le psychothérapeute ou les membres d'un groupe thérapeutique. [traduction libre] (Bateman & Fonagy, 2012, p. 77)

Afin de faciliter ce processus, la formulation conjointe des difficultés relationnelles des patients sera un outil central dans le processus thérapeutique qui s'inscrit au seuil du dialogue herméneutique en PGRO.

Formuler la problématique relationnelle

Dans le programme (PTRP), la formulation de cas est discutée en entrevue individuelle et elle est revisitée jusqu'à six fois à l'intérieur de trois ans de traitement. Plusieurs aspects sont pris en considération au cours de cette période. Au début du processus, ces rencontres ont pour but de résumer une compréhension conjointe de la problématique du patient. Lors de ces rencontres, nous tentons, avec le patient, de cerner les facteurs influençant les problématiques qu'il vit, ce qui peut être compris dans l'histoire *développementale*, de même que dans le fonctionnement présent. Nous explorons aussi les croyances que le patient peut avoir à propos de lui-même et les liens qu'il peut y avoir avec ses états d'esprit ou ses comportements. Par la suite, nous nous attardons plus spécifiquement à la capacité à *mentaliser* du patient. Nous déterminons les moments où il est plus difficile de rester ouvert aux autres, ou encore les moments où il perd sa capacité à *mentaliser*, ce qui peut mener, par exemple, à une attitude défensive. L'exploration de ce type de réaction et de l'impact que cela peut avoir sur les situations

vécues nous amène à envisager les obstacles qui pourraient se vivre en groupe et en individuel, ou encore l'influence que cela pourrait avoir sur l'engagement du patient dans le suivi thérapeutique. De plus, des objectifs sont spécialement formulés en lien avec les buts de la thérapie et avec le cadre établi au PTRP (par exemple : objectif de réinsertion). Ces objectifs sont évalués à la fin de chacune des sessions de thérapie.

Le dialogue herméneutique en PGRO apparaît, selon nous, au travers d'une formulation plus approfondie de la problématique dans laquelle sont illustrées les différentes reproductions (dilemmes de contacts) nommées en TBM comme des marqueurs de transfert. Ainsi, le patient et le psychothérapeute développent une narration cohérente de la façon dont le patient est en relation et des différents états mentaux et comportements qu'il adopte lors de contextes interpersonnels divers. Des liens plus spécifiques seront, à ce moment, faits avec l'histoire *développementale* et une attention toute particulière sera donnée à la reconnaissance commune des reproductions. C'est à ce moment que la construction du sens de l'expérience peut être possible et que s'articule le dialogue herméneutique comme l'entend Friedman (Hamel, 2012), c'est-à-dire dans un contexte d'herméneutique qui « permet de repousser les limites d'une vieille compréhension, de revisiter les situations inachevées et de transformer la réalité psychique du client » (Hamel, 2012, p. 139). Toutefois, ce n'est qu'avec une partie des patients que nous traitons que cela s'avère possible. Ainsi, nous revenons à notre postulat, qui est que la TBM consiste surtout en une préparation de cette clientèle à accéder à une thérapie telle que la PGRO, ce qui n'empêche pas le fait que l'on retrouve plusieurs similitudes dans ces approches.

Marquer le transfert : une autre façon de reconnaître la reproduction

La TBM aide le patient à « donner une signification » à son expérience. Hamel (2008) note que « La psychopathologie des troubles de la personnalité peut donc se comprendre, d'abord et avant tout, comme une perte de sens de l'expérience » (p. 78). Citant Delisle en conférence à Lille en 2001, Hamel précise que « (...) le sujet qui a échoué à métaboliser tel ou tel enjeu porte en lui une énigme non résolue (...) » (p. 78). L'auteure continue en écrivant : « Ainsi, le travail à accomplir dans le traitement de l'enjeu d'attachement demeure essentiellement d'aider le client à récupérer le sens perdu (introjecté), parce que trop douloureux à appréhender » (Hamel, 2008, p. 78). Dans la TBM, cette recherche de sens perdu qui mène vers le dilemme de contact est travaillée, comme nous l'avons vu précédemment, dans la relation avec le psychothérapeute et en

groupe. Pour arriver à cela, « (...) il est suggéré au psychothérapeute d'observer son expérience du processus thérapeutique avec le patient et de partager ouvertement celle-ci afin de s'assurer que la complexité de l'interaction est considérée » [traduction libre] (Bateman & Fonagy, 2012, p. 79). Cette expérience de contact avec le patient est aussi travaillée en groupe par l'exploration des interactions et des liens entre pairs. Allen et Fonagy, pour leur part, expliquent que « (...) nous utilisons le concept de marqueur de transfert afin de souligner des indices de réponses transférentielles » [traduction libre] (Allen & Fonagy, 2006, p. 189). En marquant le transfert, nous nous engageons, avec le patient et le groupe, à être attentifs aux reproductions qui sont vécues par chacun des membres.

Le processus de réparation

C'est au travers de l'expérience de *rematernage* que se déploie une grande partie de la réparation, car le fait de recréer une matrice interactionnelle d'attachement peut permettre le développement de la *mentalisation*, ce qui mène parfois à un véritable déploiement de celle-ci (Bateman & Fonagy, 2012). Hamel (2008) ajoute d'ailleurs que : « C'est en faisant l'expérience d'un attachement sécurisé que le client se trouve dans un contexte propice pour exercer la *mentalisation* qui lui permettra d'acquérir les capacités nécessaires pour participer au dialogue herméneutique ». (p. 89) L'organisation des services au PTRP, ses règles claires et explicitées dans différents contrats thérapeutiques de même qu'une philosophie de porte ouverte (dossier restant ouvert jusqu'à six mois sans intervention et facilitation de la réouverture après ce délai), sous condition de réinsertion sociale (participation à une activité régulière de bénévolat, de travail ou d'études), offre à la plupart des patients un cadre sécurisant et constant, car il est porté par tous les membres de la clinique. Cette reproduction d'un milieu sécuritaire et prévisible fait aussi partie intégrante de cette expérience de *rematernage*.

D'autre part, les aspects réparateurs de la TBM sont éloquentes dans le fait qu'en ayant une meilleure capacité à *mentaliser* « (...) nous nous sentons affirmés et validés lorsque nous remarquons que les autres ont notre esprit à l'esprit, que nous ne sommes pas seuls. Nous ne nous sentons pas seulement entendus et compris, mais sentis. Nous nous lions au travers d'une *mentalisation* réciproque » (Allen, Bleiberg, & Hassam-Hopwood, 2003, p. 3). Fonagy (2013) présentait ce qu'il comprend de « l'epistemic trust » ou « confiance épistémique », enjeu sur lequel il fait présentement différentes recherches. En fait, l'auteur démontre comment une grande partie de la problématique des personnes vivant avec un trouble de la

personnalité sévère est le fait que plusieurs d'entre eux sont incapables d'apprendre de leurs expériences sociales. Ainsi, le but ultime de la thérapie pourrait bien être de réussir simplement à transmettre l'idée que nous comprenons ce qui se passe pour le patient. Par cette rencontre réelle qui a lieu en thérapie, ces patients font l'expérience de la reconnaissance et en viennent à faire celle de l'expérience d'apprentissage social, un apprentissage qu'ils pourront par la suite généraliser à l'extérieur de notre bureau (Fonagy lors de Bateman & Fonagy, 2013).

CONCLUSION

Comme le soulignent Delisle et Girard (2012):

Chez les clients ayant une organisation de la personnalité limite supérieure, on trouvera des carences de *mentalisation* en situation d'affects intenses, et le travail du thérapeute reposera sur les renforcements de la régulation affective et sur le soutien à la *mentalisation* en situation de stress; (...) chez les patients qui présentent une organisation limite inférieure, tout ou presque sera à construire. Il faudra sécuriser le lien par les fonctions les plus précoces de l'hétérorégulation affective, et ce, jusqu'à ce que celles-ci soient suffisamment intériorisées pour passer à la corégulation puis à l'autorégulation. (p. 40)

Cet extrait décrit très bien les deux types de clientèle avec lesquels nous travaillons au PTRP et nous soutenons que la TBM s'avère un modèle de choix afin de maintenir la régulation affective et, bien sûr, stimuler la *mentalisation*. Le but de ce modèle, comme nous l'avons fréquemment évoqué, est d'acquérir une meilleure capacité à *mentaliser* et cela mène, selon nous, vers la possibilité de continuer et de faciliter un processus thérapeutique centré sur la reproduction-reconnaissance-réparation menant à des changements profonds de la structure de la personnalité. Lorsque cela est possible, il faudra, comme le présente Hamel (2008), garder à l'esprit l'importance de deux positions qui sont « (...) l'une qui cherche à construire le sens et l'autre qui cherche à restaurer la capacité de faire du sens ». (p. 90) Ce fut surtout sur cette position de restauration de la capacité de faire du sens ou encore, même parfois, sur l'instauration de cette capacité que fut développé cet article. Nous avons ainsi tenté de mieux spécifier ce que représente la perte de la capacité à *mentaliser* en abordant les différents modes de *prémentalisation*. Par la suite, nous avons synthétisé les différents concepts qui aident à mieux cerner les carences ou rigidités qui font obstacle à la *mentalisation* pour enfin explorer certaines stratégies qui peuvent nous aider à stimuler celle-ci, tant dans la posture à incarner que dans les techniques d'intervention.

Finalement, le travail que nous faisons tous au PTRP est en effet ardu et demande son lot de patience et de ténacité, mais c'est aussi une pratique qui maintient l'espoir qu'ont les patients de pouvoir trouver un sens à ce qu'ils vivent et à qui ils sont. Nous aimerions ajouter que les fréquents dénouements, aussi partiels qu'ils soient, d'énigmes non résolues réalisés par les patients nous encouragent au jour le jour à continuer cette pratique fondamentale et essentielle en santé mentale.

Références

- Abigail, A., Marsh, A. A., & Blair, R. J. (2008). Deficits in facial affect recognition among antisocial populations: a meta-analysis. *Neuroscience Behavioral Reviews*, 32, 454-465.
- Allen, J. G., Bleiberg, E., & Hassam-Hopwood, G. T. G. (2003). *Mentalizing as a Compass for Treatment* (document PDF), The Menninger Clinic, Houston, Texas. Récupéré en avril 2014 de mentalizacion.com.ar/images/notas/Mentalizing%20as%20a%20Compass%20for%20Treatment.pdf
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. West Sussex, England: Wiley.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2008). Comorbid antisocial and borderline personality disorders mentalization-based treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 181-194.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2010). Mentalization-Based Treatment and Borderline Personality Disorder. Dans J. F. Clarkin, P. Fonagy, & G. O. Gabbard (Éds), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders. A Clinical Handbook* (pp. 187-208). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2013). *Advanced Training in the Mentalization Based Treatment Approach*. Formation les 29 et 30 juin au McLean Hospital, Harvard Medical School, Belmont, Massachusetts, États-Unis.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: relatedness and self-definition in personality development, psychopathology and therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Cherrier, J.-F. (2013). Réflexions sur le traitement basé sur la *mentalisation* ainsi que son adaptation pour des hommes présentant des troubles de la personnalité mixte ou narcissique. *Santé mentale au Québec, 38* (1), 243-258.
- Cozolino, L. (2012). *La neuroscience de la psychothérapie*. Traduit par Marie-Pascale Martorell et Susan Markel. Montréal: Les Éditions du CIG.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2011, Mai). *Narcissisme et estime de soi: aspects neurodéveloppementaux et implications pour la psychothérapie*. Communication présentée en formation à Montréal, Canada.
- Delisle, G., & Girard, L. (2012). La psychothérapie gestaltiste des relations d'objet: état des lieux. Dans L. Girard, & G. Delisle (Éds). *La psychothérapie du lien. Genèse et continuité* (pp. 21-42). Montréal: Les Éditions du CIG.
- Fonagy, P. (2013). *Epistemic mistrust in severe personality disorder*. Communication présentée au XIII International congress on the disorder of personality, Bridging personality and psychopathology: The person behind the illness du 16 au 19 septembre, Copenhague, Danemark.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 21*, 1355-1381.
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorder, 22*, 22-41.
- Hamel, C. (2008). Enjeu de l'attachement: le paradoxe d'un traitement basé sur le *Logos* et le *dialogue herméneutique* pour un enjeu essentiellement basé sur les affects et élaboré dans un monde sans mots. *Revue québécoise de Gestalt, 11*, 77-107.
- Hamel, C. (2012). Le dialogue herméneutique, la régulation affective et la *mentalisation*. Dans L. Girard, & G. Delisle (Éds). *La psychothérapie du lien. Genèse et continuité* (pp. 135-168). Montréal: Les Éditions du CIG.
- Luyten, P., Fonagy, P., Benedicte, L., & Vermote, R. (2012). Assessment of Mentalization. Dans A. W. Bateman, & P. Fonagy. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 43-66). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ronningstam, E. (2010). Narcissistic Personality Disorder: A Current Review. *Current Psychiatry Reports, 12*, 68-75.
- Satpute, A. B., & Lieberman, M. D. (2006). Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition. *Brain Research, 1079*, 86-97.
- Schore, A. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Traduit par le groupe NeuROgestalt. Montréal: Les Éditions du CIG.

Sharp, C., Fonagy, P., & Goodyer, I. (2008). *Social Cognition and Developmental Psychopathology*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Siegel, D. (1999). *The developing mind*. New York: Guilford.

Abstract

Borderline personality disorder (BPD) and Narcissistic personality disorder (NPD) are major mental health problems for which the *Institut universitaire en santé mentale de Montréal* (IUSMM) offers treatment. These pathologies are particularly characterized by significant losses of reflective capacity as well as difficulties in affect regulation. Using mentalization-based treatment (MBT), the author proposes that this approach, used at the threshold of the hermeneutic dialogue, is complementary to the treatment of the reproductive cycles of the impasses in contact in the therapeutic model called *Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO)*. This article describes the implementation of MBT in the Relational and Personality Disorder Program of the IUSMM and synthesizes what Allen, Bateman and Fonagy present as mentalization, as well as indications for the enhancement of this capacity.

Adaptation à la maladie chronique et *mentalisation*, un même processus

Christiane COUTURE

Résumé

Vivre avec une maladie chronique représente un défi récurrent d'adaptation pour la personne atteinte et ses proches. Or, s'adapter, c'est, entre autres, donner un sens à son expérience. La construction de sens nécessite une capacité réflexive, la *mentalisation*, dont la régulation émotionnelle s'avère une condition indissociable. La maladie chronique constitue à la fois un stress et un traumatisme, deux conditions pouvant générer une perte de *mentalisation*. Pourtant, la recherche récente a démontré que la construction d'un sens positif est possible, au moins pour une minorité de gens atteints d'une maladie évolutive comme la sclérose en plaques (SP). Il convient de voir comment soutenir cette construction de sens dans un contexte où, d'une part, le niveau de stress est suffisant pour générer une perte de régulation affective et où, d'autre part, la maladie elle-même diminue les capacités fonctionnelles et cognitives disponibles pour gérer ce stress. La Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) offre des pistes d'intervention dont la pertinence clinique s'explique par les avancées en neurosciences.

INTRODUCTION

La survenue de la maladie, comme tout autre défi existentiel, peut rendre inopérants les valeurs, croyances, sentiments et connaissances qui donnaient sens à la vie, provoquant une souffrance importante. Une démarche réflexive d'interprétation de la nouvelle situation de vie se met en place pour répondre à la détresse provoquée par la perte de repères (Dubouloz, Vallerand, Lachaine, Castonguay, Gingras, & Rabow, 2002). Stuifbergen, Becker, Blozis et Beal (2008) soulignent la possibilité que le changement soit perçu positivement et associé à des gains tels qu'une occasion de développement personnel ou d'amélioration de la qualité de ses relations avec son entourage. Dans une vaste enquête menée en Australie, ces avantages touchant les valeurs personnelles ont notamment été évoqués comme facteurs de sens

par des personnes atteintes de sclérose en plaques (SP) en début de maladie ou peu limitées au plan fonctionnel (Pakenham, 2007a, 2007b).

Cette capacité réflexive permettant la construction de sens dans l'adaptation à la maladie peut être mise en lien avec la *mentalisation* qui a été décrite comme un élément essentiel de la compétence relationnelle. La *mentalisation* est associée à la régulation émotionnelle qui en permet le déploiement et elle fait ainsi le pont entre l'adaptation à la maladie, la régulation affective, la capacité relationnelle et la capacité cognitive. Dans tous les cas, la problématique nous renvoie à cette mobilisation des circuits neuronaux dans la relation d'attachement qu'a mise en évidence la recherche récente en neurosciences. En raison de son intérêt pour l'émergence de gestalts dignes d'intérêt, la thérapie gestaltiste, et plus spécialement la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) avec le dialogue herméneutique, constitue une modalité d'intervention appropriée aux défis particuliers reliés à la maladie chronique, spécialement celle affectant le système nerveux central.

ADAPTATION ET CONSTRUCTION DE SENS

Depuis Kübler-Ross (1975), le processus d'adaptation à la maladie est souvent conceptualisé, à partir de la théorie freudienne sur le deuil (Freud, 1915), comme une succession d'étapes à franchir (Agram, 2002; Lacroix & Assal, 1998). La construction de sens est conçue comme une étape déterminante dans le travail du deuil (Neimeyer, 2000), et un indice de sa résolution (Lemieux, 2002).

La maladie vient souvent bouleverser l'identité et s'inscrire en faux contre le projet de vie (Couture, 2012). La personne est ainsi confrontée à la tâche de recréer un équilibre entre ce qu'elle veut et ce qu'elle peut faire, et de concilier des besoins contradictoires. Par exemple, elle se doit d'être déterminée pour faire face à l'adversité et, en même temps, apprendre à lâcher prise. Elle veut profiter du moment présent, mais est astreinte à planifier en raison de son énergie limitée. Elle a besoin de soins et est reconnaissante de l'aide reçue, mais elle souhaite se sentir utile et, surtout, ne pas devenir une charge pour ses proches. La résolution de ces tensions appelle un ajustement créateur qui est le résultat d'une recherche de compromis, une nouvelle configuration entre diverses forces opposées (Gadamer, 1999; Mitchell, 1995; Polster & Polster, 1983). La reconstruction du sens de la vie se fait ainsi dans un jeu de compromis entre des besoins qui s'opposent. Pour donner un sens positif à un événement de vie traumatisant, il faut avoir la capacité cognitive et affective de concilier ces polarités. En racontant leur expérience de vivre avec la SP, les personnes exposent différentes

stratégies leur permettant de continuer à dire « c'est moi » tout en résolvant les tensions créatrices entre ces besoins et aspirations polarisés (Couture, 2012). Le sens positif attribué à une expérience de vie difficile, comme avoir une forme modérée à sévère de SP, est en lien avec le sentiment de continuité de la personne, que ce soit sur le plan de son identité, de ses relations comme de ses activités significatives. Les stratégies appropriées pour parvenir à maintenir ce sentiment de cohérence doivent permettre de concilier des tensions entre des besoins apparemment contradictoires dans un contexte de situations changeantes (Couture, Brassard, & Brault-Labbé, 2014).

De façon plus large, la construction de sens est inhérente à l'expérience humaine. Pour rendre le monde compréhensible et prévisible, l'être humain l'interprète à travers des structures mentales acquises au cours de son développement et qui sont possibles moyennant une maturation neurologique et affective parallèle (Piaget & Inhelder, 1955). La psychologie humaniste s'intéresse aux quatre questions existentielles fondamentales auxquelles l'être humain est confronté : la mort, la solitude, la liberté et l'absence de sens (Yalom, 2008). La construction de sens tente de répondre à cette dernière question qui englobe les autres. Un regard positif intégré sur soi et sur la vie s'acquiert, quant à lui, dans une relation qui fournit un reflet ajusté et marqué (Fonagy, 2004).

Les dimensions de la construction de sens

Schore (2008) indique deux niveaux de processus *expérientiel* qui permettent la saisie de sens : le senti (sens implicite) et la symbolisation (sens explicite). Une part du sens est donc tacite et préverbale et doit être perçue dans la gestuelle, le ton de voix et les métaphores (Neimeyer, 2000 ; Nordgren, Asp, & Fagerberg, 2007). Dans le vocabulaire de la Gestalt, le senti fait référence aux fonctions de contact (Polster & Polster, 1983) et la symbolisation à l'herméneutique (Delisle, 2001).

Gillies et Neimeyer (2006) indiquent des dimensions cognitives et existentielles de la construction du sens qui en détaillent la part explicite. L'aspect cognitif, qui permet l'accès à une signification (*meaning-making*), contient lui-même deux composantes. La première est la recherche de sens (*sense-making*), un processus qui répond au « pourquoi ? » initial. La deuxième composante correspond à la capacité de trouver des avantages (*benefit-finding*) et ne survient qu'ultérieurement (Gillies & Neimeyer, 2006 ; Neimeyer, 2000). Steger (2009) ajoute à cette double articulation cognitive une facette motivationnelle proposée par Frankl (1985). Pour ce dernier, la construction de sens répond à un besoin fondamental

de l'être humain de trouver une mission qui permet de transcender l'horreur. La souffrance devient ainsi une occasion parmi d'autres de régler un problème existentiel inhérent à la nature humaine. Trouver un but à sa vie sert à la reconstruction de l'assise de l'identité personnelle et se traduit dans des actions qui teintent sa relation au monde et l'orientation future de son existence (Janoff-Bulman & Yopyk, 2004).

SENS, MENTALISATION ET RÉGULATION ÉMOTIONNELLE

Pour parvenir à la construction du sens, les capacités développées précocement, telles que la régulation affective et la *mentalisation*, sont nécessaires (Schore, 2008). La *mentalisation* constitue ainsi une composante importante de la résilience, disposition fondamentale de toute personne capable de faire face à l'adversité (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt, & Target, 1994).

Mentalisation

La *mentalisation*, la théorie de l'esprit et l'empathie sont des concepts qui se recoupent et qui renvoient à la compréhension du comportement comme étant intentionnel, c'est-à-dire motivé par un besoin, un désir, une croyance (Choi-Kain & Gunderson, 2008). La théorie de l'esprit, dont le concept initial a été étudié chez les enfants autistes (Baron-Cohen, 1997), concerne l'attribution d'états mentaux à un tiers. Alors que la *mentalisation*, un dérivé conceptuel de la théorie de l'esprit, fait référence, au-delà de l'aspect cognitif, à une capacité réflexive qui englobe les dimensions affective et interpersonnelle. La personne capable de *mentaliser* sait, non seulement que son comportement est soutenu par une intention, tout comme celui de l'autre, mais sait aussi que son intention n'est pas transparente et doit être explicitée pour être comprise. La *mentalisation* permet donc d'ordonner le chaos interne des sensations et des pensées, donnant un sens aux mondes interne et externe pour les rendre compréhensibles et communicables (Fonagy, 2004). L'empathie est soutenue par la *mentalisation* en y ajoutant la capacité de partager l'expérience émotionnelle que l'autre ressent.

Régulation affective

Préalable et résultante de la *mentalisation*, la régulation affective est la capacité de moduler les affects qui sont, à la base, le dégoût, la honte, la rage, la terreur, le désespoir, l'excitation et l'exaltation (Schore, 2008). Moduler signifie apaiser lorsque leur intensité est trop forte, et activer lorsqu'elle est trop faible. L'hémisphère droit « (...) est dominant dans la régulation affective et dans tout ce qui

traite des stratégies de survie permettant de faire face aux facteurs de stress et aux défis de l'existence» (Schore, 2008, p. 89). La communication affective entre hémisphères droits prend place en seulement quelques millisecondes par l'entremise des indices non verbaux comme l'expression faciale et la prosodie (Schore, 2008).

L'attachement *sécuré* permet l'acquisition des procédures nécessaires à la régulation des états d'excitation désagréables (Fonagy, 2004). Si l'attachement précoce ne l'a pas permis, Vanaerschot (2004) précise que la difficulté réside alors dans la capacité limitée de la personne à rester suffisamment longtemps en contact avec son expérience pour y donner un sens. En de tels cas, l'identification projective devient, par défaut, une forme particulière de communication d'états inconscients, un phénomène d'influence réciproque pour faire comprendre à l'autre sa détresse dans un univers sans mots (Delisle, 2001 ; Schore, 2008).

Stress, traumatisme et perte de *mentalisation*

Schore (2008) associe la perte de *mentalisation* à un trouble de l'empathie, à une faible capacité de lire son état corporel, à une modulation limitée de l'intensité de l'affect, à une entrave à la résilience, à une prédisposition aux troubles somatiques et mentaux et à l'alexithymie. La perte de *mentalisation* est provoquée par les traumatismes et les agents de stress, vecteurs de désorganisation psychique qui mettent à mal la régulation affective (Liotti, 1999). La réponse au trauma se fait en deux temps : d'abord une *hyperactivation*, réponse de protestation pour attirer l'attention sur le besoin d'apaisement externe. Si ce besoin n'est pas assouvi, il y aura dissociation, réponse de désespoir qui agit comme stratégie d'économie d'énergie (Schore, 2008). Ce processus dissociatif s'oppose à la synthèse intégrative qui assure normalement la cohésion du Soi. L'échec de synthèse est observable dans l'incohérence du discours, les pertes de mémoire autobiographique, l'évocation de constructions de sens incompatibles dont la pensée dichotomique est typique (Liotti, 1999).

MENTALISATION ET PROCESSUS D'ADAPTATION

La figure 1 illustre comment la *mentalisation* se situe au confluent des capacités cognitive, émotionnelle, relationnelle et adaptative. D'une part, la *mentalisation* favorise la compréhension et, par le fait même, la modulation des sensations en lien avec les fonctions de contact. Par ailleurs, la conception du comportement comme une action soutenue par une intention permet l'empathie et alimente la qualité du lien d'attachement. De plus, l'acquisition de la *mentalisation* favorise le développement neuronal dont le foisonnement

ouvre la porte à la fluidité mentale et au potentiel créatif. Enfin, la capacité de donner un sens à son expérience que permet la *mentalisation* est un indicateur de la capacité à s'adapter. En somme, la *mentalisation* constitue la pierre angulaire du processus d'adaptation comme de la régulation émotionnelle et de la compétence relationnelle et cognitive.

En corollaire, la difficulté d'adaptation à la maladie peut être comprise comme liée à une perte de *mentalisation*. Comme l'a démontré Fonagy (2004) dans ses études sur le trouble de la personnalité limite, la rigidité mentale qui empêche l'élaboration d'hypothèses alternatives concernant l'intention sous-jacente à l'action est un des indicateurs les plus pertinents de la perte de cette fonction réflexive. Le comportement caractéristique de la perte de *mentalisation* comprend une sensibilité au rejet, des colères dont l'intensité est inappropriée, des relations instables, des comportements suicidaires et *para-suicidaires*. La perte de *mentalisation* produit ainsi un effet ponctuel sur la pensée et le comportement, mais aussi de façon chronique, elle entache la capacité relationnelle et la structure de personnalité. Ainsi, dans un processus de rétroaction positive, la perte de *mentalisation* résulte d'une difficulté de régulation affective, d'une réduction de la capacité relationnelle, des limites cognitives de même que d'une diminution de la capacité d'adaptation. Chacun de ces axes représente aussi une piste d'intervention.

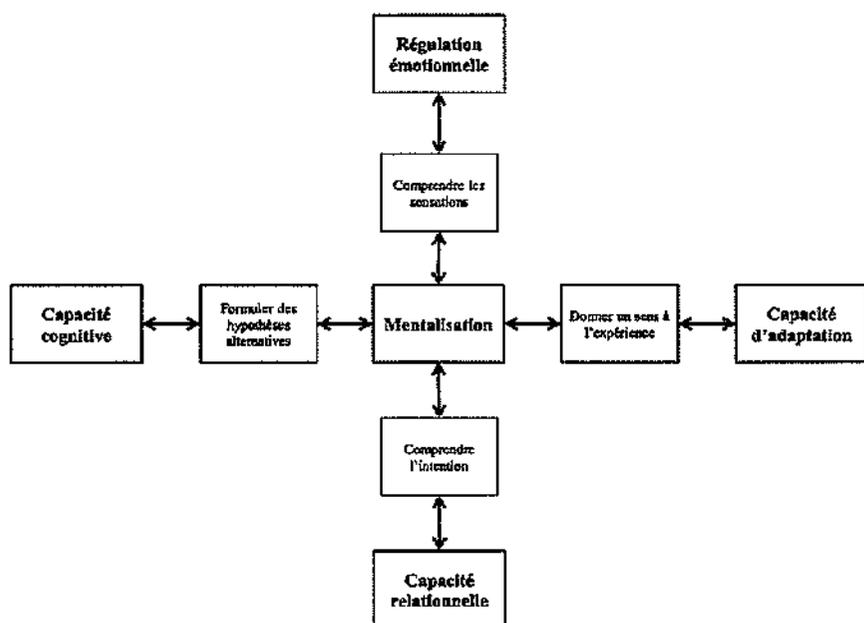


Figure 1. La *mentalisation* au confluent des capacités relationnelle, émotionnelle, cognitive et adaptative.

DÉFIS PARTICULIERS DE LA MALADIE NEUROLOGIQUE

La maladie se distingue des autres événements de vie perturbateurs en ce qu'elle provoque un dysfonctionnement du corps et que cette défaillance engendre une remise en question du rapport à soi et au monde, d'autant plus aiguë que l'entrave à l'action est grande (Toombs, 1992). Ce constat de dégénérescence peut, en soi, être traumatique. De plus, dans le cas d'une maladie évolutive, la récurrence du travail d'adaptation devient un élément de stress, d'autant que l'évolution peut être imprévisible. Enfin, certaines maladies produisent des atteintes neurologiques qui limitent la capacité cognitive. Il a été démontré, par exemple, que la SP peut être associée à une perte de marqueurs somatiques de l'expérience menant à une réactivité émotionnelle altérée (Kleeberg, Bruggimann, Annoni, van Melle, Bogousslavsky, & Schluemp, 2004). Il semble, par ailleurs, que la théorie de l'esprit soit moins efficace chez les personnes atteintes de Parkinson (Mengelberg & Siegert, 2003; Saltzman, Strauss, Hunter, & Archibald, 2000) ou de SP (Banati, M. et al. 2010). Il a été récemment démontré que la douleur chronique produit un haut niveau de cortisol qui crée un amincissement de l'hippocampe, structure cérébrale responsable de la gestion de l'anxiété (Vachon-Preseau et al. 2013). Il peut être intéressant de se rappeler l'effet délétère d'un haut niveau de cortisol sur le développement cérébral des enfants qui ne bénéficient pas de relations d'attachement optimales (Schore, 2008).

L'alexithymie, une incapacité à verbaliser les affects et les émotions par défaut de *mentalisation*, est souvent observée chez les gens malades (Vermeulen, de Timary, & Luminet, 2008). Cette difficulté à identifier et à décrire ses émotions est fréquente dans la SP, de l'ordre de 42,5 % (Chahraoui, Pinoit, Viegas, Adnet, Bonin, & Moreau, 2008). Les lésions créées par les atteintes neurologiques constituent ainsi des obstacles à la transmission synaptique qui interfèrent avec le fonctionnement optimal du système nerveux central.

Ces atteintes cognitives sont bien documentées dans la SP même si, comme n'importe quelle autre atteinte du système nerveux attribuable à cette maladie, elles sont variables d'un individu à l'autre, dans leur présentation et leur intensité (Bofill, 2002). Les atteintes des fonctions exécutives sont mises en lien avec les troubles de personnalité observés dans la SP (Benedict, R. H. B. et al. 2008; Benedict, Priore, Miller, Munschauer, & Jacobs, 2001). La conscience de soi et de l'autre est ainsi liée aux compétences relationnelles que les atteintes cognitives peuvent altérer (Gil, 2007).

Maladie chronique et perte de *mentalisation*

L'adaptation à une maladie neurologique représente un défi de taille pour la personne atteinte et ses proches. En effet, d'une part, la maladie génère un stress adaptatif important et, d'autre part, elle entrave les capacités cognitives utilisées pour donner un sens. De plus, l'adaptation à une condition de santé chronique a ceci de particulier qu'elle suppose une prise en compte des conséquences à long terme de la maladie, souvent imprévisibles, avec la reconnaissance que la situation risque d'empirer avec le passage du temps (Stuifbergen et al., 2008).

De plus, l'exercice de retrouver un nouvel équilibre existentiel se fait dans un contexte particulier avec une maladie neurologique. Car la perte de *mentalisation* se traduit par une pensée dichotomique et un manque d'empathie concomitant préjudiciables à la qualité des relations, et ce, alors même que la personne en perte d'autonomie nécessite davantage de soutien.

En résumé, la construction d'un sens est un des aspects déterminants du processus d'adaptation à la maladie. Cette capacité de dégager un sens est sous-tendue par la *mentalisation*, soit la faculté de se forger, relativement aux événements, une compréhension sans cesse renouvelée du monde : comprendre ses propres sensations en chamaille, procéder à une synthèse intégrative de l'expérience qui assure une cohésion du Soi et saisir les intentions et réactions d'autrui ainsi que les siennes propres au jour le jour.

Or, dans une maladie neurologique à évolution progressive, la capacité de *mentalisation* est affectée par les agents de stress successifs qui viennent engorger la régulation émotionnelle. Cette capacité peut aussi être diminuée par des altérations cognitives inhérentes à la maladie ; elle est, de surcroît, affectée par un réaménagement incessant des transactions avec les proches dans le contexte d'un besoin grandissant de soutien. La *mentalisation* est donc entravée par les éléments mêmes qu'elle aide à métaboliser. Cette interaction réciproque vient compliquer le processus d'adaptation.

L'intervention prônée pour faciliter l'adaptation vise donc à renforcer le processus de *mentalisation*, de façon à renverser les effets pathogènes de la maladie tant sur la régulation émotionnelle que sur les compétences relationnelles, tout en offrant des moyens de compenser la perte cognitive. Il s'agit donc, dans la relation thérapeutique, de travailler directement sur des moyens pratiques de contenir les affects, sur l'attention aux entrées sensorielles ainsi que sur la prise en compte concrète des signaux de communication adressés par autrui, tout en soutenant activement la construction de sens.

SOUTENIR LA CONSTRUCTION D'UN SENS POSITIF

La recherche récente a démontré que la construction d'un sens positif est possible, au moins pour une minorité de gens atteints d'une maladie évolutive comme la SP (Pakenham, 2007a). Il convient de voir comment soutenir cette construction de sens dans un contexte où, d'une part, le niveau de stress est suffisant pour générer une perte de régulation affective et où, d'autre part, la maladie elle-même diminue les capacités fonctionnelles et cognitives disponibles pour gérer ce stress. Si la régulation affective et la *mentalisation* n'ont pas été acquises en début de vie, elles peuvent être acquises plus tardivement dans la relation psychothérapeutique (Cozolino, 2012). La PGRO s'intéresse à la construction du sens de l'expérience relationnelle au sein du dialogue herméneutique (Delisle, 2007; Hamel, 2008) et offre des pistes d'intervention dont la pertinence clinique est en partie expliquée par les avancées en neurosciences.

Perspective gestaltiste

Le contexte particulier de la maladie oblige à soutenir le processus de construction de sens en faisant appel à toutes les dimensions de l'expérience. La PGRO interpelle la personne dans un dialogue herméneutique qui inclut toutes ses fonctions de contact et permet la *coconstruction*¹ de sens (Delisle, 1998, 2001, 2007). « Dans des moments d'effondrement de la *mentalisation*, (...) l'objectif thérapeutique n'est plus de reconstruire le sens, mais d'aider le client à reconstruire sa capacité à faire du sens. (...) Le thérapeute aura à assumer certaines fonctions parentales, dont réguler les affects, *mentaliser* son client et développer la capacité de contrôle de l'attention. » (Hamel, 2008, p. 89). Schore (2008) détaille ainsi le travail psychothérapeutique: recevoir, entrer en résonance et amplifier les états passagers d'affects positifs pour créer l'alliance, tolérer de porter le matériel toxique sans résister, améliorer ainsi la capacité du client à éprouver pleinement son expérience. Il en est de même pour une personne atteinte de maladie chronique avec, de surcroît, une exigence particulière d'empathie pour contrer les atteintes cognitives et l'identification projective (Segal, 2007). En effet, les déficits neurologiques propres à la maladie, d'une part, et la demande d'adaptation induite par le stress que la maladie engendre, d'autre part, provoquent chez les personnes atteintes, à différents degrés, des réactions pouvant s'apparenter aux troubles de l'attachement et de la personnalité. Ce processus fragilisé est décrit par Vanaerschot (2004) comme des représentations internes morcelées et contradictoires qui nécessitent un attachement empathique réparateur.

¹ Le mot *coconstruction* n'existe pas en français mais est exceptionnellement accepté par la rédaction.

Fonagy (2004) indique que « (...) le changement thérapeutique survient non pas comme une conséquence de l'*insight* ou de la réflexion sur la mémoire épisodique, mais d'expériences qui modifient la mémoire procédurale (implicite) » (p. 188). Or, dans la SP à tout le moins, il est établi que la mémoire implicite est généralement intacte (Bobholz & Rao, 2003). Par conséquent, avec la personne malade, le soutien à la construction du sens nécessite aussi, et peut-être même d'abord, de l'aider à augmenter la conscience de ses sensations pour contrer la perte des marqueurs somatiques. Un soutien à l'identification des émotions en repérant les indices externes détectables (rougeur, tension, prosodie, etc.) peut être utile. Donner un sens et un nom aux sensations permet de compenser la pauvre reconnaissance d'émotions et l'alexithymie : distinguer la colère de la peur, la fatigue neurologique du sentiment d'impuissance, par exemple. La prise en compte de la dimension corporelle en psychothérapie gestaltiste est plus particulièrement abordée par certains auteurs phares (Corbeil, 1998 ; Kepner, 1998).

Parce que la *mentalisation* constitue la pierre angulaire du processus d'adaptation, il est aussi nécessaire de faciliter l'identification des intentions, pensées ou désirs sous-jacents au comportement. Développer ainsi la théorie de l'esprit permet une meilleure compréhension de sa propre motivation intrinsèque, augmente la conscience de son opacité pour l'autre. La personne malade peut ainsi comprendre que le proche aidant ne peut la deviner et qu'elle a un devoir de communication si elle veut être comprise. Le rythme d'apprentissage doit être lent pour s'adapter à la tâche subtile de la régulation affective, essentiellement non verbale, et au ralentissement psychomoteur possible avec les atteintes neurologiques. Des notes écrites résumant les points saillants des prises de conscience sont à favoriser pour pallier les difficultés mnésiques.

Que la piste de travail psychothérapeutique passe par le somatique, le cognitif ou l'affectif, elle est d'abord une expérience relationnelle intégrative (Delisle, 1998, 2001, 2007) qui permet la coopération et la *coconstruction* de sens (Liotti, 2011). Il a été observé que participer à un groupe de réadaptation cognitive axée sur l'introspection et les habiletés sociales améliore le comportement des gens atteints de SP (Benedict, Shapiro, Priore, Miller, Munschauer, & Jacobs, 2000). Il a été démontré aussi que, dans la maladie de Parkinson, tabler sur le lien d'attachement, par l'effet placebo, favorise la réponse neuronale et son corrélat moteur (Benedetti, Carlino, & Pollo, 2011).

CONCLUSION

Donner un sens à la maladie consiste à l'intégrer comme une partie de sa vie, une occasion de continuer à se développer en accord avec ses valeurs (Jacobi & MacLeod, 2011). L'ajustement créateur se fait dans la relation, par le lien d'attachement (Cozolino, 2012; Delisle, 1998). La relation thérapeutique fournit un lieu *sécuré* pour favoriser la construction de sens, et ce, même dans le contexte où la maladie peut générer des lésions cérébrales dans des régions associées au traitement des informations affectives et comportementales responsables de la compétence interpersonnelle. La résonance magnétique confirme le diagnostic et l'évolution de la SP. La personne malade et ses proches ont alors besoin d'une résonance empathique pour donner un sens à leur expérience de vie et entrevoir de poursuivre leur épanouissement malgré un contexte existentiel difficile. Des recherches restent à faire pour démontrer qu'en accueillant l'expérience des personnes atteintes de maladie chronique, en les aidant à donner un sens à leur épreuve, le psychothérapeute gestaltiste a leur esprit à l'esprit, permettant de renforcer la cohérence de l'identité, de retrouver ou de développer la capacité relationnelle et de favoriser l'adaptation.

Références

- Agram, S. (2002). L'adaptation au handicap: les phases de deuil. *Journal de réadaptation médicale*, 22, 106-109.
- Banati, M., Sandor, J., Mike, A., Illes, E., Bors, L., Feldmann, A., et al. (2010). Social cognition and Theory of Mind in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, 17, 425-433.
- Baron-Cohen, S. (1997). *Mindblindness: an essay on autism and theory of mind*. Palatino, MA: MIT Press.
- Benedetti, F., Carlino, E., & Pollo, A. (2011). How placebos change the patient's brain. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 36, 339-354.
- Benedict, R. H. B., Priore, R. L., Miller, C., Munschauer, F., & Jacobs, L. (2001). Personality disorder in multiple sclerosis correlates with cognitive impairment. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 13, 70-76.
- Benedict, R. H. B., Shapiro, A., Priore, R., Miller, C., Munschauer, F., & Jacobs, L. (2000). Neuropsychological counseling improves social behavior in cognitively-impaired multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis*, 6, 391-396.
- Benedict, R. H. B., Hussein, S., Englert, J., Dwyer, M. G., Abdelrahman, N., Cox, J. L., et al. (2008). Cortical atrophy and personality in multiple sclerosis. *Neuropsychology*, 22, 432-441.
- Bobholz, J. A., & Rao, S. M. (2003). Cognitive dysfunction in multiple sclerosis: a review of recent developments. *Current opinion in neurology*, 16, 283-288.

- Bofill, M. S. (2002). *A meta-analysis of multiple sclerosis and nonverbal conceptual reasoning deficits*. ProQuest Information & Learning, US.
- Chahraoui, K., Pinoit, J. M., Viegas, N., Adnet, J., Bonin, B., & Moreau, T. (2008). Alexithymie et liens avec la dépression et l'anxiété dans la sclérose en plaques. *Revue neurologique*, 164, 242-245.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1127-1135.
- Corbeil, J. (1998). La Gestalt et le corps. *Revue québécoise de Gestalt*, 2, 40-58.
- Couture, C. (2012). *Le processus de construction de sens dans l'adaptation à la sclérose en plaques*. Thèse de Doctorat inédite, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Couture, C., Brassard, A., & Brault-Labbé, A. (2014). Le processus de construction de sens dans l'adaptation à la sclérose en plaques. *Revue neurologique*, 170 (6-7), 416-424.
- Cozolino, L. (2012). *La neuroscience de la psychothérapie: guérir le cerveau social*. Traduit par Marie-Pascale Martorell et Susan Markel. Montréal: Les éditions du CIC.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2001). *Vers une psychothérapie du lien*. Montréal: Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2007). Une neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique. *Revue québécoise de Gestalt*, 10, 111-137.
- Dubouloz, C. J., Vallerand, J., Lachaine, C., Castonguay, A., Gingras, C., & Rabow, R. (2002). Exploration d'un processus de transformation des perspectives de sens chez un groupe de quatre personnes atteintes de la sclérose en plaques: la définition de soi. *Reflets*, 8, 28-46.
- Fonagy, P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Paris: érès.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992 The Theory and Practice of Resilience. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 35, 231-257.
- Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. Boston: Pocket Books.
- Freud, S. (1915). Deuil et mélancolie dans *Métapsychologie*. Paris: Gallimard.
- Gadamer, H. G. (1999). *Philosophie de la santé*. Paris: Grasset-Mollat.
- Gil, R. (2007). Conscience de Soi, conscience de l'Autre et démences. *Psychologie & NeuroPsychiatrie Du Vieillessement*, 5, 87-99.
- Gillies, J., & Neimeyer, R. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 31-65.
- Hamel, C. (2008). Enjeu de l'attachement: le paradoxe d'un traitement basé sur le logos et le dialogue herméneutique pour un enjeu essentiellement basé sur les affects et élaboré dans un monde sans mots. *Revue québécoise de Gestalt*, 11, 77-107.

- Jacobi, S., & MacLeod, R. (2011). Making sense of chronic illness: a therapeutic approach. *Journal of Primary Health Care, 3*, 136-141.
- Janoff-Bulman, R., & Yopyk, D. (2004). Random outcomes and valued commitments: existential dilemmas and the paradox of meaning. Dans J. Greenberg, S. L. Koole, & T. A. Pyszczynski (Éds), *Handbook of experimental existential psychology* (pp. 122-140). New York: The Guilford Press.
- Kepner, J. (1998). *Le corps retrouvé en psychothérapie*. Paris: Retz.
- Kleeberg, J., Bruggimann, L., Annoni, J., van Melle, G., Bogousslavsky, J., & Schluep, M. (2004). Altered decision-making in multiple sclerosis: A sign of impaired emotional reactivity? *Annals of Neurology, 56*, 787-795.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Les derniers instants de la vie*. Genève: Labor et Fides.
- Lacroix, A., & Assal, J. P. (1998). *L'éducation thérapeutique des patients: nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris: Vigot.
- Lemieux, M. (2002). Le deuil: incontournable réalité méconnue de la vie. *Psychologie Québec, 19*, 12-15.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. Dans J. Solomon, & C. George (Éds), *Attachment disorganization* (pp. 291-317). New York: Guilford Press.
- Liotti, G. (2011). Attachment disorganization and the controlling strategies: An illustration of the contributions of attachment theory to developmental psychopathology and to psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 21*, 232-252.
- Mengelberg, A., & Siegert, R. J. (2003). Is theory-of-mind impaired in Parkinson's disease? *Cognitive Neuropsychiatry, 8*, 191-209.
- Mitchell, S. A. (1995). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies, 24*, 541-558.
- Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007). Living with moderate-severe chronic heart failure as a middle-aged person. *Qualitative Health Research, 17*, 4-13.
- Pakenham, K. I. (2007a). Making sense of multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology, 52*, 380-389.
- Pakenham, K. I. (2007b). The nature of benefit finding in multiple sclerosis (MS). *Psychology, Health and Medicine, 12*, 190-196.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1955). *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent*. Paris: Presses universitaires de France.
- Polster, E., & Polster, M. (1983). *La Gestalt: nouvelles perspectives théoriques et choix thérapeutiques et éducatifs*. Montréal: Le Jour éditeur.
- Saltzman, J., Strauss, E., Hunter, M., & Archibald, S. (2000). Theory of mind and executive functions in normal human aging and Parkinson's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society, 6*, 781-788.
- Schore, A. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Traduit par le groupe NeuROgestalt. Montréal: Les Éditions du CIG.

- Segal, J. (2007). The effects of multiple sclerosis on relationships with therapists. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 21, 168-180.
- Steger, M. (2009). Meaning in life. Dans F. Luthans, C. M. Youssef, C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Éds), *Handbook of positive psychology* (pp. 679-688). Oxford: Oxford University Press.
- Stuifbergen, A. K., Becker, H., Blozis, S., & Beal, C. (2008). Conceptualization and development of the Acceptance of Chronic Health Conditions Scale. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 101-114.
- Toombs, S. K. (1992). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Vachon-Preseau, E., Roy, M., Martel, M.-O., Caron, E., Marin, M.-F., Chen, J., et al. (2013). The stress model of chronic pain: evidence from basal cortisol and hippocampal structure and function in humans. *Brain*, 136, 815-827.
- Vanaerschot, G. (2004). It Takes Two to Tango: On Empathy With Fragile Processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 112-124.
- Vermeulen, N., de Timary, P., & Luminet, O. (2008). Corrélats physiologiques, neuroanatomiques et neurophysiologiques de l'alexithymie. Dans S. Campanella, & E. Streel (Éds), *Psychopathologie et neurosciences* (pp. 189-213). Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Yalom, I. D. (2008). *Thérapie existentielle*. Paris: Galaade éditions.

Abstract

Individuals living with a chronic disease and their families face the constant challenge of adapting. Among other things, adapting includes making sense of one's experience. The construction of meaning requires a reflexive capacity, or mentalization, based on emotional regulation. Chronic disease is both stressful and traumatic, this experience can result in a loss of mentalization. Recent research has shown that constructing a positive meaning, however, occurs in at least a minority of people with a progressive disease, such as multiple sclerosis (MS). It is relevant to examine how it is possible to support the construction of meaning in a context where, on the one hand, the level of stress is sufficient to cause a loss of affective regulation and, on the other hand, the disease itself reduces the functional and cognitive capacities to manage stress. The psychotherapeutic method called *Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO)* provides possible interventions, the clinical relevance of which is explained by the advances in the neurosciences.

Coaching et Gestalt

Une alliance à explorer

Danielle DESBIENS et Danielle POUPARD

Resumé

Des questions d'intérêt professionnel ont été à l'origine de la rédaction du présent article. Comment la Gestalt s'applique-t-elle et convient-elle au coaching? Quelles alliances peut-on construire entre la Gestalt et le coaching? La présentation de l'évolution du coaching de gestion et des diverses façons de le définir permettent de mieux comprendre quelle est cette pratique professionnelle aujourd'hui. Une recension des écrits concernant l'application de la Gestalt au coaching prépare à faire ensuite ressortir les liens qui joignent ces deux mondes, le coaching de gestion et la Gestalt-thérapie. On peut conclure que la Gestalt, par son esprit et ses techniques, est tout à fait adaptée au coaching.

INTRODUCTION

Cet article veut présenter le coaching¹ à la communauté des gestaltistes et explorer l'alliance possible de cette pratique avec la Gestalt. Il vise à expliciter et mieux comprendre comment la Gestalt convient et s'applique au coaching. Parmi les différentes formes de coaching tels le coaching de vie, le coaching de transition, le coaching de carrière et le coaching de gestion, nous avons choisi de faire cette réflexion à l'aide du coaching de gestion aussi appelé coaching d'affaire ou coaching exécutif,² classifié par certains organismes internationaux comme du coaching *corporatif*³, donné par des coaches internes ou externes à l'organisation.⁴

¹ Coaching est le terme d'usage en français et en anglais.

² Coaching exécutif est traduit de l'anglais «executive coaching» pour lequel il n'y a pas, dans la littérature spécialisée, une seule signification (Baron, L. & Morin, L. 2010). Dans cet article, il réfère au coaching de cadres dirigeants.

³ L'expression «coaching de gestion» réfère ici au coaching qui se fait dans le milieu de la gestion et qui ne s'adresse pas nécessairement à des cadres. L'expression *coaching corporatif*, à connotation anglaise, est mentionnée pour respecter la classification de l'*International Coaching Federation (ICF)*.

⁴ Même si les mandats peuvent être réalisés différemment, nous ne ferons pas de distinction dans cet article.

Au Québec, la Société québécoise de psychologie du travail et des organisations (SQPTO) a reconnu le coaching comme un domaine de pratique du psychologue du travail à la suite d'une recommandation de Foucher et Leduc (2008). À l'occasion d'un sondage sur l'activité professionnelle des psychologues du travail et des organisations que ces derniers ont réalisé, l'analyse des réponses à des questions sur la pratique du coaching a révélé que le coaching est bel et bien un domaine de pratique ayant ses caractéristiques propres.

Le coaching a tellement de facettes qu'il est difficile d'en cerner la réalité de façon simple. Il y a mille et une façons d'en faire, mais pas de définition unique acceptée et utilisée par tous les coachs. En outre, la pratique a évolué au cours des années et continue de se modifier selon les tendances, les philosophies ou les systèmes de valeurs des cultures organisationnelles. Les définitions pullulent. Il est impossible d'en faire une liste exhaustive. Nous en avons choisi quelques-unes qui reflètent le développement de cette pratique dans les organisations. Cette sélection vise à présenter l'évolution des courants et des orientations du coaching appliqué au milieu organisationnel. Ce regard historique permettra de cerner les contours du coaching de gestion d'aujourd'hui. Par la suite, certains aspects formels et pratiques seront décrits en présentant les grandes étapes habituellement reconnues de la démarche du coaching.

Depuis quelques années, le coaching professionnel a fait son entrée dans le monde de la Gestalt. Des programmes de formation en Gestalt, appliqués au développement organisationnel (DO), avaient déjà été offerts depuis quelques décennies. Ces programmes avaient ouvert aux entreprises et aux organisations l'application des concepts et principes de l'approche appelée Gestalt-thérapie. Plus récemment encore, avec l'intérêt grandissant qu'on porte au coaching, plusieurs instituts ou centres de Gestalt offrent également des programmes de formation au coaching à partir des bases théoriques et des aspects pratiques de la Gestalt.

Une fois le coaching défini et circonscrit dans ses objectifs et ses étapes, nous nous intéresserons à l'autre partenaire du duo, soit la Gestalt. Nous nous arrêterons particulièrement aux concepts et caractéristiques de la Gestalt qui s'allient davantage au coaching. Ceux-ci se retrouvent également dans les écrits des auteurs qui sont directement impliqués dans l'enseignement ou la pratique du coaching gestaltiste. L'article se terminera par un parallèle entre Gestalt et coaching qui met en évidence leurs parentés et leurs liens possibles.

LE COACHING DE GESTION

Presque son synonyme, le mot-clé de coaching est accompagnement. Ses racines étymologiques viennent du mot coche pris dans le sens de la diligence qui amenait les voyageurs d'un point à un autre (Foulard, 2007). Il s'adresse à des individus et des groupes confrontés à des problématiques individuelles, de groupe et organisationnelles. La diligence est aussi une métaphore porteuse d'un des fondements du coaching: elle a une destination déterminée par le client. Le coaching vise un but établi avec et par le client.

Définitions et évolution

Les racines du coaching sont très anciennes et pourraient s'associer à l'art développé par Socrate de faire accoucher les esprits. Les principes pédagogiques, laissés en héritage par ce philosophe, se retrouvent en coaching, par exemple ne pas énoncer soi-même les vérités, encourager, faire confiance, guider, prendre son temps. Aussi vieux que la maïeutique, le coaching a évolué à travers les siècles. Il est impossible de déterminer précisément le moment de son avènement comme mode d'intervention privilégié dans le monde de la gestion en Occident. On peut cependant constater son influence aujourd'hui dans les divers domaines du travail.

Dans les années quatre-vingt, le coaching est considéré comme «Une stratégie que tout leader peut utiliser pour développer l'engagement de ses collaborateurs» (Kinlaw, 1997, p. 5 et p. 27). La gestion participative et l'arrivée des nouvelles technologies font évoluer les modes de supervision. Le bon gestionnaire doit être un coach. Un de ses mandats est d'aider ses équipes et ses collaborateurs à atteindre leurs objectifs. Dans son livre au titre on ne peut plus évocateur: «*Adieu Patron! Bonjour coach!*», Kinlaw (1997) présente le coaching réalisé par des gestionnaires comme «(...) des conversations en face à face centrées sur la performance» (p. 40). Formé par Kinlaw, le gestionnaire, pour devenir coach, apprend à utiliser quatre compétences: 1- conseiller, 2- guider, 3- former, 4- confronter et stimuler ses collaborateurs. Pour lui, «(,,,) c'est cette dernière compétence qui donne au coaching sa qualité la plus distinctive dans le travail du leader» (p. 40). Ce type de formation fut très populaire, peut-être parce qu'il correspondait à des orientations de gestion alors nouvelles et qu'il était associé à la performance.

Graduellement, cette pratique de l'accompagnement évolue dans le contexte à la fois plus large et plus individualisé de la réussite professionnelle. Le gestionnaire devient responsable du développement des compétences de ses subordonnés. Tel que formulé par un groupe-conseil québécois (Gendron & Gosselin, 2001), son rôle de coach en fait un «multiplicateur de compétences» (p. 7).

Résumé par Roy (2013), ce type de coaching est alors défini comme un : « Accompagnement de personnes ou d'équipes pour le développement de leurs potentiels et de leur savoir-faire dans le cadre d'objectifs professionnels » (p. 5).

Cette formule a cependant ses aléas. Elle oblige l'employé à reconnaître ses faiblesses devant son patron et est susceptible de créer de la confusion au moment de l'évaluation. Le lien d'autorité avec l'employé peut influencer la relation et la démarche de coaching. De façon paradoxale, l'employé qui reçoit une mauvaise évaluation parce qu'un objectif n'a pas été atteint peut se plaindre de la qualité du coaching reçu. Le coaching appliqué par un gestionnaire auprès de ses propres subordonnés a donc des limites qui lui sont propres.

Publiée au cours de la même période, la définition de deux consultants, Whitterspoon et White (1998), formateurs au renommé *Center for Creative Leadership*, est un bel exemple du virage subtil que le coaching prend vers le coaching exécutif. Ces auteurs le définissent comme une « Approche d'accompagnement professionnel individualisé visant à aider un gestionnaire à apprendre, à se développer, voire à changer ou à relever de nouveaux défis au plan professionnel » (p. 220). À cette période, les conseillers en DO et autres consultants, qui apportaient leur soutien aux gestionnaires dans le cadre de mandats de gestion, commencent à distinguer conseil et accompagnement. Présenté comme un service spécifique, l'accompagnement est offert indépendamment du conseil. Il serait une « fonction professionnelle jouée par des praticiens internes ou externes à l'organisation » affirment Whitterspoon et White (1998, p. 219).

Le coaching est alors considéré comme un « (...) processus d'apprentissage hautement personnel utilisé pour le gestionnaire lui-même, pour aider ce dernier à régler les problèmes auxquels il est confronté dans le cadre de ses responsabilités » (Whitterspoon & White, 1998, p. 219). À cette époque, il s'adresse surtout à des cadres supérieurs de grandes entreprises ou à des patrons de petites et moyennes entreprises (PME). Il s'est graduellement démocratisé et a été offert par la suite à des gestionnaires de tous les niveaux.

Au cours des années 1990 et 2000, toujours associé au développement de compétences, le coaching est reconnu comme une méthode de formation des subordonnés et des gestionnaires eux-mêmes. Dans son livre, *Coaching for Performance*, un succès de librairie, Sir John Whitmore, inspiré par Gallwey (1974) considère que l'essence du coaching est, comme dans un travail d'entraînement, « (...) de libérer le potentiel d'une personne pour le porter

à son niveau de performance optimal.» (Whitmore, 2013, p. 21). Le principe sous-jacent est d'amener le client à apprendre à apprendre par lui-même plutôt que de lui faire ingurgiter un savoir extérieur. Le modèle d'entraînement proposé par Gallwey pour des joueurs de tennis dans *The Inner Game of Tennis* (1974) valorise l'utilisation de l'observation et de l'*awareness* pour comprendre les mécanismes personnels en cause dans une situation problématique ou pour s'améliorer. Un joueur de tennis lance 100 fois une balle pour devenir conscient de ce qui se passe dans sa tête et dans son corps. Ce faisant, il identifie ses mécanismes et trouve par lui-même de nouvelles façons de faire pour améliorer son jeu. Le modèle GROW⁵ est qualifié de behavioriste par Passemore (2009). Pourtant Whitmore, auteur prolifique, a adapté sa pratique et sa pensée aux développements de la psychologie humaniste. Dans les versions plus récentes de son livre, il fait référence à l'intelligence émotionnelle et propose un modèle plus relationnel selon une orientation qu'il nomme « *coaching transpersonnel* ». Les racines de ce dernier viendraient des travaux de Jung et d'un disciple de Freud (Assagioli, 1911 dans Withmore, 2013). Pour Whitmore, le cœur du coaching est de développer *awareness*⁶ et responsabilité (2013).

Au tournant du 21^e siècle, le coaching de gestion prend, de façon plus évidente, un virage psychologique. Il est offert pour répondre à des préoccupations en lien avec des besoins relationnels et personnels. Un thérapeute d'orientation psychanalytique le présente ainsi: « Un accompagnement visant l'amélioration de l'efficacité individuelle ou collective (...) portant sur le développement du savoir-faire et du savoir-être dans diverses situations de travail relatives aux capacités de leadership » (Amado, 2004, p. 43). Dans des structures hiérarchiques aplanies, le gestionnaire est en contact direct avec ses subordonnés. Il est de plus en plus souvent au confluent de situations ambiguës, coincé entre les exigences des uns et les attentes des autres. Les organisations sont de plus en plus complexes et s'internationalisent. Les problématiques de gestion des ressources humaines demandent des solutions nouvelles dans des contextes de travail constamment en changement et plus contraignants. Le gestionnaire est interpellé dans ses valeurs. Il se questionne sur ses compétences. Le sens du travail devient une plus grande préoccupation. Il a besoin de soutien et cherche de l'aide spécialisée. Le coaching, offrant cette forme d'appui, se popularise et se généralise.

⁵ GROW pour *Goal, Reality, Options, Will*, traduit en français par Objectifs, Réalité, Options, Plan d'action (Whitmore, 2013, p. 80).

⁶ Traduit dans la version française du livre de Whitmore par « ouverture d'esprit, disponibilité à ce qui est dans le moment présent » p. 51-53.

Au cours des années 2000, utiliser les services d'un coach n'est plus un signe d'incompétence ou de faiblesse. La gestion de soi est vue comme un facteur de succès. Les besoins sont grands et la demande augmente de façon exponentielle. Un jeu d'offre et de demande s'installe. Les psychologues, les éducateurs, les travailleurs sociaux, les thérapeutes de toutes orientations trouvent dans le coaching un territoire d'application. L'accompagnement est proposé pour l'amélioration de l'aptitude à diriger, le développement de l'autonomie, de la responsabilité, de la lucidité, de la congruence et de la capacité d'écoute. Conséquemment, les approches de coaching se diversifient. Elles peuvent être d'orientation psychanalytique, cognitive comportementale et existentielle humaniste. Dans leurs sondages réalisés auprès des membres du *Special Group of Coaching Psychologists*, (SGCP), Palmer et Whybrow (2009) ont identifié au moins 28 modèles et approches psychologiques différents. Dix d'entre eux, dont la Gestalt, sont décrits dans le *Handbook of Coaching Psychology: A guide for Practitioners* (Palmer & Whybrow, 2009).

Le coaching de gestion aujourd'hui

Aujourd'hui, le coaching se professionnalise davantage. Une formation spécialisée en coaching est de plus en plus recherchée. Les universités s'y intéressent⁷. Les écoles de formation au coaching se multiplient, les définitions tout autant.

Dans un effort d'intégration, la Fédération internationale des coachs du Québec (FICQ), qui réunit des coachs de vie et des coachs de gestion de toutes orientations, a fait un sondage auprès de ses membres et mis en place un comité de réflexion sur cette question. Ce dernier proposait, en 2012, la définition suivante: «Le coaching est la mise en place d'un partenariat avec les clients dans le cadre d'un processus de réflexion et de créativité, afin de les inciter à optimiser leur potentiel à la fois personnel et professionnel»(document internet). Cette définition, qui se retrouve sur le site internet de l'ICF Québec (FICQ), a l'avantage de s'appliquer à plusieurs formes de coaching. Nous apprécions particulièrement le sens de coresponsabilité exprimé dans la notion de partenariat. La démarche, présentée comme un processus de réflexion et de pensée créatrice, va plus loin que les visions behavioristes qui avaient cours antérieurement lorsque le coaching servait à développer des comportements précis. Enfin, l'usage du mot *optimiser* reflète une pensée réaliste de ce qui, d'après nous, peut être fait en coaching dans le temps qui lui est habituellement imparti.

⁷ Au Québec, l'Université Concordia offre un certificat, et l'Université de Sherbrooke un atelier en formation continue. L'Université du Québec à Montréal le propose dans ses services personnalisés de perfectionnement.

En conclusion, même si les pratiques tendent à se spécialiser autour de problématiques spécifiques, comme la motivation, le leadership, la communication, et autres expertises, on peut dire que les différentes formes de coaching de gestion appliquées aujourd'hui sont les héritières des courants développés depuis les années 1980 ou 1990. Nous retenons ici trois grands axes de pratique appliqués au monde de la gestion : méthode de formation, approche de développement, coaching exécutif.

Le coaching de type **méthode de formation** est aujourd'hui une pratique intégrée à la gestion. Savoir intervenir comme un coach tout en étant en situation d'autorité est maintenant une compétence reconnue et même souhaitée. Il n'est pas rare d'entendre un gestionnaire, parlant de son rôle de dirigeant, dire : « Je dois développer mon côté coach. » Les programmes dont le but est d'aider les gestionnaires à développer leurs habiletés de coaching sont offerts à l'interne comme à l'externe. Les entreprises de toutes tailles y ont recours. Dans le monde de la recherche, ce type de coaching est classifié « facilitateur d'apprentissage », comme une méthode de formation pour des employés (Misiukonis, 2011).

Le coaching, **comme approche de développement des compétences** du gestionnaire lui-même, se fait sur mesure en appui à la réussite professionnelle de ce dernier. Il est toujours populaire quoique les motifs de consultation changent. Auparavant, le coaching était souvent sollicité pour améliorer une compétence identifiée comme faible dans un bilan ou pour corriger des comportements déviants ou toxiques (Coutu & Kauffman, 2009). Il est maintenant offert (parfois avec du mentorat) à des jeunes ou à de nouveaux gestionnaires à *haut potentiel*. (Coutu & Kauffman, 2009). Pour l'organisation, le coaching devient un investissement.

Le coaching exécutif est une des formes les plus complexes du coaching de gestion. Les interventions de ce type peuvent rejoindre et interpeller le client gestionnaire sur plusieurs dimensions. En plus d'aider son client sur des sujets concernant son rôle et les enjeux organisationnels auxquels ce dernier est confronté, le coach exécutif travaille aussi au plan personnel, ontologique du client (Leduc, 2007). Dans la recherche de Coutu et Kaufman (2009), 76 % des 140 coachs professionnels sondés disent avoir été amenés à aborder des questions d'ordre personnel même si les objectifs de consultation étaient d'ordre organisationnel. Selon un groupe de coachs praticiens américains, les sujets plus personnels peuvent émerger dans des situations concernant l'efficacité interpersonnelle, l'impact du leadership, la gestion de soi (Frisch, Lee, Metzger, Robinson, & Rosemarin, 2012). Très populaire auprès de cadres supérieurs nouvellement arrivés à leur poste (Cloët, 2007),

aussi sollicité par ceux qui se préparent à la retraite, il répond à des besoins individuels de transition de toutes sortes (Foucher & Leduc, 2008). En somme, il convient à la fois à des préoccupations de développement personnel, de soutien à la décision et de réflexion stratégique.

Quelle que soit la forme de coaching, aujourd'hui plus que jamais, la prolifération du nombre de coachs, qui se comptent par milliers à travers le monde, oblige à mettre des balises. Les membres d'associations internationales de coaching s'engagent à suivre des règles d'éthique et de déontologie. Si le coach appartient à un ordre professionnel, il devra en plus rendre des comptes à son ordre en cas de plainte d'un client. Il doit aussi se pourvoir d'une assurance professionnelle.

Aspects formels et pratiques

De façon opératoire, le coaching consiste en une « (...) démarche personnalisée et délibérée d'échange par de l'écoute, des observations, des questions, des requêtes. Celle-ci a pour but d'aider une personne à poser des choix libres et éclairés, et à démontrer du respect et de l'engagement envers ces derniers » (Foucher & Leduc, 2008, p. 178). Cette démarche se concrétise dans des rencontres en face à face, quoique *Skype* et les entrevues téléphoniques soient monnaie courante en coaching.

La démarche de coaching est souvent présentée en grandes étapes permettant d'expliquer au client ce à quoi il doit s'attendre. Le nombre d'étapes varie selon les expertises et les orientations. Certains, comme Darmon (2005), le résument en trois étapes : le diagnostic, l'accompagnement et le bilan. D'autres donnent de l'importance aux étapes de préparation, surtout lorsque l'on demande un profil de compétences ou que l'on utilise une évaluation 360°⁸ (Dingham, 2006 ; Baron & Morin, 2010). Parfois, on y ajoute une étape de suivi. Sous des expressions diverses, avec quelques nuances, on retrouve le plus souvent les quatre étapes suivantes : le contrat, l'établissement des objectifs, l'accompagnement et la conclusion.

1. **Le contrat.** Que la demande de coaching vienne du client lui-même ou de l'entreprise où il travaille, la démarche est encadrée formellement par une convention signée par le client et parfois cosignée par le supérieur immédiat ou par le supérieur hiérarchique qui indique ainsi avoir été

⁸ Le 360 degrés est une méthode d'évaluation réalisée en interne par la Direction des Ressources Humaines de l'entreprise ou par un consultant extérieur, consistant à faire évaluer les comportements d'un individu par son supérieur hiérarchique, ses collaborateurs, ses subordonnés, ses clients internes ou externes, et ses fournisseurs et partenaires. L'évalué sélectionne lui-même les participants à son évaluation. (Wikipedia)

informé. De cette démarche peut découler, de la part du supérieur, un engagement à favoriser l'atteinte des objectifs. S'il y a lieu, un contrat est signé avec l'organisation, appelée client-payeur, précisant les honoraires, le nombre maximal d'heures autorisé ainsi que certaines règles d'éthique et de confidentialité à propos du traitement des informations. Toute question ou préoccupation relative à la gestion de la démarche doit être traitée très tôt et les réponses inscrites dans l'entente ou la convention.

L'entente de confidentialité est inscrite au contrat. Rien n'est transmis à l'organisation sans une entente verbale ou écrite avec le client-coaché.⁹ Le lien de confiance avec le client en dépend. Certaines organisations acceptent de traiter la facturation et les rapports avec un soin particulier. Par exemple, le nom de l'employé qui reçoit le service n'apparaîtra pas sur la facture, et le dossier sera classé sous une forme confidentielle dans un lieu adéquat.

2. **L'établissement des objectifs** est une des étapes essentielles en coaching. Les préoccupations du client se transforment en objectifs. Ces derniers servent de cadre de référence pour chacune des rencontres; ils peuvent cependant se transformer en cours de route. Si le client manifeste d'autres besoins au cours de la démarche, le coach le lui fera apparaître clairement afin qu'il fasse un choix conscient de dévier de la route identifiée au départ.

Le coach tient alors compte du fait que la demande initiale puisse n'être qu'un symptôme et que les objectifs apparents aient des racines dans des problématiques plus profondes, ce qui laissera peut-être apparaître des demandes sous-jacentes. Il est aussi de la responsabilité du coach de vérifier l'adéquation de la cible choisie par le client avec les autres facteurs d'influence comme la mission de l'organisation, la dernière évaluation du client, les attentes du supérieur hiérarchique. Il doit aussi composer avec le nombre d'heures préétabli et aider son client à choisir des objectifs SMMART¹⁰ (spécifiques, mesurables, motivants, atteignables, réalistes dans le temps imparti).

3. **L'accompagnement, au cœur de la démarche**, correspond au passage de la transformation des objectifs en un plan d'action. Le travail du coach, à cette étape, est d'aider son client à ouvrir son champ de conscience en utilisant tous les

⁹ Les mots dérivés de coach ont été utilisés afin de distinguer la personne qui reçoit le coaching client-coaché, du client-payeur, soit l'organisation.

¹⁰ Le deuxième « M » est volontairement ajouté à la formulation habituelle SMART.

leviers d'ordre pédagogique et relationnel à sa disposition : questions puissantes, rétroactions révélatrices, requêtes¹¹ stimulantes ou toute autre technique jugée pertinente. Il choisit, dans son registre, des moyens permettant au client d'expérimenter de nouveaux comportements afin de modifier sa façon de voir, de développer de nouvelles attitudes, de sortir de sa zone de confort. C'est à cette étape que le coach devient un artiste, avec son style et ses techniques créatrices.

Les quelques recherches réalisées sur ce sujet indiquent que certains aspects de la mise en place ou de la formalisation du processus, tels le plan d'intervention, la clarification des rôles, le nombre d'heures, le soutien dans l'environnement, peuvent affecter la démarche (Godin & Gosselin, 2004; Foucher, 2007).

4. **La conclusion**, qui peut prendre la forme d'un bilan, est l'occasion de boucler la démarche en revenant aux motifs de consultation et aux objectifs. Elle est souvent officialisée au cours d'une rencontre avec le supérieur immédiat ou hiérarchique qui, idéalement, s'engage à travailler au maintien des acquis. Même si c'est parfois remis en question, il y a dans le coaching une obligation de résultat. Qui dit résultat, dit mesure, dit évaluation. Certains coachs produisent, conjointement avec le client, un rapport d'étape qui, sans rien dévoiler des échanges ayant eu cours pendant les rencontres, informe les parties intéressées des progrès et avancements dans la démarche. Indépendamment de la satisfaction de la personne qui reçoit le coaching, l'évaluation peut prendre en compte différents facteurs de succès, tels l'engagement du client, l'arrivée opportune de cette démarche dans sa carrière, les compétences du coach, l'affinité entre le coach et son client (Godin & Gosselin, 2004).

En somme, le coaching partage plusieurs caractéristiques avec d'autres formes d'aide, de formation et de conseil, la principale étant qu'il s'appuie sur une relation. La qualité de la relation détermine toute la démarche. Les clients ont généralement des ressources intérieures et le goût de s'engager dans une recherche de solutions. Leur motivation détermine le succès de la démarche. Si elle est absente, le coach aide son client à considérer la situation selon un angle où il se sent concerné. La présence d'un client-payeur ou la participation du supérieur hiérarchique peuvent complexifier la démarche, mais aussi l'enrichir.

¹¹ Requête réfère à une « attente à faire quelque chose de son mieux » (Fortin, 2002, p. 2). Développée avec l'accord du client, elle peut prendre la forme d'une observation, d'une réflexion écrite, de la mise en pratique d'un comportement nouveau. Elle respecte le cadre de valeurs du client. Sans le culpabiliser, elle le rend plus conscient de ses comportements.

Vu dans son ensemble, le coaching est un système. Il est structuré avec et par des objectifs clairement définis en fonction des préoccupations de réussite personnelle et organisationnelle du client. La dynamique intra-système du coaching s'exprime dans la relation entre le coach et la personne qui reçoit le coaching, alors que la dynamique inter-système est active dans les interactions avec l'environnement professionnel. Le système relationnel dans lequel interagissent le coach et le client se situe dans un système plus large, celui de l'organisation ou du milieu professionnel du client. Un coach ne peut en faire abstraction et doit nécessairement se préoccuper de l'un et de l'autre. L'utilisation des services d'un coach s'appuie sur un postulat voulant que tout changement positif au niveau du gestionnaire ait un impact sur la performance de l'ensemble de l'organisation¹² (Peltier, 2009).

En conséquence, le choix du coach se fait souvent en fonction de l'agencement des expertises du coach avec les besoins et les valeurs du client et la problématique organisationnelle et individuelle en cause. Le coaching bénéficie alors d'une « pollinisation croisée » de la pratique et des théories en gestion ou autres domaines (Grant, Cavanagh, & Parker, 2010). L'interdépendance est claire. Le coaching peut être représenté comme un système dans un système.

LA GESTALT APPLIQUÉE AU COACHING

Depuis les derniers trente ans, le coaching s'est développé et a suscité de plus en plus d'intérêt tout en se définissant graduellement en une pratique professionnelle. Comme dans d'autres écoles de pensée et d'intervention, les théoriciens et les praticiens de la Gestalt ont adapté les bases conceptuelles et les stratégies d'intervention de leur approche au coaching. Plusieurs centres de formation en Gestalt offrent maintenant des programmes en vue de préparer des praticiens en coaching. Des programmes de coaching professionnel sont offerts à divers instituts, tels le *Gestalt Institute of Cleveland*, le *Gestalt Training Institute of Philadelphia*, le *Gestalt International Study Center* (Cape Cod) aux États-Unis, et à d'autres instituts de Gestalt en Europe et ailleurs dans le monde (Simon, 2009).

Comment la Gestalt-thérapie, issue de plusieurs filiations, telles la Gestalt psychologie, théorie allemande de la perception, la psychanalyse, la phénoménologie, la philosophie existentielle humaniste, peut-elle s'appliquer ou contribuer à la pratique du coaching? Nous ne reprendrons pas ici les fondements

¹² « (...) on the principle that positive changes can be leveraged to filter down and enhance the entire organization » (Peltier, p. xxiv).

philosophiques et théoriques de cette approche, développée au milieu du vingtième siècle (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951). Rappelons cependant que, depuis les années 1970, plusieurs auteurs tels Polster et Polster (1973), Zinker (1981), Nevis (1992), Ginger (1995), pour n'en nommer que quelques-uns, ont contribué à faire connaître l'histoire et les principes fondamentaux de la Gestalt-thérapie. Le numéro 6 de la revue française *Gestalt* (Robine, dir., 1994) a été consacré pour l'essentiel aux sources et aux contextes de la Gestalt-thérapie; de plus, la *Revue québécoise de Gestalt* (2008) a publié l'article révisé de Corbeil et Poupard portant sur les filiations, les principaux concepts théoriques ainsi que les techniques d'intervention qui caractérisent la Gestalt-thérapie.

À partir de la documentation accessible à propos du coaching en Gestalt, il est intéressant de faire ressortir les lignes directrices qu'on y retrouve, tant sur le plan de la théorie que de la pratique. Les auteurs répertoriés n'offrent pas un modèle unique assorti d'étapes prédéfinies. Ceci serait d'ailleurs contraire à une approche axée sur le processus, comme l'est la Gestalt.

On relève cependant de nombreux points communs. Un premier peut s'exprimer ainsi: le principal instrument du coach est lui-même (Stevenson, 2005; Siminovitch & Van Eron, 2006; Partridge & Spoth, 2013). Il doit faire preuve de *présence*, avoir conscience de qui il est, de son expérience immédiate dans ses divers registres, être congruent, tant en pensée qu'en action. Cet état de présence du coach à lui-même soutient l'attention (*l'awareness*) que le client va porter à sa propre expérience. La relation entre les deux partenaires du coaching s'en trouve améliorée. Comme on le verra plus loin, le coaching en Gestalt implique la notion et l'expérience d'un partenariat.

La *théorie paradoxale du changement* (Beisser, 1970) est invoquée par la majorité des auteurs (Allan & Whybrow, 2009; Leary-Joyce, 2007; Partridge & Spoth, 2013; Siminovitch & Van Eron, 2006; Simon, 2009). Selon cette théorie, le changement se produit quand la personne porte davantage attention à son expérience présente pour la reconnaître véritablement plutôt que de s'efforcer de la modifier volontairement. Ce principe va inspirer le coach à intervenir dans le sens d'un approfondissement de l'expérience immédiate, autant la sienne que celle du client. Comme tout praticien de la Gestalt a pu le vérifier, parfois avec étonnement, la mobilisation vers la transformation ou le changement a son point de départ dans ce principe. Partridge et Spoth (2013) notent que cette théorie paradoxale fait ressortir les polarités inhérentes à tout effort de changement: le désir d'être différent et la force d'inertie de l'habitude.

L'importance du contact coach-client et sa qualité sont également soulignées par plusieurs auteurs consultés. Selon Simon (2009), un bon contact est déterminant pour l'efficacité du coaching. Pour Stevenson (2005), l'interaction coach-client facilite la croissance de ce dernier. C'est une des principales aptitudes que le coach d'orientation gestaltiste développe pendant sa formation. Il importe d'établir avec le client un dialogue constructif, respectueux de l'autre et ouvert (Buber, 1959; Yontef, 1993). Dans son inspirant chapitre *Gestalt therapy: a dialogic method*, Yontef écrit: « Commitment to dialogic means relating based explicitly on what one experiences and respecting what the other experiences »¹³ (p. 223).

La Gestalt-thérapie adhère à une vision positive de l'être humain qui, s'il est placé dans des conditions adéquates, possède les capacités et les ressources pour se développer. Un corollaire de ce postulat consiste en la notion de *responsabilité personnelle* qu'a chaque individu de se prendre en charge et d'atteindre la satisfaction de ses besoins. En psychothérapie ainsi que dans d'autres domaines de pratique tel le coaching, on cherche à augmenter chez le client sa capacité de découvrir et de mettre en œuvre des ajustements créateurs. Leary-Joyce (2007) croit que la fonction première du coach est d'aider son client à devenir responsable de son rôle et de sa vie.

Siminovitch et Van Eron (2006) voient *le cycle d'expérience* comme la structure à travers laquelle se déroule le processus du coaching en Gestalt. Selon elles, le cycle d'expérience aide le coach à être attentif au processus qui se déroule ainsi qu'à déceler les endroits où l'énergie est interrompue.

Le point de départ du *cycle d'expérience* est l'émergence, dans le flot *expérientiel*, des sensations auxquelles un individu peut avoir accès, puis d'une figure qui attire son attention. Cette émergence est plus souvent connue sous le vocable anglais d'*awareness*. C'est d'ailleurs là que le travail commence, qu'il s'agisse de psychothérapie, de développement organisationnel ou de coaching. Cette émergence se vit dans l'expérience immédiate, tant corporelle que psychique ou émotive de la personne, et dans sa relation avec son environnement. C'est la porte d'accès au véritable changement, celui que l'on peut qualifier d'*organismique*, en harmonie avec la personne en contact avec son environnement. Prendre le temps d'apprendre au client à porter vraiment attention à ses sensations, à ses perceptions, à ses besoins, pour les clarifier et les définir va ensuite lui permettre de se mobiliser pour agir et faire des choix plus judicieux, en lien avec lui-même. Cette attention à

¹³ « L'engagement au dialogue signifie l'établissement d'une relation basée explicitement sur ce que l'un éprouve et sur le respect de l'expérience de l'autre. » [Traduction libre]

l'expérience immédiate permet que l'énergie psychique et l'énergie physique soient orientées vers l'action nécessaire en vue de combler le besoin ou de créer une solution. Cette action a conduit à un contact avec l'environnement, à une assimilation et à une conclusion. S'ensuit une période plus ou moins longue de retrait. L'*awareness*, source de la mobilisation, a permis le parcours du cycle et retourne à l'arrière-plan jusqu'à l'arrivée d'une autre émergence.

Leary-Joyce (2007), qui rappelle que le cycle d'expérience a été élaboré au *Gestalt Institute of Cleveland*, suggère des exemples d'interventions possibles à chaque phase du cycle. Partridge et Spoth (2013) affirment que le cycle d'expérience permet de suivre le client dans le processus de changement et de détecter ses forces et ses limites. Par exemple, le coach peut remarquer que le client veut aller vite vers l'action sans avoir pris le temps d'écouter ses sensations et de laisser venir en figure son véritable besoin ou son problème. Le titre de la publication de ces deux auteurs est d'ailleurs *Deepening Awareness: A Gestalt Approach to Coaching*.

Le développement de l'*awareness* ou de l'attention à l'expérience immédiate est, selon Simon (2009), ce qui différencie la Gestalt d'autres approches au coaching. Allan et Whybrow (2009) définissent d'ailleurs le coaching d'orientation gestaltiste comme « (...) le processus de devenir pleinement présent et de transformer cette présence en action » (p. 133). Une mobilisation trop rapide peut cependant conduire à des comportements qui ne sont pas vraiment en harmonie avec les besoins du client et avec la situation présente. Il y a une relation directe entre le degré d'*awareness* et l'ouverture à de nouveaux choix d'actions ou de comportements adaptés au répertoire du client. C'est *l'adaptation créatrice* qui caractérise la Gestalt-thérapie.

Ce qui est particulier ou typique de la Gestalt est de pouvoir créer sur-le-champ, et parfois avec l'apport du client, un exercice en fonction du problème soulevé en session pour explorer davantage la situation présente ou découvrir de nouvelles possibilités. L'intervenant peut inventer des exercices, sources d'apprentissage, selon ses intérêts et ses habiletés, plutôt que de recourir constamment à un inventaire prédéfini de techniques. Dans la majorité des écrits, les auteurs soulignent le bien-fondé de *l'expérimentation*, souvent créée en collaboration par le coach et le client, qui donne à ce dernier l'occasion d'intensifier l'attention à son expérience immédiate ou d'essayer, dans un espace sécuritaire, de nouvelles façons de faire. L'expérimentation est une expérience vivante qui émerge dans le présent de la rencontre et est reliée à l'exploration du client; elle fournit une occasion vécue d'apprentissage. Son importance est telle que Zinker (1981) a consacré un chapitre

entier à circonscrire les façons de créer une expérimentation et les caractéristiques de celle-ci.

Le travail sur les *résistances*, ces tensions entre les forces opposées pour et contre le changement, ces façons d'atténuer l'*awareness* et le contact avec soi et avec l'environnement (Allan & Whybrow, 2009) permet de les faire mieux ressortir et de voir leur aspect adaptatif. Ces auteurs présentent les résistances ou défenses en relation avec les étapes du cycle d'expérience; selon elles, l'introjection et la réflexion sont les plus pertinentes à travailler pour le coach. Simon (2009) souligne d'ailleurs qu'il importe de considérer la résistance qui se manifeste comme une réaction organique à ce qui est inconnu ou différent. L'explorer permet de donner accès à l'énergie qu'elle contient et de canaliser celle-ci de façon plus créatrice dans la situation présente.

Une autre notion qui a été intégrée par la Gestalt, associée à la théorie des systèmes, est celle de *l'homéostasie, de l'autorégulation* (Perls, 1973), c'est-à-dire de la recherche du maintien de l'équilibre constamment remis en question et dérangé par le mouvement inhérent à la vie elle-même. L'être humain est perçu comme étant naturellement en développement, en changement plutôt que statique.

Enfin, le praticien de la Gestalt est convaincu de l'importance du contact qui se vit à la frontière entre l'individu et son environnement. Leary-Joyce (2007) ainsi que Siminovitch et Van Eron (2006) rappellent la perspective systémique de la Gestalt. Conscient des divers systèmes qui existent dans un milieu organisationnel, le coach d'orientation gestaltiste prend en compte les différents types d'environnement en jeu: celui de la relation coach-client, les autres niveaux de la hiérarchie organisationnelle qui font partie du champ plus large, ainsi que l'entourage familial et social s'il y a lieu.

LES LIENS ENTRE GESTALT ET COACHING

À mesure que le coaching évolue vers une pratique axée sur le développement professionnel et personnel des gestionnaires, il appert que l'approche de la Gestalt, par ses principes et ses pratiques, offre au coaching un cadre de référence et des modes d'intervention des mieux adaptés. Dans cette dernière section, l'alliance de l'approche gestaltiste avec le domaine de pratique qu'est le coaching est explicitée, selon quelques thèmes choisis.

Fondements philosophiques

Le coaching est appliqué par des tenants d'orientations diverses. Il oscille du behaviorisme aux approches humanistes et même psychodynamiques. Quelle que soit l'école d'appartenance du

coach, le principe voulant que le client possède les ressources pour répondre à son questionnement et trouver lui-même ses solutions est fondamental. Il permet de distinguer le coaching du conseil et de l'enseignement. Selon ce principe, le coach est un catalyseur de ressources, un facilitateur d'apprentissage.

En Gestalt: humaniste et existentielle, la Gestalt adhère à une vision optimiste de la personne selon laquelle cette dernière a les ressources nécessaires pour se développer et atteindre la satisfaction de ses besoins, si elle s'y emploie. Le coach d'orientation gestaltiste fait confiance aux capacités de son client de se développer, de trouver des avenues de solution et de transformation qui lui conviennent.

Vision systémique, holistique et *organismique*

En coaching, la vision systémique permet d'avoir une vue d'ensemble de la démarche du coaching tout en offrant un cadre d'analyse de la situation particulière de la personne coachée. Structurée autour des objectifs du client, la démarche est dynamique et organique. Elle s'ajuste en fonction de ce qui émerge chez le client, tout en tenant compte de l'interdépendance avec l'environnement. Dans son accompagnement, le coach se préoccupe du lien entre la démarche du client et la performance organisationnelle. Des aspects favorables ou défavorables peuvent provenir de la culture, du climat et de la collaboration de diverses parties prenantes en cause dans l'organisation.

La Gestalt se définit comme une approche holistique qui voit l'être comme un tout, une unité corps-esprit. Les principes d'homéostasie, d'autorégulation, de construction et destruction de gestalts sont utilisés pour permettre le changement. L'approche gestaltiste, par sa prise en compte du champ et de l'environnement, est apparentée à la théorie des systèmes. Elle partage la vision systémique de l'être humain, lui-même perçu comme un ensemble de systèmes complexes et vivant dans une multiplicité de systèmes.

Clients

Le coaching s'adresse à des individus responsables et motivés à divers degrés. Les clients sont des personnes qui veulent se développer, qui sont disposées à s'investir, à se remettre en question et à sortir de leur zone de confort. Ils peuvent rencontrer des difficultés, mais sont généralement moins fragiles que ceux qui consultent en psychothérapie. Un coach redirige vers un thérapeute les clients qui démontrent des symptômes de problèmes psychologiques.

En Gestalt, on considère les clients responsables au sens d'être capables de se prendre en charge et de répondre à leurs besoins. La Gestalt est reconnue pour favoriser chez eux l'atteinte d'un plus

grand épanouissement. Cette approche est appropriée pour aider des personnes fragiles qui présentent des problèmes psychologiques. Elle peut également convenir à des gens dits normaux ou relativement équilibrés désireux de développer tout leur potentiel.

Relation

En coaching, quelle que soit la perspective théorique du coach, la qualité de la relation du coach avec son client immédiat est fondamentale et d'ailleurs reconnue comme facteur de succès du coaching exécutif. La relation se construit dans un climat de respect mutuel et de confidentialité. En tant que création commune, elle dépend des deux parties de l'alliance. D'une part, le coach construit le lien de confiance à partir d'une double crédibilité : professionnelle (expertise et expérience) et relationnelle (congruence et honnêteté). D'autre part, le client est convaincu que le coach peut l'aider à se développer et à trouver des solutions aux difficultés ou aux problèmes qu'il rencontre. Il reconnaît la compétence du coach à maintenir un équilibre entre soutien et défi.

En Gestalt, on accorde la préséance à l'établissement d'une relation ouverte entre coach et client. Cette relation est exprimée par la qualité du contact entre les deux protagonistes dans l'expérience immédiate de la rencontre. Le coach d'orientation gestaltiste est présent autant à lui-même (ses sensations, ses émotions, ses impressions et ses pensées) qu'à ce qu'il observe chez son client.

C'est une relation basée sur le dialogue ouvert et respectueux. Pour faciliter le développement du client, le coach d'orientation gestaltiste dose, d'une part, l'appui qu'il donne au client afin que ce dernier prenne le risque de se regarder tel qu'il est et, d'autre part, la fermeté nécessaire à ce que le client mobilise son énergie vers un changement.

Importance de la présence et de l'« ici et maintenant »

En coaching, l'état de présence est considéré comme une des compétences essentielles du coach recommandées par les organismes internationaux d'accréditation tel l'ICF. Au cours de leur formation, les coachs sont invités à mieux se connaître pour ainsi améliorer leur capacité à demeurer disponibles et attentifs à l'« ici et maintenant ». Les clients gestionnaires acceptent de plus en plus facilement de faire de même et à prendre en compte ce qui leur appartient. L'attention du coach est centrée sur la situation actuelle telle que vécue et perçue par le client. Le coach se préoccupe des causes des problèmes dans les cas où elles sont amenées par le client.

La Gestalt, centrée sur la présence à l'expérience immédiate et sur son intensification, utilise comme point de départ l'exploration des

divers registres de l'expérience présente d'un client, qu'il s'agisse d'une personne ou d'un groupe. Elle se situe dans l'expérience immédiate: cycle d'*awareness* et contact - retrait. On parle d'*awareness* en Gestalt depuis 60-65 ans. Pour cette approche, c'est le fondement de toute intervention.

Insistance sur le processus

En coaching, on s'occupe à la fois du processus et du contenu. Selon l'expertise, la formation et les valeurs du coach, de même que selon les objectifs établis par le client et sa mobilisation, la démarche peut être behaviorale, cognitive ou le plus souvent apparentée au processus de résolution de problèmes. Les origines behavioristes du coaching se manifestent surtout dans les cas de développement de comportements ou encore de l'acquisition de compétences en fonction d'une exigence de l'environnement. Elle s'apparente à une méthode pédagogique si l'intention est de faire apprendre. Elle devient humaniste lorsque des préoccupations de l'ordre du savoir-être émergent.

En Gestalt, l'importance est accordée au processus plus qu'au contenu. Cette approche s'intéresse davantage au comment qu'au pourquoi d'une situation ou d'une expérience. L'intervenant gestaltiste va demander au client de décrire la situation ou l'expérience plutôt que de l'expliquer. Cette attention à la surface de la situation ou du problème conduit étrangement à l'essence, au cœur de ceux-ci.

Volet créateur

Le coaching est souvent choisi pour développer des compétences ou trouver des solutions nouvelles. Si l'objectif peut être prédéfini en fonction du contexte, les solutions ne le sont pas. Le client est invité à sortir de sa zone de confort, à explorer des voies inconnues de lui, à voir autrement, à expérimenter des façons de faire. L'approche du coach est souple. Son but n'est pas de forcer le client à se conformer à une normalité, mais plutôt de trouver un nouvel équilibre adapté à la fois à la personne et au contexte.

La Gestalt est une approche d'accompagnement non normative. Ginger (1995) rappelle que l'esprit même de la Gestalt «valorise le droit à la différence, l'originalité irréductible de chaque être» (p. 20). La Gestalt offre au coaching un climat d'ouverture et de créativité susceptible d'apporter des résultats plus personnalisés. On retrouve cette tendance créatrice dans la construction d'expérimentations souvent inédites, imaginées, mises en action puis assimilées pendant la rencontre.

CONCLUSION

Devant la popularité grandissante¹⁴ du coaching et l'intérêt que les diverses théories et modèles d'intervention psychologiques portent au coaching, il nous a semblé intéressant de faire se rencontrer l'approche gestaltiste et le monde du coaching. L'occasion était belle d'explorer leurs points communs et d'approfondir en quoi la Gestalt s'applique au coaching.

Une première partie présente l'évolution du coaching de gestion et les étapes de cette démarche. Dans un deuxième temps, la recension des écrits portant sur la pratique de la Gestalt en coaching a permis de constater l'existence d'un accord autour des aspects essentiels sur lesquels les praticiens et formateurs d'orientation gestaltiste se basent dans leur travail. On y retrouve, dans un autre contexte que celui de la thérapie, les éléments fondateurs et l'essence de la Gestalt tels la présence du coach, la théorie paradoxale du changement, le cycle d'expérience, l'attention à l'expérience immédiate (*awareness*), l'expérimentation et les résistances. L'exploration des liens et des ressemblances entre la Gestalt et le coaching porte à conclure sans surprises que la Gestalt, par son esprit et par ses techniques, est tout à fait adaptée au coaching.

Quatre éléments que Gestalt et coaching partagent ont retenu particulièrement notre attention et nous paraissent ressortir de l'ensemble :

- Tous les deux font de la *relation* une priorité et la voient comme une pierre angulaire de la démarche.
- Dans les deux, l'attention à l'expérience immédiate (*awareness*) est valorisée et utilisée comme point de départ du processus de changement.
- Ils visent *un changement* qui permet d'apprendre et de se développer. Pour y arriver, ils cherchent à créer des expériences susceptibles de conduire à de nouvelles actions et de nouveaux apprentissages, à l'aide d'expérimentations pour la Gestalt et de requêtes pour le coaching.
- Tous deux partagent une vision ou une *perspective systémique*.

La rédaction de cet article a obligé à faire certains choix. Compte tenu de l'expérience professionnelle de l'une des auteures, l'illustration a été faite à partir du coaching de gestion et non du coaching de vie. L'association du coaching de vie, de la

¹⁴ Sa popularité ne fait aucun doute. En 2013, l'un des organismes d'accréditation internationaux, l'*International Coaching Federation (ICF)* indique, sur son site Internet, qu'il compte plus de 20 000 membres dans 117 pays. Les publications non scientifiques et scientifiques se multiplient par centaines (Grant et al. 2010).

psychothérapie et de la psychologie pourrait faire l'objet d'un autre article.

Après avoir porté notre attention à l'historique et à l'évolution du coaching, un regard vers le futur semble approprié. On peut prévoir que, si la tendance se maintient, la professionnalisation du coaching obligera les personnes qui veulent devenir coachs à choisir leur cadre théorique. Dans cette perspective, la Gestalt est une option à privilégier.

On a vu que l'approche du coaching de gestion est une pratique professionnelle susceptible d'intéresser les psychothérapeutes gestaltistes qui ont des connaissances ou des expériences dans le domaine organisationnel. Pour terminer, nous souhaitons que les praticiens de la Gestalt ouvrent leurs horizons vers un nouveau champ de pratique et que les coachs de gestion découvrent comment leurs façons de faire sont apparentées à la Gestalt.

Références

- Allan, J., & Whybrow, A. (2009). Gestalt Coaching. Dans S. Palmer & A. Whybrow (Éds). *Handbook of Coaching Psychology. A guide for Practitioners* (pp. 133 à 159). London and New York : Routledge.
- Amado, G. (2004). Le coaching ou le retour de Narcisse? *Connexions 1 (81)*, 43-51.
- Baron, L., & Morin, L. (2010). Le coaching de gestionnaires, mieux le définir pour mieux intervenir. *Gestion, 35 (1)*, 47-55.
- Beisser, A. R. (1970). The Paradoxical theory of change. Dans J. Fagan & I.L. Sheperd (Éds), *Gestalt Therapy Now* (pp. 77-80). New York: Harper Colophon.
- Buber, M. (1959). *La vie en dialogue*. Paris: Aubier Éditions Montaigne.
- Cloët, H. (2007). Le recours au coaching externe : prise de recul. *Revue de Gestion des Ressources Humaines, 65*, 16-40.
- Corbeil, J., & Poupard, D. (2008). La Gestalt. *Revue québécoise de Gestalt, 11*, 27-59.
- Coutu, D., & Kauffman, C. (2009). What Can Coaches Do for You? *Harvard Business Review, (janvier)*, 1-8.
- Darmon, K. (2005). *Devenir coach. Pourquoi ? Où ? Comment ?*, (2^e éd.). Studyrama, France.
- Dingham, M. E. (2006). Executive Coaching: What's the Big Deal. *International Journal of Leadership Studies, 1 (2)*, 2-5.
- Fédération internationale des coachs, Québec FICQ, *Qu'est-ce que le coaching*, (2012). Récupéré en avril 2014 de www.coachquebec.org/quest-ce-que-le-coaching.asp
- Fortin, J. P. (2002). *Comment obtenir rapidement de bons résultats, module 6 du Programme d'Entraînement au Coaching Professionnel (PECP)*.

- Foucher, R. (2007). Évaluer l'efficacité du coaching exécutif, *Psychologie Québec* 24 (6), 30-34.
- Foucher, R., & Leduc, F. (2008.) Mandats en coaching professionnel dans les organisations. Dans *Domaines de pratique et compétences professionnelles des psychologues du travail et des organisations* (pp. 173-194). Montréal: Éditions Nouvelles.
- Foulard, A. (2007). *Se former au coaching*. Paris: Librairie Vuibert.
- Frisch, M. H., Lee, R. J., Metzger, K. L., Robinson, J., & Rosemarin, J. (2012). *Becoming an Exceptional Executive Coach. Use your Knowledge, Experience and Intuition to Help Leaders Excel*. New York: AMACOM.
- Gallwey, T. (1974). *The Inner Game of Tennis*. New York: Random House.
- Gendron, M., & Gosselin, G. (2001). *Jouer son rôle de coach*. Le groupe-conseil CFC, Montréal: Collection Guide pratique du management.
- Ginger, S. (1995). *La Gestalt. L'art du contact. Nouvelle approche optimiste des rapports humains*. Belgique: Marabout Alleur.
- Godin, J., & Gosselin, A. (2004). *Les déterminants de l'efficacité perçue du coaching exécutif*. Congrès de l'Association des sciences administratives du Canada, ASAC, Québec (Qc).
- Grant, A. M., Cavanagh, M. J., & Parker, H. M. (2010). The state of play in coaching today: A comprehensive review of the field. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 25, 125-167.
- Kinlaw, D. C. (1997). *Adieu Patron! Bonjour Coach! Promouvoir l'engagement et améliorer la performance* (2^e éd.). Montréal: Transcontinental.
- Leary-Joyce, J. (2007). To Be or Not To Be. A Gestalt Approach to Coaching. *Coaching at Work*, 2 (5).
- Leduc, F. (2007). Psychologue et coach en organisation: à la croisée des interventions en entreprise. *Psychologie Québec*, 24 (6), 25-28.
- Misiukonis, T. (2011). The conclusions middle managers draw from their beliefs about organisational coaching and their coaching practices. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring, Special Issue*, (5), 54-69.
- Nevis, E. C. (Éd.). (1992). *Gestalt Therapy, Perspectives and Applications*. New York: The Gestalt Institute of Cleveland Press and Gardner Press.
- Palmer, S., & Whybrow, A. (Éds.). (2009). *Handbook of Coaching Psychology. A guide for Practitioners*. London and New York: Routledge.
- Partridge, C., & Spoth, J. (2013). Deepening Awareness: A Gestalt Approach to Coaching. *Coaching Today, avril, 5-9*. Publié par Kinharvie Institute, UK.
- Passemore, J. (2009). Behavioural coaching. Dans S. Palmer & A. Whybrow (Éds.). *Handbook of Coaching Psychology. A guide for Practitioners* (pp. 73-85). London and New York: Routledge.
- Peltier, B. (2009). *The Psychology of Executive Coaching: Theory and Application*. New York: Routledge.

- Perls, F. (1973). *The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*. New York: A Delta Book, Dell Publishing.
- Polster, E., & Polster, M. (1973). *Gestalt Therapy Integrated: Contours of Theory and Practice*. New York: Brunner-Mazel.
- Robine, J. M. (Dir.). (1994). *La Revue Gestalt, No 6*. Le passé composé. Sources et contextes de la gestalt thérapie.
- Roy, F. (2013). *Coaching et supervision. Notes de cours. Psy-958*. Document inédit. Université de Sherbrooke.
- Siminovitch, D. E., & Van Eron, A. M. (2006). The Pragmatics of Magic. The Work of Gestalt Coaching. *OD Practitioner, 38 (1)*, 50-55.
- Simon, S. N. (2009). Applying Gestalt Theory to Coaching. *Gestalt Review 13 (3)*, 230-240.
- Stevenson, H. (2005). Gestalt Coaching. *OD Practitioner, 37 (4)*, 35-40.
- Whitmore, J. (2013). *Le Guide du Coaching 4^e édition revue et remaniée*. Paris: MAXIMA.
- Witherspoon, R., & White, R. P. (1998). *Four essential ways that coaching can help executives*. Greensboro, North Carolina.
- Yontef, G. (1993). *Awareness, Dialogue and Process. Essays on Gestalt Therapy*. Highland, NY: The Gestalt Journal Press.
- Zinker, J. (1981). *Se créer par la Gestalt*. Montréal: Les Éditions de l'homme CIM. Édition originale 1977, *The Creative Process in Gestalt Therapy*.

Abstract

Interrogations of professional actuality were at the onset of writing this article. How does Gestalt apply to coaching and how is it suitable to this practice? Presenting the evolution of corporate coaching and the many definitions and ways of perceiving it allows to understand better this professional practice. Going back to the fundamental principles of Gestalt and reviewing the literature on the application of Gestalt therapy to coaching, both prepare to better perceive the similarities which join these two worlds, corporate coaching and Gestalt therapy. By way of conclusion, it is possible to assert that Gestalt, by its spirit and its techniques, is quite adapted to coaching.

Esquisse d'un modèle conceptuel de la psychothérapie

André AUBIN

Résumé

L'auteur propose un projet de modèle conceptuel de la psychothérapie (MCP) qui se veut une représentation schématique des facteurs déterminants d'une psychothérapie, indépendamment de l'approche thérapeutique utilisée par les psychothérapeutes. À ce stade-ci du projet, nous dénombrons sept facteurs fondamentaux : un client, un psychothérapeute, le contact entre le client et le psychothérapeute, l'environnement, l'énergie, le temps et les impacts. Ces facteurs fondamentaux du MCP sont ensuite associés au cycle gestaltiste de l'expérience pour décrire de façon originale et succincte le processus thérapeutique (prise de contact, relation thérapeutique et retrait). Par la suite, nous établissons un parallèle entre le MCP et les neurosciences, car dans les deux cas, nous y retrouvons les mêmes sept facteurs de base.

PROJET D'UN MODÈLE CONCEPTUEL DE LA PSYCHOTHÉRAPIE : SEPT FACTEURS FONDAMENTAUX

En regard des diverses approches thérapeutiques expérimentées par l'auteur de cet article en tant que client, stagiaire ou psychologue, et suivant une recension de la documentation clinique et scientifique, nous en sommes venus à nous poser la question suivante : en quoi les psychothérapies se rejoignent-elles et en quoi divergent-elles les unes des autres ? Pour y répondre, nous avons élaboré l'ébauche d'un modèle conceptuel de la psychothérapie (MCP¹) dans une perspective globale, soulignant l'importance de ne jamais perdre de vue l'ensemble des principales réalités de la vie du client, tels sa santé physique et mentale, ses relations interpersonnelles et son environnement. À cette étape-ci, nous identifions sept facteurs fondamentaux en contexte thérapeutique. Ces facteurs sont considérés comme des éléments

¹ Tout au long de l'article, l'auteur utilise le sigle MCP pour désigner l'esquisse du modèle conceptuel de la psychothérapie.

déterminants qui exercent une grande influence sur les processus thérapeutiques : un client (personnalité, corps, cœur et esprit), un psychothérapeute (personnalité, corps, cœur et esprit), le contact entre le client et le psychothérapeute, l'environnement physique, spatial, social et universel, l'énergie, le temps et les impacts. En psychothérapie, il va de soi que l'on ne peut intervenir simultanément sur tous les facteurs du MCP ni toujours intervenir sur le ou les mêmes facteurs d'une séance à l'autre. Le concept de figure/fond en Gestalt permet de visualiser le processus thérapeutique comme une alternance des différents facteurs apparaissant en avant-plan ou en arrière-plan lors d'une ou de plusieurs séances thérapeutiques.

Ginger (1994), gestaltiste de renom, et Rychlak (1977), psychologue connu pour sa position théorique dénommée « l'humanisme rigoureux », ont été une source d'inspiration intéressante dans l'élaboration de ce modèle. Ainsi, Ginger (1994) mentionne cinq dimensions indispensables de la condition humaine que l'on peut mettre en lien avec les facteurs du MCP (mis entre parenthèses) : corporelle (corps), affective (cœur), rationnelle (esprit), sociale (relation avec les gens) et spirituelle (contact avec l'environnement universel). Il en est de même pour Rychlak (1977) qui parle des dimensions suivantes : *Bios* (corps), *Logos* (esprit), *Socius* (relation avec les gens) et *Physikos* (énergie). Dans une démarche similaire, nous tentons de cerner les dimensions inhérentes à toute forme de psychothérapie.

Une fois parachevé dans le cadre d'un projet doctoral, ce modèle tentera d'élucider les questionnements suivants en lien avec la psychothérapie. Quels critères devrait-on utiliser pour comparer une psychothérapie à une autre ? Les facteurs du MCP pourront-ils servir de critères de comparaison ? Est-ce qu'une psychothérapie s'avère meilleure qu'une autre et pourquoi le serait-elle ? Selon les motifs de consultation d'un client, devrait-on privilégier une approche thérapeutique plutôt qu'une autre ?

Chaque approche thérapeutique intervient principalement sur un ou plusieurs facteurs spécifiques, mais rarement sur tous les éléments identifiés dans le MCP. Sans prétendre qu'une approche est plus valable qu'une autre, il est important de saisir quels facteurs sont privilégiés par les différentes approches de la psychothérapie. Nous souhaitons, à l'aide de ce modèle, que les psychothérapeutes puissent ainsi mieux définir leur champ d'expertise, développer une perspective plus globale du processus thérapeutique et mieux orienter le client vers une approche qui répond bien à ses besoins ou à ses objectifs.

Le client

Pour parler d'un client, il apparaît fort pertinent d'aborder sa personnalité. Delisle (1993) définit la personnalité comme une façon relativement stable et particulière que nous avons d'organiser les éléments corporels (les comportements *sensorimoteurs*), affectifs (les émotions et les affects) et cognitifs (le sens attribué aux événements). En Gestalt, il est souvent question du *Self* qui gère les aspects suivants: sensations, émotions, cognitions et comportements. Augmenter la conscience de ces aspects du *Self* favorise la maturation et la santé psychologiques. La Gestalt-thérapie mobilise la conscience, dans le présent, simultanément aux niveaux corporel, affectif et mental, trois niveaux indissociables (Masquelier & Masquelier, 2012).

Largier (2008) regroupe ces trois mêmes termes lorsqu'il traite des sentiments: ils sont la perception d'un certain état du corps, d'un certain état émotionnel ainsi que d'un certain mode de pensée. Les enseignements traditionnels suggèrent une classification pratiquement universelle des fonctionnements humains en trois catégories: physique, émotionnel, mental ou intellectuel (Desjardins, 1985). Selon Cozolino (2012), l'intégration des circuits neuronaux responsables de chacune de ces fonctions corporelles, affectives et cognitives assure un fonctionnement global optimal chez un individu.

Le MCP ciblera les quatre dimensions suivantes pour parler du client ou du psychothérapeute en contexte thérapeutique: la personnalité, le corps, le cœur et l'esprit. Avant même de penser entrer en relation avec son environnement, nous croyons fort pertinent de s'assurer que le client ainsi que le psychothérapeute sont *accordés* relativement à ces quatre facettes. Autrement dit, nous invitons nos clients et les psychothérapeutes à être au clair avec eux-mêmes en ce qui a trait à: leur personnalité, leurs besoins, leurs désirs et leurs ressentis corporels (corps), leurs émotions (cœur) et leurs pensées (esprit). De cette façon, ils pourront optimiser leurs chances de créer des relations saines qui répondent adéquatement à leurs attentes relationnelles. Un *accordage* déficient entre les dimensions corporelles, affectives et cognitives du client et du psychothérapeute risque d'exacerber un trouble de la personnalité ou d'influencer négativement la relation thérapeutique.

La personnalité

La personnalité est l'axe pivot autour duquel les symptômes psychologiques s'organisent (Delisle, 1993). Selon ce que nous sommes, nous réagirons de façon différente au stress que l'environnement

provoque. L'évaluation de la personnalité est de deux ordres: quantitative (mesure du fonctionnement social et relationnel de la personne et de l'intégrité du *Self*) et qualitative (définition des caractéristiques qui singularisent la personne, telles la façon d'exprimer son émotivité et la sensibilité à l'abandon ou l'angoisse) (Girard, 2012).

Une des premières responsabilités du psychothérapeute est d'utiliser son jugement pour poser un diagnostic sur la situation de son client et maintenir une réflexion diagnostique tout au long du processus thérapeutique. L'investigation de la dimension personnalité en psychothérapie s'avère fort pertinente pour différentes raisons dont celles-ci: cerner la santé psychologique du client ou le degré de pathologie dont il souffre, cibler ses mécanismes de défense, déterminer son type d'attachement affectif ou encore ses schémas relationnels, déterminer le meilleur traitement tout au long du suivi, guider les décisions du psychothérapeute en tenant compte de la personne qui consulte et de ses compétences, saisir pourquoi le client a été particulièrement sensible à certains facteurs de stress, saisir dans quelle mesure le développement de syndromes cliniques a été nécessaire pour le client.

La somme dynamique des informations sur la personnalité et les impasses *développementales* rencontrées par le client fournit des indices éclairants sur la mise en place de ce dont il souffre. Elle permet au psychothérapeute d'ajuster ses impressions cliniques de même que ses objectifs et ses interventions auprès d'un client. Plusieurs outils diagnostiques permettent d'accomplir cette tâche. Girard (2012) propose d'établir un diagnostic dans l'ordre suivant: 1) Utiliser le DSM² (American Psychiatric Association, 2013), car il nous informe sur la situation actuelle du client et sur l'urgence de la situation en tenant compte des aspects psychosociaux. 2) Poursuivre avec le PDM³ (PDM Task Force, 2006) qui nous fournit des indications précieuses sur le fonctionnement de la personnalité du client et sur sa dynamique intrapsychique. 3) Terminer par un diagnostic structural selon le modèle de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) permettant de cerner la logique intrapsychique et faire l'analyse du *Self* en interaction avec autrui aux plans affectif, réflexif et *sensorimoteur*. Dans le modèle du MCP, nous privilégions d'établir un diagnostic sur les bases mentionnées ci-haut.

2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5

3 Psychodynamic Diagnostic Manual.

Le corps

Alors que certaines approches thérapeutiques semblent négliger explicitement, ou du moins implicitement, la dimension corporelle en psychothérapie, plusieurs autres approches lui accordent une certaine importance. Dans le MCP, nous tenons à redonner une place de premier choix à la dimension corporelle en psychothérapie, tout comme certains auteurs gestaltistes. Pour Masquelier et Masquelier (2012), c'est d'abord par le corps que nous sommes en contact avec l'environnement et l'expérience se situe à la frontière entre l'organisme et son environnement, principalement au niveau de l'épiderme et des organes sensoriels et moteurs. Les interventions gestaltistes en psychothérapie, en ce qui concerne la dimension corporelle, varient grandement d'un psychothérapeute à l'autre (Ginger, 1995). Il les décrit ainsi : observer les comportements du client (posture, respiration, regard, voix, microgestes) ou simplement en parler, mobiliser le corps du client par des exercices corporels, mobiliser le corps du psychothérapeute (jusqu'à un véritable « corps à corps » thérapeutique parfois) ; cette dernière intervention est plus courante en situation de groupe qu'en psychothérapie individuelle.

La psychothérapie gestaltiste se définit comme étant holistique, intégrant la dimension corporelle à la dimension verbale (cognitive ou réflexive). Pour ce faire, elle propose différents postulats issus d'approches telles l'analyse bioénergétique, le Zen et l'eurythmie. Voici certains de ces postulats cités par Corbeil (1998, pp. 40-56) dans les propos qui suivent :

1. L'attention du psychothérapeute doit porter autant sur le message verbal que sur la façon dont ce message est véhiculé à travers le langage corporel (Smith, 1976). L'être humain qui entre dans un bureau de psychothérapeute dit quelque chose d'important par sa façon d'être avant même d'avoir prononcé une seule parole (par exemple, chargé émotionnellement, joyeux, énergique ou affaîsé).
2. La coordination, l'alignement et certains points de notre corps sont essentiels au soutien psychique. L'armure musculaire est une gestalt fixe qui se rigidifie dans la névrose, à l'insu et au détriment de la personne. La psychothérapie gestaltiste aura pour but de rendre le client conscient de cette armure. En devenant évidentes et expérientielles, ces tensions et ces fixations donnent accès au cœur du conflit psychique. Une fois assouplis, ces schémas agiront en harmonie et au service du *Self*.

3. Le corps est le réservoir de l'énergie, le lieu de l'excitation et de toute action impliquant l'organisme dans sa totalité aux plans cognitif, imaginatif, sensoriel, moteur et proprioceptif.
4. Le corps peut être symbolisé, mais il constitue une réalité cruciale, à savoir le système de soutien/résistance à la base de toute activité psychique.
5. Ramener le corps à l'avant-scène donne accès au noyau central d'une problématique, non dite ou pas encore dite, dans un laps de temps dont la rapidité peut surprendre parfois.
6. La dimension corporelle est, la plupart du temps, hors du champ de la conscience d'une personne. On peut considérer qu'elle s'en sépare et s'y unit par une membrane psychobiologique perméable entre ce qui est conscient et ce qui peut être considéré comme inconscient.
7. Le corps est le lieu de l'émotion, du blocage ou de la résistance. Tout thème composé d'un besoin et de la résistance à ce besoin est inscrit dans le corps sous forme de polarités ou de tension.
8. Le corps permet au client de se centrer, en portant attention à ce qui s'y passe et en s'assurant de respirer adéquatement. Cette centration favorise l'émergence de thèmes importants.
9. Certains postulats issus de l'approche de Feldenkrais soulignent l'importance de la dimension corporelle en psychothérapie : les habitudes motrices sont apprises et elles sont à l'origine des instabilités émotionnelles et des désordres du comportement ; la tension musculaire est inscrite dans le système nerveux central, mais non pas indélébile et, par conséquent, elle peut être modifiée ; le travail corporel est une façon d'envoyer des messages au cerveau qui, lui, changera le mouvement par la suite ; le toucher corporel va parfois dans le sens de la résistance pour ainsi permettre au client de prendre conscience de cette dernière et d'avoir accès à un plus grand éventail de choix au niveau du comportement.
10. Le corps enregistre absolument tout de l'histoire d'un individu et le toucher thérapeutique ravive les mémoires corporelles passées.

Les propos précédents soulignent l'importance de la dimension corporelle en psychothérapie. Comme proposé dans le MCP, cette dimension est regroupée en quatre catégories sous le vocable « corps » :

1. Les métabolismes de base : respiration, circulation sanguine, etc.

2. La sensorialité ou la réceptivité de notre corps aux éléments environnementaux par l'intermédiaire de nos cinq sens. Le sens du toucher, référant à une sensibilité cutanée (chaud, froid, pression, douleur), est parfois associé à une sensibilité musculaire aussi appelée proprioception (les sensations de tension musculaire, de position, de mouvement, d'équilibre, de déplacement). La somesthésie regroupe le sens du toucher et la sensibilité musculaire.
3. La motricité (les comportements moteurs). L'utilisation de son propre corps pour entrer en relation avec son environnement physique, spatial, social ou universel.
4. La structure corporelle, mise en lien avec la cuirasse caractérielle en analyse bioénergétique, englobe la masse musculaire et la posture ainsi que des caractéristiques physiques observables tels la grandeur ou le sexe d'une personne (client ou psychothérapeute).

Le « cœur »

Nous utilisons le terme « cœur », au sein du MCP, comme le symbole de la dimension affective ou émotionnelle omniprésente chez tous les êtres vivants. L'émotion, selon Largier (2008), se caractérise par une double manifestation intimement liée comme les deux faces d'une même pièce. Sur une face, l'émotion s'exprime par des manifestations corporelles visibles à l'extérieur (par exemple, il est rouge de colère) et ressentie à l'intérieur (par exemple, je sens que je me tends ou que ma colère monte en moi). Sur l'autre face, l'émotion est une représentation, c'est-à-dire une image. Une émotion crée à la fois un souvenir, une trace de l'événement et des circonstances (lieu, personne, parole, etc.). En lien avec la mémoire des émotions vécues auparavant, la représentation se décrit visuellement, mais aussi sur les plans auditif, gustatif, olfactif. Cet auteur parle de quatre émotions de base (joie, peur, tristesse et colère) et de quatre émotions archaïques qui leur sont associées et qui n'ont pu s'exprimer pleinement dans la prime enfance (surexcitation, béatitude; terreur, effroi; désespoir; rage et haine). L'inhibition de l'une de ces émotions fait perdre une certaine vitalité aux autres émotions, tout comme le fait de couper une grosse racine à un arbre implique que la sève circulera avec moins d'énergie.

Dans la proposition du MCP, nous adoptons la conception de Panksepp et Biven (2012) qui dénombrent sept émotions de base au niveau primaire: **curiosité** (exploration, intérêt; *seeking*); **désir** (plaisir, sexualité; *lust*), **jeu** (joie, félicité; *play*), **panique/chagrin** (*panic/grief*), **tristesse** (angoisse de séparation, timidité; *pain*), **peur** (anxiété, soucis, trauma; *fear*), **rage** (colère, irritabilité, haine,

mépris; *rage*), *soins* (maternage, amour; *caring*). Ce sont toutes des émotions observables en psychothérapie et avec lesquelles il faut composer pour favoriser un processus thérapeutique optimal.

La régulation affective constitue l'un des objectifs d'importance en psychothérapie et elle vise à promouvoir la gestion adéquate des émotions chez un client, notamment en les maintenant à un niveau optimal d'activation. Dans la section «contact», il sera question de la relation thérapeutique qui joue un rôle majeur en ce sens.

L'esprit

Le terme esprit (traduction du mot anglais «*mind*») désigne un processus qui régule les informations dans notre corps et dans nos relations interpersonnelles. Il est le siège de nos activités mentales telles les pensées et la mémoire (Cozolino, 2012; Siegel, 1999). Des facettes fondamentales et interdépendantes de l'esprit, telles l'expérience subjective, l'*awareness*, les processus relationnels et ceux inscrits dans notre corps (*embodied*), régulent ce flot d'énergie et d'informations (Siegel, 1999). Dans le MCP, le terme «esprit» désigne un ensemble d'activités cérébrales ou cognitives telles: la matrice de représentations du champ (représentation de soi et de l'autre) de la PGRO, l'image mentale en tant que représentations multisensorielles en thérapie eidétique ou encore la *mentalisation* des états mentaux (croyances, pensées, sentiments, etc.) de la thérapie basée sur la *mentalisation*.

En psychothérapie, nous croyons que de mettre des mots sur une expérience corporelle ou une expérience émotionnelle intense est une étape essentielle afin de les assimiler adéquatement et d'en tirer des apprentissages signifiants. Il est alors question de *mentalisation*, de dialogue herméneutique ou de *coconstruction* de sens pour expliciter cette fonction cérébrale essentielle à tout processus thérapeutique. Cependant, la mise en mots doit parfois être reportée ou décalée lorsque l'activation émotionnelle courante est trop envahissante.

Le psychothérapeute

Nous avons précédemment parlé des quatre dimensions du client qui se rapportent également au psychothérapeute: personnalité, corps, cœur et esprit. Nous ajoutons ici que le MCP souligne l'importance qu'un psychothérapeute possède un bon bagage expérientiel qui se traduit par diverses compétences: corporelles (par exemple, langage non verbal cohérent avec le contenu verbal abordé en psychothérapie), affectives (par exemple, sensibilité émotionnelle, autorégulation affective), réflexives (par exemple, compréhension et verbalisations judicieuses), interactives (par

exemple, habiletés relationnelles telles l'empathie et la capacité de confronter le client dans ses dilemmes), énergétiques (par exemple, un niveau d'énergie favorisant une présence optimale lors du processus thérapeutique) et temporelles (par exemple une utilisation maximale du temps alloué à une séance ou à une psychothérapie brève ou de longue durée, en respectant le cadre convenu avec le client).

Le contact entre le client et le psychothérapeute: un environnement social spécifique

Après avoir parlé du client et du psychothérapeute séparément, le contact entre le client et le psychothérapeute sera déterminant dans le processus thérapeutique. La Gestalt-thérapie envisage l'être humain dans l'indissociabilité du biologique et du culturel, du physiologique et du psychique, et les fondements théoriques de cette discipline reposent sur le contact organisme-environnement (Masquelier & Masquelier, 2012). Ces deux auteurs diront également que les fondements essentiels de la Gestalt-thérapie reposent sur un développement avec l'environnement dans l'ici et maintenant de la conscience-*awareness* des phénomènes de contact, favorisant le rétablissement des capacités d'ajustements créateurs par ce contact.

Les relations ont constitué et forment toujours la façon dont notre cerveau social se construit au sein des familles, des communautés et de la société. Les changements culturels continuent de façonner notre architecture synaptique et influencent ainsi notre manière de percevoir notre expérience subjective interne, de même que notre facilité à communiquer (Siegel, 1999). Pour sa part, Oughourlian (2013) utilise les termes « le moi-entre-deux » pour parler du contact entre un individu et son environnement et de son influence dans le développement des facultés cérébrales d'un individu qu'il dénomme « le troisième cerveau ».

Pour revenir à la notion de contact telle qu'elle est perçue en Gestalt-thérapie, il importe de noter que les premiers contacts entre un individu et son environnement se font nécessairement par l'intermédiaire de ses cinq sens, conçus comme des « fonctions de contact » par les gestaltistes tels Polster et Polster (1973). Celles-ci concernent les actions et les réactions initiées par un individu pour entrer en contact avec son environnement: le regard, la démarche, le toucher, la posture, l'habillement, la sensibilité ou la réceptivité aux stimuli issus de son environnement, etc. Delisle (1993) décrit, entre autres, les caractéristiques suivantes des fonctions de contact: des sous-systèmes de l'appareil *sensorimoteur* par lesquels agit la frontière-contact, un outil d'appréciation clinique du fonctionnement

global de l'individu pour le psychothérapeute, un indice révélateur permettant de briser les cycles d'impuissance du client en interagissant avec lui d'une manière qui neutralise ses processus d'échecs.

Une façon de faire répandue en Gestalt consiste à utiliser le cycle de l'expérience pour détailler les étapes par lesquelles passe un client dans la prise de contact avec son psychothérapeute. Nous ajouterons une section pour parler de la relation thérapeutique qui représente de quelle façon évolue le contact client/psychothérapeute en contexte thérapeutique, une fois que le contact est établi entre eux lors d'une séance thérapeutique ou suite à plusieurs rencontres.

Le cycle de l'expérience en contexte thérapeutique

Le cycle de l'expérience est défini comme une séquence organique que l'on peut repérer à chaque moment du processus thérapeutique et à laquelle est intimement associée la notion d'*awareness* (Delisle, 1993). Le type de contact établi entre un client et un psychothérapeute définira la nature de la relation thérapeutique entretenue entre eux. Pour Kepner (2010), ce processus d'interaction organisme/environnement se manifeste par la formation de figures d'intérêt qui poussent l'individu à chercher une satisfaction dans l'environnement ou à combler ses besoins par un certain type de comportement. Ce processus d'interaction met en jeu un besoin impérieux (une figure d'intérêt se détachant de l'arrière-plan qui organise le comportement), un contact avec l'environnement dans le but de combler ce besoin, le retour de la figure à l'arrière-plan (équilibre et assouvissement) et l'émergence d'une nouvelle figure d'intérêt. À titre d'exemple, un client qui éprouve de la peine en psychothérapie, en le manifestant par des larmes abondantes notamment, cherchera à être consolé par le psychothérapeute jusqu'à ce qu'il parvienne à une certaine régulation de ses affects. Il abordera assurément d'autres types d'expériences émotionnelles (une autre figure d'intérêt) en cours de psychothérapie.

Dans le modèle proposé (MCP), nous adoptons le point de vue de Ginger (1995) et Zinker (1981) pour décortiquer le processus de contact entre un client et son psychothérapeute. Cependant, nous y proposons quelques ajouts ou nuances (voir Figure 1). En psychothérapie, on observe les phases suivantes du cycle dans une situation idéale :

1. **État de veille initial** : Une homéostasie momentanée (équilibre et assouvissement).
2. Une **activation** (physique, émotionnelle ou psychique) qui motive les clients à entreprendre une psychothérapie. C'est une étape qui commence avec des sensations, puis une prise

de conscience de celles-ci qui précèdent l'émergence d'un besoin, d'un désir, d'un projet ou d'une situation.

3. Une **mobilisation** de l'énergie ou le fruit d'une intuition (un glissement progressif vers l'action) en vue de donner sens à ce que l'on ressent et d'envisager quelque initiative pour répondre à la situation.
4. Une **action** ou un engagement pour répondre aux besoins ou aux désirs qui émergent en entamant un processus thérapeutique.
5. Un **contact** qui permettra de trouver dans notre environnement ce qui correspondra aux besoins ou aux désirs ciblés. D'une séance à l'autre, ce contact favorisera l'établissement d'une relation thérapeutique entre le client et son psychothérapeute, qui deviendra un déclencheur central de changement en psychothérapie.
6. Le **retrait** de ce contact (rupture du lien ; instant critique de désengagement).
7. Un processus de **métabolisation** (physique, affective et cognitive), d'assimilation ou d'accomplissement pour intégrer l'expérience thérapeutique afin qu'elle devienne signifiante, par un ancrage conscient ou inconscient de l'expérience.
8. Une **désactivation** favorisant le retour à un état de veille après la satisfaction des besoins ou des désirs.
9. **État de veille terminal**: retour à une homéostasie momentanée, puis réactivation d'un autre cycle de l'expérience (retour à l'étape 1).

L'intérêt principal de tels découpages réside dans le fait de pouvoir mieux localiser la phase du cycle où se produit une interruption, un blocage ou toute autre perturbation. Ces perturbations sont de différents ordres: la non-perception d'une sensation ou d'un besoin (chez un psychotique par exemple), une difficulté dans l'identification du besoin, l'absence de mobilisation énergétique (chez un névrosé apathique), l'impossibilité de retrait (chez un névrosé anxieux et insatiable ou un hystérique fusionnel) (Ginger, 1994).

Ce processus, tout comme une vague, est changeant: instantané ou progressif, d'une intensité variable, continu ou ponctué de coupures ou de chutes radicales, accompagné de différents impacts. Il peut être de courte ou de longue durée.

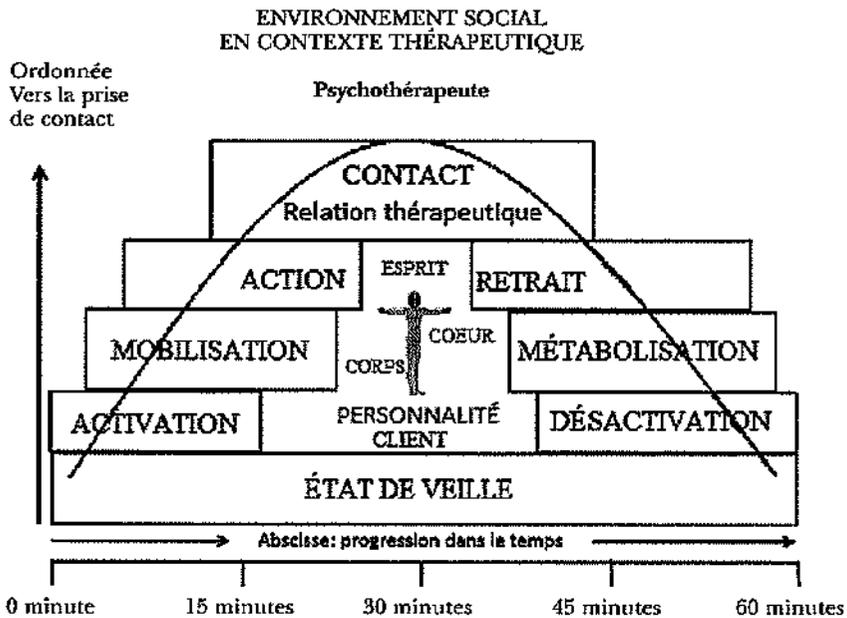


Figure 1. Cycle de l'expérience dans le modèle conceptuel de la psychothérapie

Le MCP permet d'analyser le contact en psychothérapie à l'aide des sept facteurs déterminants et du cycle de l'expérience tel que défini ci-haut.

1. **État de veille**: une homéostasie momentanée (équilibre et assouvissement).
2. **Activation**: un client décide d'entamer une psychothérapie après avoir fait l'expérience de quelque activation physique (par exemple, une maladie ou un accident entraînant des lésions corporelles; *corps*), émotionnelle (par exemple, anxiété ou labilité émotionnelle; *cœur*), cognitive (par exemple, ruminations incessantes; *esprit*) ou relationnelle (par exemple, rupture amoureuse; *contact*). Cette activation constituera un motif de consultation en psychothérapie.
3. **Mobilisation**: afin de résoudre ses difficultés, le client se mobilise pour trouver des ressources pouvant l'accompagner dans son processus de résolution de problèmes.
4. **Action**: le client se présente dans le bureau d'un psychothérapeute en présence de ce dernier (*environnement* physique, spatial, social).
5. **Contact**: le client entre en *contact* avec son psychothérapeute (*environnement social en contexte thérapeutique*) et, progressivement, ils développent une relation thérapeutique.

L'investissement du client et du psychothérapeute (*énergie*; la hauteur de la vague dans la figure 1) dans le processus thérapeutique déterminera la durée de la psychothérapie (*temps*; l'étendue de la vague du début jusqu'à la fin de la courbe dans la figure 1). Ce contact permet de trouver dans l'environnement thérapeutique ce qui répondra adéquatement aux besoins ou aux désirs ciblés par le client.

6. **Retrait:** le client quitte le bureau du psychothérapeute.
7. **Métabolisation:** la psychothérapie entraîne certains impacts que le client tentera d'intégrer dans son milieu de vie aux plans physique, émotionnel, cognitif et relationnel (*impacts*).
8. **Désactivation:** graduellement, l'expérience du client en psychothérapie ne sera plus qu'un souvenir.
9. **État de veille:** le client retrouve un état de veille, idéalement parce qu'il a atteint un certain équilibre ou un assouvissement de ses besoins ou désirs, tel qu'au début du cycle et jusqu'à l'apparition d'un autre cycle de l'expérience.

N.B. La notion de temps apparaît en abscisse pour démontrer que le contact est un processus qui se déroule dans le temps. En ordonnée, on retrouve la progression du contact du client vers le psychothérapeute (environnement social déterminé). L'énergie peut s'illustrer par la hauteur et la longueur de la courbe. Ainsi, si la courbe se brise à l'étape de la mobilisation ou de l'action, le contact entre le client et le psychothérapeute aura été minimal par manque d'énergie (par exemple, un manque de motivation ou d'implication; des mécanismes de défense trop restrictifs). Il en résultera des impacts diversifiés selon que la courbe est réalisée de façon optimale ou pas.

La relation thérapeutique

L'essentiel de la psychothérapie c'est la rencontre entre un client et son psychothérapeute, une relation et une expérience émergente soumises à l'effort de conscience du client et du psychothérapeute. La relation thérapeutique doit rester le principal véhicule de changement, car elle permet d'observer et d'éclairer les reproductions psychiques du client, au cœur de ses difficultés. Les objectifs sont, notamment, la *mentalisation* et la régulation affective en interaction (Girard & Delisle, 2012).

Un objectif majeur dans une relation interpersonnelle est d'en arriver à un *accordage* affectif (Slade, 2005), à savoir la capacité de refléter l'expérience mentale d'un client en traduisant ses affects pour que celui-ci puisse donner un sens à son expérience après coup. La relation thérapeutique, en tant que relation d'attachement,

joue un rôle primordial en psychothérapie, dont celui de permettre au client de développer ses capacités sociocognitives de *mentalisation* et de régulation affective.

Sur la base de plusieurs recherches citées par Lecomte, Savard, Drouin et Guillon (2004), la relation thérapeutique est le meilleur prédicteur des résultats thérapeutiques. Les recherches démontreraient que la relation thérapeutique contribue davantage au progrès thérapeutique que ne le font les techniques ou les procédures, les caractéristiques spécifiques du client ou celles du psychothérapeute (Luborsky, McLellan, Diguier, Woody & Seligman, 1997; Sexton & Whiston, 1994). Dans une perspective interactive et intersubjective du processus thérapeutique, celui-ci apparaît comme étant bidirectionnel (Orange, Atwood & Stolorow, 1997): le psychothérapeute stimule l'engagement du client et mobilise ses ressources (Luborsky, 1994) et cette relation influence à son tour le psychothérapeute.

L'environnement

Dans la section précédente, il a été question d'un environnement social déterminé (le psychothérapeute). Ici, nous aborderons l'environnement au sens large, incluant l'environnement social du client autre qu'en contexte thérapeutique, sa culture, son milieu de vie, etc.

Perls, Hefferline et Goodman (1977) postulent qu'on ne peut pas parler d'un individu sans faire référence à son environnement. Que ce soit pour des activités de nature biologique, psychologique ou sociologique, l'individu est nécessairement en interaction avec son environnement physique, spatial, social ou universel. En Gestalt, l'interaction entre un individu et son environnement est nommée le « champ organisme-environnement ». La réalité première la plus simple de ce champ est le contact immédiat entre un individu et son environnement. Une partie dans un tout est autre chose que cette même partie isolée ou incluse dans un autre tout (Ginger, 1995). Ainsi, différents environnements donnent un sens tout autre à un même geste: être nu sous la douche n'a pas le même sens que de se promener nu sur la voie publique.

Selon Winnicott (1956), la mère constitue généralement, pour l'enfant, son premier environnement particulièrement signifiant, et ce tout au long de sa vie. Entre autres, les capacités de maintien, de contenance et de *holding* de la mère sont d'une importance vitale pour l'intégration psychosomatique de la personnalité de l'enfant. Pour Fairbairn (1951), toute référence à une personne en dehors du contexte de ses relations avec les autres est conceptuellement dénuée de sens. Il est impossible de comprendre la nature

de l'organisme individuel sans le mettre en relation avec ses objets naturels (Greenberg & Mitchell, 1983) et ses objets intériorisés en raison des pressions et des frustrations dans son rapport aux personnes réelles de son environnement. Pour Delisle (1993), il n'existe aucune fonction chez l'animal qui se réalise sans objet ou environnement, qu'il s'agisse de fonctions végétatives, comme l'alimentation ou la sexualité, de fonctions sensorielles ou motrices, de sentiments ou de raisonnement.

L'environnement, selon Cozolino (2012), permet de développer notre cerveau social en restructurant notre architecture neuronale au service d'un comportement, d'une réflexion ou d'une émotion plus adaptés. Le cerveau n'est que partie du tout qu'est notre organisme, mais aussi partie du tout formé par ceux qui nous entourent et avec qui nous interagissons. Tout se passe à l'interface des corps, des organismes, des cerveaux et de tous les processus parallèles qui sous-tendent chacun de ces systèmes. L'individu est structuré par le monde social qui l'entoure, mais il participe aussi activement à ce que cette vie sociale devient (Heller, 2008).

Dans le contexte du MCP, il est nécessairement question d'un environnement qui prend différentes formes: physique (le milieu de vie du client), spatial (utilisation de l'espace thérapeutique dans le bureau du psychothérapeute), social (l'environnement humain ou toute personne en présence du client). À ces trois types d'environnement, Ginger (1995) ajoutera l'environnement universel défini comme la place et le sens de l'homme dans l'environnement cosmique et l'écosystème global (aspect moins directement investi dans un processus thérapeutique). Ces notions de l'environnement telles le statut social d'un client (milieu de vie défavorisé ou opulent), son origine ethnique ou ses relations interpersonnelles dans son milieu de vie actuel et passé, ont des impacts notables en psychothérapie. Le psychothérapeute peut garder en tête cette notion d'environnement pour mieux délimiter son champ d'action en psychothérapie, celui-ci étant parfois restreint pour des considérations légales (par exemple, implication d'autres intervenants telle la DPJ⁴) ou physiques (le lieu de travail), entre autres. L'environnement est abordé très différemment d'un client à un autre, mais il l'est toujours.

L'énergie

Appliquée à l'organisme humain, l'énergie est définie comme la vitalité d'un organisme composée d'activités diverses (calorifique, kinésique, sonore, lumineuse, électrique, etc.) qui se coordonnent

⁴ Au Québec, Direction de la protection de la jeunesse.

au sein de cet organisme (Bernard; 1865/1984; 1878/1966). Nous pouvons être conscients qu'une énergie agit en nous grâce à ses manifestations dans le champ de la conscience, mais dans le fonctionnement quotidien, cette énergie est une donnée inconsciente (St-Arnaud, 2004). Cozolino (2012) cite Freud qui définit le Ça comme étant l'énergie de la vie primitive et non civilisée que nous partageons avec nos ancêtres reptiles et mammifères. Les psychothérapeutes servent de circuits externes de régulation pour aider leurs clients à faire circuler en eux l'énergie et l'information de façon optimale (Cozolino, 2012).

Dans la proposition du MCP, tout comme le souligne Largier (2008) et dès les premières minutes de l'entrevue, nous sommes attentifs à l'état énergétique des deux partenaires de la démarche psychothérapeutique: stress *vs* détente, apathie *vs* dynamisme, être sur la défensive *vs* échanges ouverts et spontanés, rythme lent *vs* rythme effréné, etc. À la suite d'une lecture de ce climat, diverses stratégies sont mises en place pour obtenir un niveau énergétique optimal, ou du moins, donner un sens à ce qui est observé en cas de difficultés majeures dans cette sphère.

Le temps

La notion de temps fait partie intégrante du processus thérapeutique sous diverses formes. D'une part, on fait référence au passé, au présent et au futur, soit de la vie du client ou du processus thérapeutique comme tel. D'autre part, l'idée d'un changement en psychothérapie suppose une progression qui demande une période de temps d'une durée variable en fonction des motifs de consultation du client, de l'influence des politiques sociales ou de celles des tiers payeurs. Finalement, l'évolution du processus thérapeutique ne peut se faire qu'à un certain rythme, ne produisant pas des changements importants de manière instantanée et définitive.

En Gestalt, la notion de « temps » prend diverses formes. La dimension temporelle en Gestalt-thérapie souligne que la relation à l'environnement est mouvante et insaisissable, que la manière de contacter varie d'instant en instant et en fonction de la situation (Masquelier & Masquelier, 2012). Perls, Hefferline et Goodman (1977) nous plongent dans le déroulement de l'expérience, dans une dynamique propulsive: ici, maintenant et ensuite (*here, now and next*) plutôt qu'ici et maintenant parce qu'hier (Masquelier & Masquelier, 2012). En PGRO (Delisle, 1998), le temps est subdivisé en quatre champs expérientiels: ces quatre champs peuvent être vécus au niveau interne (perceptions d'un individu) ou externe (tels qu'ils se présentent en réalité). Chacun d'eux se situe dans le temps de quatre façons:

- Champ 1: ici et maintenant dans la relation thérapeutique;
- Champ 2: ici/pas maintenant dans la relation thérapeutique;
- Champ 3: ailleurs/maintenant (milieu de vie actuel du client);
- Champ 4: ailleurs/pas maintenant (histoire passée du client, son enfance et son adolescence).

Cette manière de faire se fonde sur l'idée maîtresse que le passé a une influence marquée sur notre façon d'être et de faire les choses aujourd'hui, et qu'inconsciemment, on reproduit des schémas de nos relations passées. En PGRO, lorsque ces schémas se reproduisent dans la relation thérapeutique (comme dans toute autre relation interpersonnelle du client), on vise à les reconnaître consciemment et à les réparer afin de permettre au client de mieux répondre à ses besoins et à ses désirs actuels. Dans la construction du MCP, nous adoptons l'approche de la PGRO en ce qui concerne la notion de temps (ses huit champs relationnels), applicable à toute forme de psychothérapie.

Les impacts

Dans une perspective gestaltiste, la causalité traditionnelle passée (valorisée dans les sciences et la psychanalyse) fait place à la finalité ou à l'intentionnalité (« pour quoi » fait-on une psychothérapie et non plus « pourquoi ») (Ginger, 1995). Lorsqu'un client et un psychothérapeute entament un processus thérapeutique, ils s'attendent mutuellement à obtenir des impacts positifs qui sont transférables dans le milieu de vie du client (une vision vers le futur et non pas tournée vers le passé du style « cause à effet »). Une évaluation, par les clients, d'une expérience signifiante comme étant importante, profonde et claire, est associée à des impacts positifs (Levitt & Piazza-Bonin, 2011). Une recension des recherches empiriques sur les expériences signifiantes en psychothérapie aura permis de cerner certains de ces impacts obtenus en psychothérapie, tels: la correction d'anciennes croyances dysfonctionnelles sur soi ou sur son monde relationnel (Binder, Holgersen & Nielson, 2010), la réparation d'une expérience par le langage verbal (Bonsmann, 2010), des *insights* cognitifs et affectifs (Hodgetts & Wright, 2007), le rehaussement d'un sentiment de compétences, de pouvoir et d'amélioration (Manthei, 2007). Dans le contexte du MCP, les impacts d'une psychothérapie sont des éléments essentiels à considérer au cours d'un processus thérapeutique.

PSYCHOTHÉRAPIE ET NEUROSCIENCES

Une autre particularité du MCP est de représenter la psychothérapie comme un processus vivant. Nul ne peut prétendre prévoir tout

ce qui peut arriver lors d'une séance de psychothérapie. De fait, il n'y a pas une seule rencontre en psychothérapie qui soit identique à une autre, ni aucun client schizoïde identique à un autre même s'ils partagent quelques caractéristiques communes, ni aucune intervention qui convient à tous ou en tout temps. Le processus thérapeutique est un processus relationnel vivant, constamment en mouvance, créateur et en partie inconscient. Il doit laisser place à l'improvisation, aux émergences, sans perdre de vue les objectifs que l'on vise par une telle démarche. C'est comme se laisser pousser par le vent, lorsque l'on navigue en catamaran, tout en ayant quelqu'un pour en assurer la direction sans prétendre contrôler le vent.

Dans une perspective plus large, ce sont les facteurs déterminants de ce processus vivant que nous tenons à décrire par le MCP et non pas seulement en contexte thérapeutique. À cette fin, nous établirons ici quelques parallèles entre le processus thérapeutique et les neurosciences. Dans les deux cas, nous retrouvons les mêmes facteurs fondamentaux du MCP : un individu, une ou plusieurs autres personnes, les relations interpersonnelles, l'environnement, l'énergie, le temps et les impacts. Dans une certaine mesure, ceci permet d'entrevoir, dans le futur, une transférabilité possible du MCP à d'autres activités humaines (par exemple, les performances d'un individu au travail ou dans une activité sportive).

La psychothérapie

Voyons brièvement le déroulement d'une séance de psychothérapie en lien avec les facteurs du MCP. Dans un premier temps, le client doit se présenter au bureau d'un psychothérapeute pour entreprendre un processus thérapeutique. Ce premier arrive avec sa personnalité et son bagage de vie incluant des dimensions corporelles (par exemple, apparaître physiquement face au psychothérapeute ; caractéristiques tels l'âge ou le sexe, démarche ou qualité du regard, etc.), émotionnelles (par exemple, *dysrégulation* affective, troubles de l'humeur ou troubles anxieux, etc.) et cognitives (par exemple, nature de ses verbalisations et de ses représentations, etc.). En PGRO, on évalue la personnalité d'un client ; on s'intéresse au langage non verbal, observable dans les expressions faciales ou la prosodie du client (*corps*) ; on intervient sous un mode d'*hétérorégulation* ou de *corégulation* affectives (*cœur*) et on élabore une *coconstruction* du sens de l'expérience personnelle du client en ayant recours au dialogue herméneutique et à la *mentalisation* (*esprit*). Au fur et à mesure, le contact client-psychothérapeute s'établit et la relation thérapeutique évolue, ce qui donne progressivement un sens au processus thérapeutique.

L'*environnement* constitue le milieu de vie physique, spatial, social et universel du client. L'*énergie* se traduit par l'implication personnelle du client et du psychothérapeute dans le processus thérapeutique. Le *temps* déterminera les objectifs à poursuivre et les délais pour les atteindre, en respectant le rythme d'évolution du client et du processus thérapeutique. Les *impacts* sont de nature à améliorer significativement le quotidien du client en résolvant, le plus possible, ce pour quoi le client consulte en psychothérapie.

Les neurosciences

Hanson (2011) avance que le cerveau se développe en trois étapes, de l'animal à l'homme : le cerveau reptilien, le cerveau *paléomammalien* et le cerveau *néomammalien*. Le cerveau reptilien assure les fonctions vitales de l'organisme ou les métabolismes de base (la fréquence cardiaque, la respiration, etc.) de nature corporelle (*corps*). Il est associé au tronc cérébral et au cervelet. Damasio (1999) lui attribue les fonctions suivantes : les instincts, les réflexes de base, les réactions du métabolisme à l'environnement. Le cerveau *paléomammalien*, associé au système limbique et au diencephale, régule les émotions, la motivation et les comportements dirigés vers un but (*émotions*). Selon Damasio (1999), le système limbique pousse à : augmenter le plaisir, rester dans le groupe et éviter la douleur, comparer chaque nouvelle information ou chaque nouvelle sensation à ses expériences antérieures, constituer notre mémoire émotionnelle, stimuler ou inhiber la nouvelle information en fonction des expériences passées. Le cerveau *néomammalien*, associé au cortex, comprend l'hémisphère droit (les images, les informations visuelles, les informations émotionnelles prosodiques) et l'hémisphère gauche (le langage, la pensée abstraite, l'imagination, la conscience réflexive, les cognitions) (*esprit*). Celui-ci permet notamment de : reconnaître et nommer l'émotion et la relier par la réflexion à son histoire, mener, si nécessaire, à une analyse des causes et des circonstances, transformer l'émotion en un sentiment par le travail de l'esprit qui nomme, interprète ou nuance (Largier, 2008). Les concepts que l'on retrouve dans le MCP (en italiques) peuvent être mis en lien avec différentes notions des neurosciences : le tronc cérébral responsable des métabolismes de base (*corps*), le système limbique comme le centre de l'activité émotionnelle (*cœur*), le cortex en tant que créateur d'images et de cognitions (*esprit*), le cerveau social qui est une représentation des contacts et des relations que l'individu établit avec son environnement social (*contact*). L'*environnement* est considéré, dans les neurosciences, comme une source de stimulations qui accentuent l'activité cérébrale. L'*énergie* est liée à l'influx

nerveux, de type électrique, transformé en message chimique à travers la sécrétion de minuscules vésicules de neurotransmetteurs qui prend la forme d'informations utiles à l'organisme avec une connotation émotionnelle. Le *temps* se traduit par une maturation des circuits neuronaux susceptibles de grands changements. Les *impacts* se constatent par une évolution optimale du cerveau et de ses fonctions.

Pistes de réflexion

Le MCP en est à un stade embryonnaire. Il reste donc beaucoup de questions sans réponses si on veut donner une image juste et détaillée de ce que représente une psychothérapie, en regard des perspectives des clients et de celles des psychothérapeutes.

Une première piste de réflexion est entamée dans notre recherche doctorale. Nous tenterons, sur la base de recherches scientifiques, de valider ou d'infirmer certaines des hypothèses qui se retrouvent dans le MCP. La question doctorale se traduit ainsi : d'une façon la plus exhaustive possible, décrivez-nous une expérience en psychothérapie qui fut particulièrement significative dans votre cheminement personnel. Une première recension des écrits laisse entrevoir que les résultats obtenus jusqu'à maintenant pourraient sommairement, et sous toute réserve à ce stade-ci, se regrouper selon certains des facteurs identifiés dans le MCP : le client, le psychothérapeute, le contact client-psychothérapeute et l'environnement. Dans un prochain article, nous ferons part des résultats obtenus lorsque notre démarche scientifique sera terminée.

CONCLUSION

Dans le modèle conceptuel de la psychothérapie (MCP), il est fait mention de sept facteurs déterminants pour décrire ce processus thérapeutique, à savoir : un individu et un psychothérapeute (personnalité, corps, cœur et esprit), le contact client-psychothérapeute, l'environnement, l'énergie, le temps et les impacts. Un parallèle est établi entre le MCP et les neurosciences. Cet exercice permet d'envisager une certaine transférabilité des données à diverses activités humaines. Certaines pistes de réflexion, voire d'exploration, sont identifiées et pourront servir à stimuler d'autres façons de percevoir et de comprendre les processus thérapeutiques.

Le choix appartient aux lecteurs d'utiliser ce modèle comme bon leur semble dans le but d'enrichir leurs connaissances, peu importe leur milieu de vie ou leur milieu professionnel. En ce qui concerne cet article, nous espérons qu'il aura quelque résonance positive pour vous à un ou plusieurs de ces niveaux. Tout commentaire constructif qui viserait à parfaire ce modèle conceptuel de la

psychothérapie sera apprécié à sa juste valeur et éventuellement intégré dans notre recherche doctorale ou à des fins de publication ultérieure.

Références

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bernard, C. (1966). *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*. Paris: Librairie philosophique J. Vrin. (Ouvrage original publié en 1878).
- Bernard, C. (1984). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Flammarion. (Ouvrage original publié en 1865).
- Binder, P. E., Holgersen, H., & Nielson, G. H. (2010). What is a "good outcome" in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research, 20* (3), 285-294.
- Bonsmann, C. (2010). What do clients have to say about therapy? *Counseling Psychology Review, 25* (4), 31-45.
- Corbeil, J. (1998). La Gestalt et le corps. *Revue québécoise de Gestalt, 2*, 40-58.
- Cozolino, L. (2012). *La neuroscience de la psychothérapie*. Traduit par Marie-Pascale Martorell et Susan Markel. Montréal: Les Éditions du CIG.
- Damasio, A. (1999). *Le sentiment même de soi: corps, émotion et conscience*. Paris: Odile Jacob.
- Delisle, G. (1993). *Les troubles de la personnalité*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Desjardins, A. (1985). *Pour une vie réussie: un amour réussi*. Paris: Les Éditions de la Table Ronde.
- Fairbairn, W. R. D. (1951). *Psychoanalytic studies of personality*. New York: Basic Books.
- Ginger, S. (1994). *La Gestalt: une thérapie du contact*. Paris: Hommes et Groupes.
- Ginger, S. (1995). *La Gestalt: l'art du contact*. Paris: Éditions Marabout de poche.
- Girard, L. (2012). Une réflexion diagnostique. Dans L. Girard & G. Delisle (Éds). *La psychothérapie du lien, genèse et continuité* (pp. 99-133). Montréal: Les Éditions du CIG.
- Girard, L. & Delisle, G. (2012). Les essentiels de la PGRO. Dans L. Girard & G. Delisle (Éds). *La psychothérapie du lien, genèse et continuité* (pp. 327-336). Montréal: Les Éditions du CIG.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge: Harvard University Press.

- Hanson, R. (2011). *Le cerveau de Bouddha: bonheur, amour et sagesse au temps des neurosciences*. Paris: Éditions des Arènes.
- Heller, M. (2008). *Psychothérapies corporelles*. Bruxelles: De Boeck.
- Hodgetts, A., & Wright, J. (2007). Researching clients' experiences: a review of qualitative studies. *Clinical psychology and psychotherapy*, 14, 157-163.
- Kepner, J. (2010). *Le corps retrouvé en psychothérapie*. Paris: L'expressimie.
- Largier, G. (2008). *Comprendre et pratiquer les thérapies corporelles*. Vorrem, Belgique: Inter Éditions.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S. & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25, 73-102.
- Levitt, H. M., & Piazza-Bonin, E. (2011). Therapists' and clients' significant experiences underlying psychotherapy discourse. *Psychotherapy research*, 21 (1), 70-85.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliance as predictor of psychotherapy outcome: Factors explaining the predictive success. Dans A. Horvath et L. Greenberg (Éds), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 38-50). New York: Wiley.
- Luborsky, L., McNellan, A. T., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. (1997). The psychotherapist masters: Comparison of outcome across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53-68.
- Manthei, R. J. (2007). Clients talk about their experience of the process of counseling. *Counseling Psychology Quarterly*, 20 (1), 1-26.
- Masquelier, C., & Masquelier, G. (2012). *Le grand livre de la Gestalt*. Paris: Eyrolles.
- Orange, D. N., Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1997). *Working intersubjectively. Contextualism in psychoanalytic practice*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Oughourlian, J. M. (2013). *Notre troisième cerveau*. Paris: Albin Michel.
- Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *Archaeology of Mind: The Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New York: Norton.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring, MD: The Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Perls, F. S., Hefferline, R. E., & Goodman, P. (1977). *Gestalt-thérapie; Technique d'épanouissement personnel*. Traduit de l'américain par Martine Wiznitzer. Montréal: Stanké. (Ouvrage original publié en 1951 sous le titre *Gestalt Therapy: Excitement and growth in the human personality*).
- Polster, E., & Polster, M. (1973). *Gestalt Therapy integrated: Contours of theory and practice*. New York: Brunner/Mazel.
- Rychlak, J. F. (1977). *The psychology of rigorous humanism*. Suffolk: John Wilson and Sons.

- Sexton, T., & Whiston, S. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review, theoretical implications and research directions. *The Counseling Psychologist*, 22, 6-78.
- Siegel, D. J. (1999). *Developping mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.
- Slade, A. (2005). Parental Reflective Functioning: An Introduction. *Attachment and Human Development*, 7, 269-282.
- Smith, E. W. L. (1976). *The growing edge of Gestalt therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- St-Arnaud, Y. (2004). *La personne humaine: développement personnel et relations interpersonnelles*. Montréal: Les Éditions de l'Homme.
- Winnicott, D. W. (1956). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. Dans Winnicott, D. W., *Jeu et réalité* (pp. 153-162). Paris: Gallimard.
- Zinker, J. (1981). *Se créer par la Gestalt*. Montréal: Les Éditions de l'Homme et du CIM.

Abstract

The project of a conceptual psychotherapy model (CPM), proposed by the author in this article, describes determining and major components of psychotherapy, regardless of the therapeutic orientation of the therapist. So far, personal experiences of the author as well as research and a scientific literature review have permitted the formulation of a hypothesis of seven fundamental components: the client, the psychotherapist, the relationship between them, the environment, the energy, the time and the impacts. A parallel is established between these elements of the CPM and the Gestalt contact cycle (initial contact, therapeutic relationship, withdrawal) to describe the therapeutic process in an original and succinct way. Furthermore, the seven components of the CPM model are considered in relation to the neurosciences (evolution of the animal brain to the human brain).

À quelle psychothérapie avons/aurons-nous droit ?

Efficacité, accessibilité et données probantes

Résumé de la table ronde, animée par Alain Mercier, psychologue et réunissant Conrad Lecomte, Ph.D., Marc-Simon Drouin, Ph.D., Johanne Cyr, M.D. et Gilles Delisle, Ph.D.

Jean-Pierre LANTHIER

Résumé

Lors de la Table ronde du colloque de l'Association Québécoise de Gestalt, tenu à Montréal en avril 2014, quatre psychothérapeutes de grande renommée ont débattu de la situation inquiétante découlant de la diffusion puissante et de plus en plus tentaculaire d'informations biaisées relativement à la supériorité des certaines approches de psychothérapie à la lumière de prétendues *données probantes*. Conséquemment, l'accessibilité aux autres approches en souffre. Conrad Lecomte a démontré clairement que la méthodologie des *essais cliniques randomisés* (ECR), devenue la référence pour démontrer la prétendue supériorité de certaines formes de *traitements supportés empiriquement* (TSE) et tout particulièrement les thérapies cognitives comportementales (TCC), biaise complètement l'essence même de la relation thérapeutique et ignore totalement le facteur clé de l'efficacité relié au thérapeute lui-même. Marc-Simon Drouin a souligné les ravages de la tendance lourde en faveur des TCC qui a des répercussions très conséquentes sur l'attribution des fonds de recherche et sur les choix des étudiants de telle approche de psychothérapie, moins exigeante en terme de durée d'études. D^{re} Johanne Cyr tout en pratiquant une forme de psychothérapie humaniste a rappelé que les besoins populationnels en santé mentale toujours en croissance et les pressions budgétaires énormes qui en découlent contraignent gouvernements et assureurs dans leurs choix. Gilles Delisle enfin a proposé un plan d'action pluridimensionnel de mobilisation voire de combat pour assurer une place plus représentative des approches psychodynamique et humaniste.

Invitation lancée par l'Association Québécoise de Gestalt le 4 avril 2014:

Parmi l'ensemble des données probantes reconnues, certaines formes de psychothérapie sont présentées comme étant supérieures à d'autres, et ce, à l'encontre des faits scientifiques bien établis. Elles sont généralement de format court et suivent un déroulement codifié par un manuel de traitement. Ces modèles reçoivent l'approbation de plus en plus exclusive des médecins, de divers tiers payeurs, de même que de plusieurs établissements du réseau de la santé. Ils bénéficient à tort d'un biais scientifique, se voyant qualifiés de « traitement de choix », voire de seul traitement valide pour plusieurs problématiques. Cette reconnaissance porte en elle plusieurs possibilités de préjudices tant à la profession qu'à la population en quête de soins. L'éventail des traitements valides est mis en péril. L'accessibilité aux soins se restreint. Il est aussi possible que cette tendance aura de l'impact sur les formations reconnues en mettant l'accent sur les techniques et en évacuant la relation thérapeutique. Différents effets qui nécessitent une réflexion et une prise de position responsable de l'ensemble des thérapeutes.

Quatre panélistes, psychothérapeutes de renom en ont débattu au cours de la Table ronde du dernier colloque de l'AQG, tenu à Montréal le 4 avril 2014.

Plus de 160 personnes ont participé à la Table ronde pour la protection de l'accès du public aux différentes approches en psychothérapie. Des membres, et un grand nombre de participants non membres, ont répondu « Présent! » et apportent leur coup d'épaulé à l'énorme roue que nous tentons de faire bouger.

N'Y A-T-IL QU'UNE FORME DE PSYCHOTHÉRAPIE EFFICACE?

Premier questionnement avec **Conrad Lecomte, Ph.D.**, psychologue, professeur titulaire à la retraite de l'Université de Montréal (U de M) et professeur associé à l'Université de Sherbrooke ainsi qu'à l'Université de Paris 8.

Dès qu'on a une orientation théorique pour traiter du sujet de l'efficacité de telle ou telle approche en psychothérapie, la couleur change. Chacun des groupes théoriques arrive à prétendre que son approche est efficace à 68 % ou plus. Pour comprendre les incohérences que ces données véhiculent, Conrad Lecomte nous invite à plonger dans le caractère scientifique des données probantes. Tous les intervenants sont d'accord pour affirmer qu'il y a une nécessité d'avoir, en psychothérapie, une pratique fondée sur des données probantes. La question est de savoir lesquelles sont valables et de bien comprendre quels « traitements supportés empiriquement » (TSE) sont davantage un carcan qu'autre chose.

Perspective historique et scientifique

Des éléments de contexte historique et scientifique nous aident à mieux comprendre. D'abord, dès 1972, une première méta-analyse a été publiée dans le domaine de la psychothérapie. Dès 1975, on a établi que la psychothérapie était efficace. On avait déterminé que les différentes formes de psychothérapie étaient équivalentes dans l'essentiel. Tout comme c'est le cas aujourd'hui, on assistait à une montée de l'éclectisme et des approches intégratives.

Mais au début des années 90, l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments pour traiter les troubles de l'humeur (Prozac et compagnie) a créé une véritable onde de choc. La psychiatrie biologique a soulevé l'espoir de régler tous les problèmes avec la médication.

En corollaire, la psychothérapie a commencé à traverser une véritable crise. Aux États-Unis, on a assisté, à cette époque, à une baisse très forte de la psychothérapie. Aussi, on s'est posé la question « comment faire pour survivre ? ». En 1995, la division 12 (*Society of Clinical Psychology*) de l'*American Psychological Association* (APA) a mis sur pied un comité qui s'est penché sur cette question d'efficacité. Ils ont démarré un énorme mouvement et ils ont dit que pour survivre, il fallait faire comme en médecine et la *Federal Drug Administration* (FDA), soit faire des essais cliniques randomisés, et ce pour chacun des problèmes cliniques. Ainsi, au lieu de parler d'approches, on allait parler de problèmes précis. En agissant ainsi, on a changé complètement le modèle épistémologique en adoptant le modèle médical. C'est un virage majeur qui s'opère à ce moment-là.

Malgré cela, l'APA réagit rapidement en 2006. Puis encore en 2012, l'ensemble de l'APA (incluant plusieurs autres divisions en plus de la division 12) a adopté une position contraire à l'approche des TSE, affirmant la nécessité d'une pratique, certes fondée empiriquement, mais devant intégrer des résultats de recherche les plus probants en lien avec l'expertise clinique et en tenant compte des caractéristiques du patient, de sa culture et de ses préférences. Dans cette position de l'APA, il y a une affirmation que la psychothérapie est enracinée dans l'alliance thérapeutique entre le client et le thérapeute. De plus, on insiste pour dire que la psychothérapie vise un changement de personnalité, non seulement pour réduire les épisodes symptomatiques, mais aussi améliorer la qualité de la vie.

Hégémonie des traitements supportés empiriquement (TSE)

Malgré cela, la force d'influence des TSE est demeurée considérable. Aux États-Unis, en Grande-Bretagne, en Allemagne, en Belgique et en France, on reconnaît les TSE comme les seuls traitements

appuyés scientifiquement. Ces TSE ont le haut du pavé et font l'objet quasi exclusif de subventions à la recherche. Les départements de psychologie les enseignent en priorité. Les instances publiques s'y réfèrent, voire les exigent. Plusieurs d'entre nous se sont fait demander par la CSST, la SAAQ ou l'IVAC¹, etc. s'ils utilisaient la thérapie cognitive comportementale (TCC), sans quoi leurs services ne seraient pas retenus.

La problématique tient essentiellement à ce que, sur le site Internet de la division 12 de l'APA, on recommande aux usagers les psychothérapies qui respectent les « *standards scientifiques d'efficacité* ». Une liste de traitements supportés empiriquement (TSE) est alors présentée comme respectant ces standards. Il est mentionné que les psychothérapies qui ne sont pas sur cette liste n'ont pas de données scientifiques !

Essais cliniques randomisés

La question est de savoir ce qu'est un traitement thérapeutique supporté empiriquement. Le standard par excellence de rigueur scientifique qui domine maintenant ce sont les *essais cliniques randomisés* (ECR). De façon plus concrète, les critères pour répondre à ce standard sont très étroitement définis: échantillon raisonnable de 25 sujets par groupe, utilisation d'un manuel ou possibilité de vérifier l'adhésion au protocole de traitement, population clinique de clients définie par des critères d'inclusion spécifiques (*DSM*)², durée à court terme (16 séances), utilisation de mesures de résultats valides et fidèles et, enfin, analyses statistiques appropriées. On réalise tout de suite que plusieurs recherches, avec des approches humanistes ou psychodynamiques, ont de la difficulté à appliquer ces critères.

En outre, quand on fait un tel essai clinique randomisé, cela exige un groupe de thérapeutes *uniformes* (sic) comparés à un autre groupe de thérapeutes *uniformes*. Mais en plus, de tels essais cliniques randomisés exigent d'exclure la comorbidité. Or, comme le rappelle Conrad Lecomte, à l'heure actuelle, soixante-huit pour cent (68 %) des clients qui se présentent en clinique ont des profils de comorbidité. Donc, voici un très gros obstacle pour la généralisation des résultats de ces ECR.

Ainsi, avec ces paramètres très spécifiques de données probantes, on ne se surprend pas d'apprendre que la division 12 de l'APA indique que les traitements de TCC s'avèrent les plus efficaces (catégorie 1 d'efficacité). Soumises à ces mêmes paramètres

¹ CSST (Commission de la santé et de la sécurité au travail), SAAQ (Société de l'Assurance automobile du Québec), IVAQ (Indemnisation des victimes d'actes criminels)

² *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5.*

d'ECR, les thérapies humanistes, au mieux, obtiennent une efficacité de niveau 2, soit une efficacité probable.

Dans ce contexte, on pourrait se demander comment Jonathan Shedler (2010) peut prétendre que les thérapies psychodynamiques peuvent être efficaces. Bohart et Greenberg (1997), quant à eux, revendiquent une très grande efficacité pour les approches humanistes.

Comment s'y retrouver ?

Conrad Lecomte rappelle que, comme il le mentionnait au départ, tout dépend de l'orientation théorique de l'auteur ou des auteurs qui font l'étude. Mais il y a plus. Il y a les enjeux méthodologiques. On ne compare pas les mêmes choses. Un grand nombre de thérapies ont été validées par comparaison à des groupes qui n'ont pas reçu de traitement ou qui sont sur des listes d'attente. Ou encore, elles ont été comparées à des *traitements as usual (TAU)*, c'est-à-dire comparées à des traitements dispensés par des thérapeutes qui ne sont pas encadrés et qui font ce qu'ils veulent, c'est-à-dire à des traitements *non bona fide*, soit non définis. Le test ultime, c'est quand on les compare à des traitements *bona fide*, soit des traitements bien définis, bien structurés. Or, c'est la révélation ultime tirée des nombreuses analyses menées par Conrad Lecomte : quand on les compare à des traitements *bona fide*, il n'y a véritablement pas de différences entre les approches. Il faut aussi s'assurer que le nombre de séances considéré est comparable.

Remise en doute des analyses quant à l'efficacité des approches

Sur la base des *essais cliniques randomisés* (ECR), les TCC s'avèrent vraiment supérieures. Est-ce que c'est cela la science ? C'est la grande question à laquelle plusieurs ne s'arrêtent pas. D'autres points à considérer : des échantillons de patients hétérogènes vs des échantillons standards, des interventions non précisées vs des interventions décrites dans un manuel. On peut se demander aussi si les résultats de ces ECR durent dans le temps.

Conrad Lecomte illustre également comment deux postulats de base des ECR posent des problèmes sur le plan de la recherche scientifique. Le premier postulat des ECR exige qu'on traite un *problème précis* et isolé pour que l'étude soit valide et que le traitement soit considéré comme efficace. Or, selon la recherche de Westen, Novotny et Thompson-Brenner (2004), pour quarante-cinq pour cent (45 %) des clients, on n'arrive pas à définir de façon claire le diagnostic selon les critères du *DSM*. Cette donnée montre combien la validité des ECR est biaisée. En plus, alors que pour ces ECR, il doit y avoir exclusion de la comorbidité, plus de 65 % des

clients se présentant dans nos cliniques ont des profils de comorbidité. Donc, 65 % des clients doivent être exclus des ECR. Cela pose un autre problème fondamental au plan méthodologique. Il y a beaucoup d'exclusions de sujets lors des essais cliniques randomisés.

Le deuxième postulat à considérer pour les ECR est la *malleabilité*. En d'autres mots, en 16 séances, on peut changer les gens sans problèmes. Il faut reconnaître que le taux de succès qu'ils ont avec les TCC est assez surprenant. Par ailleurs, il faut aussi apporter beaucoup de nuances. Ainsi, le taux de rechute est élevé après un an ou deux, pour la majorité des problèmes traités. Selon Lambert (2013), 50 % des clients ont besoin de 21 séances pour un changement significatif; 75 % ont besoin de plus de 52 séances. Howard, Moras, Brill, Martinovich et Lutz (1996) ont démontré, sur le terrain, que le traitement de plus d'un an est plus efficace. Avec des troubles de la personnalité, 50 % des clients ont besoin de deux ans pour connaître une amélioration significative. Il n'en reste pas moins que les TCC obtiennent des résultats impressionnants après 16 séances.

Des données en Écosse et en Suède qui viennent invalider l'efficacité des TCC

En Écosse, huit études, faisant état d'un suivi de 2 à 14 ans auprès de patients ayant reçu un traitement pour l'anxiété, les troubles panique et les troubles du syndrome post-traumatique, révèlent que, pour 50 % d'entre eux, le diagnostic initial est toujours présent. Certains d'entre eux ont même connu une détérioration de leur état. En Suède, un suivi sur 10 ans fait ressortir peu de maintien, voire un recul pour les TCC dans le traitement des troubles anxieux et de la dépression.

Selon l'étude de Wampold (2001), lorsque les traitements comparés sont *bona fide* (donc précis et structurés), avec des visées thérapeutiques, et appliqués par des thérapeutes compétents dont l'allégeance théorique est contrôlée, on trouve une efficacité équivalente des différents traitements, tant pour les adultes que pour les enfants.

Quelques résultats déroutants pour toutes les approches

Quel que soit le traitement offert :

- 30 à 40 % des clients abandonnent ou ne rapportent pas de changements significatifs.
- 5 à 15 % vivent des expériences de détérioration (Hansen, Lambert, & Forman, 2002; Lambert, Benjamin, & Ogles, 2004).

Conclusion de Conrad Lecomte pour l'ensemble des recherches

Concernant l'efficacité de la psychothérapie, les facteurs généraux (contextuels) sont extrêmement importants, les facteurs reliés au thérapeute sont également très importants. Selon la recension des recherches menée par Conrad Lecomte, le facteur *thérapeute* explique davantage la variabilité des résultats obtenus que les *traitements* spécifiques. Or, la majorité des recherches ignore le facteur *thérapeute*.

Selon Wampold et Brown (2005), lors d'une étude recouvrant 581 thérapeutes et 6 146 clients, le type de traitement explique 0 % de la variance, le thérapeute 8 % et la médication 1 % !

Après lecture de cette analyse très rigoureuse, Conrad Lecomte a été emmené à se poser la question suivante : *qui sont les thérapeutes efficaces ?* En somme, selon lui, nous devons avoir des *thérapeutes supportés empiriquement*. Et, pour cela, nous avons besoin de répondre à la question : *qu'est-ce qu'un thérapeute efficace fait ?* Il semblerait qu'un certain nombre d'entre nous obtiendraient, de façon soutenue, des résultats supérieurs à d'autres. Il semblerait que les thérapeutes efficaces seraient une minorité ! Il est temps qu'on réfléchisse à cela et qu'on sorte de la guerre des clochers des différentes approches qui ne mène nulle part.

LA FORMATION DES PSYCHOTHÉRAPEUTES

Second questionnaire avec **Marc-Simon Drouin, Ph.D.**, psychologue, directeur du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM).

En présentation de ce volet de la table ronde, l'animateur Alain Mercier rappelle l'anecdote suivante :

Déjà en 1999, devant la montée des traitements basés sur les évidences, Otto Kernberg, psychanalyste de grande renommée faisait état qu'en ce qui concerne les approches relationnelles, il constatait une difficulté à maintenir un nombre suffisant de thérapeutes qui désiraient se former dans ces approches moins dans la couleur du temps. En mettant l'accent sur les données probantes, des responsables de programmes d'aide aux employés (PAE) et des assureurs pouvaient décider, sans fondement scientifique, de ne rembourser que les TCC. Est-ce que cela pourrait avoir pour effet de réduire l'attention portée à la qualité de la relation, tant dans ce que la relation a comme impact dans les résultats positifs d'une psychothérapie, que dans l'enseignement du métier de psychothérapeute ?

Outre la qualité de la relation, certaines compétences sont nécessaires à l'exercice de la psychothérapie. Est-ce que les formations actuelles, universitaires et privées, permettent de former des thérapeutes compétents, capables de juger des aspects scientifiques de la pratique?

Selon Marc-Simon Drouin, les programmes universitaires sont « *shrinkés* ». Ainsi, les programmes se sont beaucoup rétrécis. On assiste à une espèce de dérive dans la structure des programmes de formation dans les départements de psychologie.

Ainsi, la Société canadienne de psychologie (SCP) exige un droit de regard pour accréditer un programme universitaire. Or, dans leurs critères pour l'accréditation, ils exigent que les programmes offerts dans un département soient uniformisés. Par conséquent, au baccalauréat, tous les étudiants doivent suivre le même tronc commun de cours. Cependant, au département de psychologie de l'UQÀM, on encourage encore la pluralité des approches en psychothérapie. On y maintient huit sections/approches distinctes, car on ne veut pas y former des techniciens, mais plutôt y former des gens en mesure de connaître les fondements épistémologiques de chacun des grands modèles. L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) a déjà songé à proposer, à l'instar de la SCP, une approche uniforme. Mais après de longues discussions/représentations, ils ont finalement reculé.

Même si la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (connue comme le projet de loi no 21) est apparue comme une solution à de très nombreux problèmes pour la pratique de la psychothérapie, on peut commencer à entrevoir que, si nous ne sommes pas vigilants, il peut y avoir des effets pernicieux dans son application. Ainsi, la formation en psychologie, pour devenir psychothérapeute, n'est pas équivalente à celle qui est exigée pour les conseillers d'orientation ou pour les travailleurs sociaux, par exemple. À l'UQÀM, le programme de formation en psychologie clinique exige 2 400 heures, alors que dans d'autres disciplines (orientation, sexologie, travail social), on n'exige que 600 heures.

D'autres dérives sont observées. Des conseillers d'orientation, dans les CÉGEPS³, déconseillent aux étudiants d'entreprendre une formation en psychologie, car les exigences minimales, pour devenir psychologue, sont de trois ans pour le baccalauréat plus six années (minimum) pour le doctorat. Ainsi, en 2013-2014, une conséquence bien concrète a été observée : pour la première fois à

³ Au Québec, Collèges d'enseignement général et professionnel.

l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), il y a eu plus d'inscriptions en psychoéducation qu'en psychologie. Comme on peut le comprendre, les gens s'orientent vers des programmes à court terme. Qu'est-ce qu'on y apprend? Évidemment des approches à court terme.

Une autre dérive observée se situe au niveau de la recherche. Ce serait intéressant de faire, par exemple, de la recherche, auprès des clients, sur le phénomène d'abandon en thérapie. Or, pour ce genre de recherches, il n'y a pas de subventions. En fait, il n'y a pas de fonds de recherche pour des approches à long terme. C'est impossible d'en obtenir, car le système des subventions exige que la recherche doive déboucher rapidement sur une publication. Pas de publication, donc pas de subvention. Une autre conséquence, soulignée par Marc Simon Drouin, c'est qu'il ne reste presque plus de professeurs d'orientation humaniste. Par ailleurs, en consultant le catalogue des formations accréditées par l'OPQ, on constate que 90 % d'entre elles sont des formations d'orientation cognitive comportementale. Aussi, on peut observer, au cours des dernières années, une diminution notable des centres privés de formation à la psychothérapie à long terme (humaniste ou psychodynamique). Selon Marc-Simon Drouin, il ne reste que trois ou quatre centres de cette nature au Québec.

Pour ce directeur de département universitaire de psychologie, il y a plusieurs variables qui ont pourtant fait l'objet de recherches rigoureuses et qui ont pu valider des processus que seules des approches à long terme permettent de mettre en place: l'alliance thérapeutique, la cohésion du groupe en psychothérapie de groupe, les ententes thérapeute-client sur les objectifs, la collaboration, le regard positif et chaleureux du psychothérapeute, la congruence et l'authenticité de celui-ci, la cueillette de la rétroaction du client, la réparation des ruptures d'alliance et la gestion des contre-transferts.

RÉACTIONS DES PANÉLISTES AUX PROPOS DE CONRAD LECOMTE ET DE MARC-SIMON DROUIN

Gilles Delisle, en écho à la présentation de Conrad Lecomte, émet une mise en garde à l'endroit des participants. Il précise qu'en raison de la très grande complexité des recherches, il ne faut pas attendre la conclusion du long processus qui sera nécessaire pour faire reconnaître la validité des approches à long terme avant de prendre les dispositions pour assurer la survie du pluralisme des approches en psychothérapie. Concernant les propos de Marc-Simon Drouin relativement aux dangers que représentent les programmes axés sur les approches à court terme dans les départements de

psychologie, Gilles Delisle entrevoit qu'une université pourrait bientôt offrir un programme de maîtrise en psychothérapie après un baccalauréat en sciences humaines.

Pour D^{re} Joanne Cyr, psychiatre, la présentation de Conrad Lecomte est vraiment éloquente. Le problème, selon elle, en est un de marketing des données fort précieuses de recherches sur le terrain qu'il a mises à notre disposition. Elle trouve très dommage que ses enseignements ne soient pas donnés aux résidents en psychiatrie. D^{re} Cyr fait état de certaines observations, en qualité de chef médical du Programme des troubles anxieux et de l'humeur à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal où il y a un centre de recherche sur le trauma. Or, quand on tente d'y diriger des patients souffrant d'un trouble de stress post-traumatique, ces patients sont exclus, car ils ne répondent pas aux critères de recherche ! D^{re} Cyr rapporte qu'au moment où elle a commencé sa formation en psychiatrie, on établissait que les antidépresseurs avaient un taux d'efficacité de 80 à 90 % avec la méthodologie *essai clinique randomisé* (ECR, donc de niveau I. Cependant, dans les années 2000 est arrivée l'étude *Star*D* ou *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression Study* (2001-2006), une étude *naturaliste*, avec des patients traités dans des cliniques de première ligne et des cliniques externes de psychiatrie, et chez qui on avait établi un diagnostic de dépression majeure. On a suivi ces patients sur une période de sept ans, avec quatre étapes de traitement balisé (surtout pour vérifier les effets pharmacologiques). Le taux de rémission, au terme de quatre étapes de traitement, n'est plus de 90 %, mais d'à peine 60 %, voire 53 % (après révision des analyses statistiques). Pour Joanne Cyr, cela prendrait une étude comme *Star*D*, de type naturaliste, pour la psychothérapie.

D^{re} Cyr, faisant partie du comité de psychothérapie au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, note qu'il y a eu un désintérêt pour la psychothérapie au cours des années 1990-2000. Mais, depuis l'avènement de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, il y a uniformisation de la formation à la psychothérapie avec les mêmes barèmes de nombre d'heures que l'OPQ, même si en psychiatrie, les règles sont celles du Collège des médecins et chirurgiens du Canada. À son arrivée au comité de psychothérapie, il y avait cinq modalités enseignées : TCC, psychodynamique, systémique (familiale et de groupe), thérapie de soutien et intervention de crise. D^{re} Cyr a ajouté l'approche humaniste en complémentarité à l'approche de soutien, car cette approche avait été complètement évacuée. Joanne Cyr souligne également qu'il faut être vigilants et trouver

des solutions pour mieux vendre et faire la diffusion des approches relationnelles.

Conrad Lecomte réagit, à son tour, aux propos de Joanne Cyr concernant la nécessité de publiciser, de faire le marketing des études montrant les failles des *essais cliniques randomisés* (ECR) en psychothérapie. En effet, la position de l'APA est très claire et affirme, déjà en 2012, que les différentes approches en psychothérapie sont équivalentes. Leur position écrite et publicisée est claire. Ce qui fait la différence, c'est le thérapeute et l'alliance thérapeutique. Le professeur Lecomte rappelle que, déjà, l'étude *Star*D* montrait qu'à long terme les TCC avaient un taux de rechute important dans les cas de dépression et cela est connu. Cependant, il n'en reste pas moins que les TCC, avec les ECR, ont frappé au point de départ un grand coup, un coup très fort, en utilisant une méthodologie du monde médical. Conséquemment, malgré les recherches récentes qui en montrent les failles, le préjugé favorable persiste dans l'esprit des gens et des décideurs (tiers payeurs et médecins, entre autres). De plus, les humanistes, tels que Greenberg et Watson (2005) et les praticiens d'orientation psychodynamique, s'orientent vers cette méthodologie des *essais cliniques randomisés* pour démontrer l'efficacité de leur approche. Mais il y a un problème épistémologique très profond, car quand vient le temps d'évaluer les résultats, ils doivent s'en tenir aux symptômes. Et cela ne leur rend pas suffisamment justice par rapport à la complexité des effets des psychothérapies humanistes et psychodynamiques.

Comme l'a mentionné plus tôt Marc-Simon Drouin, ce qu'on sait de façon certaine, non pas avec des *essais cliniques randomisés*, mais avec des recherches bien validées, c'est l'importance, quelle que soit l'approche, de *l'alliance*, et de la capacité de *la restaurer*. On sait cela. C'est connu. Mais le modèle médical a tellement d'attrait et de pouvoir que l'Ordre des psychologues est tombé dans le piège quand ils ont décidé de nommer les compétences par problème. Quels sont les problèmes que vous pouvez traiter? On a médicalisé notre profession.

Ce qui va nous aider, selon lui (ici, Conrad Lecomte admet son biais personnel et met de côté son objectivité scientifique), ce sont les études des effets à long terme. Car les TCC ont beaucoup de difficulté à maintenir leurs effets à long terme et manifestent un taux de rechute plus élevé.

L'ACCÈS À LA PSYCHOTHÉRAPIE ET L'ORGANISATION DES SOINS

Troisième questionnement avec Joanne Cyr, M.D., psychiatre, chef médical du programme des troubles anxieux et de l'humeur - Volet trouble de la personnalité, à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Au Québec, en santé mentale, avons-nous un système de médecine à deux vitesses? Est-ce que, pour les gens qui viennent au public, peu importe leur problématique, il n'y aurait qu'un seul type de traitement, par exemple 16 rencontres, peu importe la gravité? Cela pose le problème de l'accessibilité. La psychothérapie a un prix. Quelle posture peut-on prendre pour rendre la psychothérapie accessible?

D^{re} Cyr, rattachée à l'Institut universitaire en santé mentale de l'U de M, œuvre également dans un CLSC⁴ en tant que psychiatre consultante aux services de première ligne. À ce titre, elle est bien placée pour répondre aux questions concernant l'accessibilité aux soins. Qui a accès aux soins? Qui a accès à la psychothérapie?

On sait que les coûts sociaux et les coûts économiques liés aux troubles de l'humeur sont très importants, car ce sont ces troubles qui ont la plus grande prévalence, selon les études populationnelles. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoit que, d'ici 2020, la dépression arrivera au deuxième rang comme principale cause d'invalidité, et ce, à l'échelle de la planète. Au Canada, les coûts des invalidités dues à la maladie mentale pourraient bientôt dépasser les coûts des invalidités liées aux maladies cardiaques. Ainsi, on estime que l'économie canadienne perd près de 30 milliards de dollars annuellement, en raison des problèmes de santé mentale. Compte tenu de l'ampleur de ces coûts, cela interpelle beaucoup les gens, les assureurs, les employeurs, etc.

D^{re} Cyr rapporte que, selon les données de la RAMQ⁵, de 2005 à 2009, les coûts reliés aux antidépresseurs sont passés de 118 millions à 128 millions de dollars annuellement. Une autre donnée concernant le traitement de la dépression: la durée du traitement pharmacologique était inférieure à huit mois, et ce, sans visite du médecin. Donc sans suivi médical, essentiellement parce que les omnipraticiens ne sont pas disponibles pour faire des interventions de soutien. Avec toutes ces sommes que coûtent ces problèmes de santé mentale, il est tout à fait normal que les tiers payeurs (assureurs, Ministère de la Santé, PAE, etc.) veuillent savoir comment l'argent est dépensé. C'est légitime. Elle-même, en qualité de

⁴ Au Québec, Centre local de services communautaires.

⁵ Régie de l'assurance maladie du Québec.

responsable de programme à l'Institut universitaire en santé mentale, veut être informée de l'évolution du traitement pour tel ou tel patient. C'est normal d'évaluer ce qui se passe dans un suivi.

Elle parle de son travail clinique au programme des troubles anxieux et de l'humeur - volet trouble de la personnalité, avec une clientèle essentiellement lourde. Ces patients sont en arrêt de travail depuis des années (trois, quatre, voire cinq ans) et l'équipe de soins travaille avec les assureurs. Avec une approche d'équipe, *one team*, il y a collaboration avec les assureurs, les services de ressources humaines des entreprises et des firmes privées de réadaptation, avec un plan de réinsertion au travail à long terme. Et l'équipe de Joanne Cyr travaille, non pas avec un modèle TCC, mais bien un modèle humaniste intégratif inspiré de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO.) D^{re} Cyr ajoute qu'en ce qui concerne l'accessibilité à la psychothérapie, depuis trois ans, les guichets d'accès ont été décentralisés aux CLSC. D'un CLSC à l'autre, évidemment selon les règles de gouvernance propres à chacun, les modalités d'accès peuvent varier. Mais, il y a nécessairement plusieurs mois d'attente avant que le patient soit évalué et que sa psychothérapie démarre. L'attente peut durer jusqu'à deux ans.

D^{re} Cyr termine en rappelant qu'en ce qui concerne les stratégies populationnelles, les critères de durée et d'efficacité constituent des attraits très importants pour les assureurs et les gouvernements. Et nous devons en tenir compte. S'il y a 50 000 personnes au Québec qui sont en détresse psychologique et qu'il existe une approche qui peut en traiter 50 et l'autre 500 dans une même période de temps, le choix risque de s'imposer de lui-même.

LES SOLUTIONS, ORIENTATIONS ET ORGANISATIONS À FAVORISER

Quatrième questionnement avec **Gilles Delisle, Ph. D.**, psychologue, directeur de la formation clinique au Centre d'Intégration Gestaltiste (CIG) à Montréal

En face de toutes ces réalités, qu'est-ce qu'on fait, nous, les psychothérapeutes relationnels? Quels genres de solutions adopte-t-on pour ne pas se faire mettre de côté par un courant économique idéopolitique? Bref, comment peut-on survivre dans tout cela?

Au point de départ, Gilles Delisle énonce une déclaration de précaution en qualité de président du Conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie. Ce n'est pas à ce titre qu'il prend la parole à cette table ronde, mais en son nom propre, Gilles Delisle et à titre de directeur du CIG.

Il a eu une réaction quand on l'a invité à cette table ronde, car voilà 10 sinon 15 ans que cela se discute; d'ailleurs, Conrad Lecomte lui en parle depuis 40 ans. Les constats ne sont pas nouveaux, mais les chiffres sont nouveaux, et la situation problématique mieux étayée par de nouvelles données. Mais nous ne sommes pas plus scandalisés qu'avant. Aussi, Gilles Delisle ne veut pas uniquement participer à une *ligue du vieux poêle* ou à une *anti-chambre*, comme les analystes des matchs de hockey. Il veut lancer aux psychothérapeutes présents au colloque le défi suivant: *Faisons quelque chose ou sinon, laissons-nous et mourrons tranquillement!*

Gilles Delisle avoue avoir été, en quelque sorte, pris au piège, en acceptant l'invitation d'Alain Mercier de proposer des solutions. Mais, bon joueur, il a accepté et il a pensé à des pistes d'action qu'il veut soumettre à l'attention des gens, et ce même si se mobiliser pour passer à l'action, ce n'est pas le propre des psychothérapeutes, qu'ils soient d'allégeance humaniste ou psychodynamique.

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (l'INESSS)

Le Commissaire à la santé et au bien-être, dans son rapport 2012, intitulé *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux: Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, énonce, entre autres, la recommandation suivante: *diversifier le panier de services assurés dans le secteur de la santé mentale en garantissant un accès équitable à des services de psychothérapie aux personnes qui les nécessitent.*

Afin de donner suite à ces recommandations, le ministre de la Santé et des Services sociaux a demandé à l'INESSS (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux) d'examiner les données scientifiques sur l'efficacité de la psychothérapie relativement à certains problèmes de santé mentale, d'évaluer les différentes modalités d'accessibilité implantées dans différentes juridictions (provinces et pays) et d'évaluer l'impact financier de la couverture élargie des services de psychothérapie dans le panier de services. Si les approches qui sont réputées, à l'intérieur d'une vaste légende urbaine, être les seules qui démontrent leur efficacité, il est un peu tard pour se réveiller. Gilles Delisle ignore où en sont ces travaux-là, mais le dépôt est attendu au printemps 2014!

Le marketing de la science ou la science du marketing

Gilles Delisle évoque quelques constats que le président de *l'International Society for Psychotherapy Research*, George Silberschatz, évoquait l'an dernier dans une entrevue (Bullard, 2013):

- Nous sommes passés de l'«*Evidence based treatment*» à l'«*Evidence based marketing*».
- Les manuels sont essentiellement inutiles pour les cliniciens.
- Il n'existe aucune donnée établissant qu'une forme de psychothérapie est meilleure qu'une autre.
- Malheureusement, la recherche n'a pas donné aux cliniciens et aux praticiens grand-chose à utiliser.

Pistes de solutions proposées par Gilles Delisle pour la sauvegarde du pluralisme scientifique et clinique

Voilà déjà un certain temps que Gilles Delisle réfléchit à cette problématique. En octobre 2012, il a déposé une proposition au Congrès des psychologues, proposition proprement appuyée et adoptée à l'unanimité par l'assemblée générale des membres de l'OPQ. Cette proposition concernait l'inscription au bottin des psychologues qui indique, pour chacun d'eux, son orientation théorique. En somme, ce bottin met à la disposition de tiers payeurs (assureurs et autres décideurs) une information qu'ils sont incapables de comprendre. Quand ils voient TCC, c'est comme s'ils voyaient le St-Graal ! Quand ils voient psychologie humaniste, c'est comme s'ils voyaient «*lecture des chakras et des feuilles de thé*», quand ils voient psychodynamique, c'est comme s'ils voyaient un divan.

Mettre cette information dans les mains d'un assureur ou d'un médecin qui n'est pas formé à la psychothérapie, cela est presque l'équivalent d'une disqualification d'une partie de la profession et d'une glorification d'une autre partie de cette même profession. Gilles Delisle ajoute qu'il n'y aurait pas de problèmes avec cela, dans la perspective où ces informations soient vraies par ailleurs. Conrad Lecomte a démontré que rien ne permet de croire que la faveur dont jouissent les TCC soit assise scientifiquement et Silberschatz vient de nous répéter la même chose.

Gilles Delisle mentionne qu'après l'adoption à l'unanimité de sa proposition verbale à l'assemblée générale en octobre 2012, il a déposé au conseil d'administration de l'OPQ, en novembre 2012, un mémoire personnel au sujet de cette proposition (mémoire qui se retrouve sur le site de l'AQG et sur celui du CIG). Subséquemment à cette démarche, le CA de l'Ordre a écarté cette proposition.

Gilles Delisle explique que son énergie pour faire toute cette démarche lui est inspirée par le récit de plusieurs psychothérapeutes qui lui racontent des histoires d'horreur : des médecins qui réfèrent systématiquement en TCC, pire encore des médecins qui disent à des patients de mettre fin à une thérapie qui n'est pas

d'approche TCC. C'est une intrusion tout à fait déloyale et non fondée dans un processus clinique. Cette intrusion cause préjudice à des personnes que nous sommes censés servir. Dans le sillage des réponses de l'OPQ, Gilles Delisle a bien eu un échange téléphonique avec le Secrétaire général de cet organisme. Une réponse du Secrétaire général devait paraître dans une de ses chroniques de *Psychologie Québec*. À ce jour, il n'y a aucune trace de cette réponse. Entre-temps, on a dit à Gilles Delisle: « vous pouvez refuser de mettre votre orientation théorique ». Cela reste dans le flou comme indication formelle de l'OPQ par rapport à cette problématique. On a aussi rappelé que les psychologues et psychothérapeutes peuvent refuser d'inscrire leur orientation théorique. À ce moment-là, il y aurait un fort risque de perceptions défavorables de ceux qui auraient choisi de ne pas mettre cette inscription de leur orientation théorique, comme s'ils étaient gênés de la révéler.

Nouvelles pistes de solutions pour la sauvegarde du pluralisme scientifique et clinique

Il y a réellement péril qu'à plus ou moins brève échéance, des approches qui ont constitué l'assise honorable de la psychothérapie, depuis cent ans, risquent de passer à la trappe de l'oubli ou de devenir quelque chose qui fasse partie d'un folklore ancien, qu'on aime bien, mais qui n'est pas probant. Ce qui est strictement et rigoureusement faux. Mais la légende urbaine dont parle Shedler (2010) tourne autour de cela. Ces opinions se répètent d'un administrateur de santé à un autre, et c'est repris souvent dans les universités. C'est sidérant de constater que des personnes qui devraient avoir une formation scientifique et un souci de communication rigoureuse puissent répéter inlassablement cette contre-vérité, qui, au bout du compte, est un véritable scandale scientifique et clinique.

Par conséquent, voici quelques idées proposées par Gilles Delisle et mises sous forme d'actions, afin d'assurer que, dans cinq ans, nous ne soyons pas disparus ou que nous nous répétons simplement les mêmes constats, mais avec de nouveaux chiffres.

Cette séquence va de la plus légère des stratégies à la plus engageante et dérangeante (du vert au jaune, au rouge et au noir) :

- **QUESTIONNER (vert)**
 - Faire collectivement un suivi de la proposition de Gilles déposée à l'assemblée générale 2012 de l'Ordre des psychologues et du mémoire déposé au conseil d'administration en novembre 2012.
 - Est-ce que l'OPQ reconnaît l'existence du problème étayé par la présentation éloquent de Conrad Lecomte?

- S'estime-t-il concerné par le problème ?
- Si c'est le cas, l'OPQ a-t-il un plan d'action ?
- Concernant les études de l'INESSS devant être mises à jour sur les bases scientifiques des diverses formes de traitement:
 - À cet Institut, est-on informé des données scientifiques concernant l'efficacité éphémère des TCC ? Sait-on que, d'après les études citées par Conrad Lecomte et en lien avec l'étude Star*D dont nous a parlé Joanne Cyr, l'intervalle de rechute est d'environ de trois à quatre mois après la fin d'un traitement TCC ?
 - Est-on informé de la durabilité des résultats obtenus par d'autres approches ? Par exemple, après un traitement psychodynamique, il est bien documenté que, pour plusieurs types de troubles, au lieu d'avoir une rechute dans les quatre mois après la fin du traitement, on a une augmentation de la taille d'effet ?
 - Est-on informé des situations vécues en Suède, en Écosse et ailleurs ? Par exemple, en Suède à partir de 2008, on ne remboursait que les traitements TCC. Or, devant l'évidence du caractère éphémère des résultats, on a renversé la politique à partir de 2012.
- **DOCUMENTER (vert)**
 - Sonder les psychothérapeutes sur la nature et la fréquence des incidents identifiés dans la problématique. Autrement dit, passer de l'anecdote à la compilation, avec des déclarations authentifiées.
 - Établir un observatoire permanent (au moins deux observateurs indépendants) pour centraliser les informations concrètes : qui a fait quoi, quand ?
 - Constituer une documentation étayant les cas patents de conduites non conformes à la déontologie. À cet égard, un médecin qui dit à un patient de cesser un traitement en cours commet une faute de déontologie.
 - Documenter en identifiant des tiers payeurs dont les pratiques ou affirmations sont contraires aux faits scientifiques.
- **FÉDÉRER (vert/jaune)**
 - Créer une coalition des thérapies relationnelles :
 - Association des psychologues psychanalystes du Québec ;

- Société québécoise des psychothérapeutes professionnels ;
 - Société canadienne de psychanalyse ;
 - Groupe d'étude sur l'Intersubjectivité ;
 - Autres.
- Et, pourquoi pas ! créer un **Regroupement de psychologues et psychothérapeutes relationnels** humanistes et psychodynamiques, car l'époque des vieilles rivalités de clocher et de pureté théorique est bel et bien terminée, après toutes ces années bénéfiques de métissage entre les approches. Gilles Delisle rappelle que l'OPQ reconnaît les regroupements comme des partenaires dans la poursuite de sa mission. Ainsi, quand le Regroupement des psychologues/psychothérapeutes « relationnels » (appelons-le comme cela pour le moment) se prononcerait sur un sujet, ce n'est plus un seul individu qui s'avance seul à une assemblée générale, mais un collectif. Il y aurait alors possibilité de soutenir une action dans la longue durée.
- **COMMUNIQUER (jaune)**
 - Diffuser le document vidéo de la Table ronde d'aujourd'hui.
 - Constituer et diffuser les actes du colloque.
 - Publier un article fort (dans lequel on enlève les gants) ; à cet effet, Gilles Delisle annonce l'intention des quatre panélistes de reprendre l'essentiel de leur présentation dans le numéro de juillet 2014 de *Psychologie Québec*.
 - Générer des entrevues sur le sujet, à l'instar de ce qui relie cette table ronde avec l'émission *Les Années lumière* de la première chaîne de Radio-Canada, diffusée le 27 avril 2014.
 - Écrire des lettres d'opinion dans les grands quotidiens.
 - Contacter les émissions *Enquête* ou *La Facture* à Radio-Canada.
 - Établir et maintenir une liaison avec les départements de psychiatrie et de psychologie des universités, ainsi qu'avec les hôpitaux universitaires.
 - **REVENDIQUER (rouge)**
 - Exiger d'être entendu
 - à l'INESSS ;

- au Commissariat à la santé et au bien-être ;
- au Collège des médecins ;
- à l'Ordre des Psychologues du Québec.
- **DÉNONCER (noir)**
 - Au Collège des médecins, **DÉNONCER** en déposant des plaintes en déontologie dans les cas d'ingérence dans un processus psychothérapeutique.
 - À l'Ordre des psychologues, **DÉNONCER** les déclarations publiques en faute flagrante en vertu du chapitre IV, article 60 du code de déontologie qui stipule que : *le psychologue évite de discréditer sans fondement auprès du public, les méthodes psychologiques usuelles ou nouvelles, différentes de celles qu'il utilise dans l'exercice de sa profession, quand celles-ci satisfont aux principes professionnels et scientifiques généralement reconnus en psychologie.*
- **DÉNONCER (noir)**
 - Après des assureurs et des PAE. Informer, documenter et aller jusqu'au boycottage.

Joanne Cyr, au début de la période de questions, mentionne qu'à l'INESSS, en mars 2013, dans le sillage du rapport du Commissaire à la santé et au bien-être qui s'est penché sur les lacunes de l'organisation des soins en santé mentale, un collectif pour l'accès à la psychothérapie a été créé. En font partie Rose-Marie Charest, présidente de l'OPQ, différents représentants des regroupements professionnels, des scientifiques et des chercheurs. D^{re} Cyr suggère que ce serait certes pertinent de commencer à approcher ce collectif.

Références

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bullard, D. (2013). *George Silberschatz on Psychotherapy Research and Its Discontents*. Récupéré le 9 mai 2014 de <http://ethnologystudy.blogspot.ca/2013/09/excellent-interview-article-on-george.html>
- Commissaire à la santé et au bien-être (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012: Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Document disponible dans la section Publications du site Internet: www.csbe.gouv.qc.ca Gouvernement du Québec.

- Greenberg, L., & Watson, J. (2005). *Emotion-focused therapy of Depression*. Washington, DC: APA Press.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The Psychotherapy Dose-Response Effect and Its Implications for Treatment Delivery Services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51 (10), 1059-1064.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Éd.). *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6^e éd.). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Lambert, M. J., Benjamin, M., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Éd.). *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (5^e éd.), (pp. 139-193). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Les Années lumière du 27 avril 2014 de la première chaîne de Radio-Canada. Récupéré le 27 avril 2014 de http://ici.radio-canada.ca/emissions/les_annees_lumiere/2013-2014/chronique.asp?idChronique=335929
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65 (2), 98-109.
- National Institutes of Mental Health (2001-2006). *Star*D ou Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression Study*. Récupéré le 9 mai 2014 de <http://www.nimh.nih.gov/funding/clinical-trials-for-researchers/practical/stard/index.shtml> et de <http://www.clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00021528?order=1>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (5), 914-923.
- Westen, D., Novomy, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting of controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.

Abstract

During the Round table at the last Conference of *Association Québécoise de Gestalt* held in April 2014 in Montreal, four most respected psychotherapists (psychologists and psychiatrist) thoroughly discussed the increased concern stemming from what appears to have become a powerful marketing process aimed at some particular psychotherapy approaches based on supposedly conclusive data. Consequently the accessibility to other psychotherapy approaches becomes at risk. Conrad Lecomte has clearly demonstrated that **randomised control trial (RCT)** methodology which has become the ultimate criterion to establish the so-called superiority of some forms of **empirically supported treatment (EST)** and mainly the cognitive behavioral therapy (CBT) completely transfigure the very nature of the therapeutic relation and totally ignore the key factor related to the psychotherapist himself. Marc-Simon Drouin has denounced the very negative impact of the trend in favor of CBT which reverberates heavily on the awarding of most research funds and influences a large majority of students to choose this form of psychotherapy, a less demanding academic option in terms of duration. D^{re} Johanne Cyr while herself advocating a humanistic psychotherapy orientation has brought back the hard facts about the increasing mental health needs in the population and the ensuing huge financial burden that trap government and insurance people in their policy making. Gilles Delisle finally proposed a decisive multi-facet mobilization plan of actions to make sure that psychodynamic and humanistic approaches get a more representative and proper place in the realm of psychotherapies.

Festschrift pour Erving Polster¹

Janine CORBEIL

Traduction² de l'anglais par Janine Corbeil

INTRODUCTION À LA TRADUCTION FRANÇAISE

À l'automne 2010, Joe Wyson, l'éditeur de l'*International Gestalt Journal*, a invité la communauté gestaltiste du monde à contribuer à un numéro spécial sur un des plus importants pionniers de la Gestalt-thérapie, Erving Polster, dans le but de souligner son 90^e anniversaire. Comme j'ai eu le bonheur de travailler avec Erving Polster lors de ma formation au *Gestalt Institute of Cleveland*, et qu'en plus, la communauté gestaltiste québécoise a eu plusieurs occasions de le recevoir et d'apprécier son travail, c'est avec plaisir que j'ai offert ma contribution. Un numéro spécial de l'*IJG* a été publié au printemps 2011 sous forme d'un livre recueillant la participation de 18 auteurs, collègues ou anciens étudiants de par le monde.

DES PIONNIERS DE LA GESTALT AU QUÉBEC

Me replonger dans mes souvenirs d'Erving Polster fait immédiatement surgir Miriam à ses côtés. L'image suivante est le *GIC* (*Gestalt Institute of Cleveland*), où j'ai bénéficié de l'enseignement de Miriam et Erving au printemps 1973, avant leur départ pour La Jolla (Californie), alors qu'ils faisaient encore partie de l'équipe des formateurs du GIC.

Puis, je me remémore les années qui ont précédé, celles où m'est venue la ferme intention d'entreprendre la formation à la Gestalt-thérapie que le *GIC* offrait aux professionnels de l'extérieur de Cleveland.

À l'instigation de Charles Smith, professeur à l'Université McGill à Montréal et diplômé du *Gestalt Institute of Cleveland*, des

1 Cet article a été publié en anglais sous le titre *Festschrift for Erving Polster* en 2011 dans l'*International Gestalt Journal*, 34(1), 27-34.

2 Traduit par l'auteure elle-même et publié avec la permission de Joe Wyson, éditeur de l'*International Gestalt Journal*.

formateurs de cet institut étaient venus à Montréal à quelques reprises au début des années 1970 pour donner des sessions de sensibilisation à la théorie et à la pratique de la Gestalt-thérapie.

Joseph Zinker fut le tout premier d'entre eux à débarquer ici. C'était en février 1972, au milieu d'une tempête de neige.

Erving Polster est venu l'année suivante. Je me souviens combien nous avons été conquis par cette façon d'aborder les individus dans le cadre d'un groupe, de manier avec tant d'art, de clarté et de souplesse, théorie, expérientiel et soin des personnes qui participaient. Pour nous, c'était une véritable découverte. Cette découverte a suscité un enthousiasme tel qu'à ma suite, Danielle Poupard et Louise Miron se sont inscrites dans les années subséquentes à l'*Intensive Post Graduate Program* qu'Erving et ses collègues avaient créé à Cleveland. À n'en pas douter, ce début se trouve à la source du mouvement de la Gestalt-thérapie au Québec.

Un courant de psychologie humaniste existait déjà ici. Je m'étais formée chez Carl Rogers à Chicago en 1956; d'autres étaient allés à Bethel au *NTL (National Training Laboratory)* ou en Californie. L'intérêt pour le phénomène des petits groupes remontait ici aux années 1950. Cependant, la venue des Polster, Zinker, Warner et d'autres gestaltistes du *GIC* et de la côte ouest a contribué au développement de plusieurs centres de formation à la Gestalt-thérapie à Montréal et dans la ville de Québec (Corbeil, 1992).

Par la suite, Miriam et Erving ont visité Montréal à plusieurs reprises. Au début des années 1980, ils sont les invités de Susan Saros du *Gestalt Training and Counselling Center*. Une quarantaine de personnes s'inscrivent à leur atelier qui s'étale sur trois jours. Susan, qui a été formée par eux à San Diego, les avait déjà fait venir à quelques reprises dans le cadre de son propre programme de formation. Miriam y avait donné une session en 1978, et Erving en 1979.

En juin 1988, Joe Wysong, directeur du *Gestalt Journal (GJ)*, choisit Montréal comme ville où célébrer le dixième anniversaire de la fondation du *GJ*. Il invite le comité de rédaction (*Editorial Board*) à une présentation sur le thème « *Theory and Practice of Gestalt Therapy* ». Erving et Miriam font partie du panel tout comme George I. Brown, Isadore From, Joel Latner, Michael Vincent Miller, Molly Rawle, Joe Wysong, Gary Yontef et Joseph Zinker.

En octobre 1995, l'*Association Québécoise de Gestalt (AQQ)* sollicite à nouveau la participation de Miriam et d'Erving. Ils donnent chacun un atelier lors du colloque et Miriam sera chargée de la conférence d'ouverture qui portera sur le thème du soutien interne et externe nécessaire au changement psychologique.

En août 2000, la conférence internationale du *Gestalt Journal* se tient encore une fois à Montréal. Au programme, on a prévu la célébration de « *the life long contribution of Miriam and Erving Polster to the theory and practice of Gestalt therapy* ». Miriam et Erving Polster y recevront un hommage de l'ensemble de la communauté gestaltiste internationale. Les Québécois sont invités à organiser leur part de l'hommage. La fête préparée par nous se déroule au son de chants en chœur, de danses et de petits sketches destinés à nos invités d'honneur. Michael Vincent Miller se met au piano pour nous accompagner. Une « photo de famille » où quelques membres de notre association entourent nos jubilaires révèle une Miriam au sourire radieux et au regard dirigé tout droit devant elle; Erving, quant à lui, semble plutôt fatigué et un peu triste derrière un léger sourire. Les « enfants » eux, affichent tous un air ravi. Ils ne se doutent pas qu'ils ne reverront plus Miriam. Quand nous la reverrons, ce sera sur une vidéo de supervision qu'elle avait faite antérieurement. Erving reviendra seul au colloque 2002 de l'*International Gestalt Journal*. Il participera au processus de deuil de Miriam que, comme groupe de la grande communauté gestaltiste internationale, nous avons besoin de faire collectivement.

Nous aimons bien nous raconter entre nous que si Miriam et Erving Polster sont venus si souvent à Montréal, c'est qu'ils affectionnaient notre ville, mais aussi, et peut-être surtout, qu'ils aimaient bien les Québécois qu'ils y rencontraient. Lors de leur visite de 1995, ils avaient souligné leur appréciation positive pour ce qu'ils percevaient de la pratique de la Gestalt ici au Québec. Ces commentaires furent reçus avec enthousiasme par ceux qui les avaient entendus et répétés le plus souvent possible de l'un à l'autre.

Every Person's Life Is Worth A Novel (Polster, 1987)

Peut-être bien que Miriam et Erving nous aimaient, nous du Québec, mais peut-être bien aussi qu'ils aimaient beaucoup d'autres êtres humains. C'est, à n'en pas douter, ce qui les a amenés à parcourir le monde pour offrir ailleurs ce qu'ils avaient déjà découvert chez eux. Dans ses écrits, Erving parle de la curiosité, de cette curiosité innée qui jaillit d'un intérêt réel pour l'humain, nourrissante pour soi autant que pour l'autre. Pour le client qui s'obstine parfois à décourager tout intérêt chez l'interlocuteur, écrit-il, il faut une curiosité soutenue, alimentée non seulement par l'empathie, mais aussi, par toutes les habiletés thérapeutiques que l'intensité du contact suppose et permet. Par cette écoute sensible et empathique qu'il nomme aussi fascination, Erving réussit à décroûter des écorces de désensibilisation chez son client, l'aide à se montrer au grand jour, à se mobiliser vers sa propre découverte de lui-même,

tout ceci, dans un remarquable *accordage* au tonus émotionnel de l'autre.

Il me vient deux exemples de travail qui sont non seulement différents, mais complémentaires à plus d'un point de vue. Ils illustrent pour moi la vitalité de contact dont Erv fait preuve, vitalité qu'il sait par ailleurs moduler avec grand art en fonction de la relation interpersonnelle et du contexte dans lesquels il se trouve.

Le premier exemple est raconté par la cliente elle-même, en l'occurrence, moi-même. Il se déroule dans le contexte d'un groupe de formation. Le deuxième est tiré du CD où Polster illustre l'approche de la Gestalt avec un client non motivé, ceci sur une période de plusieurs mois, ce qui donne accès cette fois-ci à une relation thérapeutique gestaltiste vécue dans la continuité.

Dans mon cas, il s'agit d'une situation où j'ai été à même de bénéficier en direct de la fascination pour l'autre dont Erving parle dans ses écrits. Cette expérience a été vécue dans le contexte d'un mois de formation, ce qui veut dire, est-il besoin de le préciser, au cours d'un processus plutôt intensif, avec ses multiples exposés, pratiques, groupes ouverts, etc. Au milieu de ce mois, je déambulais de plus en plus avec une partie de moi-même ignorée de moi jusque-là, mais qui couvait lentement comme on couve un mauvais rhume. Cette partie de moi-même était là désormais, évidente et impertinente, surgie au grand jour de ma conscience. Je ne savais quoi en faire et il m'était impossible de l'ignorer tellement elle réclamait mon attention! Après les multiples tentatives de mes collègues lors des pratiques, tentatives toutes plus inventives et infructueuses les unes que les autres; la douleur ne faisait qu'empirer dans mes avant-bras. J'allais donc plutôt mal et je me souviens d'avoir bredouillé quelque énoncé confus sur mon état au milieu d'une session avec Erving, session qui devait être didactique. Les autres participants, me semblait-il alors, s'exprimant dans leur propre langue, avaient vraiment le don de poser une question de niveau didactique intelligente et de glisser habilement par un fondu enchaîné vers l'enjeu personnel qui était le mobile premier de leur intervention. Dois-je mentionner de surcroît qu'Erving m'intimidait? Il était tellement grand et compétent! Mais voilà qu'il s'attarde à ce que je dis, même si j'ai l'impression de trébucher dans mon anglais boiteux. Il s'adresse à moi, l'air très intéressé par mon propos. Je risque quelques phrases sur l'état de mes bras qui me font mal et dont je ne sais plus quoi faire. Il porte attention à ces fichus bras, me suggère de les bouger un tout petit peu; son sourire et son visage sont tellement ouverts et invitants que je risque quelques mouvements; je suis consciente de prendre beaucoup de temps pour faire aller de simples bras au milieu d'une session

didactique, mais lui, il a l'air absolument ravi. C'est incroyable! À sa suggestion, je finis par me mettre debout; il m'encourage à continuer les mouvements; je suis accrochée à son regard comme à une bouée. Je me sens absolument gauche et ridicule, mais lui, il semble fasciné! Ce travail entre nous deux, tout en douceur et en fine dentelle, s'élargit à quelques autres membres du groupe. Je me sens plus légère et, bien entendu, moins souffrante. Le tout n'a probablement pas duré plus de trente minutes, mais il a ouvert pour moi une large avenue de clarté et de liberté de mouvement que j'évoque encore avec agrément après presque quatre décennies.

Dans *Psychotherapy with Unmotivated Patients*, on assiste à un type de contact beaucoup plus vigoureux entre le thérapeute Erving Polster et son client. Gérald représente le type de client dont les psychothérapeutes ne sont guère friands. Il vient en thérapie contre son gré, affiche un scepticisme total et un mépris non moins évident envers le monde des «psys et leurs techniques». Polster est loin d'être le premier qu'il rencontre, énonce-t-il d'emblée, et il met au défi quiconque de changer quoi que ce soit à ce qu'il est et qu'il a bien raison d'être. Polster ne le lâche pas: il le poursuit jusque dans ses derniers retranchements en lui exposant d'autres choix possibles, lui faisant voir les effets malheureux de son retrait. Sur un ton amical, voire, judicieusement bon enfant, mais également confrontant, dans une atmosphère où l'humour est au service du lien et d'une complicité thérapeutique, il lui reflète exactement ce qu'il est en train de faire, et comment sa façon d'être repose sur des choix qui l'enferment dans un retrait souffrant, quoiqu'il en dise. On assiste à une pure démonstration de la vigueur que le contact peut permettre. Le verbe est vif, fourmille de mots, le niveau d'échange est explicatif, dans un but évident de rejoindre cet intellectualisant rébarbatif. Pendant que j'écoutais et voyais ce DVD, j'étais attentive à la détresse de Gérald. Mon empathie rogérienne s'est soudainement mise à l'avant-plan. Le pauvre jeune homme était si agité, essuyant ses lunettes, les enlevant et les remettant, frottant sans cesse ses yeux, lâchant très peu la boîte de mouchoirs! Il donnait vraiment des signes de détresse! Toute l'expression non verbale et le niveau émotionnel n'étaient cependant pas très soulignés. Puis, j'y ai lu une sorte de pudeur. Entre hommes, on ne se dit pas des choses comme: «Je vois que tes yeux coulent un peu en ce moment». On ne le dit pas, on en tient compte; la bonté et la présence peuvent s'exprimer autrement. Car on sent chez le thérapeute un grand souci d'attention, de *caring*, même s'il s'agit d'une joute serrée où l'honnêteté du thérapeute invite à la réciprocité. Bref, nous voyons se déployer une relation père/fils comme on en souhaiterait plus souvent.

Certaines critiques formulées sur les limites thérapeutiques de la Gestalt s'inspirent d'exemples tirés de sessions de groupes, la plupart du temps de groupes de formation destinés à des professionnels, ce qui ne rend pas toujours justice à l'aspect relationnel de la psychothérapie qui elle, se déroule dans le temps. Dans *Psychotherapy with Unmotivated Patients*, on peut voir qu'avec le temps, le visage de Gérard s'ouvre et s'éclaire; on voit ses yeux pour ce qui nous semble la première fois, des yeux qui sont beaux et qui pourraient certainement plaire aux filles, préoccupation importante pour Gérard. Avec passablement de *coaching*, il «avoue» à haute voix, presque malgré lui, son côté rempli de bonté, de même que sa vulnérabilité, tous ces *Selves* qu'il se refusait à reconnaître initialement.

Dans *Gestalt Therapy Integrated* (Polster & Polster, 1973), les auteurs apportent une distinction éclairante entre les notions de contact et d'empathie, alléguant que chez les gestaltistes, le contact est à l'avant-plan, alors qu'il doit être par ailleurs nourri par l'empathie. Chez les deux thérapeutes que sont Miriam et Erving Polster, le contact à l'avant-plan est indiscutablement soutenu par l'empathie.

Si je reviens au premier cas, c'est-à-dire, au mien, il est évident que l'intuition, l'*accordage*, ou l'empathie, peu importe le terme utilisé, permettent qu'une intelligence plus intelligente que la rationnelle que l'on privilégie, soit au service d'une approche à la fois astucieuse, habile et invitante. Erv ne connaissait rien de mon histoire personnelle et très peu du contexte immédiat de la pratique qui avait précédé. Il a *tout simplement* porté attention à ce qui se déroulait sous ses yeux, et il a réussi à transformer un enjeu qui m'était très lourd pour contribuer à en faire une séquence de mouvements légers et enjoués, inspiré qu'il fût, à n'en pas douter, par sa passion pour les humains.

Le recul du temps, combiné à ce que je sais par ailleurs de mon histoire personnelle, me permet d'apprécier jusqu'à quel point Erv avait bien pigé le thème personnel sous-jacent qui émergeait à ce moment-là. Avec le résultat qu'il s'agit d'une rencontre inoubliable, une de ces rencontres humaines/professionnelles que l'on garde précieusement dans son coffre aux trésors, une ouverture qui reste pour la vie.

Puisque nous sommes dans une ère amplement documentée sur les données probantes et la promotion des succès thérapeutiques des approches comportementales, il me semble opportun de souligner ici les bienfaits thérapeutiques d'une approche différente, approche qui, comme on l'a vu, offre des résultats autant dans l'immédiat que dans la durée.

En conclusion, j'aimerais revenir sur la compétence clinique qui est mise en application ici, spécialement dans le traitement suivi du client non motivé. Dans ce DVD, il est intéressant de prêter attention à l'introduction théorique que Miriam et Erving offrent à l'auditeur. Ils font la preuve de leur acuité diagnostique, non pas relativement au DSM III ou IV, ou même V, mais par leur compréhension juste de la phénoménologie du client. Ils démontrent leur compréhension de ses dilemmes intérieurs, de la manière dont les mécanismes mis en place pour se protéger des frustrations et de l'incompréhension de l'environnement ont fini par l'enfermer dans une prison intérieure dans laquelle il est très malheureux. Tout cela lui sera expliqué, on lui proposera d'essayer d'autres alternatives, le laissant libre de choisir lui-même après coup ce qui lui convient le mieux.

Le visage radieux de Gérald à la fin, contraste flagrant des mines renfrognées, butées et en détresse du début, constitue une belle démonstration de l'habileté du thérapeute qu'est Erving Polster et de ce qu'on peut faire avec la Gestalt-thérapie.

Références

- Corbeil, J. (1992). Histoire de la Gestalt au Québec. *Revue québécoise de Gestalt, 1 (1)*, 3-16.
- Polster, E. (1987). *Every Person's Life Is Worth A Novel*. New York: Norton.
- Polster, E. & Polster, M. (1973). *Gestalt Therapy Integrated*. New York: Brunner/Mazel.
- Psychotherapy with Unmotivated Patients*, featuring Erving Polster, Ph.D. disponible sur psychotherapy.net

Erving Polster : quelques réflexions¹

Lois MEREDITH²

Si, en plus d'être un de nos plus importants praticiens, professeurs et théoriciens de la Gestalt-thérapie, Erving Polster avait choisi d'appliquer ses dons prodigieux d'intégration à la politique internationale, le monde serait maintenant en paix.

Erv n'a point de tolérance pour la pensée binaire, cette mentalité du « j'ai raison, vous avez tort » qui oppose les idées et les modes de perception les uns aux autres. Pour Erv, les polarités fournissent l'occasion d'une tension créatrice, non pas conflictuelle. La figure et l'arrière-plan, la science et la fantaisie, l'empirique et l'imaginaire, le réel et le surréel, la thérapie et l'art, le passé/le présent/le futur sont des pigments à mélanger en nouvelles couleurs. La clé, je crois, se trouve dans la vision englobante d'Erv, dans son empressement à prendre des risques et dans sa grande humanité. Il ressent et respecte les plus diversifiés d'entre nous. Je suis certaine qu'Erv dirait, comme le faisait Meryl Streep, une des grandes actrices de notre génération dans un récent interview à CBS, « Je pense que nous contenons tous le germe de chaque autre personne. »

Les années qui m'ont séparée de ma rencontre initiale avec Erv Polster n'ont pas atténué ces premières impressions. J'étais venue rencontrer ma mère, feuë Sylvia Frolkis Evans, thérapeute gestaltiste et professeure, à son bureau du *Gestalt Institute of Cleveland*. En sortant, nous nous sommes arrêtées au bureau de l'institut et il était là. Ses yeux pétillaient gaiement sous ses sourcils en bataille. Et pourtant, sa voix était sonore, centrée, rassurante. En un instant, j'ai été introduite au jeu divertissant des polarités.

J'ai vécu diverses sortes d'interactions avec Erv; il fut mon mentor et mon thérapeute pendant le programme de formation postuniversitaire de trois ans et, pendant un court laps de temps,

¹ Cet article a été publié en anglais sous le titre Erving Polster : Some reflexions en 2011 dans l'*International Gestalt Journal*, 34 (1), 53-58.

² Traduit par Danielle Poupard et révisé par l'auteure elle-même ; publié avec la permission de Joe Wysong, éditeur de l'*International Gestalt Journal*.

l'animateur du groupe de thérapie auquel je participais. Je crois qu'il est juste de dire qu'une grande part de ma façon de voir la thérapie et le potentiel humain en général s'est développée à la faveur de mon contact avec Erv. Son message était clair : tout en respectant toujours l'intégrité de votre patient, *utilisez tout ce que vous êtes comme thérapeute/formateur*, même si vos traits particuliers vous paraissent contradictoires ou sans valeur. *Utilisez tout de la personne avec laquelle vous travaillez*. C'est le seul chemin vers le Possible.

En relisant récemment *Every Person's Life is Worth a Novel* (1987), j'ai été à nouveau frappée par l'expression éloquentes des enseignements d'Erv, et par sa façon toute particulière de conjuguer l'art et la thérapie dans une intime danse de création. Bien que ces idées soient maintenant à la base de notre pratique, Erv a été le premier à les articuler ainsi. Le titre tout d'abord : je suis convaincue qu'Erv ne voulait pas seulement signifier que la vie de chaque personne a de la valeur, ou que la vie de chaque personne pourrait inspirer un roman intéressant. Plus profondément, je crois que le titre veut dire que la vie de chaque personne mérite la mise en œuvre d'un effort de création - non seulement de la part du thérapeute, comme le suggère la citation de Rogers qui se trouve sur la jaquette du livre (« Une riche tapisserie d'idées reliant le romancier et le thérapeute ») - mais plus encore, de la part de la personne dont l'histoire est en jeu.

Chacun de nous a une histoire. Parmi toutes les expériences que nous avons vécues, nous en avons soigneusement fait une sélection, oublié ou ignoré le reste à dessein dans la construction de notre histoire de vie. Au surplus, et avec les meilleures intentions, nous nous souvenons par erreur de détails significatifs d'événements formateurs dans notre développement. Nous attribuons un sens à la motivation d'autrui, tirons des *conclusions* à propos des sentiments des autres à notre sujet, à propos des événements et de leur séquence, ainsi qu'à propos de nos propres habiletés à nous créer une vie signifiante. Nous avons tous inventé des histoires qui nous paraissaient sensées au moment de leur création, des histoires tissées à partir des fils venus de suppositions, valides ou non fondées. Ce sont les « romans » que nous, en tant que thérapeutes, rencontrons en nous-mêmes et chez nos patients.

La découverte épatante d'Erv était la suivante : les mêmes habiletés narratives qui ont produit le premier « mauvais » roman peuvent servir à en construire un bon. (Mon propre sentiment est que bien que les romans fournissent probablement de meilleures possibilités descriptives, les pièces de théâtre correspondent, par définition, à la vie telle que vécue dans l'instant.) Au début du travail, le thérapeute qui détecte respectueusement la présence

d'une « histoire » fait ce que ferait un bon professeur d'écriture créatrice : il fournit un contexte dépourvu de jugement dans lequel l'histoire peut être racontée – et dite *en détail*.

Astucieusement, Erv a remarqué que les gens ont tendance, au début, à raconter leurs histoires en *titres*, en réductions vieilles de l'expérience : pas de mise en scène, pas d'indices de motivation, pas d'histoires de fond des personnages. Quand la raconteuse expérimente à nouveau son histoire au présent, quelles que soient la vie émotive et les perceptions essentielles qui aient été occultées sous le titre, elles ont la liberté d'émerger et, avec elles, l'occasion de reconnaissances ou de trouvailles importantes.

Comme thérapeutes gestaltistes, nous demandons également que les histoires soient dites au présent, ce qui fait disparaître immédiatement la frontière entre ce qui était et ce qui est, entre ce qui est et ce qui pourrait être. Et c'est seulement dans le présent que le *processus* peut advenir : le cœur battant de la créativité.

Certains mots que le narrateur exprime et que le thérapeute/romancier/auteur dramatique capte (Erv appelle ceci « reconnaître » et « mettre en évidence ») conduisent inévitablement à une révélation. Le génie se trouve dans les détails. Où et quand l'histoire commence-t-elle *véritablement*? Quel est l'« incident déclencheur » (comme le formulerait le scénariste)? Comment avons-nous attribué les rôles, décidé qui sont les héros et qui les vilains? Que savons-nous vraiment des motifs qui ont fait agir les autres comme ils l'ont fait? Quel est le conflit dramatique central? Est-il productif ou destructeur? Quels sont les thèmes qui ont tendance à se manifester à plusieurs reprises dans nos constructions? Nous arrivons finalement au fond des choses, au « sous-texte », à la leçon de vie que le narrateur/constructeur de l'histoire a dégagée quant à *qui* il ou elle est dans le monde. Et à ce qui, par conséquent, est possible.

Encore une fois, le rôle du thérapeute est ici celui d'artiste collaborateur. On doit se poser des questions importantes au nom de la crédibilité. On ne peut se permettre d'avoir des lecteurs qui se plaignent que ces personnages ne se seraient jamais conduits de cette manière! Qui était donc cette mère qui pleurait tous les jours quand son mari, votre père, quittait la maison? D'où venait-elle, et quelles étaient les forces qui ont contribué à son malheur? Aviez-vous, comme enfant de cinq ans, eu quoi que ce soit à y voir? Étiez-vous assez grand et en saviez-vous assez pour y remédier? Le thérapeute/artiste demande : « Et même si les réponses à ces questions étaient positives, était-il raisonnable que vous ou quiconque demande que vous passiez vos journées d'enfant de cinq ans à tenter de régler ça? »

Le sort en est jeté. Comme Erv le décrit dans sa méthodologie, c'est ici que le thérapeute/artiste fait un pas dans l'inconnu. « Et si vous le regardiez de cette façon? Et si *ceci* était ce qui se passait vraiment? Et si... et si? » La narratrice est invitée à recadrer sa pensée, à voir différemment l'histoire qu'elle a produite et avec laquelle elle a vécu. Elle devient, selon l'expression d'Erv, la protagoniste principale de sa vie, pas juste sa « lectrice ». La fantaisie éclaire la fausse certitude.

Autorisé et enhardi par le raffinement de sa vision, le narrateur peut devenir créateur d'un nouveau monde. « Si vous aviez à écrire le prochain chapitre ou le prochain acte de votre vie à partir de ce que vous connaissez maintenant de vous-même, à quoi ressemblerait-il? » demande le thérapeute. « Comment se déroulerait-il? » La « tragédie » observe Erv brillamment, dépend, en partie, d'où finit l'histoire. Ici, sous l'œil vigilant de son thérapeute/artiste devenu éditeur, le narrateur devenu créateur peut faire avancer son présent vers le futur. « Pensez grand! Soyez audacieux! Ne vous limitez pas à ce que vous croyez possible. On s'occupera de la planification et des étapes plus tard... »

L'artiste oiseau étend ses ailes et s'élève dans un ciel nouvellement créé.

Référence

Polster, E. (1987). *Every Person's life is Worth a novel*. New York: Norton & Company.

Résumé de lecture

*Gestalt Therapy Around the World*¹

Sous la direction de Eleanor O'Leary

Janine CORBEIL

INTRODUCTION

Le projet d'un livre sur la Gestalt-thérapie autour du monde remonte à quelques années déjà. Au début, l'éditeur comptait réunir les présentations d'auteurs d'une trentaine de pays. De ces pays d'abord intéressés, dix-sept seulement se sont rendus jusqu'à la ligne d'arrivée. La liste des associations de Gestalt présentée en annexe du livre permet par ailleurs de constater qu'outre les dix-sept pays dont le travail est publié dans *Gestalt Therapy Around the World*, vingt-six autres possèdent des associations, parfois nombreuses, de Gestalt.

Il semble qu'entre le début du projet et son aboutissement, certaines personnes qui s'étaient engagées au départ soient tombées malades ; l'une d'entre elles, entre autres, est décédée tout juste après avoir complété son chapitre. En effet, notre collègue et ami français Serge Ginger nous avait déjà quittés quand nous fûmes rendus à l'étape de produire notre biographie personnelle.

La mise en commun des énergies d'une multitude de pays n'a sans doute pas été une tâche facile. De façon à assurer une certaine homogénéité malgré les très grandes diversités de langue, de traditions et de culture, beaucoup d'efforts ont été requis tant de la part de la coordination que de la part de ceux et celles qui ont bien voulu consacrer tout ce temps à raconter au reste de la planète Gestalt ce qui se passait dans la leur.

Toutefois, même si *Gestalt Therapy Around the World* ne représente qu'une partie de ce qui existe comme Gestalt autour du monde, le résultat en vaut la chandelle. J'ai éprouvé le plus grand intérêt à prendre connaissance de tout ce qui se fait, se réfléchit, et s'écrit ailleurs dans notre domaine. Je souhaiterais seulement posséder plusieurs langues, ce qui me permettrait d'avoir accès à tant de richesse et de diversité de pensée.

¹ O'Leary, Eleanor (Ed.). (2013). *Gestalt Therapy around the World*. Londres : Wiley-Blackwell. Division de John Wiley & Sons.

Je vous transmets un résumé de ce livre international important avec un grand plaisir de même qu'avec un souci évident pour le développement et la visibilité de la Gestalt-thérapie au Québec.

Dans cet abrégé, beaucoup de données précises n'apparaîtront pas, car elles auraient exigé une compilation fastidieuse de ma part de même qu'une lecture ardue pour vous tous. J'ai plutôt cherché à tirer les grandes lignes de ce qui m'a semblé pertinent pour nos enjeux sociaux actuels, quitte à ce que la recherche approfondie soit laissée à l'initiative de chacun. Bien entendu, ce résumé est construit à partir de mes champs d'intérêt et de mes perceptions sélectives.

GESTALT THERAPY AROUND THE WORLD

Le livre est divisé en trois parties.

Partie I

La première partie est écrite par Eleanor O'Leary, coordonnatrice du projet. Cette première partie se divise elle-même en quatre chapitres. Le premier porte sur l'aspect historique, avec la vie et les œuvres de Frederick Salomon Perls (mieux connu sous le prénom de Fritz), ainsi que sur les racines philosophiques et psychologiques qui ont donné naissance à la théorie. Les deuxième et troisième chapitres présentent les principaux concepts et le quatrième, les techniques : mises en situation (*experiments*) ainsi que l'approche aux rêves.

L'histoire de F. S. Perls et des débuts de la Gestalt-thérapie

Dès son plus jeune âge, Perls a été attiré par le théâtre et ce grand intérêt pour cet art l'a mis très tôt sur la piste du lien entre les verbalisations et l'action. Ceci a inspiré son approche à l'intervention où l'action, en accord avec l'affect, est de prime importance.

Il a fait ses études et a été diplômé de médecine à Berlin en 1921 ; il a exercé comme neuropsychiatre dans cette ville jusqu'en 1926. Il a ensuite complété une formation comme psychanalyste à Berlin, Vienne et Francfort, et de 1928 à 1933, il a pratiqué en Allemagne, à Berlin surtout, comme psychanalyste freudien certifié.

L'année 1926 se révélera cruciale pour lui, car il fait la connaissance de Laure Posner (la future Laura Perls), qu'il épousera en 1930. Elle a étudié avec les psychologues gestaltistes Köhler et Koffka ainsi que les théologiens existentiels Paul Tillich et Martin Buber. Laure Posner a aussi travaillé à l'Institut pour troubles neurologiques (*Institute for Brain Damaged Soldiers*) que le neurophysiologiste Kurt Lewin dirige à Berlin ; c'est par l'intermédiaire de Laure que Fritz Perls y obtient un poste d'assistant.

Fritz et Laura auront deux enfants, Renata et Stephen. Ils devront émigrer en Afrique du Sud en 1934 pour fuir les persécutions des nazis de l'Allemagne hitlérienne.

Les influences théoriques et psychologiques à l'origine de la Gestalt

La première influence est celle de S. Freud, car Perls a reçu une formation psychanalytique. Il se dissocie de Freud relativement à certains postulats : pour Perls, la vie actuelle de l'individu est plus importante que les cinq premières années après la naissance, le contact dans le présent plus important que le transfert, le dialogue et l'attention à ce qui se déroule dans l'ici et maintenant plus thérapeutique que l'association libre et l'interprétation.

Vient ensuite l'influence d'un autre psychanalyste dissident de la doctrine freudienne, Wilhelm Reich, avec lequel Perls entreprend une analyse. Il y découvre l'importance du corps, de l'énergie qui y circule ou qui y est bloquée, ainsi que le principe de l'autorégulation *organismique*.

Le philosophe Friedlander lui inspire la notion d'indifférence créatrice, ce point zéro au centre des opposés d'où émergera la notion de polarités.

L'École de Gestalt psychologie de Berlin, où Wertheimer, Köhler et Koffka proposent une vision, révolutionnaire pour l'époque, de l'holisme des phénomènes psychologiques, et où Laure Posner a étudié, apporte une contribution centrale à la théorie de la Gestalt-thérapie.

La Gestalt est également marquée par l'apport de la philosophie existentialiste avec laquelle Perls s'est trouvé des affinités, telle la notion de la responsabilité de chacun pour ses propres pensées, sentiments et comportements. De même, l'accent mis sur le *comment* plutôt que sur le *pourquoi* des phénomènes lui semblera relever d'une meilleure stratégie thérapeutique.

L'expansion de la Gestalt en sol américain

Après leur séjour en Afrique du Sud au cours duquel ils écriront *Ego, Hunger, and Aggression (1942)*, les Perls s'installent à New York, et en 1952, fondent avec Paul Goodman le *New York Institute for Gestalt Therapy*. Le *Gestalt Institute of Cleveland* sera fondé l'année suivante, en 1953.

Perls, Hefferline et Goodman publient en 1951 *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Ce livre, surnommé la Bible, servira de texte fondateur pour tous les successeurs des Perls autant que pour tout le domaine de la psychothérapie dans le monde. Fritz et Laura commencent à faire des démonstrations de

leur méthode à de larges groupes; c'est ainsi que l'approche de la Gestalt se propagera et connaîtra un énorme succès. Fritz laisse à Laura et à Paul Goodman le soin de l'institut qu'ils viennent de fonder et commence à voyager. Il va à Chicago, Détroit, Los Angeles, visite l'Allemagne et Israël, et passe deux mois dans un temple zen au Japon.

En 1964, il est nommé psychiatre consultant à l'Institut Esalen en Californie, là où les plus célèbres représentants des thérapies nouvelles laisseront leur marque: Alexander Lowen, Eric Berne, Virginia Satir, Stanley Grof, Gregory Bateson, Richard Grindler, John Bandler et Allen Watts sont du nombre. C'est à Esalen que Perls écrit son troisième livre: *Gestalt Therapy Verbatim* (1969a).

En 1969, Perls s'installe au Canada, au lac Cowichan, en Colombie-Britannique. Il y fonde un centre où il tente d'actualiser son rêve d'une communauté où les gens vivront suivant de nouveaux paradigmes. Ils pourront y séjourner pendant plusieurs mois, apprendre à suivre leur *awareness*, être responsables de leurs choix, etc. Ils pourront aussi étudier, transcrire ses films, donner des présentations. Perls y rédige son dernier livre: *In and Out of the Garbage Pail* (1969b).

Après un long voyage à Londres, Paris, Berlin, New York et Chicago, F. S. Perls tombe malade; il est hospitalisé au *Weis Memorial Hospital* de Chicago, et meurt d'un infarctus le 14 mars 1970 à l'âge de 76 ans.

Les principaux concepts de la Gestalt-thérapie

Avant de donner la parole à chacun des auteurs des différents pays, O'Leary pose les assises théoriques de la Gestalt-thérapie: en partant de la définition initiale qu'en a donnée Perls, elle en résume les principaux concepts. Puis, elle y ajoute les précisions que les divers auteurs et successeurs de Perls ont apportées jusqu'à nos jours.

Elle nous rappelle, bien entendu, que le premier concept est le terme «gestalt», qui signifie figure; il est attribué au psychologue allemand Christian von Ehrenfels, le premier à avoir découvert que la perception du tout précède celle des parties dont il est composé et que ce tout est plus que la somme des parties. Appliqué au développement humain, Perls, Hefferline et Goodman (1951) ont pu avancer qu'un changement constitue, chez une personne, un nouveau tout qui agira comme tel avec son propre mode vital.

Vient ensuite la notion de Figure/Fond, phénomène découvert par Koffka en 1935. Puis, l'auteure précise d'autres notions: celle des polarités dont l'individu et les systèmes sont faits, sans oublier

l'*awareness* qui constitue à la fois le but et la méthode propres à la thérapie gestaltiste. La notion de présent est très importante; on conçoit que le présent porte les données du passé et a un impact sur le futur, comme moyen de réguler l'anxiété au sujet de ce futur. L'auteure explore ensuite les notions de contact et de résistance au contact telles que développées par Perls, Polster et Zinker. Elle insiste sur la posture dialogique, inspirée à l'origine de Martin Buber et, à la suite des psychologues d'allégeance humaniste depuis Carl Rogers, sur l'importance de l'empathie et de la démarche inclusive en psychothérapie.

O'Leary consacre quelques pages au phénomène des « enjeux non terminés », car ils sont au centre de toute démarche thérapeutique. Ce phénomène, appelé effet *Zeigarnik*, explique que les phénomènes, actions, événements, sont à la recherche de leur complétude et restent plus longtemps dans la mémoire quand ils n'ont pas été complétés.

On sent, chez la coordonnatrice de ce grand projet qu'est la publication de *Gestalt Therapy around the World*, le souci de présenter au monde professionnel en général une image qui rende justice à l'approche extrêmement complexe et solide qu'offre la théorie à la base de la Gestalt-thérapie. Cette impression se confirme, entre autres, au chapitre des techniques et de l'approche au rêve. L'auteure y aborde, avec mise en garde à l'appui, cette caractéristique si propre à la Gestalt, c'est-à-dire l'immense ingénuité de ses techniques par lesquelles elle s'est fait connaître à ses débuts, et qui ont fait sa renommée, parfois et trop souvent à son détriment.

Partie II

La deuxième partie porte sur la Gestalt telle que développée dans différentes régions du monde, soit dans dix-sept pays dont les représentants ont écrit chacun un chapitre.

- Neuf pays d'Europe sont du nombre : l'Autriche, la Grande-Bretagne, le Danemark, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Grèce, la République d'Irlande, l'Italie.
- Le Moyen-Orient est représenté par Israël.
- L'Asie est représentée par le Japon.
- L'Australie et la Nouvelle-Zélande relèvent du même continent et leurs auteurs offrent chacun un chapitre.
- Les Amériques: l'Amérique du Nord, où le Québec et les États-Unis sont présentés, ainsi que l'Amérique du Sud, alors que l'Argentine et le Chili décrivent la Gestalt dans leur pays.

Le chapitre de chaque pays comprend les rubriques suivantes: Les débuts de la Gestalt dans le pays, les premiers instituts de formation, les contributions théoriques et les écrits, les recherches, les associations, et finalement, les défis quant au futur de la Gestalt-thérapie.

Les débuts et premiers développements

Pour des raisons qui relèvent de l'Histoire, la Gestalt s'est d'abord et avant tout développée en sol américain à partir des années 1950. C'est invariablement de là qu'elle partira pour s'étendre aux autres pays et continents. Ses apports théoriques et pratiques offriront en plus, pendant longtemps, un soutien important à l'implantation de cette nouvelle culture psychologique à travers le monde.

Ailleurs sur la planète, à peu d'exceptions près, les débuts de la Gestalt-thérapie se situent dans les années 1970. À certains endroits, c'est au début de la décennie alors qu'ailleurs, c'est plutôt vers la fin, mais le portrait est remarquablement le même. La Gestalt est introduite dans un pays de deux manières: soit un psychologue pionnier dans sa région natale est allé se former en Californie, à Cleveland, à New York ou ailleurs aux États-Unis (c'est le cas du Chili, de la Finlande, de la France et du Japon, entre autres), soit quelques-uns des pionniers de l'approche, dont Laura Perls, Erving et Miriam Polster, Jim Simkin, Walter Kempler, Barry Stevens, Joseph Zinker, etc. ont donné des ateliers à l'étranger. Cette première rencontre entre la Gestalt et le pays hôte fascine les intervenants, offrant une découverte inoubliable et annonçant le début d'une ère absolument nouvelle.

Le cas du Japon illustre le premier modèle: Kurato a fait son doctorat en psychologie aux États-Unis. Il y découvre la Gestalt au hasard d'une consultation personnelle et l'importe ensuite chez lui. Son chapitre témoigne aussi de la ferveur avec laquelle il a porté ce mouvement depuis quelques décennies.

Le Québec illustre l'autre modèle: Joseph Zinker offre un tout premier atelier à Montréal en 1972. Des psychologues québécois iront se former, soit à Cleveland, soit en Californie ou à New York (Corbeil, 1992).

Les contingences sociopolitiques semblent jouer un rôle dans l'éclosion de la Gestalt. Au Québec, l'élection du gouvernement Lesage a grandement favorisé le développement de la psychologie. L'héritage de Carl Rogers, avec la psychologie sociale, a tracé la voie pour la venue de la Gestalt (Lebourgeois, 1999; Corbeil, 2004). Dans d'autres pays (Chili, Argentine), les régimes militaires, où les psychologues étaient parmi les citoyens persécutés, ont eu un impact différent. Dans ces pays, l'appartenance au

mouvement gestaltiste a servi de refuge moral, de soutien personnel et professionnel, et a consolidé des liens. Au Japon par ailleurs, l'arrivée d'une junte militaire en 1973 a mis fin à tout un courant d'expérimentation reliant la Gestalt et l'utilisation d'hallucinogènes.

Toutefois, l'implantation de la Gestalt en terre étrangère a souvent rencontré des résistances au niveau culturel et il a fallu toute la détermination de pionniers sur place pour y parvenir. Kurato, du Japon, fait part de son expérience à ce sujet. Il a vu à ce que certains livres américains portant sur la Gestalt soient traduits dans la langue du pays et, étant professeur universitaire, il a stimulé les écrits et les recherches chez lui. Divers pays en sont venus à s'interroger également sur la pertinence d'importer une approche qui semblait, à ses débuts, véhiculer des valeurs d'autosuffisance individuelle jugées comme typiquement américaines. Avec le temps, le principe d'autorégulation individu/environnement, principe qui est à la base théorique de la Gestalt, a pris le pas sur celui de l'accomplissement personnel sans considération de l'environnement. Ceci a favorisé le premier engouement. Des pays où les valeurs et les traditions de responsabilité sociale (Danemark, Scandinavie) avaient favorisé l'implantation de mesures sociales fondamentales d'entraide font partie de ce groupe.

Le soutien théorique à ces implantations est venu également des traductions des principaux écrits sur la Gestalt, dont les livres de Perls, Polster, Yontef et Zinker. L'Argentine, le Chili, la France et le Japon sont des pays où ces traductions ont été faites. Les volumes *Se créer par la Gestalt* de Joseph Zinker (1981) et *Vivre à la frontière* de Laura Perls (1993) ont été traduits au Québec.

Les remises en question, les centres de formation et la visibilité

Avec le temps, dans les années 1980 et 1990, les psychothérapeutes gestaltistes ont éprouvé le besoin d'approfondir la théorie à la base de ces belles découvertes. Il devenait primordial de mettre en relief les concepts sous-jacents à l'expérientiel. Beaucoup d'écrits, dont le chapitre sur les États-Unis fait état, ont été produits sur cette thématique, et commencés dans ce pays.

Des instituts de formation se sont attelés à cette tâche plus théorique un peu partout dans le monde alors que des groupes plus exclusivement « expérientiels » continuent à clamer leurs priorités et à déclarer qu'une psychothérapie intensive suffit à la formation d'un bon psychothérapeute, la formation didactique n'étant pas nécessaire, selon eux. Les instituts de formation existent dans tous les pays représentés dans le livre. Dans certains d'entre eux, on en compte plusieurs, en fonction de l'importance démographique.

Certains programmes sont plus courts, comprenant moins de 200 heures, semblant cibler des problématiques spécifiques. D'autres atteignent les 8000 heures, incluant les périodes didactiques et les stages de supervision. Les critères d'admission varient. Certains programmes sont ouverts à un plus large échantillon d'intervenants, notamment aux enseignants, aux infirmières, etc. alors que d'autres sont accessibles uniquement aux psychologues, aux diplômés des autres disciplines de la relation d'aide et aux médecins.

La visibilité de la Gestalt dans chaque pays semble plus ou moins heureuse suivant les cas. Ainsi, au Japon, un médecin reçoit des points du gouvernement s'il fait de la thérapie gestaltiste avec ses patients. Certains pays, comme l'Autriche, disent bénéficier d'une assez bonne visibilité alors que leurs activités se relient à des approches intégratives, par exemple à tout le courant humaniste.

Le cas de l'Allemagne est à noter en ce qui concerne l'évolution de l'approche sur le plan de la visibilité. Alors que les années 80 et 90 avaient été extrêmement dynamiques et que de nombreuses institutions connaissaient beaucoup de succès, les dissensions entre différentes tendances ont commencé à prendre de l'ampleur et des rivalités se sont érigées entre les instituts. L'auteur attribue à ces tensions internes le fait que la recherche et de plus sérieuses préoccupations théoriques ont été mises de côté, que la Gestalt comme mouvement s'est ainsi marginalisée et en quelque sorte exclue du plus large réseau officiel de la santé mentale. Une loi datant de 1998 n'a accrédité que les tenants de la psychanalyse, incluant l'approche jungienne, de même que ceux de l'approche cognitive comportementale. La Gestalt, la thérapie centrée sur le client, la thérapie familiale, les approches corporelles et systémiques ont été exclues, et les médecins et psychologues qui veulent être certifiés ne peuvent l'être que sous les bannières mentionnées plus haut. Les gestaltistes se plaignent de cette remarquable exclusion ainsi que d'une totale invisibilité au niveau de l'enseignement universitaire.

L'Italie bénéficie, depuis les années 90, de la certification gouvernementale de tous les instituts de formation à la Gestalt-thérapie, ce qui libère les énergies pour se consacrer plus spécifiquement à l'essentiel, soit à la théorie et à la pratique thérapeutique (Spagnuolo Lobb, 2004).

La France a également vu à ce que la Gestalt-thérapie soit reconnue par les instances gouvernementales officielles, après de longs et tumultueux combats, me confiait Serge Ginger lors d'échanges épistolaires autour du livre dont il est question ici.

La reconnaissance officielle par l'État de la psychothérapie en général et de la Gestalt en particulier semble jouer un rôle déterminant pour la visibilité.

La recherche formelle autant que la pratique sont plus ou moins développées suivant les politiques sociales. De plus, la présence de l'enseignement de la Gestalt dans les universités est cruciale pour la visibilité autant que pour la recherche formelle.

Les défis pour le futur

Dans l'ensemble des pays, le principal défi consiste à lutter contre l'omniprésence des données probantes et des thérapies de courte durée, tant au niveau de la recherche qu'au niveau de ce qui est socialement accepté. Ceci en dépit du fait que les recherches montrent assez clairement qu'entre l'approche gestaltiste et l'approche cognitive comportementale, les résultats sont soit égaux, soit supérieurs dans le cas de la Gestalt et qu'en plus, les résultats de cette dernière approche sont de plus longue durée. Malgré des différences socioculturelles indéniables d'un pays à l'autre, les instances administratives semblent avoir développé un peu partout un trait commun qui est celui de chercher des solutions simples à des problèmes complexes.

Tout en favorisant une légitimité scientifique, l'affiliation à l'université pour l'enseignement de la Gestalt comporte certains pièges dont celui d'y sacrifier la créativité si propre à notre approche.

Les mouvements intégratifs, comme à l'ensemble des approches existentielles/humanistes, assurent une plus grande visibilité à tout ce courant tout en présentant le défi de la différenciation pour la spécificité de la Gestalt-thérapie.

L'interrelation entre les difficultés socioéconomiques et les problèmes de dépression présente un défi important pour la recherche, mais aussi pour la pratique qui a intérêt à ouvrir le champ de ses interventions à des activités d'ordre éducatif et préventif.

Partie III

Ce chapitre, rédigé par O'Leary, constitue un résumé de l'ensemble des différents chapitres quant aux rubriques développées à la partie II. Après un regard d'ensemble sur le passé de la Gestalt, l'auteure envisage ses avenues de développement pour le futur. Elle exprime le souhait d'une collaboration optimale entre les associations et, à l'intérieur de ces dernières, une promotion de ses membres, sans oublier leur mission première qui doit veiller à la qualité de la pratique et au développement de la théorie. Notant que la Gestalt est, de par sa nature, une approche intégrative, l'auteure fait la promotion des écrits sur les approches intégratives.

Annexe

En annexe, on présente les associations, instituts et sociétés scientifiques de la Gestalt. On relève 254 de ces associations dans le monde. Elles sont réparties entre 43 pays. Outre les États-Unis où on en dénombre 40, l'Allemagne compte le plus grand nombre, avec 29 associations. Vient ensuite l'Italie, avec 18. La France et le Royaume-Uni en comptent 14 chacun. Le Canada en possède 8.

La Gestalt possède aussi trois associations internationales: une aux États-Unis, une en Hollande, et l'autre en France.

CONCLUSION

Outre les pays qui ont publié ici, dans *Gestalt Therapy around the World*, l'*International Gestalt Journal* avait déjà publié des comptes rendus d'autres pays, dont la Russie (2002, vol. 25, no 1), la Corée du Sud (2002, vol. 25, no 2), le Brésil (2003, vol. 26, no 2), la Norvège (2005, vol. 28, no 1), la Tchécoslovaquie (2005, vol. 28, no 2) et le Mexique (2006, vol. 29, no 2). Ceci confirme le fait que la liste des pays où la Gestalt-thérapie s'est développée dépasse largement celle qui est représentée dans ce livre.

Références

- Corbeil, J. (1992). L'histoire de la Gestalt au Québec. *Revue québécoise de Gestalt, 1 (1)*, 3-17.
- Corbeil, J. (2004). Letter from Quebec. *International Gestalt Journal, 27 (2)*, 109-117.
- Lebourgeois, C. (1999). Survol historique de la psychologie et de la psychothérapie existentielle humaniste au Québec. *Revue Québécoise de Psychologie, 20 (2)*, 11-37.
- Perls, F. S. (1942). *Ego, Hunger and Aggression*. Londres: George Allen and Unwin.
- Perls, F. S. (1969a). *Gestalt Therapy Verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Perls, F. S. (1969b). *In and Out of the Garbage Pail*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Perls, F. S., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*. New York: Julian Press.
- Perls, L. (1993). *Vivre à la frontière*. Traduction de *Living at the Boundary* par Janine Corbeil. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Spagnuolo Lobb, M. (2004). Letter from Italy. *International Gestalt Journal, 27 (1)*, 111-121.
- Zinker, J. (1981). *Se créer par la Gestalt*. Traduction de *Creative Process in Gestalt Therapy* par André Dolbec et Georges Goulet. Montréal: Les Éditions de l'Homme.

Notes biographiques

André AUBIN, M.Ps., exerce comme psychologue, en pratique privée depuis 1988 et à temps plein depuis 2004. Il a vingt ans d'expérience au Centre Jeunesse de Montréal comme éducateur et conseiller clinique. Il est présentement étudiant au doctorat en psychologie. Le sujet de sa thèse est de cerner les facteurs déterminants et fondamentaux d'une expérience significative en psychothérapie, selon la perspective de quatre témoignages de participants/clients adultes.

Jean-François CHERRIER est détenteur d'une maîtrise en service social de l'Université Laval et s'est formé à la Psychothérapie Gestaltiste des Relation d'Objet et à la thérapie basée sur la *mentalisation*. Il a travaillé dans le domaine de la santé mentale en CLSC, en résidence thérapeutique à Cologne en Allemagne et en milieu hospitalier. Sa pratique est spécifique au traitement de personnes ayant des troubles de la personnalité du groupe B et sa spécialisation est en psychothérapie de groupe.

Janine CORBEIL, psychologue. Maîtrise en psychologie de l'Université de Montréal (1957). Formation à la dynamique des groupes et au psychodrame (Paris, 1957-1958). Diplômée du *Gestalt Institute of Cleveland* (1973-1974), du programme de formation à la thérapie familiale (Virginia Satir, 1980), du programme de formation à la Gestalt synergétique (Illana Rubenfeld, 1980-1981). Récipiendaire du Mérite annuel de l'OPQ (1994) et de celui de l'AQG (1995). Fonde à Montréal le CCHA, Centre de croissance et d'humanisme appliqué qui offre un programme de formation à la Gestalt-thérapie ainsi que des groupes de croissance et de psychothérapie à une population plus large (1974-1989). Fait partie de l'équipe du *Gestalt Institute of Cleveland* qui offre une formation à la Gestalt-thérapie à Bruxelles (1976-1979). Responsable d'une formation à la Gestalt-thérapie à Nantes (1983-1986). Pionnière de la Gestalt-thérapie au Québec et en Europe francophone, elle est souvent invitée à donner des formations en France. Elle a offert des sessions de formation au Centre d'Intégration Gestaltiste (CIG)

pendant quinze ans et fait partie des formateurs de l'Institut québécois de Gestalt-thérapie (IQGT). Elle s'intéresse plus spécifiquement aux dimensions corporelles, oniriques et groupales de la Gestalt-thérapie ; elle a publié de nombreux écrits sur le sujet, et est coauteure de livres publiés ici, en France et en Angleterre. En collaboration avec Sylvie Boulanger, *L'Évolution du psychothérapeute et de son modèle d'intervention: de la théorie à la personnification du parcours* est le prochain livre en voie d'être publié.

Christiane COUTURE est psychologue et neuropsychologue en psychologie de la santé depuis vingt-cinq ans, d'abord en gériatrie et, depuis 1993, en déficience physique auprès des adultes au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau. Elle œuvre auprès de personnes atteintes de maladies évolutives comme la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique et la maladie de Parkinson et, plus récemment, à la clinique d'adaptation à la douleur chronique. En 2007, elle a travaillé au programme des troubles de la personnalité de l'hôpital Louis-H Lafontaine. Diplômée du deuxième cycle au Centre d'Intégration Gestaltiste (CIG) en 2006, elle a complété un doctorat en psychologie à l'Université de Sherbrooke en 2012.

Danielle DESBIENS. Détentrice d'un doctorat en psychologie sociale, formée à la Gestalt au Centre de croissance et d'humanisme appliqué (CCHA) dirigé par Janine Corbeil, Danielle Desbiens a plus de quarante années d'expérience professionnelle, d'abord comme psychologue scolaire et, majoritairement, à titre de professeure à l'École des sciences de la gestion (ÉSG) de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM). Son enseignement et sa pratique professionnelle portaient sur des problématiques reliées aux comportements individuels en entreprise. Elle s'est intéressée plus particulièrement à l'amélioration des habiletés relationnelles en supervision et à la gestion des équipes de projets. À l'UQÀM, elle a aussi occupé différents postes de gestion et présidé plusieurs comités. Elle a siégé au conseil d'administration d'organismes publics et parapublics et a agi à titre d'experte sur de nombreux comités de sélection. Elle a publié sur la méthode des cas et la gestion d'équipe de projets. Coach professionnelle certifiée (PCC) par l'*International Coach Federation (ICF)*, elle a développé une expertise en formation et en accompagnement des cadres jouant le rôle de coach auprès de la relève de leur entreprise.

Marc-Simon DROUIN est psychologue clinicien, professeur titulaire au département de psychologie de l'UQAM et directeur du département de psychologie. Il a complété une formation de troisième cycle au Centre d'Intégration Gestaltiste de Montréal et une formation de superviseur au modèle de la PGRO. Superviseur didacticien du CIG, il intervient dans la formation du premier et deuxième cycle. Ses travaux de recherches portent sur l'efficacité de la psychothérapie, les variables responsables du changement et plus particulièrement celles en lien avec la personne du thérapeute.

Jean-Pierre LANTHIER est psychologue en pratique privée. Diplômé du 3^e cycle de la formation clinique du Centre d'Intégration Gestaltiste (CIG) de Montréal, il cumule dix-sept ans d'expérience comme clinicien en pratique privée et plus de trente-cinq ans d'expérience en psychologie du travail et des organisations. Il avait auparavant complété deux cycles de formation de trois ans chacun en psychothérapie corporelle intégrée (PCI). Il poursuit sa pratique au Bureau de consultation en psychiatrie et en psychologie à Montréal et en bureau privé à Blainville. Diplômé d'abord en psychologie industrielle de l'Université de Montréal, où il a terminé ses études de doctorat, après avoir obtenu sa maîtrise dans cette même discipline. Il a reçu le Prix du Mérite annuel (2011) de la Société québécoise de psychologie du travail et des organisations. Il a remporté cet honneur pour le travail qu'il a accompli en vue d'accroître le rayonnement et la notoriété de la psychologie du travail tout au long de sa carrière.

Lois MEREDITH, Ph.D. a fait partie du corps professoral du Collège Oberlin où elle a également joué avec le *Performance Group* d'Herbert Blau. Après avoir complété le programme post-gradué de 3 ans du *Gestalt Institute of Cleveland*, elle est devenue membre des professeurs invités de cet Institut. Elle a formé des thérapeutes gestaltistes dans son pays et à l'étranger. Son domaine d'intérêt plus spécifique est la structure et la fonction du langage. Elle a aussi travaillé professionnellement comme dramaturge et actrice à la fois à New York et dans des théâtres régionaux. Elle est maintenant clinicienne en pratique privée à New York. Elle continue à écrire des pièces et des scénarios de film.

Danielle POUPARD, Ph.D. est psychologue clinicienne et diplômée du *Gestalt Institute of Cleveland*. Associée au Centre de croissance et d'humanisme appliqué (CCHA, 1975-1979), elle pratique la Gestalt-thérapie avec des individus et des groupes depuis trente-cinq ans. Elle s'intéresse, comme humaniste, aux problèmes existentiels de l'être humain, tels la santé et le stress au travail, le perfectionnisme, les problèmes psychosomatiques, les transitions de vie, l'affirmation et l'estime de soi. Elle fait partie du comité de rédaction de la *Revue québécoise de Gestalt* depuis plus de quinze ans et y a publié de nombreux articles. Elle fait partie des formateurs de l'Institut québécois Gestalt-thérapie (IQGT).



Association Québécoise de Gestalt
C.P. 47583, succ. Plateau Mont-Royal
Montréal (Québec), Canada
H2H 2S8
Tél. : (514) 971-7838
Courriel : info@gestaltqc.ca
Site Internet : www.gestaltqc.ca

QU'EST-CE QUE L'AQQ ?

Fondée en 1988, l'Association Québécoise de Gestalt (AQQ) est un organisme professionnel, sans but lucratif, dont les membres se réfèrent au champ de pratique de l'intervention gestaltiste.

Buts : Développer et promouvoir la théorie et la pratique de l'intervention gestaltiste. Être un lieu de rencontre, de ressourcement et de consolidation professionnelle. Promouvoir des services de qualité au public.

Objectifs : Regrouper, en un lieu d'appartenance, les personnes qui travaillent professionnellement dans la perspective de l'intervention gestaltiste. Favoriser le développement actuel et futur de la théorie et de la recherche en Gestalt. Mettre en commun les expériences et les réflexions issues de la pratique professionnelle des membres. Encourager le perfectionnement des membres. Situer la perspective gestaltiste dans le champ des diverses approches théoriques et pratiques de la personnalité. Établir des liens, sur les plans national et international, avec les autres associations professionnelles de Gestalt.

Moyens : Édition d'une revue professionnelle. Publication du bulletin de liaison *Émergence* sur le site Internet. Causeries préparées par des collègues, lors du partage d'un repas. Le site Internet: www.gestaltqc.ca offre toutes les informations sur l'AQQ, ses membres, les activités en cours ou à venir ainsi qu'une liste de discussion entre collègues. Centre de documentation pour les membres regroupant des écrits sur la Gestalt: livres, revues québécoises et étrangères. Colloque. Journées de formation spéciales données par un membre senior de la communauté internationale. Répertoire des membres diffusé sur le site Internet. Ligne téléphonique pour toute information sur l'AQQ et ses membres. Conférence-bénéfice. Activités sociales.

Je désire devenir membre de l'Association Québécoise de Gestalt :

NOM : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

Faire votre chèque au nom de L'AQQ, au montant de 70 \$CA.

Association Québécoise de Gestalt
C.P. 47583, succ. Plateau Mont-Royal
Montréal, (Québec), Canada
H2H 2S8

Pour toute information : (514) 971-7838

Je désire recevoir les exemplaires suivants de la *Revue québécoise de Gestalt* (inscrire le nombre) :

Vol. 1 épuisé Vol. 2, no 1 () Vol. 2, no 2 () Vol. 3 ()
Vol. 4 () Vol. 5 () Vol. 6 () Vol. 7 ()
Vol. 8 () Vol. 9 () Vol. 10 () Vol. 11 ()
Vol. 12 () Vol. 13 () Vol. 14 ()

Pour connaître le contenu de chaque numéro, visitez
www.gestaltqc.ca

COÛT PAR EXEMPLAIRE (Vol. 2 à 8) :

Membre : 25 \$

Non membre : 30 \$

Institution : 40 \$

Total : _____

COÛT PAR EXEMPLAIRE (Vol. 9 à 14) :

Membre : 32 \$

Non membre : 37 \$

Institution : 47 \$

Total : _____

Frais d'envoi : 5 \$ Canada (10 \$ autres pays)

GRAND TOTAL : _____

S.v.p. écrire lisiblement

Nom : _____

Institution (le cas échéant) : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ (résidence)

_____ # _____ (travail)

Chèque à l'ordre de PAQG (Association Québécoise de Gestalt)

AQG

C.P. 47583, succ. Plateau Mont-Royal
Montréal (Québec), Canada
H2H 2S8



Centre de services psychologiques

Le Centre de services psychologiques (CSP) de l'UQÀM est un centre universitaire de formation à la pratique de la psychothérapie. Le centre offre dans le cadre de ses activités de formation, des services d'évaluation psychologique et de consultation brève pour les adultes, les enfants et les adolescents. Le coût des services est établi selon le revenu de la personne qui consulte.

Les services sont rendus par des étudiants inscrits au doctorat en psychologie à l'Université du Québec À Montréal et qui sont supervisés par des psychologues membres de l'Ordre des Psychologues du Québec.

Vous devez absolument prendre rendez-vous afin de pouvoir profiter d'une consultation psychologique au numéro de téléphone (514) 987-0253. Les heures d'ouverture du secrétariat sont du lundi au jeudi de 9h00 à 20h00 et le vendredi de 9h00 à 17h00. Des consultations sont possibles le jour et en soirée.

Aucune rencontre ne pourra être obtenue sans rendez-vous préalable.

UQÀM

Département de psychologie

CENTRE D'INTÉGRATION GESTALTISTE



CIG

**CENTRE DE FORMATION À LA PSYCHOTHÉRAPIE
GESTALTISTE DES RELATIONS D'OBJET (PGR0),**

**PERFECTIONNEMENT CLINIQUE:
SESSIONS SUR LE DIAGNOSTIC
MASTER CLASS
STAGE AVANCÉ...**

**SUPERVISION DIDACTIQUE ET
CLINIQUE DE PSYCHOTHÉRAPIE.**

**SOUS LA DIRECTION DE GILLES DELISLE, PH.D. ET LINE
GIRARD M.Ps.**



INSTITUT QUÉBÉCOIS DE GESTALT-THÉRAPIE

L'IQGT cherche à recentrer, développer et approfondir l'approche de la Gestalt-thérapie à partir des propositions théoriques et cliniques fondatrices ainsi que des plus récents points de vue suggérés par les gestaltistes d'ici et d'ailleurs. Il vise à intégrer les apports avancés par les autres approches aussi bien que par la recherche scientifique.

L'IQGT est un lieu de réflexion, de formation et de soutien pour les professionnels qui cherchent à cultiver l'art et la science de la psychothérapie.

Nos activités s'articulent autour d'échanges propices à faire fructifier les connaissances et habiletés propres à chacun. De façon à dynamiser la relation thérapeutique, elles misent sur la confiance, la sensibilité et la créativité du thérapeute.

La formation continue se déroule dans un cadre groupal soutenant et stimulant susceptible d'affermir et d'affirmer les caractéristiques et le style personnels de chacun dans son travail comme psychothérapeute.

Questionner, traduire et transmettre les mouvements, les pensées ainsi que les propositions qui fondent notre travail comme psychothérapeutes est un exercice exigeant, stimulant, généreux.

Nous souhaitons exprimer ici notre gratitude envers les auteurs qui, une fois de plus, viennent soutenir le métier que nous pratiquons en partageant leurs interrogations et les fruits de leurs pratiques cliniques.

Ce nouveau numéro de la *Revue québécoise de Gestalt* est aussi une bonne occasion de participer au dialogue avec la grande communauté gestaltiste et avec les autres approches en psychothérapie.

Nous remercions le comité de rédaction de la *Revue québécoise de Gestalt*, ses fidèles collaboratrices à la diffusion, et le conseil d'administration pour tous les efforts faits en vue de garder vivante cette antenne gestaltiste québécoise.

Jorge Vasco, psychologue
Directeur



IFACEF

11 ans d'expérience en formation
et en thérapie

Depuis sa création en 1984, IFACEF a
formé plus de 400 psychothérapeutes et
donné des formations dans des centaines
d'établissements.



LES
SPÉCIALISTES
DE LA
FAMILLE

514 388 7216

ifacef@ifacef.com

www.ifacef.com



LES
SPÉCIALISTES
DE LA
FAMILLE



IFACEF

**Vous souhaitez avoir le titre de
PSYCHOTHÉRAPEUTE ?**

Un **NOUVEAU** programme
de formation de l'IFACEF

FORMATION À LA PSYCHOTHÉRAPIE

- Une formation **ORIGINALE** par une équipe de professionnels
hautement qualifiés
- Horaires de formation adaptés à une vie professionnelle
- Formation sur 4 ans :
 - 2 ans de tronc commun
 - 2 ans où l'étudiant choisit d'approfondir une spécialisation:
Psychodrame
Gestalt-thérapie
Thérapie conjugale et familiale
- Conforme aux exigences de l'Office des Professions du Québec
(Loi 21) et de l'Ordre des Psychologues du Québec

Sont admissibles :

- membres des ordres reconnus par la loi 21
- titulaires d'une maîtrise

Nombre de places limité

Détails et inscription www.ifacef.com

ESTHER LAROSE PSYCHOLOGUE

consultations • psychothérapie

514 • 5 6 9 • 9 1 2 9

**Centre de psychologie clinique
de la Rive sud**

620 rue Notre-Dame, Saint-Lambert, J4P 2L1

Henriette Blais, M.Ps.

Lise Bougard, M.Ps.

Psychothérapie individuelle et conjugale, intervention courte et longue durée
Pour adultes, adolescents, personnes âgées, couples

Supervision clinique

Henriette Blais

St-Lambert : 450 671-6457

Laval-Ahunatic : 450 668-1003

blaishenriette@videotron.ca

Lise Bougard

St-Lambert : 450 671-6457

bougali@hotmail.com

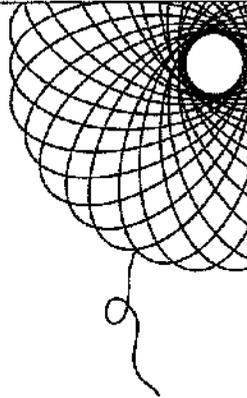
Psychologue
Isabelle Binet R. M.Ps.

514. 991. 8344

info@isabellebinet.com

www.isabellebinet.com

Dépression, anxiété
Difficultés relationnelles
Clientèle adulte



CRITÈRES DE SÉLECTION ET DE CORRECTION D'UN ARTICLE

Provenance de l'article: Tout article écrit en français et qui s'inscrit dans le cadre de la mission de la revue peut paraître dans la revue, qu'il vienne du Québec ou d'ailleurs. La qualité de l'article en constitue le critère premier. En outre, le comité de rédaction jugera de sa pertinence en fonction de l'ensemble du numéro à publier. Afin de s'assurer que la revue reflète la spécificité gestaltiste québécoise, chaque numéro sera majoritairement écrit par des auteurs d'ici.

Pertinence de l'article: L'article doit demeurer en lien avec le contexte gestaltiste et respecter la mission de la revue. Un article présentant une critique de la Gestalt doit être conçu de manière à favoriser l'avancement de cette orientation en psychothérapie. Un article qui traite d'une autre théorie que la Gestalt doit le faire dans l'optique d'un rapprochement avec la théorie gestaltiste.

Rigueur de l'article: L'auteur doit étayer ce qu'il ou elle avance et approfondir son propos, qu'il s'agisse d'une étude de cas, d'un rapport de recherche, d'un essai, etc. La revue ayant pour mission de favoriser la réflexion sur la pratique et la théorie gestaltistes, il apparaît important que le vocabulaire employé demeure aussi gestaltiste que possible.

Clarté du texte: L'article doit être écrit dans un style clair et intelligible, tenant pour acquis que le lecteur connaît les concepts gestaltistes. Par exemple, on évitera de longues descriptions du cycle d'*awareness*, des fonctions de contact ou d'autres concepts de base.

Correction des articles: Les articles sont lus et évalués de façon anonyme par trois lecteurs. La correction du français sera faite si nécessaire. Ces corrections respecteront le style personnel des auteurs.

Présentation de l'article: Les textes doivent être soumis en français et respecter les normes usuelles des présentations scientifiques. Ils doivent être accompagnés d'un résumé d'environ cent (100) mots, rédigé en français et en anglais. Les références doivent respecter les règles de l'*American Psychological Association*. Si l'article est accepté, l'auteur reçoit les modifications suggérées et remet ensuite sa version définitive à l'attention de la coordination de la *Revue québécoise de Gestalt*.

Esther LAROSE

Marc-Simon DROUIN

Janine CORBEIL

Claire ALLARD

Janine CORBEIL

Agnès TREMPE

Marc-Simon DROUIN

Jean-François CHERRIER

Christiane COUTURE

Danielle DESBIENS et
Danielle POUPARD

André AUBIN

Jean-Pierre LANTHIER

Janine CORBEIL - Traduction de
l'anglais par Janine Corbeil

Lois MEREDITH - Traduit par
Danielle POUPARD et révisé
par l'auteure

Janine CORBEIL - Sous la
direction de Eleanor O'Leary

Mot de la présidente

Éditorial

Hommage à Anne Peyron-Ginger

Hommage à Monique Madore

Hommage à Richard Hatto

Hommage à Richard Hatto

L'alliance, ses ruptures et leurs
réparations dans le processus
thérapeutique

La thérapie basée sur la
mentalisation: une étape au seuil
du dialogue herméneutique

Adaptation à la maladie
chronique et *mentalisation*,
un même processus

Coaching et Gestalt
Une alliance à explorer

Esquisse d'un modèle conceptuel
de la psychothérapie

À quelle psychothérapie
avons/aurons-nous droit?
Efficacité, accessibilité et
données probantes

Festschrift pour Erving Polster

Erving Polster:
quelques réflexions

Résumé de lecture
Gestalt Therapy Around the World

Notes biographiques