

Revue québécoise de Gestalt

Naissance et croissance

*Développement de l'enfant,
des thérapeutes et des approches*

Les Éditions de l'AQG



Volume 12 • 2010

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 :

Gaétane BOURDAGES

COMITÉ DE RÉDACTION :

Gaétane BOURDAGES

Marc-Simon DROUIN

Maria Rosa FERRETTI

Marie GÉRIN-LAJOIE

Danielle POUPARD

CONCEPTION GRAPHIQUE DE LA COUVERTURE

ET MISE EN PAGE :

JC design

www.juliecloutier.com

IMPRESSION :

Le Caïus du livre inc.

La *Revue québécoise de Gestalt* est publiée par :

Association Québécoise de Gestalt

C.P. 428, succ. Delorimier

Montréal (Québec) H2H 2N7

Canada

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

ISSN 1206 5978

Dépôts légaux : Bibliothèque nationale du Québec

et Bibliothèque nationale du Canada.

Le Programme de développement des compétences en intervention De la psychothérapie du lien à l'intervention de soutien	127
Sébastien AUGER	
Causeries et conférences	141
L'art d'accompagner affectivement en périnatalité	143
Louise LETTRE	
Autorégulation du thérapeute en situation critique	155
Sylvie DUNN	
La Gestalt-thérapie au Québec ou Phénix renaîtra-t-il de ses cendres?	163
Janine CORBEIL	
Journée d'étude de la PGRO: Introduction Une psychothérapie intégrative et actuelle	197
Line GIRARD	
Commentaire de lecture Le corps comme conscience	207
Claire ALLARD	
Erratum	215
Notes biographiques	217

Mot de la présidente

Il est rare que les actualités fournissent l'occasion de se réjouir. Mais il arrive parfois qu'un exemple de courage, de résilience et de solidarité survienne telle une petite bulle d'espoir. L'automne 2010 nous en fournit un bel exemple avec le sauvetage de trente-trois mineurs chiliens, coincés à plus de six cents mètres sous terre durant soixante-neuf jours.

Oublions le cirque médiatique qui a peu abordé les aspects moins glorieux de l'histoire. En effet, au Chili les conditions de travail des mineurs sont révoltantes. Chaque année, une trentaine d'hommes meurent dans les mines et le jour de l'accident, malgré des signes inquiétants d'effondrement, la direction de la mine de San José avait interdit aux trente-trois mineurs de remonter à la surface. Et le drame s'est produit... Au moment où j'écris ces lignes, nous en savons encore très peu sur la manière dont ces hommes ont réussi à s'organiser et à survivre. À lui seul, le défi de vaincre la claustrophobie nous paraît insurmontable. Nous pouvons sans mal imaginer qu'ils ont dû mettre de côté leur intimité et leur méfiance afin d'opérer une gymnastique psychique où le groupe prend le pas sur l'individu. Aucune autre façon de concevoir la survie que par la primauté du lien et la mise en commun des forces et des ressources individuelles. Voilà donc un fait divers inspirant, qui force le respect face aux capacités de résilience et de solidarité de l'être humain.

En tant que psychothérapeutes, ces notions nous sont familières. Bien que nous soyons très rarement confrontés à des situations aussi tragiques que celle des mineurs chiliens, nous pouvons être inspirés par l'utilisation métaphorique d'un tel évènement. Il arrive que nos pratiques nous amènent à composer avec des notions d'effondrement moral ou psychique et des positions de repli dans des galeries souterraines où l'espoir semble inaccessible. Nous aimons croire alors que nous possédons les connaissances et les aptitudes afin d'atteindre « notre mineur » dans sa détresse, forer un passage par lequel nous pourrions apporter dans un premier temps une nourriture de survie, puis l'espoir d'une remontée.

Si nous pouvons nous laisser inspirer dans nos pratiques individuelles, la métaphore vaut aussi pour notre vie associative. Pardonnez donc l'opportunisme du lien si je dis que, durant la dernière année, l'AQG a connu son coup de grisou. La galerie a commencé doucement à s'effriter et à présenter les premiers signes d'un effondrement. Fatigue des membres, démobilisation, divisions internes, méfiance. Et voilà que nous nous sommes sentis enfermés dans un espace trop petit pour contenir nos contradictions, nos divergences de vue et nos aspirations. Nous aurions pu alors nous disperser en tous sens, dans un malheureux sauve-qui-peut qui aurait signé la fin de notre association. Au lieu de quoi nous avons fait front commun et nous nous sommes mobilisés. En août 2010, nous avons tenu un grand congrès d'orientation, une assemblée de parole libre et de mise en commun de nos forces, afin de solidifier nos structures. Nous nous sommes donné des orientations nouvelles en même temps que de l'espoir. Notre devise pourrait désormais être celle-ci : Enracinés dans le meilleur de nous-mêmes et tournés vers l'avenir.

Bien qu'il reste beaucoup à faire pour amener à maturité cette AQG renouvelée, il est bon de savoir que, dans la tourmente, un groupe de personnes a continué à travailler d'arrache-pied afin qu'une fois encore soit éditée La Revue québécoise de Gestalt, un des fleurons de notre association. Ce douzième volume vient couronner une année riche de remises en question et d'ajustements créateurs. Mais plus encore, il témoigne de notre ténacité à rester vivants et de notre volonté à faire progresser et rayonner la Gestalt-thérapie. Remercions donc le comité de la revue ainsi que les auteurs qui nous offrent ici le meilleur de leur pensée et qui le font généreusement, pour le bénéfice de tous. Abordons la lecture de ces textes inspirants en plein midi et loin de nos galeries souterraines.

Bonne lecture à tous,

Sylvie DUNN
Présidente de l'AQG

Éditorial

Naissance et croissance Développement de l'enfant, des thérapeutes et des approches

Dans le texte d'une conférence qui est reproduit dans ces pages, Janine Corbeil se demande, en référence à l'avenir de l'AQG, si Phénix renaîtra de ses cendres. Une telle question aurait pu se poser pour les membres du Comité de rédaction de la *Revue québécoise de Gestalt* à propos de l'avenir de la revue suite à l'annulation de la publication de notre numéro de 2009. L'avenir nous semblait incertain bien que nous sentions, en nous et un peu partout chez nos collègues, des braises qui refusaient obstinément de mourir. Le feu était toujours là et nous sommes ravis de sentir un vent nouveau raviver la flamme de la transmission. La hantise de voir notre revue se retrouver au nombre des publications du passé a fait place à une nouvelle énergie. Les paroles s'envolent, les écrits restent. La Gestalt-thérapie, qui a parfois péché par la quasi-exclusivité de sa transmission orale, conserve donc un de ses modes de transmission qui assure la pérennité de notre pensée originale et rigoureuse.

La Revue, comme l'AQG, connaît un nouvel élan qui nous a inspiré les thèmes de la naissance et de la croissance. Naissance de l'individu certes, mais aussi naissance et croissance du thérapeute et des approches. C'est à une forme de parcours *développemental* que nous vous convions.

D'entrée de jeu, Maria Rosa Ferretti nous propose un article qui traite de l'application de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) dans le cadre de la thérapie de l'enfant et de ses parents. À l'origine, le cadre d'application de la PGRO était celui du traitement des pathologies des troubles de la personnalité chez l'adulte. Les évolutions plus récentes de l'approche, notamment en ce qui concerne l'intégration de la perspective *développementale* et de la relation entre l'atteinte des enjeux *développementaux* et l'établissement des capacités d'autorégulation affective et cognitive, semblent permettre l'utilisation de cette approche dans le cadre du travail thérapeutique avec l'enfant et sa famille.

Le travail avec les enfants nous ramène à des préoccupations au niveau des premières expériences d'attachement et des émotions qui s'y rattachent. Danielle Poupard et Agnès Trempe ont traduit un article important de Robert G. Lee portant sur la honte et l'attachement dans l'enfance et, plus particulièrement, traitant de l'interaction entre le développement neurobiologique et la relation dans les premières années de vie. Cet article fait l'examen des données de la recherche en neurobiologie qui se préoccupent du rôle et de l'importance de la relation dans la structuration des circuits neuronaux pendant les première et deuxième années de la vie, ainsi que le sens de cette information du point de vue constructiviste et intersubjectif de la Gestalt.

Angela DuPont nous entraîne, à l'aide du travail sur les rêves, à une intégration de nos deux hémisphères cérébraux. Son article adopte un plan bicéphale. En mode Cerveau Droit, une invitation au lecteur par des questions-guides, à une expérimentation où vous irez, si vous le souhaitez, vous promener dans vos rêves. Une section Cerveau Gauche théorique, consacrée à un survol d'informations venant d'horizons différents, pour parler du processus de changement par le travail sur nos rêves. Elle traite de l'évolution des bases neuroscientifiques des rêves et elle présente une nouvelle approche de travail des rêves à l'aide du cycle autothérapeutique, inspiré de la PGRO et des concepts de régulation affective et de *mentalisation* en neurosciences. Elle nous invite à utiliser, de jour, ce que nos rêves nous enseignent la nuit.

Les thérapeutes doivent aussi passer par un processus *développemental* dans l'acquisition de leur identité professionnelle. Marc-Simon Drouin propose un article dont l'objectif est de mettre en lumière l'importance que devrait avoir le cadre et l'orientation théorique dans le développement de l'identité professionnelle des thérapeutes. À une époque où plusieurs semblent suggérer que les trois grandes orientations théoriques devraient céder le pas à une seule grande théorie intégrative de la psychothérapie basée sur les découvertes des neurosciences et la validation empirique des interventions, l'auteur affirme la pertinence de maintenir l'existence d'un cadre théorique résolument humaniste dans la pratique de la psychothérapie. Il présente les postulats de base de ce cadre à la lumière des plus récentes découvertes.

Sébastien Auger s'interroge sur les conséquences de la désinstitutionnalisation pour les organismes communautaires qui doivent composer avec des situations complexes. Issus majoritairement de formations collégiales ou universitaires de premier cycle, les intervenants communautaires en santé mentale doivent affronter plusieurs défis relationnels tout en étant exposés à l'impuissance et

à l'épuisement. Conscient de l'importance de la formation continue et du soutien aux intervenants, le Regroupement des organismes de base en santé mentale des régions 04-17 appuie la mise sur pied d'un Programme de Développement des Compétences en Intervention (DCI) à l'image du modèle du Centre d'Intégration Gestaltiste (CIG) de Montréal.

La revue innove cette année en vous proposant une série de textes tirés de causeries et conférences données par des acteurs importants de notre communauté.

Ainsi, Louise Lettre nous propose un texte sur l'art d'accompagner affectivement en périnatalité. Sa conférence présente la Préparation Affective à la Naissance qui permet d'accompagner les parents qui attendent un enfant en établissant une relation affective sécurisante avec leur bébé ainsi reconnu comme une personne à part entière. La Préparation Affective à la Naissance est pratiquée depuis plus de vingt ans en Belgique alors que l'haptonomie, dont elle s'inspire, l'est depuis plus de trente ans dans différents pays d'Europe.

Sylvie Dunn, de son côté, reprend le contenu de l'exposé présenté lors de la Journée d'Étude de la PGRO en juin 2009. Elle y aborde le thème de la *dysrégulation* affective du thérapeute, susceptible de survenir lors de ce qu'elle nomme la situation critique en psychothérapie, et développe sa pensée sur une stratégie simple, permettant au thérapeute *dysrégulé* de retrouver sa capacité de *mentalisation*.

La conférence d'ouverture du Colloque du 21^e anniversaire de l'AQG prononcée par Janine Corbeil est reproduite ici. Comme nous le mentionnons d'entrée de jeu, l'auteure revoit avec nous l'histoire de l'AQG, depuis sa naissance en 1988. Elle partage ensuite ses réflexions sur le présent et le futur de la Gestalt-thérapie au Québec. Et enfin, elle énonce certaines conclusions, parfois paradoxales, auxquelles elle est arrivée.

En conclusion de ce parcours *développemental*, Line Girard signe un article qui résume l'essentiel de la conférence d'introduction qu'elle a prononcée en ouverture de la Journée d'Étude de la PGRO. Elle présente d'abord le profil actuel des participants qui sont admis à cette formation et, ensuite, un tableau figuratif des racines théoriques de la PGRO et les contenus au programme.

Comme à toutes les éditions de notre Revue, notre tradition écrite s'enrichit des commentaires d'une de nos membres sur un ouvrage important de la documentation gestaltiste. Claire Allard nous propose son commentaire de lecture sur le livre de Ruella Frank, *Le corps comme conscience*.

En espérant que ce numéro de la revue vous plaira et qu'il pourra contribuer à nourrir votre réflexion sur le développement personnel et professionnel.

Marc-Simon Drouin
Pour le Comité de rédaction

NDLR: On notera l'utilisation des mots *sécure*, *non sécure*, *développemental*, *dérégulation*, *dysrégulation*, du verbe *dysréguler*, ainsi que du verbe *mentaliser*, du mot *mentalisation* (traduction libre de *mentalize* et *mentalization*) 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 sur le développement de la personne, ils sont acceptés dans cette optique par la rédaction.

La Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet appliquée à la thérapie de l'enfant et de ses parents

Sa contribution à la compréhension de
l'identification projective parentale

Maria Rosa FERRETTI

Résumé

À l'origine, le cadre d'application de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) était celui du traitement des pathologies des troubles de la personnalité chez l'adulte. Dans cet article, l'auteure propose une démarche réflexive d'intégration de ce modèle à l'approche des entretiens familiaux proposée par Maurice Berger dans le cadre du travail thérapeutique avec l'enfant et ses parents. Ces deux approches s'intéressent à relever comment les impasses relationnelles passées des adultes se réactivent lorsque ces derniers accèdent à leur rôle parental. Autant l'approche des entretiens familiaux que la PGRO considèrent que le contenu affectif des répétitions relationnelles peut être, dans une certaine mesure, influencé par les caractéristiques des identifications projectives. Les entretiens familiaux s'intéressent aux manifestations de l'identification projective parentale dans le champ commun familial et aux modalités de leur construction par le couple parental. La PGRO, de son côté, permet de saisir comment la réactivation de certains dilemmes *développementaux* des parents, se manifestant par des identifications projectives parentales, influence le développement du Self de l'enfant. Par le biais de l'analyse des différents types d'identification projective parentale, l'auteure tente de relever, au moyen de l'éclairage de la PGRO, les modalités de la transmission intergénérationnelle des conflits. Elle expose sa compréhension des dilemmes relationnels vécus par les parents et des stratégies d'adaptation et de régulation affective mises en place, autant par les parents que par leurs enfants.

INTRODUCTION

Lorsque le thérapeute débute une psychothérapie avec un enfant, il est d'emblée mis en contact avec son entité psychique et celle de ses parents, telles qu'elles se déploient dans la relation singulière et unique qui les unit. Il évalue, dans un premier temps, le fonctionnement mental de l'enfant, les caractéristiques de sa personnalité qui est en train d'émerger et le niveau de son développement en relation avec la phase chronologique qu'il traverse (petite enfance, enfance, période de latence, adolescence). La personnalité de l'enfant émerge de l'interaction entre différents facteurs, les plus importants étant : ses prédispositions biologiques depuis la naissance et les caractéristiques psychologiques des parents.

Conséquemment, le thérapeute ne peut pas faire l'économie de l'évaluation des aspects relationnels parents - enfants et de l'expérience intrapsychique de chacun s'il veut saisir les enjeux interpsychiques qui se déploient entre les membres de la famille et avoir une vue d'ensemble du sens des symptômes affichés par l'enfant. Il se pose alors la question de la posture qu'il doit prendre pour travailler avec l'enfant et comprendre l'influence que l'histoire des parents a sur son développement. Comment aider chacun des membres de la famille à se réapproprier son propre développement alors que la demande d'aide initiale concerne uniquement l'enfant ?

Différentes approches en thérapie familiale se sont penchées sur ces questions et sur la place à donner aux figures réelles ou fantasmatiques des parents dans le traitement thérapeutique de l'enfant (Elkaim, 1995). De plus, plusieurs démarches d'intégration entre des approches ont été proposées pour répondre à la complexité des niveaux d'intervention à mettre en place.

Étant formée à la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) et travaillant avec les enfants et leurs familles, je me suis, depuis longtemps, intéressée à la manière d'intégrer certains concepts de la PGRO à un modèle de thérapie familiale. Au cours des dernières années, la PGRO a intégré des apports de la psychologie du développement, surtout en ce qui a trait aux enjeux d'attachement et aux modalités de développement des capacités d'autorégulation et de *mentalisation*. De plus, les neurosciences affectives ont permis de mieux étayer la vision du développement de la personnalité et celui de la pathologie.

Cet article propose donc une réflexion sur l'apport de la PGRO à la thérapie de l'enfant et de sa famille. En particulier, il développe l'idée que la compréhension des mécanismes d'identification projective des parents et de l'enfant, telle que proposée actuellement

par la PGRO, peut venir enrichir et intégrer la compréhension du rôle des identifications projectives parentales. Ceci permet de poser un autre regard sur la transmission intergénérationnelle et les répétitions relationnelles traumatiques qui ont lieu entre les parents et leur enfant.

L'exposé comprend quatre sections. Une première aborde les critères d'intégration de la PGRO à une approche plus spécifiquement conçue pour le traitement psychothérapeutique de l'enfant. La deuxième section porte sur l'identification projective et ses modalités. La troisième présente la typologie des identifications projectives parentales et la quatrième présente le type le travail thérapeutique qui peut être mis en place pour les traiter avec l'enfant et ses parents. Une vignette clinique est présentée pour illustrer comment les notions théoriques décrites s'actualisent dans le travail thérapeutique.

DÉMARCHE D'INTÉGRATION DE LA PGRO À UNE APPROCHE EN THÉRAPIE FAMILIALE

Afin de pouvoir appliquer la PGRO dans le contexte de la thérapie avec l'enfant et la famille, il a fallu établir quelle approche en thérapie familiale présentait une cohérence de fond avec la PGRO et permettait ainsi une intégration. Les points de convergence retenus pour cette démarche comparative étaient: la théorisation du développement psychique et les origines de la psychopathologie chez l'enfant, les modalités de construction des relations d'objet de l'enfant et le processus de transmission intergénérationnelle. J'ai déjà abordé les possibilités d'intégration à des approches systémiques et psychodynamiques (Ferretti, 2003) et, dans cette perspective, je propose ici un modèle d'intégration de la PGRO aux entretiens familiaux tels que théorisés par Berger (1987, 1995, 2003). Cette section présente les principales caractéristiques des entretiens familiaux, de la PGRO et une hypothèse d'intégration entre les deux approches.

Les entretiens familiaux: points de convergence et divergence avec les thérapies familiales psychodynamiques

Les entretiens familiaux s'inscrivent dans la lignée des thérapies familiales psychodynamiques, surtout en ce qui concerne l'axe théorique de référence (Berger, 2003). Dans la thérapie familiale psychodynamique, on considère que chaque groupe familial élabore son appareil psychique familial. Cet espace psychique commun contient les caractéristiques individuelles de chacun. Il permet à l'enfant de trouver les identifications qui lui sont nécessaires pour

sentir qu'il fait partie de sa famille, tout en lui permettant de se différencier de ses parents.

Le groupe familial possède aussi une représentation collective de ses principes organisateurs. Le partage et la reconnaissance de ces principes permettent aux individus de se sentir rassurés et en contact avec les autres membres de la famille. Un premier organisateur familial se met en place lors du choix du partenaire, pendant la période de formation du couple. Les deux partenaires ont chacun une représentation interne de leurs objets parentaux respectifs et du lien qu'ils entretenaient avec leurs parents. L'ensemble de leurs objets parentaux internes forme le premier organisateur familial. Il est caractérisé par les aspects positifs des objets parentaux et par les aspects non résolus des problématiques infantiles des deux parents. Ces aspects sont tous réactivés lorsque les partenaires accèdent au rôle de parents. Ils interviennent dans la relation que les parents auront avec leur enfant et ils contribuent à la construction du monde interne de l'enfant.

La notion de soi familial fait référence à un autre organisateur. Elle indique l'investissement perceptif que les membres développent à propos de la famille. Cet investissement permet à chacun de reconnaître sa famille dans le temps (Eiguer, 1987). Ainsi, autant les parents que les enfants ont le sentiment d'appartenir à la même famille, grâce à la communauté de souvenirs, à la reconnaissance de façons de faire et d'être propres à leur noyau familial. Ils peuvent partager, de façon consciente et inconsciente, des idéaux qui contribuent à bâtir leurs projets communs.

Dans les approches familiales psychodynamiques, la compréhension que le thérapeute a du déploiement des organisateurs familiaux décrits ci-dessus permet l'analyse structurale du groupe familial. Cette analyse se fait dans un cadre prédéterminé : rencontre avec le groupe familial, présence de deux thérapeutes, espacement des rencontres fixé à l'avance, énonciation des règles d'association libre. Le thérapeute reste attentif à la production imaginaire des individus et du groupe familial. Il se centre sur ce qui est pensé par la famille au cours de la rencontre, tout en restant attentif au transfert collectif dont il est l'objet.

Dans les entretiens familiaux, on utilise également les notions d'organisateur familial et de champ commun familial telles que formulées par la théorie psychodynamique familiale. Cependant, on perçoit que les difficultés de l'enfant ne sont pas issues exclusivement d'une problématique de type groupal. En effet, on considère que la problématique qui s'exprime par les symptômes de l'enfant est le résultat de la réactivation des conflits intrapsychiques de

chaque parent. Ces conflits, qui sont antérieurs à la naissance de l'enfant, se combinent avec ceux de l'autre parent ; ils se réactivent dans les situations de parentalité en fonction aussi des caractéristiques spécifiques de l'enfant et des étapes de maturation qu'il traverse. Dans les entretiens familiaux, on observe donc l'adoption d'une causalité circulaire pour expliquer la difficulté de l'enfant. Cette causalité fait appel aux enjeux intrapsychiques non résolus des parents. Elle réfère aussi à la relation interpsychique entre les parents et l'enfant en fonction des caractéristiques de ce dernier. On s'attarde aux difficultés relationnelles que les parents ont vécues lorsqu'ils étaient eux-mêmes enfants ainsi qu'à l'influence de ces difficultés sur la relation actuelle avec leur enfant.

Le développement de l'enfant au contact du groupe familial

Dans l'approche des entretiens familiaux, on considère que le développement psychique de l'enfant est en partie issu des expériences qu'il fait depuis son plus jeune âge lors de la rencontre entre son corps et son environnement. Si cet environnement (ses parents) est suffisamment stable, il favorisera l'établissement d'une zone familiale commune et symbiotique. Cet espace psychique commun permet à l'enfant de se développer en sécurité de façon harmonieuse, car il peut compter sur l'existence d'un fond symbiotique familial rassurant et structurant (nécessaire pour son développement) pendant qu'il traverse les différentes étapes d'autonomisation.

La zone commune familiale prend des connotations particulières lors de la naissance de l'enfant. L'enfant peut être identifié, par ses parents, à des images parentales aimées et investies ; il reçoit des projections conscientes et inconscientes de leur part. Les parents peuvent reconnaître les identifications qu'ils font concernant leur enfant (il est grand comme mon père, il est curieux comme moi quand j'étais petit). Le noyau identitaire de l'enfant s'enrichit progressivement d'objets internes assimilés et bons. Par contre, il arrive que les nouveaux parents, à cause de la réactivation d'aspects conflictuels de la relation passée avec leurs propres parents, projettent de façon inconsciente sur leur enfant des objets partiels, perçus comme mauvais ou déficients. L'enfant devient alors le récepteur d'une série de projections qui proviennent des deux parents ou de l'un d'eux. Ces projections viennent parasiter le Moi de l'enfant qui est obligé de s'identifier à des objets internes qui ne lui appartiennent pas pour maintenir le lien avec ses parents et ne pas se retrouver tout seul. Ces adaptations deviennent plus difficiles et conflictuelles : des symptômes de mal-être psychologique apparaissent lorsqu'elles vont à l'encontre des besoins de maturation de l'enfant.

La pratique des entretiens familiaux

Le premier objectif du thérapeute qui pratique les entretiens familiaux est d'établir, entre lui et la famille, un espace de rencontre créé sur mesure en fonction des caractéristiques de la famille. Dans cet espace transitionnel, le travail thérapeutique se fait avec l'enfant et ses parents ainsi qu'avec chacun des membres du couple parental si nécessaire. Il est possible d'entreprendre éventuellement un travail avec l'enfant tout seul, si des enjeux intrapsychiques restent actifs et sont source de souffrance pour l'enfant. Il s'agit donc d'un cadre souple qui demande au thérapeute de saisir la dynamique de la famille pour établir son niveau d'intervention. Ce cadre particulier, adapté et créé avec chaque famille, contribue, selon Berger (2003), à établir une assise relationnelle plus solide. Elle permet d'éviter les ruptures thérapeutiques hâtives (les parents se sentant menacés) ou un début hâtif de la démarche thérapeutique avec l'enfant (l'enfant étant considéré comme le seul à être en difficulté).

Le thérapeute essaie d'aider les parents à saisir comment certaines interactions entre eux et leur enfant prennent un sens par rapport à l'histoire individuelle de chaque parent. Ensuite, il essaie de dégager comment chaque histoire individuelle s'est articulée avec celle de l'autre conjoint et celle de l'enfant pour créer un champ commun problématique. Berger considère que les liens entre les membres d'une famille reposent sur un fond d'identifications réciproques. Selon la nature de ces identifications, des relations symbiotiques et des attachements aliénants entre les membres de la famille peuvent être repérés.

Le but, pour le thérapeute, est de comprendre avant tout la logique de fonctionnement de la famille sans a priori, en ayant comme premier objectif d'aider les parents à aider leur enfant, sans porter de jugement sur leurs pratiques éducatives et leurs relations. Il ne se pose pas comme expert et son objectif est de travailler avec les parents pour leur redonner, dans la mesure du possible, les moyens de s'occuper de leur enfant. Pour cette raison, il leur explique son impossibilité d'aider l'enfant sans leur collaboration. Ces propositions peuvent être formulées de la façon suivante: *j'ai besoin que vous m'aidiez à comprendre les difficultés de votre enfant ... voyons ensemble comment vous avez déjà essayé de l'aider et comment vous pourriez faire différemment... cela m'aiderait de savoir si vous vous rappelez quelles solutions vous aviez trouvé lorsque vous aviez son âge, ou si cela s'est mal passé aussi pour vous, quelle attitude votre entourage aurait pu prendre pour vous aider.*

Cette façon d'impliquer les parents et l'enfant dans la démarche thérapeutique semble présenter trois avantages. Elle permet de

① comprendre plus facilement les fantasmes interindividuels dont l'enfant est porteur. Elle facilite, chez les parents, l'accès à leurs représentations infantiles lorsque le thérapeute fait appel à leur identification à l'enfant qui porte des symptômes. De plus, l'évocation d'enjeux intergénérationnels permet à l'enfant et aux parents de prendre conscience de la surcharge conflictuelle qui pèse sur l'enfant. Le parent peut mieux situer la problématique du conflit qu'il vit avec son enfant et, parfois, avec son conjoint. Ainsi, certains deuils concernant des objets relationnels passés sont progressivement réélaborés. ② ③

L'écoute du thérapeute est centrée sur la manière dont les membres de la famille se représentent les liens qui les unissent. Il est particulièrement attentif aux tonalités affectives utilisées pour décrire le champ familial actuel, les scènes de vie familiale et l'histoire passée des parents. Il cherche à avoir accès à la structure familiale consciente autant qu'à l'inconsciente. Au niveau conscient, les membres de la famille peuvent parler et mettre en action, avec le thérapeute, les organisateurs familiaux qui caractérisent leur famille et qui constituent une zone d'intimité sécurisante pour chacun. À un niveau inconscient, le thérapeute peut relever l'existence de fonctionnements relationnels paradoxaux, pathogènes. Ces paradoxes sont en arrière-fond du fonctionnement familial. Des zones de fonctionnement paradoxal s'installent lorsque les parents reproduisent, avec leurs enfants, des situations qu'ils ont subies antérieurement et qu'ils mettent en place des procédures défensives pour s'en protéger. Par exemple, un jeune enfant qui est très excité par la découverte de ses capacités motrices et qui explore son environnement veut, d'une part, montrer ses capacités à son parent et être confirmé dans son élan et, d'autre part, veut être rassuré par sa présence et sa protection. De son côté, le parent peut avoir le souvenir que sa curiosité et son excitation d'enfant étaient dérangeantes pour son environnement. Il s'est alors perçu comme mauvais. Il voit alors négativement la vitalité de son enfant et peut lui dire : arrête de bouger, ton excitation est mauvaise ... elle me tue. L'enfant est pris dans un paradoxe, car d'une part, il ressent le besoin physique et psychique de s'activer, et d'autre part, cette activation qui lui fait plaisir semble déplaisante pour son parent. Com sans In conscient

Ces interactions pathologiques peuvent avoir comme conséquence l'empêchement de la différenciation : l'enfant ne peut pas se détacher et se différencier, car il n'est pas suffisamment rassuré par son parent ; il se perçoit comme un objet partiel, source de fatigue pour son environnement lorsqu'il manifeste ses besoins pulsionnels. Il peut avoir l'impression que son parent refuse son amour parce que son amour est mauvais et destructeur. L'enfant se développe alors dans une zone commune paradoxale qui n'est ni

apaisante ni sécurisante. Il ne peut pas différencier le bon du mauvais, ses besoins restent inassouvis et les expériences relationnelles et *développementales* restent en suspens.

En même temps qu'il décèle l'existence de fonctionnements paradoxaux, le thérapeute aide les membres de la famille à réfléchir sur leur organisateur psychique commun à partir des questions suivantes: *Pourquoi les parents sont-ils ensemble? Qu'est-ce qu'ils partagent entre eux? Qu'est-ce qu'ils vont ou voudraient partager avec leur enfant?* Souvent, les parents ne peuvent pas se représenter ce qui les unit, car des paradoxes qui reflètent les enjeux intrapsychiques de chacun des membres de la famille rendent difficile cette compréhension. Selon Berger, le système familial devient parfois fortement symbiotique; tous les membres ressentent les mêmes émotions ou vivent les mêmes difficultés. Les différences psychologiques entre l'enfant et les autres membres de la famille deviennent mal définies et ne sont reconnues, ni par les parents ni par l'enfant. Ainsi, les capacités d'autonomisation et de différenciation psychique de l'enfant sont très limitées, ce qui entraîne l'apparition de différents symptômes ou d'arrêts dans son développement.

Analyse
Les entretiens familiaux proposent un modèle théorique de l'organisation familiale et du changement des relations familiales. Dans ce modèle, on privilégie deux niveaux d'analyse: celui de la dynamique interpersonnelle de chacun des membres de la famille (enfant et parents) et celui de la dynamique interpersonnelle entre tous les membres de la famille. On vise à faire ressortir les impasses relationnelles dans lesquelles peuvent être emprisonnés autant les adultes que les enfants. Au cœur du travail thérapeutique, on trouve les répétitions de ces impasses (les paradoxes pathologiques), les moyens mis en place par les parents pour maîtriser le retour de leur passé relationnel et les adaptations de l'enfant qui se trouve à vivre ces reproductions paradoxales. Le travail thérapeutique se fait à partir de l'analyse du déploiement du champ commun familial dans le cadre de la thérapie. Ce champ commun et actuel se construit par l'interaction du soi familial, composé du passé des parents et du présent de la famille, ainsi que des caractéristiques des parents et de l'enfant. Le thérapeute qui interagit avec la famille est au centre de différents types de transfert de la part des parents et de l'enfant. Il s'agit d'une formulation multimodale et multifactorielle de la problématique de l'enfant dans laquelle le thérapeute s'intéresse aux interactions entre le passé intériorisé et la configuration actuelle du champ familial ainsi qu'à la réactualisation des relations d'objet dans la relation enfant - parents par les identifications projectives parentales.

Le questionnement du thérapeute qui pratique les entretiens familiaux

Les questions que se pose le thérapeute lors des entretiens familiaux peuvent être les suivantes :

À quel moment du développement de l'enfant une symbiose pathogène entre la réalité psychique du parent et celle de l'enfant a-t-elle pu se produire, pour qu'une partie du symptôme de l'enfant puisse y être attribuée ?

Quels sont les enjeux de cette symbiose pour le parent et pour l'enfant ? De quelles projections l'enfant est-il porteur ?

Quel potentiel est entravé chez le parent et chez l'enfant ?

Quelles expériences relationnelles sont restées bloquées ou sont en attente de réalisation ?

Je vais maintenant examiner comment la théorisation de la PGRO pourrait venir alimenter ces réflexions ainsi que l'apport de ce modèle dans le travail avec les différents membres de la famille.

La PGRO : les principes généraux et la compréhension du développement du Self de l'enfant

La PGRO est née en tant qu'approche pour traiter des adultes qui manifestent des troubles de la personnalité. Je présente ici les contenus théoriques qui me semblent permettre une intégration théorique avec l'approche des entretiens familiaux.

Pour la PGRO, le développement de l'enfant, depuis sa naissance, est influencé autant par les caractéristiques de son organisme que par celles de son environnement. Notamment, ses dispositions psychophysiologiques et ses capacités spécifiques d'adaptation (le tempérament, les patterns de modulation de l'élaboration sensorielle, son système émotionnel de base), les caractéristiques intrapsychiques de ses parents et leur histoire intergénérationnelle, les relations interpsychiques qui se tissent dans le champ expérientiel familial actuel et les caractéristiques du milieu familial. Ces facteurs et leurs interrelations constituent des éléments de risque et de résilience. Ils faciliteront le développement et lui donneront de l'impulsion ou, dans le cas contraire, ils le ralentiront et introduiront des distorsions.

On considère qu'à la naissance, l'enfant est doté d'un organisme psychophysiobiologique unitaire, caractérisé par des potentiels cognitifs, affectifs, sensorimoteurs qui lui sont spécifiques. Son développement se fait par l'entremise de l'interaction entre son Self embryonnaire et un Self adulte qui assume un rôle parental.

Le Self embryonnaire du nourrisson est appelé à devenir une structure processuelle de contact. Il intériorisera progressivement les relations qu'il aura expérimentées dans son champ phénoménologique, le champ où se déploient les contacts entre le Self embryonnaire et les différents éléments de son environnement familial. Suite à ses expériences relationnelles, des relations d'objet sont progressivement élaborées.

Les premières expériences relationnelles seront déterminantes pour l'établissement de certaines caractéristiques du Self embryonnaire : à savoir ses modalités d'attachement et ses capacités d'autorégulation somatoaffective et de *mentalisation*. Le Self en développement se déploiera et prendra sa couleur caractéristique tout au long des étapes de maturation, en traversant les différents enjeux de développement au contact d'environnements humains de plus en plus complexes et variés. Dans le cas d'un développement suffisamment sain, le Self mature devrait être capable d'ajustements créateurs et singuliers, avoir la conscience de sa continuité et être en mesure d'accéder à la relation avec l'Autre (Delisle, 2004). Le développement du Self se continue tout au long de la vie.

À partir de sa naissance, le Self en développement de l'enfant se structure par l'intériorisation des expériences relationnelles. Cette intériorisation peut se faire selon un mode non structurant et créateur (assimilation) ou selon un mode structurant (introjection primaire).

Les expériences relationnelles assimilées et leur contribution à l'organisation du Self

Lorsqu'une expérience relationnelle se déroule selon un cycle de contact complet dans un contexte relationnel favorable, les éléments de cette expérience sont intériorisés par assimilation par le Self.

Ces expériences contribuent à établir la représentation d'expériences complétées à la frontière contact; elles sont assimilées et elles caractérisent les trois fonctions du Self. Elles se manifestent par des émergences accessibles à la conscience dans la fonction Ça. La fonction Je, celle qui médiate le contact entre le Self et l'environnement, peut afficher des modes d'ajustement créateurs et flexibles. La fonction Personnalité de l'enfant s'enrichira des représentations et des traces affectives (de Soi et de l'Autre) nourrissantes et équilibrées.

Ces expériences sont non structurantes, car elles permettent au Self de se développer sans garder des expériences clivées. Les

expériences assimilées restent accessibles à la conscience, deviennent des repères flexibles auxquels l'enfant aura recours de manière adaptative lors d'autres expériences relationnelles, et cela tout au long de son développement. Elles constituent des facteurs de protection et de résilience dans le cas d'expériences toxiques.

Je vais maintenant définir les caractéristiques des expériences précoces qui sont intériorisées par assimilation, et spécifier le rôle qu'elles jouent pour le Self en développement de l'enfant. Au tout début, les intériorisations des cycles de contact entre le Self embryonnaire et le Self adulte et maternel concernent surtout des expériences réussies de régulation de ses états somatoaffectifs de base. Selon Schore (2008), le Self parental, au début de la vie de l'enfant, fonctionne comme un régulateur psychobiologique externe pour le Self embryonnaire. Entre le parent et l'enfant, il s'installe des interactions d'intersubjectivité primaire où les états somatoaffectifs de l'enfant sont modulés et régulés à un niveau préverbal par le biais d'expériences énergisantes (régulation interactive des affects positifs) et d'expériences calmantes (régulation interactive des affects négatifs).

Les expériences d'ajustements relationnels et affectifs peuvent être assimilées du moment qu'elles sont suffisamment bonnes et ajustées pour être tolérables. Grâce à cet ajustement, le Self embryonnaire pourra ensuite expérimenter progressivement, dans un contexte relationnel sécuritaire, des expériences qui comportent aussi une frustration tolérable et non traumatisante (Cyr, 2006). Ce type de cycles de contact, suffisamment bien ajustés et dont le degré de frustration est tolérable, constitue la trame de fond sur laquelle se développera le Self embryonnaire. En même temps, il fait l'expérience de cycles de contact dans lesquels des expériences relationnelles mal ajustées sont suivies de réajustement ou de réparation interactive. Ces épisodes relationnels sont nécessaires pour que le Self en développement puisse internaliser, dans sa structure, qu'il est possible que sa détresse psychoaffective soit modulée et suivie d'affects positifs. Cela contribue à établir un sentiment de confiance envers soi et l'autre.

Le contenu des cycles de contact précoces est enregistré dans la mémoire implicite de l'enfant. Plus spécifiquement, leur contenu alimentera la mémoire des premières expériences affectives (mémoire affective), celle des expériences motrices et cognitives précoces (mémoire procédurale), celle des souvenirs sensoriels et des premiers conditionnements stimulus - réponse. En effet, le contenu de la mémoire implicite implique des réponses affectives, des patterns de comportement et des habiletés spécifiques apprises

par l'entremise des relations entre l'organisme et son environnement (Wallin, 2007). Des expériences complétées et assimilées par le Self en développement du jeune enfant alimentent sa mémoire implicite de procédures représentationnelles sur comment être avec les autres et avec soi-même. L'enfant, au fur et mesure qu'il vivra des expériences relationnelles plus complexes et variées, pourra compter sur la mémoire préconsciente et préverbale de ses expériences. En même temps, il utilisera plus tard les repères conscients et verbalisables lui venant de sa mémoire explicite (ses souvenirs épisodiques et ses souvenirs sémantiques). Nous pouvons donc faire l'hypothèse que les expériences assimilées, non clivées, accessibles et préconscientes alimentent les deux types de mémoire de l'enfant: l'implicite qui est la plus précoce et ensuite l'explicite qui est verbale et plus tardive.

Par ces processus, le Self de l'enfant s'enrichit de stratégies flexibles et adaptatives qui favoriseront son développement, la souplesse de ses besoins et de ses réponses relationnelles. Par exemple, un jeune enfant qui a vu sa mère accourir à ses pleurs et prendre soin de lui aura appris, de façon implicite, que ses pleurs évoquent la présence apaisante de son parent (c'est une connaissance primaire). Si cette expérience se répète de façon stable et prévisible, la connaissance primaire se transformera et se constituera en une conviction stable que d'autres personnes seront disponibles, qu'elles seront capables de lui donner du soutien et de soulager son besoin somatoaffectif, lorsqu'il en a besoin et qu'il le manifeste d'une manière appropriée pour capter leur attention. Il comprend aussi qu'il est bon, aimé, accepté et compétent.

L'inscription, dans la mémoire implicite procédurale, d'expériences relationnelles sécurisantes favorise, entre autres, le développement d'un attachement de type *sécuré*. Cet attachement a lieu lorsque le contact entre le Self de l'enfant et celui de l'adulte se produit par le biais de cycles de contact caractérisés par un ajustement psychobiologique et affectif, par la résonance interactive et la synchronisation mutuelle entre le Self de l'enfant et celui du parent (Schore, 2008). Lors de ces expériences, les réponses du Self parental aident l'enfant à alléger ses angoisses et contribuent à amplifier ses affects positifs.

L'ajustement affectif entre le Self en développement et celui du parent favorise aussi l'établissement des premiers jalons du développement d'un narcissisme sain de l'enfant. Lorsque les expériences relationnelles sont vécues au contact de figures parentales qui favorisent un attachement *sécuré*, elles permettent le développement, chez le jeune enfant, des habiletés à réguler ses affects et

à développer ensuite des capacités de *mentalisation*. Dans ces cas, le parent, lors des cycles de contact, fera preuve de capacités à réguler les affects du jeune enfant et ses mécanismes de contrôle attentionnels, tout en étant en mesure de *mentaliser* son enfant (Fonagy & Target, 2006). Selon la formulation de Wallin (2007), un attachement *sécuré* permet à l'enfant de se connecter à l'autre en toute liberté et lui fournit la possibilité d'explorer et réfléchir librement.

Les intériorisations des expériences relationnelles influencent aussi la nature des objets internes du Self en développement et la relation qu'il entretiendra avec ces objets. Ces intériorisations, en contribuant au développement des capacités affectives et de *mentalisation* de l'enfant, détermineront donc ses capacités à s'adapter aux différentes identifications projectives parentales. Les expériences assimilées contribuent à donner une cohérence au Self en développement et influencent ses capacités et ses modalités d'adaptation et d'évolution tout au long de son développement.

Dans le travail thérapeutique, il est possible de vérifier la nature et les caractéristiques des modèles relationnels auxquels autant l'enfant que les parents se réfèrent dans leur relation et qui ont été intériorisés et assimilés. Du moment qu'ils ne sont pas clivés, ils sont plus facilement accessibles au niveau préconscient et sont conscientisables. Ils viennent caractériser le fonctionnement familial, les interrelations parent - enfant et le fonctionnement intrapsychique de tous les membres de la famille (dans les entretiens familiaux, on parlera des organisateurs communs et des caractéristiques des relations symbiotiques et d'autonomisation du groupe familial).

Les expériences relationnelles introjectées : leur origine

Le Self de l'enfant, en raison de ses caractéristiques ou de celles de son environnement, peut vivre des expériences d'ajustement relationnel complexes, qui portent les traces de traumatismes relationnels mineurs et majeurs. Lors de son développement, le Self est normalement soumis à des traumatismes mineurs. Ceux-ci comportent des sources temporaires de *dérégulation* affective, mais leur contenu affectif reste accessible à la conscience et ne se réactualise pas dans d'autres relations.

Cependant, l'enfant peut faire l'expérience durable d'expériences relationnelles qui comportent de fortes charges émotionnelles qui viennent le dérégler de façon intense et répétée. L'enfant réagit à ces expériences de façon adaptative, avec les ressources psychophysiques dont il dispose. Il développe des stratégies d'autorégulation et des attitudes de modulation du contact avec son environnement. Notamment, son adaptation se manifeste

par le type de structuration du Self, le type d'attachement qui s'établira entre le parent et l'enfant, les modalités de développement de son narcissisme et par les caractéristiques de ses capacités de *mentalisation*.

Les manifestations des effets sur le développement de l'expérience relationnelle qui comporte des traumatismes importants sont observables dans les cycles de contact enfant - parent et se révèlent, entre autres, lors du contact entre le thérapeute et les membres de la famille.

Les origines de ces traumatismes relationnels majeurs sont à chercher autant dans les vulnérabilités de l'enfant que dans celles de son environnement familial. Lorsque les interactions entre le Self en développement et le Self du parent constituent une relation traumatisante, leurs effets ne sont pas assimilables ni métabolisables par le Self de l'enfant à cause de leur connotation affective très particulière. Lors de la même interaction, l'enfant est exposé à une expérience relationnelle où un élément de son environnement *familial* est vécu comme indispensable pour sa survie psychique et physique, et simultanément dans l'interaction, cet élément est aussi vécu comme intolérable. En conséquence, dans la même relation, le Self fait deux expériences affectives inconciliables. Le Self en développement ne peut pas les départager car, pour le faire, il devrait avoir conscience et pouvoir tolérer affectivement ce qui lui est intolérable. Le Self est confronté à un Dilemme de Contact dans son champ expérientiel familial. De plus, s'il vit ce dilemme avec son parent lors des phases les plus précoces de sa vie, il a rarement la possibilité de se tourner vers un autre adulte et compter sur lui. Le Self fait l'expérience de cycles relationnels interrompus, ce qui provoque une Situation Inachevée. Alors, la relation toxique qu'il expérimente au contact de son parent est introjectée par le Self de l'enfant avec ces deux parties, l'indispensable et l'intolérable. Sans pouvoir être assimilée, l'expérience est refoulée dans l'inconscient. Ce processus d'intériorisation est nommé introjection primaire. Il permet au Self en développement de trouver, de façon adaptative, un moyen de survivre au Dilemme de Contact et elle lui permet « d'avoir sans savoir » et de garder le lien avec le Self parental.

La structuration du Self suite à des introjections

Lorsque le Self introjecte des expériences relationnelles, il perd son unité. Le cycle expérientiel dans le champ phénoménologique de l'enfant est interrompu, ce qui provoque une situation relationnelle inachevée. Le Self ne peut ni métaboliser ni trouver un sens à son expérience et, suite à l'introjection primaire, il devient clivé.

Cependant, ces expériences clivées constituent une masse inconsciente et active du point de vue énergétique, car elles comportent des situations souffrantes et des expériences non réglées.

Les expériences relationnelles désignées comme des Situations Inachevées pour le Self peuvent devenir plus tard le prototype d'autres expériences relationnelles qui seront vécues de manière similaire par le Self au cours du développement. À long terme, elles influenceront et détermineront la personnalité du jeune adulte.

En effet, lors de ces Situations Inachevées, le Self intériorise, par introjection primaire, des microcosmes du champ expérientiel. Ces derniers contiennent la représentation de Soi, celle de l'Autre (le Self parental) et de l'expérience relationnelle indispensable et intolérable qu'ils partagent. Au niveau structural, ces microcosmes expérientiels constitueront des Microchamps Introjectés. Ils sont les résidus des Situations Inachevées (Delisle 1998). La somme des Microchamps Introjectés, issus des Situations Inachevées lors de Dilemmes de Contact, devient le Champ Introjecté.

À cause du caractère inachevé de ces expériences relationnelles, les Situations Inachevées sont activées lors des différents cycles de contact du Self en développement et s'infiltrent dans la perception de son champ expérientiel contemporain. Elles émergent dans la conscience de façon détournée, car leur contenu affectif est trop souffrant pour le Self. Ainsi, lors de différents cycles de contacts, les résidus des Situations Inachevées, les Microchamps Introjectés, s'infiltrent dans les émergences de la fonction Ça (les excitations organiques, la perception de l'environnement et les sentiments rudimentaires qui lient l'organisme à son environnement) et les contaminent. La fonction Je tentera de reproduire, par ses mécanismes d'ajustement, des expériences relationnelles semblables à celles qui ont produit la Situation Inachevée. Dans ce mouvement, les éléments qui pourraient venir invalider les Microchamps Introjectés sont gardés en arrière-fond, ceux qui sont de nature à le confirmer émergent et valident de la même manière l'expérience relationnelle. Cette dernière conserve les affinités avec les expériences interrompues et alimente la Matrice de Représentations du Champ de la fonction Personnalité. Ses représentations de soi et de l'autre sont, dans ce cas, contaminées par le contenu des Microchamps Introjectés et ainsi consolident des représentations déjà établies sous l'égide de la Situation Inachevée. À long terme, elles peuvent donner lieu à des représentations rigides et figées. Le Self devient incapable de produire des représentations qui soient davantage ajustées à la configuration de son champ expérientiel actuel.

Ultérieurement, le Self risque de reproduire, dans son champ expérientiel, des interactions ayant des affinités thématiques avec les Dilemmes de Contact d'origine. Ainsi, les Microchamps Introjectés façonneront l'expérience de telle manière qu'elle présente des affinités thématiques avec les traumas vécus pendant le développement. En conséquence, le Self fera preuve d'ajustements conservateurs et ne créera pas de nouvelles significations.

Delisle (1998) est d'avis que le Self, inconsciemment, cherchera à reproduire des situations relationnelles qui ont des affinités avec le Dilemme de Contact d'origine, dans l'espoir de compléter ces situations relationnelles, pour avoir ce qu'il n'a pas eu et résoudre le dilemme. D'autre part, le Self ne connaît pas d'autre façon d'entamer des cycles expérientiels et de compléter des expériences relationnelles et affectives, car il n'a pas pu acquérir, lors de son développement, des capacités d'adaptation, de régulation et de *mentalisation* qui lui permettent de faire autrement.

Les caractéristiques des expériences introjectées et leur impact sur le développement de l'enfant

Les expériences relationnelles traumatiques précoces et durables contribuent à long terme à une structuration particulière du Self, tel que décrit dans la section précédente. Mais on peut se demander comment elles se manifestent chez l'enfant tout au long des étapes de maturation. *Quelles sont les manifestations, chez l'enfant, auxquelles nous allons porter notre attention et qui pourraient porter la trace, dans le présent, de traumatismes relationnels passés et de la mise en place de Situations Inachevées et d'enjeux de développement détournés? Comment les cycles de contact contemporains repérés lors de la rencontre thérapeutique avec l'enfant et ses parents peuvent-ils nous éclairer sur la nature et le contenu affectif de leurs contacts précoces et actuels?*

Les neurosciences affectives nous enseignent que les expériences traumatiques précoces clivées (c'est-à-dire les expériences introjectées par le Self embryonnaire), sont inscrites dans la mémoire implicite (Schoore, 2008). Cette mémoire implicite précoce (autant la mémoire procédurale que l'affective) sera activée lors des expériences relationnelles subséquentes, car elle comporte la mémoire précoce des affects, des procédures et sensations physiques en lien avec les premières expériences relationnelles. Ainsi, le Self de l'enfant transigera avec son présent expérientiel en utilisant, à son insu, la mémoire des expériences traumatiques et des adaptations qu'il a mises en place dans le passé pour survivre.

Dans la mémoire implicite sont inscrites les expériences précoces traumatiques et les relations d'attachement particulières qui en ont

découlé. En effet, les expériences précoces entre le Self en développement et celui du parent portent aussi la trace de l'histoire *développementale* du parent. Dès les premières expériences relationnelles, le contact avec le Self embryonnaire peut activer l'émergence, dans le Ça du parent, d'expériences implicites relatives à ses expériences relationnelles passées (son Champ Introjecté). Les cycles de contact entre les deux Self seront alors modulés par l'émergence de Microchamps Introjectés du parent.

En effet, en réponse à des activations organiques et affectives du Self embryonnaire qui correspondent à des signaux d'angoisse communiqués à son entourage, le Self parental, activé dans ses enjeux passés, module et régule ce contact en manifestant du refus ou du contrôle (stratégies pour garder une distance émotionnelle). Lorsque le parent refuse la demande de proximité de l'enfant et ne répond pas à son besoin d'aide, il le laisse dans un état de déséquilibre affectif et le cycle expérientiel du Self embryonnaire est interrompu. Il en est aussi de même lorsque le parent, par des réponses trop intrusives, laisse l'enfant dans un état de surexcitation. L'enfant n'est pas aidé par le parent dans la gestion de ses besoins somatoaffectifs et de ses états émotionnels.

En même temps, puisqu'il est indispensable pour l'enfant de s'assurer un lien d'attachement avec son parent, il apprend à développer des stratégies qui lui permettent d'établir la meilleure relation d'attachement, compte tenu des circonstances (stratégies secondaires d'attachement).

Dans le cas où le parent manifeste une distance émotionnelle, l'enfant, avec les stratégies et les capacités d'adaptation intrinsèques dont il dispose, apprend à exercer un trop grand contrôle sur ses émotions, surtout celles qui sont en lien avec ses besoins d'intimité; il inhibe leur expression et se distancie de son besoin d'être en contact. Ceci l'amènera à développer un attachement évitant. L'enfant s'isole de son monde interne et de l'Autre. Il semble que ce type de stratégies qui visent à éviter les rapprochements implique, à long terme, l'inhibition des capacités à éprouver des sentiments profonds, à exprimer son besoin dans une dépendance saine lors des relations intimes et à retirer satisfaction de celles-ci.

Dans d'autres cas, l'enfant est confronté à des parents qui répondent à ses signaux d'angoisse, soit de façon imprévisible, soit en étant incapables de se syntoniser adéquatement. Le parent peut causer des intrusions imprévisibles chez l'enfant, car il tente de se connecter avec lui sans tenir compte de ses messages, ou encore il garde le contact sans tenir compte du besoin de rapprochement et de retrait de l'enfant. Dans ce cas, le Self embryonnaire est exposé,

de façon répétée et assez constante, à des interruptions du cycle expérientiel. Pour régler ces cycles de contact mal ajustés, le Self en développement amplifiera l'expression de ses affects dans l'espoir de capter l'attention du parent et rester ainsi en lien avec lui. Puisque la réponse parentale est encore inadéquate, le cycle de contact demeure inachevé. L'enfant intériorise qu'il lui faut amplifier de plus en plus les manifestations de sa détresse afin de s'assurer de capter l'attention de ses parents. Son système d'attachement reste donc activé en tout temps et il développe un type d'attachement anxieux.

Ce type d'hyperactivation, qui implique une amplification des sentiments de détresse, empêche l'intégration des sentiments positifs envers soi-même et envers les autres. Cela a un effet négatif sur l'estime de soi de l'enfant et sur sa confiance en lui-même et en son parent. L'enfant développe un attachement anxieux à ses figures parentales. Cet attachement influence, chez l'enfant, les capacités à avoir de la réciprocité dans les relations, et à faire preuve d'autonomie de pensée et d'action. Il réduit ses capacités d'autorégulation de ses affects.

Dans certains autres cas, l'enfant fait face à un parent qui, par son type de réponses, provoque chez lui autant des réactions d'évitement de la proximité que des réactions de terreur d'abandon. On assiste alors à l'établissement d'un attachement désorganisé et à une désagrégation de la stratégie d'adaptation. L'enfant est en contact avec un parent qui ne peut pas être approché et dont il ne peut pas s'éloigner, sans courir des risques dans les deux cas. Ce type d'attachement particulier se met en place surtout lorsque le jeune enfant est exposé précocement à des situations traumatiques durables de négligence parentale ou d'abus. Dans les étapes plus précoces du développement, l'enfant manifeste une stratégie adaptative. Il s'agit d'une réaction psychobiologique qui se déploie selon deux mouvements. Dans un premier temps, l'enfant exagère son expérience pour manifester son besoin et son anxiété et attirer ainsi l'attention du parent. Suite à l'absence de réponse adéquate, l'enfant interrompt son contact avec le monde extérieur, et cesse de demander : il dissocie, il se coupe du monde externe et semble se couper de son monde interne, car les deux lui font vivre des états très douloureux. On observe que les enfants affligés de ce type d'attachement désorganisé ont des comportements chaotiques ; ils paraissent désorientés ; lors du contact, ils alternent entre des mouvements d'approche et d'évitement ; ils restent inconsolables ou absents, car dissociés.

Le parent qui, de façon chronique, initie des cycles de contact *dysrégulés* n'est pas en mesure de les réparer dans l'interaction.

L'enfant ne peut pas développer une forme stable de régulation des affects et des états d'esprit et a recours plus souvent à la dissociation comme moyen de régulation interne et externe. Conséquemment, l'enfant aura de la difficulté à moduler les affects qui sont vécus intensément et il ne réussira pas à les différencier. De plus, il pourrait avoir de la difficulté à percevoir correctement les états émotionnels des autres; sa capacité d'empathie est ainsi réduite. L'enfant pourrait présenter également des difficultés dans son développement cognitif, des distorsions perceptives et des difficultés à réguler son appareil sensoriel.

Lors de cycles de contact précoces, le Self de l'enfant doit pouvoir rencontrer des parents qui l'aident à établir des repères narcissiques suffisamment équilibrés. Si, dans l'interaction parent-enfant, des enjeux narcissiques non réglés du parent sont activés, le cycle de contact prend des caractéristiques particulières et on observe une interruption du processus de maturation narcissique chez l'enfant. D'autre part, dans certains cas, la réactivation des enjeux narcissiques du parent peut avoir lieu à des étapes de maturation plus tardives (préadolescence et adolescence) lorsque le jeune affiche le besoin d'affirmer ses idéaux et sa différence.

Pour résumer, des expériences relationnelles qui ont été intériorisées par assimilation ou par introjection se manifestent chez l'enfant par :

- le type d'attachement qu'il pourra établir avec son parent et les modalités d'adaptation ;
- les comportements interactifs, affectifs et les liens relationnels que le Self en développement manifestera dans d'autres relations significatives au cours des étapes ultérieures de sa maturation psychophysique ;
- les modalités de *mentalisation* dont il fera preuve tout au long des différentes phases de sa maturation ;
- la manière de manifester ses besoins affectifs et leur degré de flexibilité lors des différentes étapes de maturation ;
- les capacités d'accommodation et d'adaptation lorsque la réalité externe du champ phénoménologique changera (capacités d'adaptation et de résilience) ;
- la capacité, au cours de son développement, de construire une narration de son expérience à l'intérieur de laquelle il pourra intégrer ses expériences relationnelles affectives, sensorielles et cognitives ;
- les caractéristiques de ses objets internes.

Le questionnement du thérapeute formé à la PGRO

Lors du travail avec l'enfant, le thérapeute peut se poser les questions suivantes :

- *À quel stade de maturation psychophysiologique la Situation Inachevée remonte-t-elle (la question se pose autant pour le parent que pour l'enfant) ?*
- *Quel était l'enjeu de la Situation Inachevée ?*
- *Comment les expériences relationnelles à l'intérieur de la famille actuelle portent-elles les traces des Microchamps Introjectés et des dilemmes relationnels des parents ?*
- *Quel potentiel se trouve entravé chez l'enfant et quelles adaptations a-t-il mises en place ?*
- *Quel enjeu développemental est resté en friche autant pour l'enfant que pour le parent ?*
- *Comment la connotation affective et l'interaction entre les membres de la famille peuvent-elles nous renseigner sur la nature des impasses développementales (des parents et des enfants) qui se réactivent dans le champ familial ?*
- *Quel type d'attachement caractérise l'enfant et le parent ?*
- *Quelles sont leurs capacités de mentalisation et comment se manifestent-elles lors de moments relationnels critiques ?*

Une hypothèse d'intégration de la PGRO aux entretiens familiaux

Le développement de la personne est perçu, par les deux approches, en tant que processus dynamique qui se réalise lors de la rencontre entre l'organisme et son environnement. L'issue de cette rencontre est l'établissement du sentiment stable de soi et de l'autre.

Dans le cas des entretiens familiaux, l'enfant intériorise les relations qu'il expérimente lors de la rencontre avec chacun des parents et avec un Soi familial. Cette entité se constitue de la conjonction des éléments individuels conscients et inconscients de chaque parent. Elle a des caractéristiques qui lui sont propres ; celles-ci sont conscientisables (les organisateurs familiaux) ou non accessibles à la conscience (les paradoxes pathogènes de la famille). La nature des expériences relationnelles restées en suspens et la signification qu'elles ont prises dans le développement de la personne sont les facteurs qui influencent la symbiose pathogène entre les parents et l'enfant. Conséquemment, la rencontre dans le champ commun familial peut porter la trace de symbioses pathogènes entre les différents membres de la famille. Ces impasses

développementales des parents ont une influence sur la nature des identifications parentales.

Autant dans l'approche des entretiens familiaux que pour la PGRO, il est question, pour le thérapeute, de saisir le contenu des enjeux intrapsychiques des parents et de relever comment leurs impasses relationnelles passées ont émergé à nouveau lorsqu'ils ont accédé à leur rôle parental. La PGRO permet de saisir comment le Self de chaque parent organise ses cycles de contact avec l'enfant. Ces cycles peuvent être contaminés par les expériences relationnelles passées du parent. Celles-ci sont inaccessibles à la conscience du parent, car elles sont logées dans sa mémoire implicite. Pour la PGRO, lorsque les émergences du Ça des parents portent les traces de dilemmes de contact vécus dans leur passé *développemental*, elles véhiculent, dans le champ expérientiel actuel de la famille, une constellation de comportements, de cognitions et d'affects visant le maintien des Microchamps Introjectés. Elles cherchent à reproduire, dans les différents champs expérientiels, dans le contact avec l'enfant, les configurations de contact et de relation qui entretiennent des liens thématiques avec les Situations Inachevées vécues par le parent dans son passé *développemental*. Donc, à son insu, le Self du parent, dans le contact avec le Self de l'autre parent et avec celui de leur enfant, cherchera à alimenter des expériences relationnelles pathogènes dont son Microchamp Introjecté a besoin pour s'entretenir, ce qui correspond aux paradoxes pathogènes des parents tels que définis dans les entretiens familiaux.

Les cycles de contact, dans le champ expérientiel commun familial, comportent la répétition de Situations Inachevées vécues par les parents. Le contenu affectif de ces situations peut être en partie teinté par les caractéristiques des identifications parentales. Celles-ci auront différentes connotations en fonction des enjeux restés inachevés pour les parents. Il est possible, en adoptant la description du mécanisme de l'identification projective en PGRO (voir section suivante de l'article), de mieux saisir les mécanismes de projection et d'identification qui s'installent entre le parent et l'enfant.

La PGRO peut donc aider le thérapeute, qui travaille conjointement avec l'enfant et le parent, à explorer la structuration intrapsychique des parents, pour entrevoir les raisons qui les poussent inconsciemment à adopter des cycles de contact singuliers avec leurs enfants.

Selon la PGRO, le Self se développe en franchissant des enjeux *développementaux* spécifiques (attachement, narcissisme, érotisme). Les issues des cycles de contact singuliers entre le parent et l'enfant

se manifestent chez l'enfant par son type d'attachement, ses capacités de *mentalisation* et la structuration de son narcissisme. La PGRO, en adoptant cette perspective, permet au thérapeute de mieux cerner les issues des contacts dans le champ expérientiel familial et percevoir comment elles se manifestent au niveau des caractéristiques psychoaffectives de l'enfant.

Par ailleurs, cette approche peut s'enrichir du point de vue des entretiens familiaux pour considérer que la structuration de la personnalité de l'enfant se fait, non seulement de la rencontre de ce dernier avec chacun des parents, mais aussi de la rencontre avec une entité familiale (une sorte de Self familial) qui s'organise autour de la mise en commun des expériences familiales passées, conscientes et inconscientes, des deux parents. Cette entité psychique propre à chaque famille vient constituer le patrimoine intergénérationnel de la famille. Il peut être intéressant de questionner la famille sur l'actualisation dans *l'ici et maintenant* de ce patrimoine qui est aussi le fruit du partage implicite des expériences passées des parents et des compromis relationnels qu'ils ont faits pour établir leur vie commune et devenir des parents.

L'IDENTIFICATION PROJECTIVE

Autant les entretiens familiaux que la PGRO placent l'identification projective parmi les processus interactionnels précoces qui déterminent le développement de la personnalité de l'enfant.

L'identification projective semble répondre à différents besoins. Dans le contexte des relations parent – enfant, elle est un moyen de communication bidirectionnelle non verbale des états affectifs. Par ailleurs, elle est aussi un mécanisme de défense qui permet de se débarrasser d'un contenu mental perturbant. Ce processus se met en place en deux mouvements. Dans un premier temps, un contenu affectif perturbant est projeté sur (ou dans) une autre personne avec qui on est en relation. Ensuite, on se met en relation avec celui qui a reçu la projection de façon telle qu'il finit par s'identifier au contenu affectif qu'on lui a projeté (il s'identifie à la projection).

L'identification projective au service adaptatif de la communication affective entre le parent et l'enfant

L'identification projective est à la base de la communication non verbale des états affectifs. Elle se met en place dans un contexte d'influence mutuelle et réciproque entre l'enfant et son parent. Il s'agit d'une stratégie inconsciente et organisatrice, visant à réguler les communications de cerveau droit à cerveau droit, en particulier

celles qui comportent des états affectifs intenses (Schoore, 2008). Selon Muir (1995), le nourrisson projette des parties valorisées du Soi pour induire des comportements nourriciers et relationnels chez la figure maternelle. Pour que cette communication et la coéquation se mettent en place, il faut « une juste coordination entre les motivations de l'enfant et les sentiments subjectifs de l'adulte » (Schoore, 2008).

Cette identification projective est le fruit d'un accordage affectif entre le Self de l'enfant et celui du parent, et elle est considérée comme adaptative. Elle se produit par des moments de synchronisation et des moments de réparation interactive et comporte aussi une amplification interactive d'affects de vitalité entre la mère et l'enfant, ce qui vient dynamiser les liens d'attachement (Tronick, 1998). Ces transactions émotionnelles régulées favorisent un attachement *sécuré* et caractériseront la communication des expériences affectives à travers toutes les périodes ultérieures du développement du Self.

De plus, l'adulte qui reçoit le contenu affectif transmis par le nourrisson, peut modifier ce contenu (le détoxifier), le moduler de manière telle que l'enfant puisse le réintégrer de façon plus supportable et assimilable.

L'identification projective qui s'établit précocement entre le parent et l'enfant est donc imbriquée dans l'établissement des liens d'attachement, dans la régulation des affects et dans la structuration subséquente des relations d'objet du Self en développement.

L'identification projective défensive

Cependant, les transactions affectives parent - enfant peuvent être facilement perturbées. Dans certains cas, le parent, en fonction des caractéristiques psychobiologiques de base de l'enfant et de ses caractéristiques propres (relations d'objets, disponibilité affective, style d'attachement, capacités de *mentalisation*), peut difficilement recevoir et tolérer les communications émotionnelles et les projections de son enfant. Dans ces cas, la figure parentale n'est pas en condition d'être le récepteur et le contenant des projections du nourrisson. Par conséquent, elle ne peut pas réguler l'enfant et devient, à son insu, source de stress pour lui.

L'enfant, d'autre part, ne peut pas projeter des parties valorisées de soi à l'intérieur de son parent. Il devient plutôt l'écran sur lequel le parent projette des parties répudiées de lui-même qui ont été réactivées à son contact. Ces attributions parentales négatives contiennent une forte charge affective qui peut causer un traumatisme relationnel répété, dont l'issue pour les neuroscientifiques est

un état de *dysrégulation* affective intense de l'enfant. En effet, suite au manque de régulation affective, l'enfant projette une communication de détresse (hyperactivation du système autonome qui augmente l'énergie de ses pleurs) et ensuite, à cause du manque de régulation de la part du parent, il se dissocie. C'est ainsi qu'il réussit à s'autoréguler. Ce mécanisme d'hyperactivation et dissociation est l'expression phénoménologique de l'identification projective défensive en ce qui concerne les premières étapes de développement du Self, celles qui touchent plus directement aux mécanismes d'attachement (Delisle, 2009). On constate que l'enfant a recours à l'identification projective de façon plus importante lorsqu'il n'est pas reçu, reconnu et régulé par son parent.

L'IDENTIFICATION PROJECTIVE PARENTALE

Le parent qui ne peut pas réguler son enfant, à cause de la réactivation de ses enjeux relationnels passés, a recours à son tour à l'identification projective: le contenu de son identification projective est en lien avec ses objets parentaux internes. Il peut projeter sur son enfant les caractéristiques affectives qui reflètent la perception qu'il a de lui-même lorsqu'il était enfant. Il peut aussi lui projeter celles qu'il avait attribuées à ses parents. Ciccone (1999) désigne par le terme « d'empiétement imagoïque » le processus par lequel l'objet psychique du parent s'impose ou est imposé à l'enfant comme objet d'identification.

Dans la mesure où le parent a de la difficulté à s'ajuster affectivement à son enfant réel, le contenu des identifications projectives parentales viendra influencer la qualité du contact enfant - parent et la nature des objets internes que l'enfant, par conséquent, établira. L'identification projective peut alors être utilisée, de part et d'autre, pour se débarrasser d'un contenu mental perturbant.

L'identification projective parentale vue selon la perspective de la PGRO

En tenant compte des critères de la PGRO, l'identification projective parentale peut être vue comme un phénomène qui se met en place dans le champ phénoménologique « Self – environnement » et qui vient configurer le champ intériorisé de l'enfant. Cette organisation se met en place par :

- la projection d'un contenu affectif du Self parental dans le Self en développement de l'enfant. Ce contenu est clivé, plus ou moins accessible à la fonction Personnalité du Self parental. Étant donné qu'elle se fait par communication de cerveau droit à cerveau droit, la projection n'est pas consciente.

- le Self de l'enfant, à son tour, introjecte la projection parentale. Selon la nature de la projection reçue et sa durabilité, et en fonction de ses capacités adaptatives, l'enfant peut l'intégrer par des ajustements créateurs ou l'introjecter.

Le contenu de l'identification projective parentale peut venir progressivement configurer le champ expérientiel et contaminer le contact entre le Self en développement et celui du parent. Lors des interactions dans le champ expérientiel familial, des enjeux *développementaux* et relationnels non résolus du parent peuvent être réactivés. Ils contaminent les émergences de la fonction Ça du parent. Ainsi, la fonction Je modulera le contact avec le Self de l'enfant en mettant en place des projections sur l'enfant pour qu'il ressente des affects et se conduise de manière à confirmer les émergences clivées du parent. Le parent interagit avec l'enfant comme si le champ dans lequel ils sont en contact était semblable ou identique aux représentations qui sont activées dans sa Matrice de Représentations du Champ. Ces dernières correspondent à celles qui sont en lien avec son passé *développemental*. La relation remise en place par l'identification projective parentale configure le Champ expérientiel de manière à « reproduire » le dilemme relationnel et les Situations Inachevées du parent et confirmer sa Matrice de Représentations.

L'enfant, à son tour, introjecte la projection du parent. L'identification introjective organise le champ intériorisé de l'enfant qui sera amené à faire l'expérience de cycles de contact inachevés dans la relation avec son parent. Ces Situations Inachevées prennent, à leur tour, une connotation affective singulière en fonction des caractéristiques psychoaffectives de l'enfant et de ses capacités d'adaptation et de résilience. Les Microchamps Introjectés du parent, et ensuite ceux de l'enfant, risquent de contaminer et altérer le champ expérientiel contemporain enfant/parent et, ultimement, s'y substituer. Chez le parent se réactive la mémoire implicite de contenus inconscients traumatiques. Parallèlement, des contenus traumatiques s'établissent dans la mémoire implicite de l'enfant. Ils sont en lien avec des expériences relationnelles actuelles de l'enfant et ils portent des traces des expériences anciennes des parents. On peut supposer aussi que ces contenus traumatiques, en fonction des caractéristiques psychobiologiques de l'enfant, sont, à leur tour, transformés lors de la réintégration dans sa structure psychique et construiront l'histoire implicite et singulière de l'enfant.

Les identifications projectives parentales sont perçues, en PGRO, comme des organisateurs du lien affectif entre parent et

enfant et sont considérées comme des agents de transmission et de répétition transgénérationnelle.

Les scénarios narcissiques de la parentalité et les identifications projectives parentales

Dans les entretiens familiaux, on s'attarde à saisir la manifestation d'identifications parentales dans le champ commun familial. La PGRO contribue à saisir comment la réactivation des dilemmes *développementaux* des parents influence la structuration du Self en développement de l'enfant. Manzano, Palacio Espasa et Zilkha (1998) ont élaboré, suite à leur travail clinique, une typologie des différentes identifications projectives parentales. Cette typologie des identifications peut être utile pour repérer et mieux saisir le contenu des interactions parents - enfants et les enjeux relationnels en fonction des étapes de maturation du Self de l'enfant. J'en présente certaines caractéristiques afin de repérer comment elles peuvent être comprises à la lumière de la théorie de la PGRO.

Selon Manzano et al. (1998), la relation parent - enfant se caractérise par une relation de type objectal et une relation de type narcissique. Le parent, à la naissance de l'enfant, projette sur lui des aspects de soi valorisés (relation narcissique). Progressivement, il pourra reconnaître et valoriser l'enfant dans ses caractéristiques singulières et différentes et, par la suite, l'aimer et le reconnaître même s'il est différent de lui. Il arrive que le parent ne peut pas accéder à cette étape et il demeure dans une relation narcissique. Ses projections ont toujours une connotation narcissique et impliquent une disparition des frontières entre son identité et celle de l'enfant. Dans le cas où la relation parent - enfant se produit sous l'égide de scénarios narcissiques parentaux, différents types d'identifications projectives parentales peuvent être repérés.

Projections par les parents d'aspects infantiles d'eux-mêmes vécus comme abandonnés ou carencés

Le parent peut avoir le sentiment que ses propres parents n'ont pas répondu à ses besoins de protection, soin, attention et gratification lorsqu'il était enfant. Il essaiera, selon Manzano et al. (1998), de refaire son histoire dans le présent dans la relation avec son enfant, afin d'annuler rétroactivement les expériences pénibles de son passé. Il peut alors projeter sur son enfant des aspects infantiles de lui-même lorsqu'il s'est perçu comme abandonné ou carencé. Il doit alors s'occuper de ces aspects de l'enfant et se mettre en relation avec lui de telle sorte qu'il se sente un enfant choyé et aimé, comme il aurait désiré l'être lui-même. Par identification complémentaire à la projection sur l'enfant, il s'identifie à l'image

d'un parent idéalisé, bon soignant, celui qu'il aurait aimé avoir. L'issue de ces stratégies défensives est une configuration: parent idéal - enfant idéal.

La PGRO illustre le mécanisme de la façon suivante: le parent, dans le passé, a vu son parent se détourner de lui ou réagir de façon mal ajustée lorsqu'il montrait son désir indispensable d'être en relation avec lui. Dans le contact avec son propre enfant, les émergences en lien avec ses expériences relationnelles passées, marquées par des dilemmes de contact, se réactivent. Les traces de ces expériences sont des représentations de soi et de l'autre marquées par une connotation négative. Le parent, pour se protéger des représentations relationnelles qui réactivent des sentiments d'abandon et de manque, tels qu'il les a vécus dans le passé avec ses parents, met en place une relation où il essaie d'éviter toute frustration à son enfant. Le contact est modulé par la fonction Je du Self parental de manière à éviter le rejet et empêcher que son enfant ressente envers lui les mêmes affects qu'il a ressentis envers ses parents. Ainsi, il se protège du risque de se percevoir lui-même comme méchant. Sauf que, en agissant de la sorte sous l'impulsion des émergences de son Ça et des dilemmes relationnels passés, il se met, à son tour, en relation avec son enfant en fonction de ce qu'il considère son besoin, sans pouvoir tenir compte du besoin réel de celui-ci.

L'enfant qui reçoit cette identification projective parentale vit un manque de reconnaissance de ses affects et de son Self. Il vit, à son tour, une expérience relationnelle indispensable et intolérable. Suite à la projection qu'il reçoit de lui comme carencé et en besoin, l'enfant s'y identifie, car de cette manière, il peut rester en relation avec son parent. Il est lui-même dans une impasse et il manifeste des signes de souffrance. Il affiche une grande difficulté à vivre les séparations en réponse à la projection parentale qui le pousse à éviter tout abandon. Il développe des comportements régressifs et démontre une grande dépendance.

L'enfant peut aussi manifester un comportement tyrannique et de contrôle pour éviter tout éloignement. À cause du manque d'accordage affectif, l'enfant peut amplifier de plus en plus la manifestation des comportements de dépendance et de contrôle. Le parent est, alors, réellement dépassé par la réaction de l'enfant. Il sentira émerger des sentiments de colère et se verra devenir, à son tour, le parent qui abandonne. L'enfant sera perçu alors comme abandonné, le parent se vivra comme méchant; ce qui amène l'enfant à se sentir méchant aussi. La relation se répète avec le même contenu de dilemme relationnel. En d'autres occasions, l'enfant réussit à s'adapter à l'identification projective, mais en vieillissant,

il peut vouloir sortir du rôle contraignant qui lui a été assigné pour devenir plus autonome et confronter le parent. Ce qui devient à nouveau source de réactivation des Situations Inachevées du parent qui se sent, à son tour, devenir méchant et abandonné. La Situation Inachevée se répète.

Le cas suivant présente le début d'une consultation auprès d'un enfant présentant des difficultés suite au type de projections parentales décrites ci-dessus. Ce même cas sera présenté aussi plus loin pour illustrer le travail thérapeutique sur les identifications projectives.

Karim a cinq ans, ses parents consultent à la demande de son enseignante qui trouve que Karim pleure trop, pour tout et pour rien. Elle est préoccupée, les parents le sont moins, car ils décrivent leur enfant comme un petit retiré, sensible, qui a de la difficulté avec le changement. Il ne veut jamais quitter sa maison, ne va pas chez les amis, et lors de rencontres familiales, il se tient proche de sa mère. Son grand frère qui est très exubérant semble accaparer l'attention et l'énergie des parents. Le père dit qu'il se reconnaît dans Karim, il a été lui aussi un enfant craintif qu'on mettait de côté, dont on ne s'est pas assez occupé parce qu'il ne dérangeait personne. Il se décrit comme un adulte anxieux. La mère, un peu distante et froide, soupire à la description que le père fait de lui-même. Elle confirme que son mari est moins à l'aise qu'elle avec leur enfant. Elle essaie de le responsabiliser, mais elle se sent un peu demunie devant ses larmes, car Karim ne sait pas lui expliquer la raison de son chagrin. Karim est un enfant qui, au premier abord, semble enjoué et curieux; il écoute les parents et dessine avec application. Dans son dessin, apparaît un paysage exécuté avec précision, sans personnages. Lorsqu'il est invité à nous dire ce qui se passe pour lui à l'école, il explique qu'il a beaucoup de peine, mais il ne sait pas pourquoi. Il devient agité quand il me parle de cela; je sens les parents mal à l'aise. Soudainement, je les sens crispés. J'ai l'impression qu'ils me regardent, un peu perdus comme le fait Karim, en me demandant de comprendre ce qui se passe. A la rencontre suivante, Karim semble de bonne humeur et demande spontanément d'entrer tout seul dans le bureau pour jouer avec moi. La mère semble surprise et le rassure immédiatement en lui disant qu'elle attend à côté, l'enfant semble ne pas l'entendre. Il joue à mettre en ligne des familles d'animaux, des séries de cubes et des petits bonhommes. Les jouets n'interagissent pas entre eux, il ne fait pas de jeux symboliques, seulement de l'ordre. Il semble satisfait et calme, demande à la fin de montrer ses alignements à maman.

Projection sur l'enfant d'un objet parental endommagé

Dans ce cas, le contenu de la projection parentale sur l'enfant concerne l'image d'un objet parental qui est vécu comme endommagé, abîmé, malade, abandonné (c'est donc le pendant de la projection précédente où ce qui est projeté est l'image de soi comme enfant carencé à cause des défaillances du parent). Selon Manzano et al. (1998), ce type d'identification projective dans lequel l'objet parental est vécu comme endommagé est en lien avec les enjeux passés de conflictualité œdipienne. Elle peut relever de la rivalité que le parent a pu ressentir avec un tiers qui venait interférer dans sa dyade parent - enfant.

Le parent a de la difficulté à approcher consciemment ces thèmes de rivalités vécus avec son propre parent. Il veut protéger son enfant de l'agressivité clivée qui émerge cependant de la réactivation de ces conflits. L'agressivité et la culpabilité ressenties sont alors déplacées vers d'autres thèmes à connotation plus dépressive en lien avec des sentiments de perte et d'abandon, ce qui est moins menaçant pour le parent. Le parent se met alors à surprotéger l'enfant et, de façon masochiste, il s'identifie au parent ou à l'adulte qu'il pense avoir maltraité et fait souffrir dans le passé. Il devient un bon parent, il ne ressent plus la rivalité et il veut réparer chez son enfant, par procuration, l'adulte qu'il croit avoir abîmé par son agressivité. Le parent dénie aussi la jalousie et la colère qu'il a ressenties et qui se sont réactivées dans la relation avec son enfant.

L'enfant, selon la nature et l'intensité de la projection, peut développer des ajustements créateurs, mais il peut aussi montrer des symptômes de type dépressif en lien avec son identification à une image projetée d'objet endommagé.

Projection sur l'enfant d'un objet parental négatif

Il existe aussi des identifications projectives plus déformantes, en particulier celles où le parent projette sur l'enfant l'image d'un objet parental négatif. La relation est alors caractérisée par une grande ambivalence chez le parent et chez l'enfant. Le parent projette sur son enfant une image d'objet parental agressif, méchant, et par contre-identification, il se perçoit lui-même comme un enfant attaqué, soumis et apeuré, tout en demeurant habité par le désir libidinal de rester en lien avec son enfant. L'enfant reçoit ces deux types de projections contrastantes et il oscille entre les deux. Le plus souvent, il s'identifie aux caractéristiques négatives (agressives) de l'objet parental, car en raison de l'attraction que le parent ressent pour cette image parentale négative, il a plus de chances ainsi de se sentir intéressant aux yeux du

parent. Ces identifications projectives parentales deviennent contraignantes, voire déformantes pour la personnalité en formation de l'enfant. En fonction de l'intensité, de la nature et de l'ampleur du conflit avec l'image parentale du passé, le parent peut agir, dans sa relation actuelle, de manière à devenir précurseur de *dysrégulations* affectives chez l'enfant. Ceci peut causer ensuite des troubles de comportements et possiblement se développer, plus tard, en un trouble de la personnalité.

Projections parentales vécues essentiellement comme persécutrices ou très endommagées

Le dernier exemple est celui d'une identification projective de type déformant et expulsif. Dans ces cas, il y a une véritable expulsion sur l'enfant d'images qui sont très conflictuelles, négatives, agressives, qui viennent déformer complètement la façon dont l'enfant est perçu par ses parents. Sa réalité subjective et ses besoins affectifs ne peuvent pas être pris en compte. Le parent, dans le besoin de contrôler ses objets internes si contraignants, est obligé d'exercer une contrainte maximale pour s'assurer que l'enfant s'identifie à ses projections. L'enfant est perçu par le parent comme persécuteur. Puisque l'investissement libidinal avec ces images parentales est très faible, le parent ne peut pas disposer de cet investissement pour dépasser le sentiment de persécution qu'il ressent dans la relation avec son enfant. L'agressivité véhiculée par ce type de relation est tellement forte qu'elle ne peut qu'être déniée ou clivée pour que le conflit ne soit plus ressenti. En essayant de protéger son enfant des souffrances qu'il a vécues, le parent a recours à des images parentales fortement idéalisées. Ces images sont si exigeantes de perfection qu'elles deviennent persécutrices pour le parent, car elles ne laissent pas d'espace aux limites ou aux défaillances. Il ressent de la culpabilité parce qu'il est incapable de répondre à cette exigence de perfection; cela fait augmenter ses projections agressives sur son enfant. Ainsi se refait le cercle vicieux de la persécution et du rejet.

Dans d'autres cas, l'enfant est identifié à des images très fortement idéalisées. La relation qui se met en place est de nature fortement symbiotique, l'enfant est englobé dans la problématique narcissique grave, et il vit dans une idylle fusionnelle avec le parent au prix du déploiement de son Self.

À cause de la rigidité du fonctionnement parental et des entraves importantes au développement de l'enfant, ce type d'identifications projectives parentales est l'indication de la nécessité d'un travail individuel pour les parents et d'un suivi pour l'enfant avant de pouvoir envisager un travail en commun.

LE TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE DES IDENTIFICATIONS PROJECTIVES

Le travail thérapeutique des identifications projectives parentales amène le thérapeute à approcher des contenus relationnels implicites agissant dans le champ familial à l'insu même des membres de la famille. L'intégration de la PGRO aux entretiens familiaux contribue à mieux saisir comment ces enjeux relationnels ont, dans la famille, un impact autant au niveau intrapsychique qu'interpsychique.

Comment approcher ces contenus et permettre aux parents et à l'enfant de les contacter? Avant de comprendre le sens de ces phénomènes psychiques, il faut pouvoir saisir leur contenu affectif et les modulations affectives qui caractérisent le champ familial autour de ces expériences relationnelles. Il faut ensuite mettre en place un contexte thérapeutique qui permette à chacun, dans une certaine sécurité, d'approcher et prendre conscience de la répétition d'expériences relationnelles implicites parfois très souffrantes.

Lorsque le thérapeute rencontre les membres de la famille, ils lui parlent des symptômes de l'enfant et de la souffrance qui les affecte tous. Deux mouvements se mettent en place chez le thérapeute: un qui consiste à entendre la plainte de chacun et l'autre à ressentir le contenu affectif de la relation familiale. Le contenu des identifications projectives étant celui d'une réactualisation, dans le champ familial actuel, des impasses relationnelles passées, donc une émergence de la mémoire implicite affective et procédurale des parents et de l'enfant, il est important de trouver de quelle manière aborder cette émergence. En effet, le défi est d'amener les différents membres de la famille à prendre acte qu'il s'agit d'une répétition relationnelle pour les uns et pour les autres, puisque souvent l'identification projective parentale a ses origines dans des expériences relationnelles précoces des parents.

Lors des premières rencontres, l'attention du thérapeute sera portée sur le contenu affectif conscient et inconscient des échanges entre les membres de la famille et sur la relation qu'ils établissent avec lui. Le parent peut projeter sur le thérapeute ses objets internes. Selon Manzano et al. (1998), l'image parentale projetée sur le thérapeute par le parent est semblable à celle projetée par l'identification projective parentale sur son enfant. Le parent peut s'adresser au thérapeute en le plaçant, à son tour, dans un rôle parental, la projection étant influencée par l'histoire relationnelle passée avec son propre parent. Dès les premières rencontres avec l'enfant et ses parents, le thérapeute familial est très rapidement en contact avec l'expérience somatoaffective des identifications projectives des parents et de l'enfant, sans pouvoir en saisir tout de suite la signification.

Avant même de pouvoir accéder à une compréhension réflexive des enjeux relationnels qui se jouent avec cet enfant et sa famille, le thérapeute se pose les questions suivantes : *Comment est-ce que je me sens à leur contact ? Qu'est-ce qui est soulevé en moi par ces parents et par cet enfant ? Qu'est ce qui est réveillé en moi en lien avec mes propres objets parentaux internes, avec ma propre identité de parent et avec mes expériences d'enfant ? Quels sont les signes, au niveau somatique et affectif, qui me renseignent sur ce qui est en train de se passer entre nous ? Quelle est la tonalité affective de nos rencontres ?*

Il s'agit, en effet, de ressentir le contenu affectif de la relation familiale au-delà de ce qui est verbalisé et verbalisable par chacun. Le thérapeute fait l'expérience de la partie intolérable de leur expérience. Comme le propose Delisle (2009), il peut essayer « de prendre en lui » et contenir dans l'*ici et maintenant*, ce qui est, pour le parent, difficile à reconnaître et contenir dans la relation. Au début du suivi, il arrive que le thérapeute reste dans un espace flou où ses capacités réflexives sont mises en sourdine pour pouvoir être davantage dans la réception et la tolérance des expériences et des figures qui s'établissent au contact des différents membres de la famille. Être à l'écoute affective de l'identification projective qui s'installe permet au thérapeute de détecter les expériences affectives dissonantes qui se mettent en place avec cette famille et, parfois, il peut en être lui-même déstabilisé.

Lorsque le thérapeute prend en lui les affects qui sont en quête de régulation et de symbolisation, il établit un espace transitionnel pour les différents membres de la famille. Le thérapeute devient, de façon provisoire, le contenant du contenant (le parent) qui est parfois décontenancé par la charge affective de sa relation avec son enfant. Le parent ne saisit pas le sens de ses affects, mais parfois il peut ressentir qu'ils ont des airs d'un connu déjà vécu jadis, lors d'autres expériences relationnelles. Cette étape permet, dépendamment de l'intensité et de la nature des identifications projectives parentales, de commencer à apprendre ensemble à tolérer, contenir et partager l'expérience affective en utilisant des mots proches des contenus affectifs qui émergent lors des rencontres.

Compte tenu des enjeux de l'identification projective parentale et des mouvements projectifs de l'enfant, le travail thérapeutique vise avant tout une régulation affective des parents et de l'enfant. En effet, avant d'essayer de retrouver le sens des enjeux qui apparaissent dans le champ phénoménologique, il faut retrouver ou développer chez le parent sa capacité à comprendre l'expérience relationnelle qu'il partage avec son enfant.

Le travail thérapeutique se pose donc à deux niveaux. Le premier consiste à établir un climat sécuritaire où le parent peut se

sentir accueilli et contenu. Cette étape me semble une prémisses pour passer du partage des expériences affectives à l'échange sur leur compréhension. Par la suite, le même mouvement se met en place avec l'enfant, qui a besoin de se sentir en sécurité face à une inconnue pour pouvoir s'ouvrir et exprimer sa détresse. Le travail avec lui est de rester, au début, très près de son expérience, de devenir le partenaire de ses jeux, le spectateur de ses représentations qui adhère et met des mots sur l'expérience affective du moment présent.

Ce mouvement d'adhésion à l'expérience de l'un et des autres est un préalable pour mettre en place un travail de différenciation (pour se libérer de la fusion symbiotique). C'est le début de l'exploration de la complexité des expériences et la recherche des moyens que chacun met en place pour les tolérer. En effet, par cette régulation interactive des affects, les stratégies relationnelles de chaque membre de la famille sont mises en évidence, avec leur contenu affectif et interactif: le parent peut commencer à intérioriser cette régulation.

Cette étape me semble nécessaire pour pouvoir ensuite se centrer sur les capacités de *mentalisation* du parent tout en favorisant celles de son enfant. Ce travail thérapeutique peut se faire à différents niveaux. Des jeux sont proposés à l'enfant et ses parents, dans le but de montrer à l'enfant, et parfois à l'adulte, à jouer « à faire semblant », et apprendre comment se libérer de l'emprise de la réalité externe et symboliser sa pensée. L'histoire passée des parents et celle de la famille actuelle est explorée (ce qui correspond au travail sur les organisateurs familiaux). En même temps, un travail est fait en vue de relever et de nommer ensemble les sentiments et les émotions qui émergent chez l'un et l'autre pendant ces moments. Cette étape permet d'aider le parent à mettre en place des discussions entre lui et l'enfant en termes d'états mentaux.

Fonagy, Steele, Moran, Steele et Higgitt (1991) prônent la nécessité de discuter des sentiments avec l'enfant et de lui en expliquer les causes. En effet, il semble que pour aider l'enfant, l'emphase doit être mise, non seulement sur l'expression des sentiments, mais sur la recherche des causes sous-jacentes à l'expression des émotions (Gardner, Jones, Gaddy & Rennie, 1997). Ainsi, l'enfant apprend à construire, avec son parent, des récits cohérents qui l'aident à réfléchir aux implications des expressions. Le parent peut également être invité à fournir des récits qui décrivent leur histoire passée, mais de façon à ce que l'enfant découvre les implications psychologiques des événements et apprenne à les organiser dans une structure narrative (Harris, 2000).

Ainsi, sans parler directement du contenu des identifications projectives parentales, il est possible d'apprendre graduellement à ressentir les affects qui y sont liés, à en contenir l'expérience affective, et à réfléchir sur leur contenu affectif. Le tout se réalise en faisant, avec les parents et l'enfant, des allers et retours entre l'histoire passée des membres de la famille et celle de l'enfant, en conarration.

Parfois, dans le travail avec le parent, les impasses relationnelles et la manière dont elles se mettent en place dans la relation avec son enfant sont graduellement mises en évidence et comprises. Les mouvements des projections et identifications peuvent être relevés et le contenu de l'identification projective parentale est alors abordé plus directement. Par la suite, le thérapeute et les parents peuvent regarder ensemble ce que l'enfant fait pour s'y adapter et quels sont les enjeux soulevés en fonction de l'étape de développement de l'enfant. Le thérapeute s'emploie à reconnaître et à respecter l'histoire de chacun dans sa complexité et dans la richesse des moyens d'adaptation mis en place. En même temps, la mémoire implicite des expériences relationnelles précoces de la famille est revisitée et son contenu est rapproché de la conscience; elle peut alors devenir explicite (Delisle, 2009).

Il me semble que cette réintégration de l'histoire familiale et de celle de chacun de ses membres, lorsqu'elle s'accompagne de la reconnaissance affective des enjeux et des répétitions relationnelles, devient, dans certains cas, source de réparation interactive. En outre, certains dilemmes relationnels et leur souvenir prennent un autre sens lorsque le parent peut en parler en toute sécurité affective dans le contexte thérapeutique. Ceci lui permet d'augmenter ses capacités d'introspection et de compréhension.

L'enfant peut parallèlement se libérer de la charge de la répétition. Il en arrive à se sentir plus en sécurité dans la relation avec son parent, du moment qu'il a la perception que quelqu'un d'autre que lui est en train de s'occuper du parent. Par la consolidation des moyens affectifs, il devient possible d'approcher le contenu affectif, et ensuite biographique, des identifications projectives parentales. Cette démarche, qui touche aux paradoxes pathogènes de la famille, peut amener les parents à prendre conscience de leur besoin de support thérapeutique ailleurs que dans la consultation en cours pour l'enfant.

Ce processus de fusion et d'autonomisation et la mise à jour des enjeux interpsychiques et intergénérationnels permet aussi de faire ressortir des enjeux plus spécifiquement reliés au développement de l'enfant. Dans certains cas, ces derniers seront travaillés en individuel avec l'enfant afin de l'aider à reprendre le cours de son

développement, tout en découvrant les ressources qu'il possède et le soutien qu'il peut aller chercher ensuite auprès de ses parents.

Je présenterai maintenant la suite du travail thérapeutique avec Karim.

Karim ne sait pas ce qui lui fait de la peine; il semble avoir accentué ses réactions de dépendance pour recevoir toute l'attention que son père semble avoir besoin de lui donner. En effet, le père essaie de protéger son garçon qui lui ressemble tant. En même temps, il veut lui donner ce qu'il n'a pas reçu de ses propres parents. Son anxiété l'amène à être prévenant et protecteur. Sa femme et lui ont essayé d'éviter à Karim des situations qu'ils considèrent difficiles pour lui (s'éloigner de la maison, aller chez des amis).

On peut noter la projection que le père fait sur Karim. Dans les représentations de ses relations d'enfance, il a été lui-même un enfant qui n'a pas reçu l'attention de ses parents. La reactivation des expériences qu'il a vécues enfant le porte à vouloir protéger Karim au-delà de son besoin et à anticiper ses besoins affectifs. Il projette sur Karim l'image d'un enfant qui a besoin d'être protégé, lui attribuant une trop grande sensibilité. Par contre-identification, il s'identifie au parent aimable, attentif et ajusté qu'il aurait aimé avoir. Karim, surprotégé, semble s'être adapté à la projection de son parent, ce qui lui a permis de garder le lien. Cependant, il est confronté actuellement à un nouvel environnement. Il entreprend ses relations sur le mode qu'il a appris, amplifie ses réactions de détresse pour que l'adulte vienne s'occuper de lui. Dans son nouvel environnement scolaire, son comportement est inadapté. Karim perçoit la détresse de son père qui se sent impuissant et qui est très inquiet pour lui lorsqu'il l'amène le matin à l'école. Karim, n'ayant pas été reconnu dans son expérience affective, n'a pas appris à reconnaître ses émotions et à les différencier de celles de son parent. Les deux parents sont désemparés devant sa détresse actuelle; ils voudraient qu'il ne pleure plus, qu'il soit capable de demeurer à l'école et qu'il puisse dire ce qui lui arrive.

Lors de nos rencontres, malgré la détresse qu'il manifeste à l'école et ses difficultés à s'éloigner de ses parents, Karim continuera de demander d'entrer tout seul dans mon bureau. Il demandera, pour un certain temps, de faire entrer sa mère seulement à la fin de chaque rencontre pour lui montrer ses activités. Nous commençons par jouer avec ses séries d'animaux; nous faisons des séries de familles en essayant d'inventer des interactions entre elles. Karim ne semble pas à l'aise, mais il ne refuse pas non plus l'activité; par moments, attentif, il suggère des petites activités pour les animaux. Nous essayons d'inventer des petites histoires à propos de ce qui pourrait se passer dans ses dessins. (La question est: qu'est ce qui se passe dans le dessin et qui n'est pas dessiné?) Un peu à la fois, maladroitement, il commence à inventer des histoires à propos de

garçons qui peuvent faire des choses spéciales, qui dévalent, par exemple, les pentes des montagnes qu'il a dessinées. Avec le temps, Karim va trouver, parmi les jouets, un petit phoque cassé. Il va le désigner comme un héros et il va commencer à le faire interagir avec les autres animaux. Le petit phoque vit plein d'aventures, il fait revoler les autres animaux et il sort gagnant de ses péripéties. Nous parlons ensemble de comment on peut être petit, ne pas se sentir fort et avoir envie d'être un héros, jouer avec les autres, se battre, gagner. Il se mettra enfin à jouer avec des petits bonhommes et les enjeux de rivalités et d'amour fraternel entre deux bonhommes, qui sont des jumeaux dans son jeu, seront abordés. Nous parlerons ensuite de comment il se sent avec son frère et il dira que des fois il est fâché avec lui. Il raconte à sa mère, à la fin des rencontres, ce qu'il a fait avec les jouets, ce qui me permet de partager avec elle le sens de ces jeux.

Avec les parents, je vais pouvoir aborder comment c'est angoissant pour eux de laisser Karim explorer et s'éloigner d'eux. Il leur semble si différent de leur premier enfant qui est plus décidé et téméraire. Je leur dis que Karim a besoin de se distancier d'eux, mais il ne sait pas comment le faire. Il ressent la détresse de son père et l'impatience de sa mère à ses pleurs et il ne comprend pas ces sentiments; il se sent méchant de les décevoir. Le père, qui a été rencontré à quelques occasions avec sa conjointe et Karim, a pris conscience de ses projections et de comment il avait essayé d'être, pour Karim, le père protecteur qu'il n'avait pas eu. Beaucoup de tristesse et de colère ont émergé en relation avec son histoire passée. La mère a pu exprimer comment elle se sentait dépassée d'avoir à gérer, depuis longtemps, l'anxiété de son conjoint, ses craintes pour Karim et les comportements de dépendance de ce dernier. Elle a pu exprimer comment son attitude de protection envers son mari, ce qu'elle faisait depuis le début de leur couple, l'avait, à la longue, fatiguée et éloignée de lui et, par ricochet, de Karim. Les deux parents semblent tristes à ce constat. Karim est en train de dessiner, ne participe pas à ces échanges, mais je le surprends en train de nous regarder faire. Dans des mots simples, je lui reformule ce qui se passe et les émotions de ses parents, pour qu'il ne se sente pas coupable de leur chagrin. A une autre occasion, la mère va exprimer sa colère devant l'impuissance de Karim, et va faire un lien avec son histoire passée: elle a été l'enfant qui a appris à se débrouiller toute seule et à ne pas compter sur ses parents qui travaillaient beaucoup. Quand son enfant se met à trop demander, elle se sent dépassée, étouffée par ses demandes, et elle lui en veut. Elle s'en veut de réagir ainsi.

Le travail s'est poursuivi en individuel pour Karim et les parents. Le père de Karim a décidé d'entreprendre des démarches en consultation individuelle pour régler son anxiété. Karim, de son côté, à la fin de sa démarche thérapeutique, me dira que, parfois le matin, il se sent encore triste à l'école quand il quitte son père, mais il va alors chercher son ami Christophe et ils jouent ensemble; il dit « après ça va mieux ».

CONCLUSION

Dans cet article, j'ai présenté comment la PGRO peut être appliquée dans le contexte de la thérapie de l'enfant et de ses parents. J'ai également traité de son intégration aux entretiens familiaux. Cette approche me semble compatible avec le contexte réflexif, affectif et interactif de la PGRO. Il ressort que le travail avec le couple parental ne constitue pas seulement un moyen d'améliorer et de soutenir l'alliance thérapeutique dans la thérapie de l'enfant et éviter des interruptions brusques du traitement. Il consiste principalement à soutenir le fonctionnement parental, à réduire la portée des projections des parents sur l'enfant à travers le dépassement des répétitions relationnelles pathologiques. Les parents ne sont pas perçus uniquement comme des collaborateurs potentiels du thérapeute, mais également comme des patients qui ont besoin de trouver un lieu où ils peuvent se sentir en sécurité pour parler de leur souffrance en tant que parents.

L'apport de la PGRO permet d'éclairer les enjeux intrapsychiques des parents et de relever comment les impasses relationnelles, en lien avec leur passé *développemental*, se réactivent lorsqu'ils accèdent au rôle parental. Ceci permet de mieux arrimer la compréhension des enjeux familiaux à celle des enjeux spécifiques de chacun des membres de la famille. Les fonctions de la transmission intergénérationnelle des conflits, des dilemmes relationnels vécus et des stratégies d'adaptation et de régulation affective des parents et de l'enfant sont explorées. Par la compréhension des issues de ces répétitions dans le champ familial, les mécanismes des identifications projectives parentales et leurs enjeux deviennent plus clairs.

Par ailleurs, l'émergence, dans le champ thérapeutique, des contenus implicites inconscients des identifications projectives parentales demande au thérapeute de développer ses capacités de ressentir, tolérer et contenir l'expérience complexe, et parfois très souffrante, des parents et de l'enfant tout en étant capable, avec eux, d'en dégager un sens. Les neurosciences affectives nous donnent plus d'éclairages sur l'importance de ces capacités et sur la manière dont elles peuvent se déployer dans la relation thérapeutique.

Au-delà de la compréhension des enjeux sous-jacents aux identifications projectives, l'objectif de la thérapie devient alors celui de soutenir les parents et l'enfant dans une prise de conscience affective de leur fonctionnement. Ceci permet de développer la compétence de réparation affective des parents et contribue à établir les liens nécessaires pour un bon fonctionnement familial, caractérisé par la solidarité entre les membres de la famille, l'intimité du couple parental et les liens d'attachement entre les parents et l'enfant.

Références

- Berger, M. (1987). *Pratique des entretiens familiaux*. Paris: PUF.
- Berger, M. (1995). *Le travail thérapeutique avec la famille*. Paris: Dunod.
- Berger, M. (2003). *Le travail thérapeutique avec la famille (2^e éd.)*. Paris: Dunod.
- Ciccone, A. (1999). *La transmission psychique inconsciente*. Paris: Dunod.
- Cyr, J. (2006). Si je pense, est ce que je suis? Considérations théoriques et cliniques à propos du processus de mentalisation chez le trouble de personnalité limite et applications à la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO). *Revue québécoise de Gestalt*, 9, 35-61.
- 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.
- Delisle, G. (2009). Une neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique. Dans J. Monzée (Éd.), *Neurosciences et psychothérapie. Convergences ou divergences?* (pp. 51-79). Montréal: Liber.
- Eiguer, A. (1987). *La parenté fantasmatique*. Paris: Dunod.
- Elkaim, M. (1995). *Panorama des thérapies familiales*. Paris: Éditions du Seuil.
- Ferretti, M. R. (2003). *Application de la PGRO à la thérapie familiale*. Mémoire du 3^e cycle de formation en Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet.
- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M., & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.
- Fonagy P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self organization. *Development and psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to Self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20 (6), 544-576.
- Gardner, P. W., Jones, D. C., Gaddy, G., & Rennie, K. (1997). Low income mothers, conversation about emotions and their children's emotional competence. *Social Development*, 6, 37-52.
- Harris, P. L. (2000). Understanding emotion. Dans C. Lewis & J. Havilland (Éds), *Handbook of emotions* (pp. 253-322). New York: Guilford.
- Manzano, J., Palacio Espasa, F., & Zilkha, N. (1998). *Les scénarios narcissiques de la personnalité*. Paris: PUF.
- Muir, R. C. (1995). Transpersonal process: A bridge between object relations and attachment theory in normal and psychopathological development. *British Journal of Medical Psychology*, 68, 243-257.

- Schore, A.N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal: Les Éditions du CIG. Traduit de l'anglais par le Groupe NeuROgestalt.
- Tronick, E., & The Boston Change Process Group (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), 290-299.
- Wallin, D. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: Guilford.

Abstract

At its onset, the *Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet* (PGRO) found its application in the treatment of the pathologies of adult personality disorders. In this article, the author proposes a reflexive integration of this afore-mentioned model with the method of family encounters devised by Maurice Berger for working with the child and his parents. Both approaches are preoccupied with understanding how past relational impasses in adults are re-enacted when they become parents. They both consider that the affective content of the relational repetitions can, to a certain degree, be influenced by the particularities of the projective identifications. The family encounters approach is concerned with displays of parental projective identifications in the common family field and with ways they are structured by the parental couple. The PGRO, for its part, is helpful in understanding how the re-enactment of certain parental developmental dilemmas, present in parental projective identifications, influence the development of the child's Self. By means of the analysis of various types of parental projective identifications, an effort is made to shed light on the modes of intergenerational transmission of conflicts. The intent or intention is to understand the relational dilemmas lived by the parents and the adaptative and regulative affective strategies devised by the parents as well as by their children.

Honte et attachement dans l'enfance

L'interaction entre le développement neurobiologique
et la relation dans les premières années de vie¹

Robert G. LEE

Traduction² de l'anglais par Agnès TREMPE et Danielle POUPARD

Résumé

Les récentes recherches en neurobiologie voient, soutiennent et confirment les notions relatives au développement de l'enfant propres à la théorie du champ de la Gestalt. Cet article fait l'examen des données de la recherche en neurobiologie qui se préoccupent du rôle et de l'importance de la relation dans la structuration des circuits neuronaux pendant les première et deuxième années de la vie, ainsi que le sens de cette information du point de vue constructiviste et intersubjectif de la Gestalt. Les domaines couverts dans ce texte comprennent l'interconnexion entre le soignant et l'enfant qui rend possible le développement des circuits du cerveau qui soutiennent l'excitation/l'éveil, le rôle de formes mineures de honte et de réparation qui conduisent à la *normalisation de la déception* comme outil dans la construction de l'appartenance, les éléments neurologiques sous-jacents dans le développement de la honte de fond. En terminant, l'auteur présente une discussion à propos des façons selon lesquelles la recherche neurologique souligne la nécessité de faire le diagnostic à partir d'une perspective qui tient compte du champ plutôt que d'un point de vue individuel.

La théorie du champ de la Gestalt est annonciatrice de l'importance des relations harmonisées (*attuned*) dans le développement de l'enfant. Cette idée et les corrélats qui en découlent proviennent des principes défendus depuis longtemps par la Gestalt à propos de nos modes d'interrelations et de la façon dont l'expérience coconstruite, intersubjective est la base du développement de soi et de l'autre. Cette idée est maintenant bien étayée par les recherches actuelles sur le cerveau; leurs conclusions

¹ Cet article a été publié en anglais sous le titre «Shame and belonging in childhood: the interaction between relationship and neurobiological development in the early years of life» dans *The British Gestalt Journal* (2007), Volume 16, Numéro 2, pages 38 à 45.

² Traduit et publié avec la permission de l'auteur et du *British Gestalt Journal*.

voisinent, soutiennent et informent la théorie de la Gestalt. Par exemple, notons la similarité de la pensée de la Gestalt énoncée précédemment à ce que Siegel (1999) dit dans l'introduction de son livre, *The Developing Mind*: «L'esprit émerge de l'activité du cerveau, dont la structure et le fonctionnement sont directement formés par l'expérience interpersonnelle». (p. 1) En regard du développement de l'enfant, Siegel affirme :

Bien que l'expérience façonne l'activité du cerveau et la force des connexions neuronales durant toute la vie, les premières expériences peuvent être particulièrement décisives dans l'organisation du développement des structures de base du cerveau. (p.13)

Dans cet article, je fais une recension de la documentation dans le domaine de la neurologie concernant la formation du cerveau dans les deux premières années de la vie. Non seulement cette information a beaucoup à apporter à l'appréciation et au raffinement des concepts de la Gestalt, elle génère des possibilités supplémentaires quand elle est examinée à partir de la perspective de la Gestalt.

J'ai utilisé, dans une large mesure, la vaste documentation recueillie par Allan Schore comme source de la recherche en neurologie. Comme les aspects techniques de ce sujet peuvent détourner de ce que je compte faire ici, je me suis efforcé d'utiliser le moins possible un langage technique. Pour ceux qui y sont intéressés cependant, j'ai inclus dans les notes à la fin de l'article une partie de la documentation neurologique sous-jacente.

Nous verrons, tout au long de cet article, les facteurs qui façonnent les sentiments de honte et d'appartenance dans le développement de l'enfant. Ainsi, comme point de départ de cette exploration, nous faisons une revue de ce que la honte signifie dans la perspective du champ de la théorie de la Gestalt (Lee, 1995).

QUELLE HONTE !

Le phénomène de la honte englobe beaucoup plus que la signification, répandue dans notre culture, d'avoir fait quelque chose de mal, et alors d'être honteux, ou d'être en défaut de quelque manière. Ce qui est au cœur de la honte, c'est le retrait (Tomkins, 1965). C'est notre façon de tenter de nous protéger nous-mêmes et les autres quand nous percevons que nous ne serons pas accueillis (Lee, 1995; Lee & Wheeler, 1996). Cette signification élargie se manifeste à travers un usage commun du mot «honte» dans les conversations quotidiennes, bien que cela se passe en dehors de notre conscience immédiate. Par exemple, une réaction habituelle lorsque l'on entend dire que Jenny, âgée de deux ans, a perdu sa

couverture préférée, ou que Marc, âgé de six ans, a échappé sa crème glacée par terre, ou à un niveau plus profond, que la mère de Marie, âgée de treize ans, vient de mourir, ou à vrai dire, toute peine ou perte vécue par quiconque de n'importe quel âge, est « Quelle honte ! » Cet usage du mot « honte » n'est pas seulement une expression familière. Cela se comprend parce que, à un niveau de compassion, nous saisissons que les envies et les aspirations n'ont pas pu s'accomplir dans ces situations, et que les enfants impliqués ont été contraints de se démobiliser de la quête de leurs désirs. Ils sont alors préparés à faire l'expérience de la honte qui les pousse à se retirer.

La réaction de honte est la manière naturelle qu'a notre corps de rétrofléchir quand nous sommes en perte d'équilibre, par manque d'un soutien suffisant au moment où nous avons le désir, la volonté ou l'élan de nous relier d'une quelconque manière avec quelqu'un ou quelque chose, et que nous sentons que le contact désiré n'est pas possible. Comme tel, le potentiel de honte est tissé dans chaque instant de contact. L'expérience de honte, comprise de cette manière, nous aide à identifier les endroits où nous sentons que le contact n'est pas possible de manière à ce que nous puissions nous déplacer, bouger et trouver les endroits où nous pourrions nous relier.

La famille des affects de la honte, qui nous aident à reculer quand nous sentons qu'un contact souhaité n'est pas possible, inclut la timidité, l'embarras, le chagrin, l'ignominie, la honte, l'humiliation, également le « sentiment d'être moche » (Kaufman, 1989; Lewis, 1971; Retzinger, 1987). Ironiquement, nous expérimentons la honte comme une information au sujet de soi-même (comme étant inadéquat, sans valeur, non aimable, inapproprié, trop, pas assez, et ainsi de suite), quand en réalité c'est une donnée propre au champ autour de nous (les autres étant préoccupés, désapprouvateurs, non intéressés, non informés, ne sachant pas comment répondre, absents ou quelque chose de semblable).

Comme nous l'avons énoncé, cette forme de honte temporelle, dont nous avons besoin pour nous mouvoir dans la vie, nous en faisons souvent l'expérience en tant que désappointement, timidité ou embarras. Entre autres choses, ce genre d'expérience de honte représente un respect pour les frontières des autres (encore une fois, nous pouvons faire l'expérience de cela comme une information nous concernant). Nous pouvons percevoir ceci chez les autres ou en nous-mêmes comme de l'humilité. Il est à noter qu'un comportement dénotant un manque de respect est considéré comme « éhonté ».

La honte peut agir d'une autre manière, comme une façon de nous protéger ou de protéger d'autres personnes auxquelles nous tenons. Si l'expérience du manque d'accueil est trop intense (comme dans l'abus, la négligence, ou une perte significative) ou qu'elle est suffisamment constante à travers le temps, alors la honte sera reliée avec l'expérience que nous avons de ne pas être accueillis chaque fois que éprouvons le désir d'être dans le monde de cette manière-là. La honte sera automatiquement activée pour nous faire reculer dans la mobilisation de cet élan. Il n'est plus nécessaire de percevoir que le contact n'est pas disponible dans l'environnement à ce moment-là. C'est plutôt l'émergence de notre désir qui devient le déclencheur de la honte. Ceci, en effet, représente une croyance rigide ou solidifiée, une gestalt fixe, que nos désirs n'auront pas de chance d'être accueillis, dans toutes circonstances. Cette forme de honte à laquelle je réfère est *une honte de fond*. Kaufman (1989) qui avait introduit ce concept avait nommé cette forme de honte, « honte internalisée ». Je préfère utiliser « honte de fond » puisque c'est dans notre fond que nous trouvons l'organisation de notre champ relationnel.

Dans la théorie de la Gestalt, la honte de fond est ce que Perls appelait les « introjects » (voir Lee, 1995). Bien sûr, ce que nous projetons est la honte fixée inassimilée, et au cœur de la réflexion de Perls, il y a aussi un élément de honte de fond. Ainsi, le développement de la honte de fond coupe la personne d'une conception du monde comme relationnel et la place dans un paradigme individualiste dans lequel elle est déconnectée, seule, et l'objet de blâme ou d'indifférence. À la place de l'excitation et des possibilités de mobilisation qui coïncident avec le désir, la personne est aux prises avec un sentiment de désespoir et d'aplatissement. Pour faire suite à ce résumé sur la honte dans la perspective théorique du champ en Gestalt, déplaçons-nous de l'autre côté de cette polarité qui est le développement du sentiment d'appartenance dans la première année de vie.

LE DÉVELOPPEMENT ÉMOTIONNEL/NEUROBIOLOGIQUE DANS LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE

Les deux dernières décennies ont produit une explosion de données à propos du développement émotionnel/neurobiologique durant la première année de la vie humaine. La recherche nous montre maintenant qu'une tâche primordiale du développement psychoneurologique durant cette période est de permettre que le cerveau de l'enfant expérimente et tolère des quantités croissantes d'exaltation/excitation, tout en faisant l'expérience intersubjective d'un

parent bien synchronisé avec lui. La relation, dans ce processus, est d'une suprême importance. Comme Schore (1998) l'exprime :

Tout au long de cette année, la relation parent-enfant coconstruit un système dynamique, de plus en plus complexe, d'influences mutuelles réciproques qui sert de médiateur à la formation d'un lien d'attachement à l'intérieur de la dyade. Ce mécanisme interactif régularise les états psychobiologiques de l'enfant, ce qui permet à ce dernier de tolérer de plus intenses et de plus longs moments d'excitation, bien qu'ils soient modulés. Cet accomplissement ontogénique, central au développement humain, permet à l'enfant de faire l'expérience de très hauts niveaux d'affects positifs d'intérêt-excitation et de plaisir-joie à la fin de la première année. (p. 58)

Ceci est un exemple du parallélisme et du soutien qu'apportent les découvertes venues de la recherche neurobiologique à la théorie constructiviste et intersubjective du champ de la Gestalt en ce qui concerne cette interaction humaine (voir Frank, 2001; Wheeler & McConville, 2003). Schore ajoute que ce processus est mis en lumière par les regards attentifs mutuels du parent et de l'enfant, coordonnés avec les vocalisations, le contact tactile et les mouvements corporels. Stern (Stern et al., 2003) décrit comment l'interactivité des neurones miroirs et l'adaptabilité des circuits oscillatoires sont également importants dans ce processus. Parent et enfant deviennent un système d'énergie résonante dans lequel le parent reflète, soutient et amplifie les crescendos et les decrescendos de l'état psychobiologique interne de l'enfant (Schore, 1998; Stern, 1990).

Dans sa recherche sur les interactions mère-enfant, Trevarthen (1993) décrit ce processus comme un mécanisme interactif par lequel un cerveau adulte entre en contact avec un jeune cerveau dans un état mental de conscience, d'émotion et d'intérêt. Il conclut que la croissance neurologique requiert littéralement une interaction cerveau - cerveau survenant dans le contexte d'une relation intime et positive entre le parent et l'enfant.

Tel que suggéré par ce qui précède, on pense maintenant que la relation d'attachement est essentiellement un régulateur d'excitation (van der Kolk & Fisler, 1994). On croit, de plus, que le processus régulateur est le précurseur de l'attachement psychologique et des émotions qui y sont associées (Hofer, 1994). Tout ceci souligne que l'accordage psychobiologique est le mécanisme qui intervient dans la formation du lien d'attachement. À nouveau, ceci met en lumière les principes gestaltistes de la primauté du contact intersubjectif coconstruit et de l'importance du champ et du soutien dans le développement (Frank, 2001; McConville & Wheeler, 2003).

D'un point de vue neurobiologique, comme le souligne Schore (1998), le regard attentif de la mère influence les substrats neuronaux de l'émotion en régulant directement les niveaux d'importants neurotransmetteurs (catécholamine, dopamine et noradrénaline); certains de ceux-ci sont impliqués dans l'excitation et d'autres agissent comme régulateurs du développement neuronal. ⁱⁱ

Schore dit que le centre de contrôle en développement de ces structures neurologiques dans le cerveau de l'enfant est localisé dans le cortex orbitofrontal droit, une zone du cortex préfrontal cachée derrière l'orbite de l'œil. Cette zone qui apprend à traiter des niveaux de plus en plus élevés d'excitation en accordage avec une expérience intersubjective avec le parent, connaît une immense croissance neuronale durant cette période (voir Schore (1998) pour les détails des circuits projetés dans diverses zones du système limbique du cerveau).

À la fin de la première année, comme l'enfant commence à marcher, le cortex orbitofrontal est suffisamment développé pour que l'enfant ait accès à des modèles internes de fonctionnement qui incluent des attentes plus variées et complexes concernant les manières d'être apparié à quelqu'un et de s'apparier à un autre, ainsi qu'une plus grande capacité de participer à l'état et à l'expérience de l'autre. Ces améliorations dans la faculté innée de l'enfant à évaluer l'autre et soi-même de manière à rencontrer le parent, dans un état intersubjectif d'excitation mutuellement soutenue, apportent au petit enfant les premières fondations cognitivo-émotionnelles nécessaires pour l'étape suivante de développement neurologique (Schore, 1998; Stern et al., 2003; Trevarthen, 1993).

LA HONTE DANS UNE TONALITÉ MINEURE: LA NORMALISATION DE LA DÉCEPTION

Durant la seconde année, une tâche à l'opposé du soutien de l'excitation apparaît en figure. Le petit enfant peut maintenant explorer le monde d'une manière beaucoup plus indépendante que durant la première année de vie. Cette capacité étendue de l'enfant s'accompagne cependant pour le parent d'une nouvelle tâche, celle de fournir à son enfant des limites suffisantes pour que son exploration se fasse en toute sécurité. Ceci dicte une modification dans les interactions parents - enfants et présente le défi de réussir ce changement d'une manière harmonieuse. Schore (1998) estime qu'à dix mois, 90 % du comportement des parents est consacré à l'affection, au jeu, et aux soins, alors que lorsque l'enfant a treize mois, les parents expriment une interdiction en moyenne à chaque neuf minutes.

Rappelons-nous que, dans la première année, l'enfant en arrive à s'attendre à ce que de nouvelles expériences d'intérêt ou de joie seront reçues avec un regard de soutien et d'approbation par le parent. Dans la seconde année toutefois, il y a maintenant beaucoup plus d'occasions où le parent, en raison de la sécurité ou d'autres considérations, ne se trouve pas, à cause de ce nouveau but, à soutenir pleinement le comportement de l'enfant et n'entre pas dans un état de corégulation avec les attentes de ce dernier, mais établit plutôt des limites qu'il perçoit nécessaires. Du point de vue de l'enfant, en accord avec ce que nous discutons plus haut, nous pouvons dire: « C'est une honte! » et, en fait, cette interruption dans le désir émergent de l'enfant d'être en connexion de soutien déclenche l'expérience de la honte, bien qu'un parent bien accordé saura exprimer cette limite avec sollicitude. Comme l'énonce Schore (1998):

L'arrêt qui s'ensuit dans la communication visuelle-affective anticipée induit un choc soudain de perte d'affect positif et l'enfant est propulsé dans un état qu'il ne peut pas encore réguler. La honte représente cet état de transition rapide de l'état positif préexistant à un état négatif. (p.65)

Ceci, en effet, pousse l'enfant à diminuer la mobilisation de son désir suite à l'expérience involontaire d'un état de détresse douloureux caractérisé par « une soudaine perte de plaisir, une rapide inhibition de l'excitation et une décélération cardiaque » ⁱⁱⁱ(Shore, p.66).

Schore affirme que l'expérience de la honte est médiatisée par la production de corticostéroïdes ^{iv} qui initient le processus de « se retirer ». Il mentionne deux corticostéroïdes – le cortisol et la corticostérone ^v. Stansbury et Gunnar (1994) disent également que même des élévations de courte durée des niveaux de corticostéroïdes induisent l'inhibition et le retrait. Schore voit cette expérience interpersonnelle de honte chez l'enfant comme le déplacement d'un état d'excitation élevée à une basse tonalité, un état inhibiteur de conservation-retrait qui survient dans des situations d'absence d'appui et d'impuissance. ^{vi}

La durée pendant laquelle l'enfant reste dans cet état de stress est un facteur important. (Schore, 1998, p. 66) (Italiques ajoutées).

Ceci est d'une signification toute particulière. Si l'enfant est laissé trop longtemps dans ce bain de honte corticostéroïdal, il est dans ce que la documentation décrit comme un trauma. Les parents qui sont en phase avec leur enfant comprennent intuitivement ceci et ne permettent pas que cela arrive. Plutôt, ils vont rapidement, et avec compassion, rétablir un lien mutuel qui sert à réguler et *métaboliser* la honte qui est apparue lorsque la limite a été

imposée. Dans la perspective du champ de la Gestalt, l'enfant est d'abord soustrait d'une expérience d'appartenance (avoir un intérêt ou une expérience de joie et vouloir la partager) pour être plongé dans une expérience de non appartenance (son désir n'est pas reconnu par son parent) et, finalement, il y a une expérience de réparation de l'appartenance (rétablissement du lien d'intérêt). Dans ce processus, le cortex orbitofrontal est organisé davantage :

Le déclenchement soudain de la honte révèle une altération de l'état psychobiologique et le début d'une réaction de stress, manifesté par des niveaux élevés de corticostéroïdes dans le cerveau de l'enfant (ce qui induit un état d'inhibition douloureux) ... Mais, durant les périodes critiques de maturation corticale, ces neuro-hormones font plus que perturber transitoirement l'état du cerveau – en fait, elles influencent la croissance du cerveau. Les expériences de honte en cours de développement induisent ainsi une réorganisation neurobiologique dans l'évolution des circuits du cerveau. (Schore, 1998, p. 68)

Donc, à travers les expériences de honte et de réparation dans la seconde année, l'enfant commence à développer une capacité importante de réguler ses excitations quand elles ne sont pas reçues par les personnes significatives. Le site de contrôle de cet apprentissage est encore le cortex orbitofrontal.^{vii}

L'importance de cette maturation, dépendante de l'expérience du cortex orbitofrontal, doit être prise en compte. Dans la perspective du champ de la Gestalt et d'après mes expériences cliniques, ce que ceci représente est la *normalisation de la déception* – ou plus précisément, le début de *l'inclusion de la déception comme outil d'appartenance*. À travers ce processus dyadique de la honte et de la réparation, des formes moindres de honte telles qu'un désappointement deviennent intégrées dans l'expérience d'appartenance. Ainsi, cette déception devient un outil qui est disponible tout au long de la vie pour servir à l'apprentissage. Si ce processus est fait d'une manière accordée avec un minimum de déconnexion et une réparation faite au bon moment, l'enfant vient à comprendre/croire que lorsqu'il n'est pas accueilli avec une réaction d'amplification/régulation, cela ne veut pas dire qu'il n'a plus d'appartenance, mais plutôt cela signifie que son parent reviendra se connecter à lui bientôt.

Est-ce que ce qui est décrit ici est une part significative de l'étayage psychobiologique du développement d'une confiance de base? C'est certainement un élément crucial pour être capable de négocier la vie en général – faire l'expérience d'un Self qui est aimé et qui a de la valeur, être capable de rester en phase avec l'expérience des autres dans le champ, avoir accès à des ressources qui

conviennent et être inclusivement créatif dans la résolution de problèmes. Si ce Self n'est pas suffisamment développé, son déficit conduit à un manque d'équilibre, à l'isolement et à des ajustements trop agressifs qui, avec le temps, conduisent en thérapie ou vers d'autres sources de contrôle social.

Sans le développement de ce type de circuits dans le cerveau, la déception devient un déclencheur qui mène à des expériences de honte plus profonde. C'est l'expérience de ne pas avoir d'appartenance et de « ce n'est pas mon monde » qui porte avec elle un sentiment d'indignité, ce qui est la façon qu'a le corps de se protéger et de se retirer quand l'environnement, d'une manière suffisamment intense ou consistante, n'offre pas une connexion pleinement inclusive. (En discutant le manque de synchronisation, ici et dans la suite du texte, je ne veux pas blâmer les parents. Ceci est une zone dans laquelle les parents ont besoin de beaucoup de soutien, spécialement s'ils n'ont pas eu la chance de recevoir cette sorte de synchronisation dans leur propre vie.)

Il est à noter que ces résultats de recherche sur le besoin de réparation par la reconnexion, après l'expérience de honte dans la mise en place de limites, en disent beaucoup contre les manières habituelles de discipliner un enfant de n'importe quel âge par l'utilisation des techniques d'isolation telles que des temps d'arrêt dans une pièce fermée après un mauvais comportement. Les défenseurs de telles techniques peuvent dire que leur intention est de fournir à l'enfant une occasion de réfléchir à ce qu'il a fait et de se réorganiser d'une autre manière. Certainement, de telles techniques donnent du temps aux parents ou aux autres soignants pour s'organiser, leur donnant du soutien. Mais ce dont les enfants ont besoin dans de tels moments est non de l'isolation mais davantage de relation, de contact. C'est pourquoi les institutions qui s'occupent d'enfants plus âgés et d'adolescents et qui fonctionnent à partir de principes qui favorisent la relation, demandent à l'enfant de se choisir un copain qui doit être à courte distance de lui pendant la période où il est discipliné (voir Kanner et Lee, 2004). Il s'agit de trouver une méthode de discipline qui restaure la relation tout en soutenant la totalité du champ.

Pour revenir au cours du développement avec un parent synchronisé dans les premiers stades du développement, Schore suggère qu'étant donné que la croissance neuronale dans les première et deuxième années de vie est dépendante de l'expérience, le cortex orbitofrontal devient le centre de contrôle des interactions sociales.^{viii} Compte tenu de la perspective du champ de la Gestalt, ceci indique que le cortex orbitofrontal est le moniteur de la honte et de l'appartenance dans le champ.

LA HONTE DANS UNE TONALITÉ MAJEURE: LE DÉVELOPPEMENT DE LA HONTE DE FOND

Comme il a été mentionné auparavant, si l'enfant est laissé trop longtemps dans l'expérience de la honte, la documentation parle de trauma. Il y a des preuves importantes qui donnent à conclure que ceci conduit aussi au développement d'une honte de fond. Kaufman (1989) avait, depuis longtemps, décrit le mode selon lequel ces expériences traumatisantes sont des sources majeures de honte de fond – à nouveau, Kaufman utilise le terme de « honte internalisée ». Alors il n'est pas surprenant que le médiateur de l'expérience de la honte, selon Schore, nommément la décharge des corticostéroïdes, a longtemps été associé au développement du trauma.

De plus, la honte de fond a une forte corrélation avec la majorité des diagnostics de l'axe I du DSM IV (Cook 1994). De manière similaire, il n'est pas surprenant que les niveaux élevés de corticostéroïdes (en particulier le cortisol) aient été associés à plusieurs de ces mêmes diagnostics.

Voici une liste de données concernant les effets négatifs de niveaux élevés de corticostéroïdes :

- Une seule dose de corticostéroïdes durant la phase précoce du développement retarde la maturation de l'audition, de la vision, et des potentiels somato-sensoriels (Trad, 1989).
- L'exposition du cerveau en développement à des corticostéroïdes affecte la myélinisation (le processus de couverture protectrice des neurones), la morphologie neuronale (reproduction prématurée des cellules durant la période critique du développement précoce), la neurogenèse (formation de nouveaux neurones) et la synaptogenèse (formation des connexions synaptiques entre les neurones) (Schore, 1997; Teicher et al., 2002).
- Le cortisol inhibe les processus immunitaire et inflammatoire (Teicher et al., 2002).
- Les niveaux élevés de corticostéroïdes ont été associés à la symptomatologie du syndrome de stress post-traumatique (Schore, 1997).
- Les niveaux élevés de cortisol ont été reliés, tant dans l'enfance que dans la vie adulte, à la dépression majeure et à la dysthymie ainsi qu'à l'expérience d'indignité, d'impuissance et au suicide (Trad, 1989).

- Les enfants qui ont perdu un parent lors de l'attaque terroriste du 11 septembre 2001 ont manifesté subséquemment des niveaux élevés de cortisol en association avec une incidence significativement plus élevée de troubles psychiatriques impliquant l'anxiété et le syndrome de stress post-traumatique (Pfeffer et al., 2007).
- La non suppression du cortisol a été associée à l'anorexie nerveuse, à la boulimie et à la dépendance aux opiacés (Trad, 1989).

Considérons une récente étude impliquant des mères et des enfants (Morelius et al., 2007). Dans cette étude, les mères ont été sélectionnées parce qu'elles avaient des difficultés d'accordage et, de manière correspondante, les enfants avaient développé des problèmes d'attachement (je répète notre réponse de compassion à de telles situations – «Quelle honte!»). Il a été démontré que l'inattention de la mère (du soignant) augmentait les niveaux de corticostéroïdes (Teicher et al., 2002), ce qui, comme décrit antérieurement, est le point de départ de l'expérience de honte. Le groupe de Morelius a démontré que les niveaux de cortisol s'élèvent tant chez les mères que chez les enfants durant les changements de couches. En regard de notre théorie, le besoin, tant chez la mère que chez l'enfant, de se retirer de leur désir de se relier l'un à l'autre à travers l'expérience de la honte, est compréhensible dans de telles circonstances. Le traitement de ces mères a augmenté leur sensibilité aux signaux de leurs enfants et les niveaux de cortisol, tant chez les mères que chez les enfants durant les changements de couches, ont diminué à des niveaux normaux dans les dyades dans lesquelles les enfants avaient moins de trois mois. Cependant, les niveaux de cortisol ne décroissaient pas chez les enfants plus vieux que trois mois. Morelius et al. concluent :

En accord avec les résultats de la présente étude, une intervention précoce est de grande importance. Nous avons donc besoin de continuer à donner un soutien précoce et d'aider les mères à risque psychosocial à s'impliquer dans la relation mère-enfant de manière à empêcher les enfants de développer des conséquences nocives à long terme pour la santé. (p. 137)

Je crois que, parmi les conséquences sur la santé à long terme susmentionnées, il y a le développement d'une honte de fond qui correspond à la croyance fortement ancrée qu'il n'est pas possible de se relier à quelqu'un pour trouver réponse à ses besoins.

LE BESOIN DE DIAGNOSTIC À PARTIR D'UNE PERSPECTIVE DU CHAMP

L'exemple précédent des mères et des enfants mal adaptés met en lumière le besoin de diagnostiquer à partir d'une perspective de champ – comprendre le contexte du champ humain dans lequel des symptômes donnés et un comportement se présentent. Pour poursuivre l'exploration de ce concept, considérons le dilemme de l'enfant qui a la malchance d'avoir des parents qui n'ont pas la capacité ou le soutien pour réagir d'une manière synchronisée. La chute dans la honte pour l'enfant, sans la réparation qui amène le rétablissement d'une connexion accordée, est inévitable. Si possible, l'enfant doit alors se trouver un moyen, le plus souvent sans prise de conscience, pour éviter des expériences similaires de honte dans le futur. Dans cette perspective, les ajustements créateurs qui apparaissent plus tard en thérapie pourraient être vus, dans bien des cas, comme des tentatives d'éviter cette horrible expérience de honte, laquelle, dans le passé, n'a pas été suivie par une expérience de réparation.

En accord avec ceci, Teicher et al. (2002) ont mis en évidence que le cerveau est fait pour être sculpté et moulé par l'expérience. Ils suggèrent donc que les altérations dans la structure du cerveau, observées dans les expériences précoces d'exposition à des corticostéroïdes, sont ce que nous appellerions en Gestalt les ajustements créateurs organismiques, qui sont formés au service de la survie :

... nous faisons l'hypothèse que... la négligence postnatale ou la maltraitance provoquent une cascade de réponses de stress (la décharge des corticostéroïdes) qui organisent le développement du cerveau, selon un modèle spécifique, choisi pour faciliter une reproduction réussie et la survie dans un monde de privations et de luttes. Ce chemin, cependant, est coûteux parce qu'il est associé au risque accru de développer de sérieux troubles médicaux et psychiatriques et il est superflu et mal adapté dans un environnement plus sain. (p. 17)

Comme ceci le présuppose, l'ajustement créateur de l'enfant doit composer avec les conditions de l'environnement familial. Quelles sont les possibilités? Peut-être qu'un enfant apprend à éviter ce bain non soutenu de corticostéroïdes, associé à l'expérience de la honte, en n'étant pas attentif. Si nous observons seulement les symptômes, nous pouvons faire le diagnostic que cet enfant a un trouble de déficit de l'attention. Ou peut-être que l'enfant découvre que s'il active son énergie à travers des mouvements rapides, il peut, au moins partiellement, éviter l'expérience d'une honte vécue sans soutien. Dans ce cas, si nous notons seulement le

comportement de l'enfant, nous pouvons diagnostiquer un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité.

L'agression est une stratégie fréquemment utilisée pour tenter d'éviter la honte. Ceci n'est pas surprenant d'un point de vue gestaltiste, puisque Perls pensait que redonner la capacité d'agresser à une personne était la façon primordiale de défaire sa névrose. Quoique cette stratégie soit parfois utile, Perls n'avait pas perçu la honte cachée (Lee, 1995). Le cycle honte-rage comme tentative d'éviter la honte a été, depuis longtemps, mis en évidence et étudié par Retzinger (1987). Sous l'angle des hormones neuronales, plusieurs chercheurs ont trouvé que les augmentations de cortisol n'étaient pas en corrélation avec l'hostilité, l'agression physique ou les comportements délinquants (Popma et al., 2007).

Dans une récente étude concernant une relation parentale conflictuelle et l'ajustement problématique de l'enfant, Davies et al. (2007) ont trouvé qu'une diminution de réactivité au cortisol chez l'enfant prédisait que les parents rapportent des symptômes externalisés chez l'enfant et la manifestation de comportements problématiques. Soulignons que les chercheurs étaient capables de déterminer, par leur devis de recherche, que la diminution des niveaux de cortisol était responsable de cette adaptation créatrice agressive face aux conflits parentaux présents.

À mes yeux, les enfants dans ces derniers exemples ont acquis une honte de fond, laquelle contrôle leur besoin de connexion sous-jacent et ils ont appris à la cacher et à vivre cette condition par le biais de l'agression. (Voir Kanner et Lee (2004) pour une description du travail relationnel avec les adolescents).

Tout ceci montre l'importance de comprendre le contexte familial dans lequel les symptômes des enfants et leurs comportements apparaissent. Qu'est-ce que les symptômes et les comportements d'un enfant disent à propos des besoins sous-jacents de soutien d'une famille? Répondre à cette question signifie comprendre et apprécier l'humanité de la famille et les liens de la famille dans la société élargie.

CONCLUSION

Débutant dans l'enfance et se poursuivant toute la vie, l'expérience de la honte est toujours une tentative de protection (tant de nous-mêmes que des autres) – elle met automatiquement en branle notre retrait quand nous percevons que nous ne serons pas reçus et que nous n'avons pas un soutien suffisant. Dans des formes plus douces (par exemple, la timidité, l'embarras et la déception), elle

nous aide à identifier les lieux où nous ne croyons pas que la connexion est possible de manière à ce que nous recherchions plutôt des endroits où nous pourrions nous connecter. La recherche neurobiologique nous donne une compréhension supplémentaire sur la façon dont la mise en place de limites modérées, suivies par le rétablissement du lien d'intérêt, tôt dans la vie, normalise ce processus (normalise la déception) comme partie de l'appartenance et comme un outil pour l'apprentissage et la vie.

La recherche neurobiologique confirme aussi que si les enfants sont constamment laissés trop longtemps dans l'expérience de la honte et ne vivent pas une connexion réparatrice de l'appartenance, il en résulte alors un traumatisme et une honte de fond. Tout ceci indique l'importance d'apprécier le contexte du champ dans lequel les symptômes apparaissent quand nous faisons un diagnostic. Suivre les signes de la honte de manière appréciative chez un individu peut ouvrir les portes vers la guérison et l'appartenance à un champ plus large qui, autrement, n'aurait même pas pu être perçu.

- ⁱ Cet article a été écrit à l'origine en vue de faire partie d'un volume collectif, R.G. Lee et S. Toman (Éds), *Evolution of Gestalt II: Relational Child, Relational Brain* (The Analytic Press/Gestalt Press, sous presse). L'auteur désire remercier Lee Gelman de son aide dans la mise en forme du manuscrit original. David Mann a été l'éditeur pour la version *BGJ* de cet article.
- ⁱⁱ Des niveaux amplifiés d'intérêt-excitation dans le visage de la mère démarrent et soutiennent trois autres effets dans le cerveau du jeune enfant: (1) des niveaux élevés du facteur qui libère la corticotropine, un neuropeptide produit dans les centres paraventriculaires de l'hypothalamus qui active la division mobilisatrice d'énergie du système nerveux autonome (SNA); (2) des augmentations de la concentration de noradrénaline dans le plasma, ce qui intensifie les niveaux d'éveil (à dominance sympathique), observées chez l'enfant dont le niveau d'activité augmente; (3) des niveaux plus élevés d'opiacés endogènes (les endorphines) qui sont les médiateurs biochimiques des qualités du plaisir des interactions sociales, de l'affect social et de l'attachement. Ce dernier se produit par le biais de l'activation du système de dopamine tegmental ventral. (Schore, 1998).
- ⁱⁱⁱ La décélération vagale est obtenue au moyen des pulsions vagues dans le bulbe rachidien.
- ^{iv} Les corticostéroïdes sont une variété d'hormones stéroïdes secrétées par le cortex adréral en réponse à une blessure importante ou au stress et qui ont tendance à faire en sorte que le corps se met à métaboliser le gras plutôt que les glucides. Ces hormones ont également un effet sur la pression sanguine, sur la réponse immunitaire et la régulation de l'inflammation. (Coleman, 2001).
- ^v D'autres chercheurs ont détecté un lien entre certaines formes de honte et des niveaux élevés de corticostéroïdes (en particulier le cortisol) - voir par exemple Dickerson et Gable, 2004; Dickerson, Gruenewald & Kemeny, 2004; Lewis & Ramsey, 2002; ainsi que Tops et al., 2006. En même temps, la relation entre la honte et les corticostéroïdes ainsi que le dommage attribuable aux corticostéroïdes sont des phénomènes complexes et nécessitent également la participation des récepteurs (de Kloet et al., 1999; de Kloet et al., 2005; Stansbury et Gunnar, 1992).
- ^{vi} Le début d'un état de honte généré par une interaction représente donc un changement soudain d'une activité qui mobilise le système sympathique à une conservation de l'énergie à dominance parasympathique, une rapide transition d'un état de grande excitation à un état de faible excitation, et un soudain revirement de l'excitation ergotropique (de nature sympathique) à l'excitation trophotropique (de nature parasympathique). Dans une telle transition d'état psychobiologique, l'exaltation d'origine sympathique, l'augmentation d'excitation et le niveau d'activité élevée disparaissent instantanément. (Schore, 1998).

- vii « Cette organisation inclut le fin réglage de projections descendant du cortex préfrontal vers les structures sous-corticales et dont la maturation se fait pendant l'enfance. Sont d'une importance particulière, la croissance des axones préfrontaux jusqu'aux cibles sous-corticales sur les neurones noradrénergiques dans le noyau de la tige de la formation réticulaire caudale du tronc cérébral et le complexe vagal dans le bulbe rachidien ... et dans les aires autonomes parasympathiques de l'hypothalamus... L'organisation du circuit limbique latéral tegmental du cerveau antérieur et moyen qui coupe l'excitation et met en branle l'état d'inhibition est complétée par ce processus. » (Schorre, 1998, p. 69)
- viii Schore (1998) affirme, « Avec le développement précoce du circuit ventral limbique du cerveau antérieur-moyen, le système orbitofrontal se relie maintenant aux circuits limbiques déclencheurs tant de l'excitation que de l'inhibition. Ses liaisons directes avec l'hypothalamus lui permettent d'agir à titre de centre important du contrôle qu'exerce le système nerveux central sur les embranchements sympathique mobilisateur d'énergie et parasympathique conservateur d'énergie. » (p. 69)

Références

- Coleman, A. M. (2001). *A Dictionary of Psychology*. Oxford University Press: en ligne.
- Cook, D. R. (1994). *Internalized Shame Scale: Professional Manual*. Menomonie, WI: Channel Press. (Disponible auprès de l'auteur: E 5886, 803^e Avenue, Menomonie, WI 54751, USA).
- Davies, P. R., Sturge-Apple, M. L., Cicchetti, D., & Cummings, E. M. (2007). The Role of Child Adrenocortical Functioning in Pathways Between Interparental Conflict and Child Maladjustment. *Developmental Psychology*, 43(4), 918-930.
- De Kloet, E. R., Joels, M., & Holsboer, F. (2005). Stress and the Brain: From Adaptation to Disease. *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 463-475.
- De Kloet, E. R., Oitzl, M. S., & Joels, M. (1999). Stress and cognition: Are Corticosteroids Good or Bad Guys? *Trends in Neurosciences*, 22 (10), 422-426.
- Dickerson, S. S. & Gable, S. L. (2004). *Emotional and Physiological Effects of Avoidance Motives and Goals Following an Acute Physiological Stressor*. Affiche présentée à la réunion annuelle de la *Society for Personality and Social Psychology*, Austin, TX.
- Dickerson, S. S., Gruenewald, T. L., & Kerneny, M. E. (2004). When Social Self is Threatened: Shame, Physiology and Health. *Journal of personality*, 72 (6), 1191-1216.
- Frank, R. (2001). *Body of Awareness: A Somatic and developmental Approach to Psychotherapy*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press/Gestalt Press.
- Gruenewald, T. L., Kerneny, M. E., & Aziz, N. (2006). Subjective Social Status Moderates Cortisol Responses to Social Threat. *Brain, Behavior, and Immunity*, 20 (4), 410-419.
- Hofer, M. A. (1994). Hidden regulators in Attachment, Separation, and Loss. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 192-207.
- Kanner, C. & Lee, R. G. (2004). The Relational Ethic in the Treatment of Adolescents. Dans R. G. Lee (Éd.), *The Values of Connection: A Relational Approach to Ethics* (pp. 113-1343). Hillsdale, NJ: The Analytic Press/Gestalt Press.

- Kaufman, G. (1989). *The Psychology of Shame*. New York: Springer.
- Lee, R. G. (1995). Gestalt and Shame: The Foundation for a Clearer Understanding of Field Dynamics. *British Gestalt Journal*, 4 (1), 14-22.
- Lee, R. G., & Wheeler, G. (Éds) (1996). *The Voice of Shame: Silence and Connection in Psychotherapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and Guilt in Neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lewis, M., & Ramsay, D. (2002). Cortisol Response to Embarrassment and Shame. *Child Development*, 73 (4), 1034-1045.
- McConville, M., & Wheeler, G. (2003). *The Heart of Development: Gestalt Approaches to Working with Children, Adolescents and Their Worlds. Vol. 1: Childhood*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press/Gestalt Press.
- Morelius, E., Nelson, N., & Gustafsson, P. A. (2007). Salivary Cortisol Response in Mother-Infant Dyads at High Psychosocial Risk. *Child: Care, Health, and Development*, 33 (2), 128-136.
- Pfeffer, C. R., Altemus, M., Heo, M., & Jiang, H. (2007). Salivary Cortisol and Psychopathology in Children Bereaved by the September 11, 2001, Terror Attacks. *Neural Mechanisms and Treatment*, 61 (8), 957-965.
- Popma, A., Vermeiren, R., Geluk, C. A. M. L., Rinne, R., van den Brink, W., Knol, D. L., Jansen, L. M. C., van Engeland, H., & Doreleijers, A. H. (2007). Cortisol moderates the Relationship between Testosterone and Aggression in Delinquent Male Adolescents. *Biological Psychiatry*, 61 (3), 405-411.
- Retzinger, S. M. (1987). Resentment and Laughter: Video Studies of the Shame-Rage Spiral. Dans H.B. Lewis (Éd.), *The Role of Shame in Symptom Formation* (pp. 151-181). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schore, A. N. (1997). Early Organization of the Nonlinear Right Brain and Development of a Predisposition to Psychiatric Disorders. *Development and Psychopathology*, 9, 595-631.
- Schore, A. N. (1998). Early Shame Experiences and Infant Brain Development. Dans P. Gilbert & B. Andrews (Éds), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture* (pp. 57-77). New York: Oxford University Press.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York: Guilford.
- Stansbury, K. & Gunnar, M. R. (1992). Adrenocortical Activity and Emotion Regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 108-134.
- Stern, D. N. (1990). Joy and Satisfaction in Infancy. Dans R. A. Glick & S. Bone (Éds), *Pleasure Beyond the Pleasure Principle* (pp. 13-25). New Haven: Yale University Press.
- Stern, D. N. & The Boston Change Process Study Group (2003). On the other side of the moon: The Import of Implicit Knowledge for Gestalt Therapy. Dans M. Spagnuolo Lobb & N. Amendt-Lyons (Éds), *Creative License: The Art of Gestalt Therapy*. Wien/New York: Springer-Verlag.

- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., & Navalta, C. P. (2002). Developmental Neurobiology of Childhood Stress and Trauma. *Psychiatric Clinics of North America*, 25 (2), 1-32.
- Tops, M., Boksem, M. A. S., Wester, A. E., Lorist, M. M., & Meijman, T. F. (2006). Task Engagement and Relationships Between the Error-Related Negativity, Agreeableness, Behavioral Shame Proneness and Cortisol. *Psychoneuroendocrinology*, 31 (7), 847-858.
- Trad, P. V. (1989). *The Preschool Child: Assessment, Diagnosis, and Treatment*. New York: Wiley.
- Trevarthen, C. (1993). The Self Born in Intersubjectivity: The Psychology of an Infant Communicating. Dans U. Neisser (Éd.), *The perceived self: Ecological and Interpersonal Sources of Self-Knowledge* (pp. 121-173). New York: Cambridge University Press.
- van der Kolk, B. A. & Fisler, R. E. (1994). Child Abuse and Neglect and Loss of Self-Regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 145-168.

Abstract

Recent neurobiological research findings parallel, support, and inform Gestalt field theory's notions of childhood development. This article examines the neurobiological research literature involving the role and importance of relationship in structuring neural circuits in the first and second year of life, as well as what this information means from a Gestalt constructionist intersubjective perspective. Areas covered include the caregiver-infant interconnection which enables brain circuitry development supporting elation/arousal; the role of minor forms of shame and repair that lead to the *normalisation of disappointment* as a tool in belonging; the neurological underpinnings of the development of ground shame; and a discussion of how neurological research supports a need to diagnose from a field perspective rather than an individual perspective.

Sur les traces de nos rêves...

Utiliser de jour ce que nos rêves nous enseignent la nuit, à l'aide du cycle autothérapeutique inspiré de la PGRO¹

Angela DUPONT

Résumé

Pour nous entraîner, à l'aide du travail sur les rêves, à une intégration de nos deux hémisphères cérébraux, cet article adopte un plan bicéphale. En mode Cerveau-Droit, l'auteure invite le lecteur à une expérimentation où il ira, s'il le souhaite, se promener dans ses rêves à l'aide des questions-guides qu'elle propose. Une section Cerveau-Gauche théorique est d'abord consacrée à un survol d'informations venant d'horizons différents pour parler du processus de changement par le travail sur les rêves. L'auteure traite de l'évolution des bases neuroscientifiques des rêves et présente une nouvelle approche de travail sur soi à l'aide du cycle autothérapeutique, inspirée de la PGRO et des concepts neurodynamiques de régulation affective et de *mentalisation*. La dernière section traite de l'importance d'honorer nos rêves en lien avec des indicateurs d'efficacité en psychothérapie. L'auteure illustre son propos par un exemple de travail sur un rêve. Elle nous invite à utiliser, de jour, ce que nos rêves nous enseignent la nuit.

¹ Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (Delisle, 1998).

*Les rêves reprennent leur place noble avec la neuro
De tous les temps on connaît leur fertilité
Pourtant ce n'est que depuis les nouvelles technos
Que les savants en parlent en toute liberté.*

*La base de nos grandes théories psychologiques
Ainsi que la fondation de grandes religions
Les neurosciences savent convaincre les plus sceptiques
Que les rêves méritent à nouveau notre attention.*

*Aux temps anciens, Pharaons, oracles les honorent
Shamans, artistes, gens d'affaires puisent en leur pouvoir
Augures chinois, Sénôï les considèrent mentors
Est-ce que les psys en autocroissance vont y croire ?*

*Ici une nouvelle approche vous est proposée
Liée à la PGRO et neuropsy
Processus autothérapeutique en chantier
Qui vous offre une autre façon de voir vos nuits.*

*Mon but : vous donner le goût de les honorer
De cueillir dans vos rêves une part de leur richesse
Qu'ils vous inspirent à plus de créativité
Qu'ils vous apprennent, qui sait, à vivre de leur sagesse.*

INTRODUCTION

Le rêve : une invitation au dialogue avec notre Self

Mon intérêt pour la vie onirique commence à l'âge de huit ans avec le rêve le plus ancien dont je me souviens : « Les souliers rouges ». Je rêve tout simplement que je possède de magnifiques souliers rouges. Je me réveille et, tellement convaincue que c'est réel, avec beaucoup d'enthousiasme, je vais directement dans mon placard pour les voir et les porter... Déception sur le moment, car évidemment je n'y trouve pas ces merveilleuses chaussures. Ce n'est que plusieurs années plus tard que je comprendrai que ces souliers, je les portais à l'intérieur de moi et qu'ils m'invitaient à marcher, à danser, à me tenir debout et à avancer dans la vie avec ma couleur.

Les rêves contiennent plusieurs richesses. Il arrive qu'allégoriquement, ils nous suggèrent la posture à prendre dans telle situation. Par exemple, quand je me demande si je réponds à l'invitation d'écrire cet article, deux rêves me guident : l'un me présente « Deux postures » pour m'aider à réfléchir au déploiement possible en écrivant cet article et l'autre « À table avec Conrad » est un rêve de différenciation d'avec ce professeur inspirant de jadis, où apparaît métaphoriquement une différence : il aime les orchidées et moi les arbres. Parfois, les rêves nous montrent aussi comment se dire et s'assumer. Par exemple, dans un autre rêve de différenciation « Chez Janine sans Janine », formatrice avec qui j'ai beaucoup appris sur les rêves, je refais un petit lit (endroit où l'on rêve) à ma manière et c'est bien reçu. Parfois, les rêves nous invitent à la modestie par rapport à l'intellect, par exemple un rêve que j'ai intitulé « Pur instinct », dans lequel un bébé thérapeute répond très justement aux questions d'un groupe de « pys » qui constatent, avec stupéfaction, comment on doit être modeste devant ce bébé représentant le « pur instinct ». Les rêves nous donnent aussi symboliquement, ou parfois littéralement, l'heure juste sur nous-mêmes ; ainsi, un rêve me précise qu'il est 23 heures 30 à propos d'une décision que j'ai à prendre.

En Gestalt, le rêve est une invitation au dialogue avec des figures enfouies qui remontent à la surface. Un de mes rêves utilise l'image de tante Jacqueline, avec laquelle je n'ai pas été en contact depuis des années. Mais précisément, cette image de ma petite enfance était parfaitement cohérente quant au message du rêve à ce moment de ma vie. Le rêve utilise des reliquats inscrits dans notre mémoire pour nous donner une image, une métaphore, une narration cinématographique sur la façon dont nous vivons notre existence, teintée de l'histoire de notre développement ainsi que des possibilités de la poursuivre autrement. En suivant les traces de nos rêves, chaque image est un arrêt sur soi, une création unique

sur notre situation intérieure telle qu'elle est ou qu'elle pourrait être avec nos forces et vulnérabilités.

Le travail sur un rêve implique une rencontre avec soi dans l'ici et maintenant, par le biais d'une histoire qui se situe dans le passé, le présent ou même dans le futur comme les rêves de prémonition ou les rêves d'incarnation ; l'expérience de guérison arrive parfois en rêve avant la résolution dans la vie (Gordon, 2008). Ces rêves d'incarnation ressemblent étrangement au phénomène des neurones miroirs de la visualisation, où voir est comme faire. Tous, nous avons ce genre de rêve, ainsi que différentes sortes de rêves. Il s'agit d'y porter attention.

Voilà comment cela se passe : chaque nuit, nous sommes conviés à un visionnement de notre cinéma intérieur, gratuit, sans file d'attente, que l'on peut regarder en pyjama ou pas, où l'on présente en moyenne de quatre à six films dont nous sommes l'auteur, le producteur, le réalisateur, le scénariste, l'acteur, l'accessoiriste, l'éclairagiste, le monteur de son et le spectateur. Il n'en tient qu'à nous de nous rappeler ces « projections ». Les rêves sont aussi une partie de nous, universelle et sacrée, à valoriser, à honorer. Le rêve n'est pas une panacée ni de la magie, mais un moyen mis à notre disposition, depuis la nuit des temps, pour rester en contact avec soi, avec les autres, avec notre pouvoir de créativité, d'autoguérison, notre vrai soi et notre humanité universelle.

L'examen d'un rêve nous permet de reconnaître notre contribution à nos impasses, en réalisant comment, sans le savoir, nous rétrécissons notre champ dans des schèmes répétitifs. Nous pouvons, à la fois, mieux connaître notre Self conservateur dans ce qu'il répète et permettre au Self créateur d'émerger en créant de nouvelles figures. À partir de là, nous pourrions éventuellement repérer des ajustements créateurs, développer une meilleure capacité à contacter le champ actuel avec ce qu'il porte de possibilités et de menaces. En langage neurologique, on parle de plasticité cérébrale, d'expression génique, de neurones miroirs, de « dialogue créatif avec nos gènes » (Rossi & Rossi, 2008) et de la manière dont les rêves, manifestations de la mémoire implicite, nous font repasser en images et métaphores dans les circuits neuronaux habituels et favorisent la création de nouvelles figures qui développent et intègrent de nouveaux circuits neuronaux (Schoore, 2008).

Un Jung intuitif disait que le rêve donne accès à une forme d'intelligence supérieure et archaïque, ce que l'imagerie cérébrale nous montre aujourd'hui. Le rêve nous présente des images d'une manière métaphorique, globale et affective en provenance de l'hémisphère droit qui, étant en lien avec un Self physique et émotionnel, capte tout dès la naissance. On sait que cet hémisphère

droit est dominant chez l'espèce humaine durant les deux à trois premières années de la vie et qu'il est davantage relié aux couches profondes du cerveau que ne l'est l'hémisphère gauche, qui lui, cherche à analyser et à construire un sens. Avec l'apparition du langage, l'hémisphère gauche devient l'hémisphère dominant. En même temps, la pensée logique, réflexive, davantage linéaire, se développe de même qu'un Self conscient et verbal. Le travail sur les rêves consiste à provoquer un dialogue entre celui qui capte tout et celui qui élabore un sens.

Pour nous entraîner, au moyen du travail sur les rêves, à cette intégration des deux hémisphères, cet article adopte un plan bicéphale: en mode Cerveau Droit, une invitation à une expérimentation où vous irez, si vous le souhaitez, vous balader dans vos rêves, et une section Cerveau Gauche théorique, consacrée à l'évolution des bases neuroscientifiques des rêves et à la présentation du cycle autothérapeutique de reproduction, de reconnaissance et de réparation dans le travail sur nos rêves. Vous trouverez aussi une section sur l'importance d'honorer nos rêves et, comme vous avez déjà pu le constater, j'évoque, ici et là, quelques images et titres signifiants provenant de rêves et ayant pour but de vous inciter à un passage du mode cerveau gauche au mode cerveau droit.

Les artistes de tous les domaines s'inspirent de leurs rêves pour stimuler leur créativité; certains sportifs et politiciens s'y intéressent pour performer; les gens d'affaires en tiennent compte pour découvrir des opportunités (Moss, 2009). Je souhaite que nous utilisions, nous aussi, cette ressource naturelle dans notre pratique et dans nos vies.

UNE EXPÉRIMENTATION

Voici un travail possible sur soi à travers les rêves, basé sur des notions et des capacités que nous avons déjà en tant que thérapeutes. Je vous invite à vous laisser guider dans ce monde des rêves qui paraît mystérieux, mais qui, avec de l'entraînement et de la persévérance, se trouve à notre portée plus qu'on ne le croit.

Préparation à un travail sur un de vos rêves

- Choisir un rêve ou un fragment de rêve court, car c'est plus facile à expérimenter.
- Choisir, si possible, un rêve récent pour avoir accès au contexte émotif et aux événements de votre vie actuelle.
- Écrire le rêve au «Je», pour mieux se l'approprier.
- Lui donner un titre, pour faire ressortir l'image centrale.

- Écrire le contexte de votre vie lors de ce rêve, c'est-à-dire les événements des derniers jours, pour aider à établir des liens.

Suggestions pour l'expérimentation

- Relire votre rêve.
- Entrer à nouveau dans votre rêve et en revoir le déroulement comme au cinéma.
- Ensuite, répondre par écrit aux questions suivantes :
 - Qu'est-ce que j'éprouve dans ce rêve ainsi que maintenant en l'évoquant de nouveau ?
 - Quelles sont les sensations physiques ressenties dans ce rêve ainsi que maintenant en me recentrant sur ce rêve ?
 - Qu'est-ce que je fais dans ce rêve ?
 - Quelles sont les actions dans ce rêve ?
 - Quels sont le thème et l'histoire de ce rêve ? Narrez comme si vous racontiez l'histoire d'une œuvre cinématographique à un ami.
 - Qu'est-ce que je vois de moi dans ce rêve ?
 - Quand vous revivez votre rêve de cette façon-là, est-ce qu'il vous rappelle quelque chose de votre vie éveillée ?
 - Quels sont les liens avec votre vie actuelle ? Qu'est-ce qui se passe dans votre vie maintenant qui pourrait vous faire sentir ou agir de cette façon ? Noter ce qui vous vient spontanément en écrivant ce matériel.
- Version plus longue pour ceux qui le souhaitent : Perls, Hefferline et Goodman (1951) affirment que chaque élément du rêve est une partie du rêveur. On peut choisir de s'identifier et de donner une voix ou des gestes à chaque élément du rêve. Ou encore il est possible de faire converser deux éléments entre eux. Nous parlons alors de dialogue gestaltiste, un travail sur nos polarités.

Votre rêve vous paraît déjà probablement un peu différent par rapport au départ. Il a maintenant une histoire, des émotions, des sensations, des actions en lien avec votre vie actuelle. Vous pourrez y revenir plus loin. À ce moment-là, le rationnel de l'expérimentation s'articulera avec des concepts de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) en y ajoutant ses aspects neuroscientifiques. Nous verrons aussi l'importance d'honorer nos rêves, c'est-à-dire d'utiliser concrètement ou consciemment de jour ce qu'ils nous enseignent la nuit.

LA CONTRIBUTION DES GRANDS AUTEURS ET QUELQUES REGARDS SUR LES RÊVES

Quand on parle des rêves en psychologie, trois grands noms s'imposent: Freud, Jung et Perls. On ne fera pas ici l'historique de leurs apports, car plusieurs livres en témoignent. Soulignons toutefois que l'autoanalyse de leurs propres rêves a servi de base à l'élaboration de ces grandes théories en psychologie, ainsi que contribué à la croissance personnelle de leurs concepteurs. Malheureusement, l'intérêt pour les rêves a diminué avec la venue du rationalisme scientifique. Il fallait alors tout mesurer et être capable de reproduire en laboratoire la même expérience, ce qui ne se prête pas très bien à l'étude sur les rêves. En effet, comment faire le même rêve pour reproduire la même expérience? Comment mesurer en laboratoire l'efficacité du travail sur un rêve?

Dans le tableau 1, je nomme ces auteurs, leurs grandes contributions et leurs méthodes privilégiées de travail sur les rêves.

Tableau 1
Les grands fondateurs et leurs contributions

Auteurs	Grande contribution	Méthode(s) privilégiée(s)
Freud (1900)	Remet les rêves à l'honneur Voie royale vers l'inconscient	Associations libres
Jung (2006)	Inconscient collectif Voie royale vers l'individuation	Imagination active Les arts Contes et mythologie Expérimentation
Perls (1972)	Le rêve comme fenêtre sur les projections multiples du Self Voie royale vers l'intégration	Mise en scène devant ou avec le groupe Dialogue gestaltiste entre les éléments du rêve

Traduction des rêves

Plusieurs autres approches découlant de ces méthodes ont vu le jour depuis. On note une évolution importante au plan de la traduction des rêves. Avec Freud, le psychanalyste avait l'autorité finale dans son interprétation du rêve. Chez Jung, étant donné sa vision globale du rêve, déjà le contexte et la collaboration du rêveur trouvent leur place. Jung reconnaît l'importance du volet objectif du rêve, à savoir de quelle façon le rêve reflète le contexte de la vie du rêveur. Ensuite, le volet subjectif du rêve s'élabore avec le rêveur dans différentes directions, ce qui permet d'éclairer ces deux volets et leurs espaces respectifs (Corbeil, 2006). Bien que Jung s'intéresse aux symboles et aux archétypes, il dit bien qu'il n'y a pas de signification universelle des symboles. Les significations personnelles du rêveur sont essentielles, contrairement à ce que la psychologie populaire peut laisser croire avec ses dictionnaires de rêves. Perls, dans les mises en scène qu'il propose dans son travail de groupe, tient à ce que le client participe et joue lui-même ses parties désavouées et ses projections multiples de soi, pour mieux se les réapproprier et intégrer ses polarités.

En lien avec l'expérimentation suggérée au début de cet article, vous reconnaîtrez dans la méthode présentée plus loin, l'importance du rôle du rêveur dans la traduction de son rêve. Comme dans d'autres approches contemporaines (Garfield, 1974; Hoss, 2005; Ullman & Zimmerman, 1979), c'est le rêveur qui a l'autorité finale sur la signification de son rêve. Comment sait-il qu'il a trouvé un sens du rêve qui soit juste pour lui? Plusieurs auteurs parlent du phénomène de «aha». Gendlin (1986) nomme cette conviction profonde «l'euréka viscéral», cette sensation corporelle qui confirme la justesse du sens, une sorte d'instant créatif dans lequel arrive un éclair de lucidité.

Quelques regards sur les rêves

Certains rêves se prêtent mieux à certains usages. Regardons ensemble une gamme de façons d'examiner les rêves dans une perspective de changement en lien avec les trois R: les concepts de reproduction, de reconnaissance et de réparation du cycle thérapeutique de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO), une approche psychothérapeutique intégrative des troubles de la personnalité élaborée par Delisle (1998). Dans cet article, nous verrons de plus près cet angle de la PGRO qui a intégré certaines dimensions neurodynamiques (Delisle, 2006, 2007), explicitées par Schore (2008). Cette approche cible, entre autres, une recherche de sens ainsi que le développement et l'intégration de nouveaux circuits neuronaux afin de favoriser des ajustements créateurs. Les concepts des trois R, de la régulation affective (capacité à tolérer et à moduler l'affect) et de la *mentalisation* (capacité mentale de réfléchir et de ressentir simultanément des émotions en lien avec soi et l'autre) m'ont inspirée pour développer le cycle autothérapeutique; ils seront élaborés plus loin dans le texte. En attendant, j'exposerai quelques perceptions variées d'un processus de changement par le rêve; celles-ci sont résumées dans le tableau 2.

Gordon (2008) s'intéresse au sens spirituel; son regard porte sur les étapes de notre voyage intérieur à l'aide de différents types de rêves. Il écrit à propos des rêves d'appel (de reproduction), de quête de sens (de reconnaissance), d'illumination et de retour (de réparation). Il décrit trois aspects du rêve: physique, émotif et un aspect qui nous connecte à un niveau plus élevé que nous. Les rêves en fin de vie contiennent souvent cette saveur spirituelle. Garfield (2009) les nomme « *Paradise dreams* » (rêves du paradis). En outre, nous retrouvons le sens universel et spirituel du rêve avec les archétypes de Jung qui nous rappellent que nous faisons partie de l'humanité et d'un plus vaste univers encore.

À un niveau général, les concepts philosophiques de thèse, antithèse et synthèse expriment bien ce travail de processus de changement et d'intégration. On pourrait concevoir les débats intérieurs apparaissant dans nos rêves comme une thèse personnelle, et les recadrages dans les rêves comme de nouvelles hypothèses. Par exemple, il y a des rêves qui incitent à la réflexion sur notre vie, et d'autres qui vont plus loin, qui indiquent le chemin vers une transformation et qui offrent en prime un recadrage, une caricature, une métaphore, une histoire parallèle qui appuient ces nouvelles hypothèses. Finalement, l'intégration de ces nouvelles options représente une synthèse qui peut se révéler réparatrice en nous incitant à des ajustements créateurs.

Sartre (1943) croit que chaque homme doit inventer son chemin. Nos rêves dévoilent aussi les thèmes existentiels communs à tous les mortels : l'angoisse, la solitude, la finitude, la mort ; puis, la liberté, la responsabilité d'inventer sa vie et d'y trouver un sens. Le rêve devient ainsi une clé de la connaissance de soi, de l'identité, du vrai soi. Les rêves semblent avoir gardé précieusement le souvenir de ce vrai soi et viennent nous aider à le retrouver, nous indiquer la direction à prendre.

En Gestalt, nous connaissons et utilisons le cycle de contact de Perls et al. (1951). Le rêve me semble un pré-contact, le travail sur le rêve un contact qui peut se transformer en un plein contact réparateur grâce à ce que l'on apprend par le rêve et les ajustements créateurs qui s'ensuivent. Ann Faraday (1974), une gestaltiste de Grande-Bretagne, aime souvent expliquer les rêves sous la loupe du concept de « *topdog* et *underdog* » élaboré par Perls. Pour elle, la leçon la plus importante que nous pouvons apprendre de nos rêves est comment nos vies sont gouvernées, notre énergie gaspillée et notre bonheur gâché par les voix de notre passé dont le conditionnement est totalement inapproprié dans le présent. Perls nomme ces voix autoritaires à l'intérieur de nous « *top dogs* ». Ces voix essaient continuellement d'imposer leur volonté au reste de notre personnalité, alors qu'une autre voix, souvent plaintive, se comporte comme un « *underdog* », voulant avoir l'approbation du « *top dog* » et, en même temps, arriver à ses fins. Le rêve nous révèle nos parties désavouées et nos talents insoupçonnés, en quête d'unité au milieu du branle-bas de combat de nos polarités. Le rêve cible directement ce que l'on n'a pas regardé, la partie non actualisée, le conflit et la solution, le problème et les ressources pour s'en sortir.

Gendlin (1986), de façon globale, nous incite à demander au corps plutôt qu'à interpréter. Dans son travail sur les rêves, il privilégie une centration sur nos sensations corporelles et sur nos émotions. Dans les rêves, notre monde interne se surimpose à la réalité de notre vie éveillée. Un travail où l'on garde le contact avec les images de nos rêves, en les décrivant, les laissant résonner physiquement et émotionnellement, permet à une multitude de sens de prendre forme. D'après Gendlin, ceci apaise et provoque une baisse de la tension physiologique chez le rêveur, et suscite l'émergence de nouvelles perceptions. Il est intéressant de noter que le travail corporel et affectif suggéré par Gendlin semble aller dans la direction des nouvelles données en neurosciences. Hamel (2008) souligne que le corps et les affects sont les premiers substrats identitaires de l'individu. Elle résume l'approche « *Bottom-up* » de Wallin, basée sur des études du cerveau « ... un travail qui s'appuie

en premier lieu sur les sensations corporelles et les émotions plutôt que sur le comportement et la pensée» (p. 27). Gendlin semble avoir compris cela intuitivement.

En explorant une série de rêves, compte tenu que ceux-ci se sont passés à différents moments dans le temps et dans différents contextes, il semble plus facile de prendre conscience et de reconnaître que nous sommes l'invariant dans le temps. Nous parlons alors du sens vertical tel que décrit en PGRO. Cela permet aussi de voir notre évolution. Avec le même rêve, par contre, on peut distinguer une multitude de sens, plusieurs paliers de traduction, ce qui apparaît favorable au parachèvement d'une situation inachevée. Par exemple, examinons le rêve sous l'angle du rêve miroir du quotidien à l'ouverture sur les dilemmes de contact, au sens universel et spirituel. C'est le sens horizontal tel que décrit en PGRO.

Plus loin nous verrons comment intégrer les notions neuropsychologiques de régulation affective et de *mentalisation* par le travail sur nos rêves au moyen du cycle autothérapeutique.

Tableau 2
Dimensions diverses d'un processus de changement par un rêve

Les 3 R :	Reproduction	Reconnaissance	Réparation
Regard spirituel Gordon (2008)	Rêves d'appel.	Rêves de quête de sens.	Rêves d'illumination puis de retour.
Regard philosophique La dialectique de Platon à Hegel	Thèse (nos débats intérieurs qui apparaissent dans nos rêves).	Antithèse (d'autres hypothèses s'imposent par les rêves).	Synthèse (intégration de ces nouvelles hypothèses).
Regard existentiel Sartre (1943)	Nos angoisses existentielles de solitude, de finitude, de mort (reflétées dans les rêves).	Connaissance de soi. Reconnaître notre existence, notre essence, notre liberté et responsabilité (à l'aide du travail sur nos rêves).	Trouver un sens à sa vie, à son expérience (inventer sa vie à l'aide de ses rêves).
Cycle de contact Perls (1951)	Pré-contact (le rêve).	Contact (travail sur le rêve).	Plein contact (ajustements créateurs) puis retrait.
Ann Faraday (1974)	« <i>Topdog et Underdog</i> » (Perls) dans les rêves.	Prise de conscience de la dynamique du « <i>topdog-underdog</i> » dans le travail sur les rêves.	Intégration de nos polarités. Ajustements créateurs.
Le Focusing Gendlin (1986)	La référence directe aux images, sensations corporelles et émotions dans le rêve. Se mettre à l'écoute de notre corps, ressentir.	Le déploiement: laisser résonner et interroger les images, sensations et émotions du rêve. Laisser émerger les réponses.	L'application globale. Accueillir ce qui émerge: le mouvement du référent, c.a.d. l'image, la sensation et l'émotion apaisent et diminuent la tension physiologique.

Tableau 2
(Suite)

Les 3 R :	Reproduction	Reconnaissance	Réparation
Cycle thérapeutique de la PGRO Deliste (1998, p. 155)	Reproduction dans l'un ou l'autre des champs expérimentiels.	Reconnaissance des liens entre divers champs expérimentiels.	Réparation /parachèvement de la Situation Inachevée.
Éléments de neuropsychologie Deliste (2006); Schore (2008)	Régulation affective. Fonctionnement en mode cerveau droit. Accès à la mémoire implicite par les rêves.	Régulation affective. <i>Mentalisation.</i> Développement de nouveaux circuits neuronaux.	Intégration des nouveaux circuits neuronaux.
Cycle autothérapeutique	Reproduction et mise en scène dans le champ onirique de ce qui se passe dans l'un ou l'autre des champs expérimentiels. Autorégulation affective.	Reconnaissance des liens entre les différents champs expérimentiels, y compris le champ onirique. Développement de nouveaux circuits neuronaux. Plasticité cérébrale. Dialogue corps-esprit. Autorégulation affective. <i>Mentalisation.</i>	Réparation. Intégration des nouveaux circuits neuronaux. Ajustement créateur en s'appropriant nos contributions et nos forces. Applications concrètes: Utiliser de jour ce que nos rêves nous enseignent la nuit.

Ceci représente un éventail non exhaustif de la panoplie de possibilités et des fruits à cueillir dans les rêves. Cet article est centré sur une approche, sans toutefois perdre de vue la multitude d'approches anciennes et plus récentes. Johanne Hamel (2006), psychologue gestaltiste et art thérapeute, a écrit un livre remarquable sur le sujet.

LES NOUVELLES TECHNOLOGIES ET LES NEUROSCIENCES

L'intérêt pour les nouvelles technologies réside dans l'influence qu'elles ont sur le développement des connaissances sur le cerveau. Au cours des quatre dernières décennies, grâce à ces technologies, la nouvelle discipline des neurosciences affectives a permis l'investigation des relations naturelles entre le corps et l'esprit et un « dialogue créatif avec nos gènes » (Rossi & Rossi, 2008) ; elle nous ouvre à ce qu'il est convenu maintenant de nommer la neuropsychothérapie. Cette discipline démontre l'importance de l'hémisphère droit du cerveau dans l'expression et la réception des émotions en lien avec les rêves, manifestation de la mémoire implicite. (Schores, 2008). Mais quand on parle de nouvelles technologies, à quoi faisons-nous référence exactement?² Dans le tableau 3, je résume l'évolution de ces technologies en lien avec l'étude du cerveau, base scientifique du travail sur les rêves et un des trois points importants de cet article.

Les nouvelles technologies et l'étude du cerveau

Avant l'avènement de l'ordinateur, il n'y avait que la dissection postmortem qui permettait de voir la structure du cerveau. Puis, une grande évolution dans la compréhension du fonctionnement du cerveau a eu lieu à Montréal, suite aux travaux du Docteur Wilder Penfield, neurochirurgien, et de Brenda Milner Ph. D., neuropsychologue.

Docteur Penfield a permis d'établir les premières cartes cérébrales fonctionnelles chez l'humain par stimulations électriques appliquées directement sur le cerveau durant la chirurgie. Lui-même et d'autres neurochirurgiens par la suite, ont découvert que l'activité des fonctions cognitives modifie localement la circulation sanguine cérébrale: cette activité produit une vasodilatation. Il s'agit d'une découverte très importante sur laquelle est basée l'imagerie fonctionnelle, technologie fort utile dans l'étude des rêves. Docteur Milner faisait au même moment des recherches importantes sur la mémoire liée à l'hippocampe, maintenant considéré comme une structure-clé du système limbique impliquée dans le processus de la mémoire explicite.

En 1970 apparaît la tomodensitométrie ou *CT scan*: « *computerized tomography* » (*TOMOS* en grec = coupe). Cette technique capte une série d'images à l'aide de rayons X. Il en résulte une série de radiographies reconstruites par ordinateur. Avec plusieurs images de coupes transversales du cerveau, le *CT scan* peut créer une image

² Pour obtenir des renseignements additionnels sur le cerveau et les structures cérébrales, on peut consulter le site web de l'Université McGill (www.lecerveau.mcgill.ca2009).

tridimensionnelle de celui-ci, à l'intérieur de laquelle on peut avancer ou reculer à loisir pour en faire l'examen détaillé et bien voir les structures.

Puis, vers la fin des années soixante-dix, on assiste au développement de l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Cette nouvelle technique n'utilise ni les rayons X ni les ultrasons, mais fait appel aux champs électromagnétiques. En plus d'une définition des structures intracérébrales supérieure à la tomодensitométrie, elle permet d'obtenir non seulement des coupes axiales du cerveau, mais aussi des coupes sagittales et coronales.

En 1975, au plan de l'imagerie fonctionnelle, la tomographie par émission de positrons TEP mieux connue sous son appellation anglaise de «*PET scan*», est la première technique d'imagerie cérébrale fonctionnelle à voir le jour. Schore (2008) affirme: « (...) avec le TEP nous pouvons maintenant opérationnaliser en ligne et en temps réel une représentation d'une relation d'objet interne » (p. 45).

La plus récente des technologies dans le domaine, l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) a été développée au début des années quatre-vingt-dix lorsque des ordinateurs de plus en plus puissants furent couplés aux appareils d'IRM. Les derniers *scanners* d'IRMf peuvent produire quatre photos/seconde du cerveau, ce qui permet de suivre le déplacement de l'activité neuronale au cours d'une tâche complexe.

Du CT-scan à l'IRM pour la structure
Du PETscan à l'IRMf pour la fonction
La technologie permet toute une ouverture
De l'étude post mortem à ces nouvelles notions.

Tableau 3
Nouvelles technologies et l'étude du cerveau

Imagerie structurale/anatomique	Imagerie fonctionnelle
Met en valeur les structures cérébrales	Mesure l'activité de certaines régions du cerveau
1970- Tomodensitométrie ou (CT-scan - computerized tomography)	1975- Tomographie par émissions de positrons - TEP (ou PET-scan - positron emission tomography)
Une série de coupes radiographiques du cerveau, reconstruites par ordinateur.	« On voit le cerveau penser ».
1980 - Imagerie par résonance magnétique (IRM) Images formées par variations de champs magnétiques. (Absence de radiation).	1990-2010- Imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMF) Étude dynamique des fonctions cérébrales sans radiation.

Les neurosciences

Avec les neurosciences affectives s'amorce un retour à la reconnaissance de la richesse des rêves en psychologie. Désormais, il s'avère que l'on peut identifier certaines structures du cerveau activées dans les rêves, que l'on peut reconnaître certaines fonctions des rêves, démontrer la plasticité cérébrale et même faire l'hypothèse d'un « dialogue créatif avec nos gènes » (Rossi & Rossi, 2008). Ces derniers soulignent que ce dialogue psychobiologique est entièrement naturel dans les rêves. Ce « dialogue de mise à jour » s'effectue à un niveau inconscient ou « implicite ». Ces mêmes auteurs ajoutent que « ... la répétition créative d'expériences adaptatives, originales et significatives entre le cortex et l'hippocampe pendant les rêves est le processus vital de base que l'on cherche à faciliter en psychothérapie » (p. 15). Ils croient aussi que, dans les dynamiques adaptatives de la guérison corps-esprit, les grands rêves de transformation typiquement faits dans les moments de crise de la vie « sont des manifestations du profond éveil psychobiologique qui provoquent le cycle expression génique - plasticité cérébrale, pour recadrer et reconstruire la conscience, la mémoire, l'apprentissage et le comportement d'une façon créative et adaptative » (p. 27).

D'autres neuroscientifiques, notamment Ribeiro et al. (cités dans Rossi et Rossi, 2008), selon la théorie évolutive du sommeil et du rêve de Ribeiro, oeuvrent à démontrer, à l'aide des nouvelles technologies, la manière dont quelques systèmes cérébraux de la mémoire et de l'apprentissage sont mieux orientés vers l'exploration adaptative des possibilités de la vie présente et future. Ils veulent démontrer une théorie constructive de la mémoire prospective adaptative plutôt que l'ancien système de mémoire rétrospective focalisée sur la préservation et la récupération du passé. Rossi et Rossi (2008) résument, entre autres implications créatives de ces recherches, deux volets qui nous intéressent particulièrement : premièrement « ... les rêves peuvent être des répétitions créatives d'événements passés pouvant induire des futurs adaptatifs » (p. 30), et deuxièmement « ... le renvoi neuronal soutenu pendant le sommeil lent suivi de l'expression génique reliée à la plasticité cérébrale pendant l'action de rêver génère nos transformations naturelles de l'esprit et du comportement » (p. 30). De plus, comme si le guérisseur en soi avait une plaque d'immatriculation, Ribeiro et al. (cités dans Rossi et Rossi, 2008) rapportent « une revue de littérature qui documente comment à la fois le gène arc et Zif-268 sont activés pour faciliter la plasticité cérébrale afin de coder des expériences de vie nouvelles et enrichissantes, d'une manière adaptative » (p. 28). Ils soulignent aussi que « le rôle du gène Zif-268 s'exprime pendant le sommeil paradoxal (action de rêver) et est associé à la production de protéines et de facteur de croissance qui facilitent la plasticité cérébrale » (p. 28). Cela me semble enthousiasmant de lire ces nouvelles avenues en recherche. Nous pouvons constater que plusieurs chercheurs sont sur les traces de nos rêves à leur façon.

De son côté, s'appuyant sur les dernières connaissances dans la cartographie fonctionnelle du cerveau, Mark Solms, chercheur en neurosciences ainsi qu'en anatomie et psychologie des rêves, réussit à utiliser l'imagerie structurelle et fonctionnelle pour nous aider à comprendre le fonctionnement du cerveau. Solms (cité dans Schore, 2008) présente des données neurologiques indiquant que « le mécanisme de contrôle des rêves s'effectue par l'intermédiaire des structures orbitofrontales limbiques antérieures » (p. 46) et il conclut : « Ces régions sont essentielles pour la régulation affective, le contrôle des pulsions et la mise à l'épreuve de la réalité ; elles agissent comme une sorte de *ensoral* » (p. 46). Selon Schore (2008), « l'activité normale de ce système cérébral durant le sommeil, permet le traitement de l'information par des mécanismes de représentation symbolique durant les rêves » (p. 46). Ces recherches nous permettent d'identifier les régions cérébrales activées lors

d'un rêve, le rôle de ces régions dans la régulation affective et soulignent la fonction des rêves dans le traitement de l'information. Schore (2008) rapporte aussi plusieurs études contemporaines en imagerie cérébrale démontrant que ce qui touche le soi ou la régulation du soi se produit dans les cortex préfrontaux, et que le concept de soi est représenté dans les zones frontales droites. Ces études portent sur la psychobiologie des états affectifs de même que sur la neurobiologie du cerveau droit. Selon Schore (2008), cette partie du cortex, plus que le gauche, est anatomiquement connectée au système limbique, lequel est particulièrement impliqué dans le traitement des émotions. On parle de latéralisation à droite du contrôle des réactions émotionnelles. Toutes ces nouvelles connaissances deviennent très pertinentes pour la psychothérapie et pour le travail sur les rêves.

La neuropsychothérapie

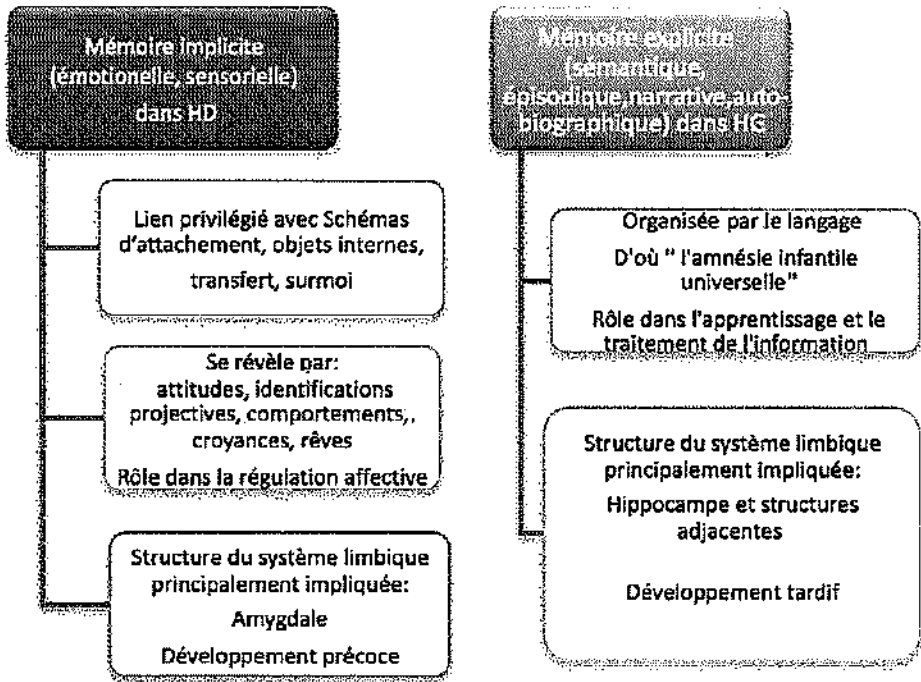
Dans son intégration des neurosciences, Delisle (2006) nous enseigne qu'il y a deux structures-clés dans le système limbique: dans l'hémisphère droit, l'amygdale droite intervient dans le processus de la mémoire implicite, qui se développe dès la naissance, et dans l'hémisphère gauche, l'hippocampe et les structures adjacentes jouent un rôle dans la mémoire explicite qui se développe plus tardivement, lors de l'apparition du langage. Ces deux structures sont impliquées dans la régulation affective qui, pour les neurosciences affectives, est l'enjeu de développement le plus crucial. Cette fonction psychique s'avère primordiale dans le développement de l'enfant, dans notre cheminement de croissance personnelle et dans le processus thérapeutique.

Cozolino (2002) suggère que l'un des principaux objectifs en psychothérapie est de tenter d'accéder à la mémoire implicite et de l'intégrer à la mémoire consciente. Le tableau 4 présente un résumé des diverses subdivisions de la mémoire à long terme et des structures du système limbique principalement impliquées dans le processus de rétention des apprentissages et des souvenirs. Il semble que les rêves seraient vécus surtout en mode cerveau droit et seraient en grande partie une manifestation hyperassociative de la mémoire implicite; les rêves seraient donc en lien privilégié avec les schémas d'attachement. On peut possiblement en déduire que le travail sur les rêves est une bonne façon d'accéder à la mémoire implicite et d'apprendre à mieux tolérer les affects et à les moduler. C'est une expérience d'autorégulation affective dans un premier temps. Certains rêves sont plus près de notre mémoire explicite tandis que d'autres sont de nature plus affective. Si cela est pertinent au contenu du rêve, il serait alors possible de développer une

habileté à *mentaliser* ces contenus préverbaux formés dans un monde sans paroles. Plusieurs chercheurs essaient de démontrer ce lien entre les styles d'attachement et le contenu émotionnel du rêve. Entre autres, Selterman et Drigotas (2009) démontrent une continuité entre le style d'attachement et le contenu des rêves impliquant le partenaire amoureux.

Tableau 4

La mémoire à long terme et les structures-clés du système limbique principalement impliquées



APPROCHE PROPOSÉE: CYCLE AUTOThÉRAPEUTIQUE EN TRAVAILLANT SON PROPRE RÊVE

C'est dans cette optique neuropsychothérapeutique que le travail sur les rêves peut avoir un impact sur le développement personnel et devenir un instrument thérapeutique pour nos clients et pour nous-mêmes.

Je vous propose donc ici un outil de travail sur soi à l'aide de notions que plusieurs d'entre nous connaissons: le cycle thérapeutique de la PGRO ainsi que les compétences développées d'après ce modèle ou dans notre travail comme thérapeutes. Je fais référence aux compétences affective, réflexive et interactive qui vont nous

servir dans cette expérience autothérapeutique. Pour ceux qui ne connaissent pas le modèle de la PGRO, je crois que les concepts utilisés sont suffisamment spécifiés dans ce qui suit pour qu'ils s'y retrouvent.

Processus d'autorégulation affective et de *mentalisation*

La compétence affective est comprise ici comme une capacité d'autorégulation suffisante, c'est-à-dire une capacité à tolérer le ressenti et à le réguler, à moduler ses affects. Cette capacité est décrite en termes d'autorégulation en contexte autonome selon Schore (2008). Il s'agit d'utiliser le Soi témoin où l'on peut être à la fois soi qui vit un affect plus ou moins intense et soi qui s'observe en train de vivre cet affect sans y être totalement identifié. Alors peut se construire une herméneutique du soi, un dialogue intérieur, une compétence interactive entre le Soi témoin et les différents aspects de nous-mêmes plus ou moins chargés d'affects. Le sujet est présent à lui-même comme à un autre.

Le reflet congruent de notre expérience par un rêve me rappelle la congruence du « *mirroring parental* » dont parle Wallin (cité dans Hamel, 2008), qui souligne que le reflet congruent que fait le parent de l'expérience de l'enfant favorise la reconnaissance de son monde interne. On peut supposer que le reflet inévitablement congruent de l'expérience interne du rêveur par son rêve, bien qu'imagé, favorise aussi la reconnaissance ou la connaissance de qui il est, de son monde interne et de la possibilité de se différencier.

Le rêve fournit une certaine distance qui permet de se regarder. Penser et ressentir en même temps, mettre des mots sur l'expérience émotive sollicite les deux hémisphères et permet d'activer simultanément les mémoires implicite et explicite, favorisant ainsi de nouvelles connexions neuronales et l'intégration de circuits neuronaux dissociés. De ce travail en spirale, se dégagent un sens, une signification des affects à l'aide de notre compétence réflexive, notre habileté à observer les affinités thématiques et à les soumettre à notre attention. Nous pouvons alors inférer, *mentaliser* ce qu'un personnage du rêve pense et éprouve. De cette manière, nous sommes en mesure de mieux connaître nos polarités par nos rêves et de nous les réapproprier. Ceci sert de laboratoire et incite à davantage d'ouverture à ce qui habite les autres. On pourrait donc dire que les rêves nous aident à nous réguler dans notre lien, non seulement avec nous-mêmes, mais aussi avec notre environnement humain. Ceci nous sensibilise à divers aspects de notre Self et nous ouvre à différents possibles chez l'autre. La voie proposée ici ouvre la porte à une multitude de sens et non à un sens définitif. En captant le

rêve issu de notre hémisphère droit et en éclairant sa signification, une nouvelle vision de notre vie se déploie et devient source de créativité et de développement; celle-ci, à son tour, offre d'autres opportunités à saisir.

On peut aujourd'hui faire l'hypothèse que le travail sur les rêves permet de bâtir ou de consolider le processus de la *mentalisation*, ce procédé mental par lequel un individu interprète implicitement et explicitement ses propres actions et celles des autres en établissant un lien d'intention. Fonagy (cité dans Delisle, 2008) définit trois étapes de développement dans ce processus: l'équivalence psychique, le mode prétendu et la capacité de *mentaliser*. Fonagy conçoit ceci comme un processus à la fois cognitif et affectif, au cours duquel la personne peut s'ouvrir à différentes possibilités concernant ce que pense et ressent l'autre. Quand nous rêvons, nous retournons temporairement au mode de l'équivalence psychique, à cette place entre l'interne et l'externe où cela semble si réel, comme dans l'exemple du rêve «Les souliers rouges». Quand on travaille un rêve par la suite, on continue en mode prétendu, faire «comme si j'étais ceci ou celui-là», avec les différents aspects impliqués dans le rêve. Ce travail agrandit et consolide la capacité de *mentalisation*, ce qui permet de se réapproprier ses différents affects, trouver un sens et un message au rêve.

Avant l'heure de la neuropsychothérapie, Perls utilisait abondamment cette réappropriation. C'était même la pierre angulaire dans sa façon de travailler le rêve. Il le faisait au moyen de mises en scène, d'amplifications, d'expérimentations, de travail avec les différentes polarités impliquées dans le rêve et l'élaboration d'un dialogue de ces polarités entre elles et avec le rêveur. Il mettait en place une conversation interhémisphérique sans la désigner de cette façon. Il semble aussi qu'il faisait appel aux neurones miroirs sans les nommer ainsi, en jouant l'alter ego du client. Cozolino (2002) nous rappelle que la psychothérapie gestaltiste, très pertinente pour l'intégration neuronale, s'est démarquée par l'intégration de la triade comportement - affect - cognition. Schore (2008) renforce l'intégration de cette triade et en fait même un de ses principes de traitement: «La psychothérapie doit focaliser sur l'identification et l'intégration non pas d'états mentaux conscients, mais d'états psychobiologiques non conscients du corps-esprit, qui sous-tendent les fonctions affectives, corporelles, comportementales et cognitives-mnésiques» (p. 341).

Le cycle des trois « R » dans le travail sur les rêves

Tel que décrit plus haut, ce cycle de reproduction, de reconnaissance et de réparation s'avère utile pour comprendre, donner une direction, et provoquer des changements en psychothérapie. Il m'apparaît également éclairant pour faciliter le développement personnel au moyen du travail sur les rêves. En ce sens, Delisle (1998) écrit que: «Le travail sur les rêves peut être un outil puissant dans la poursuite du déclivage et de la métabolisation du CI» (p. 159). Le CI ou Champ Introjecté est défini comme la somme des Microchamps Introjectés qui sont des introjections du champ et d'une partie du Self en lien avec un aspect à la fois indispensable et intolérable d'une relation du passé *développemental*.

Par ailleurs, Delisle et Girard (2010) soulignent que le travail sur les rêves n'est ni conceptualisé ni situé comme tel dans le système de la PGRO. Ce sont la relation et le dialogue herméneutique qui sont au coeur de la PGRO. Dans le cycle autothérapeutique, où nous choisissons un espace-temps avec soi, une continuité relationnelle avec soi, je nous convie plutôt à une herméneutique du soi. Le travail avec nos rêves, tel que je le propose, est un contact avec soi dans un processus d'autorégulation affective et de *mentalisation*, soit deux concepts de la neuropsychologie vus précédemment. Inspirée par la PGRO, j'emprunte les concepts des trois R de reproduction, de reconnaissance et de réparation et les insère dans un processus de «cycle autothérapeutique» (pour paraphraser le «cycle thérapeutique») de travail sur nos rêves. Nous avons en commun la recherche de sens par une herméneutique, conduisant à une prise de conscience et à une nouvelle expérience, ainsi que le développement et l'intégration de nouveaux circuits neuronaux pour favoriser des ajustements créateurs. Une différence importante est qu'au départ, dans une approche autothérapeutique, je prends pour acquis que le thérapeute a une personnalité relativement saine ayant la capacité affective de s'autoréguler; cette dernière favorise une capacité interactive facilitant une herméneutique du soi et une capacité réflexive le rendant apte à se reconnaître, tandis que la PGRO traite les clients avec des troubles de personnalité. Nous savons que les rêves jouent un rôle important dans l'apprentissage. Ceci entraîne une autre différence majeure. Dans le but d'optimiser la plasticité cérébrale et de mieux encoder et intégrer les nouveaux circuits neuronaux, j'insiste sur une application concrète, une nouvelle production, aussi petite soit-elle, ce que j'appelle honorer son rêve. Cela peut être une action adaptée

suggérée dans le rêve, ou un nouveau comportement que l'on tente, ou la production d'une œuvre artistique, de très simple à élaborée peu importe, ou un geste symbolique de quelque nature que ce soit. La pertinence de cette application concrète s'appuie aussi sur les indicateurs d'efficacité en psychothérapie que nous verrons plus loin.

*Ici une nouvelle approche vous est proposée
Processus autothérapeutique en chantier
Liée à la PGRO et neuropsy
Qui vous offre une autre façon de voir vos nuits.*

Voyons, dans son ensemble au tableau 5, le cycle autothérapeutique que je vous propose, pour ensuite regarder séparément chaque composante des trois R.

Tableau 5
Cycle autothérapeutique en travaillant son propre rêve

Éléments PGRO	Reproduction	Reconnaissance	Réparation
<p>Éléments des neurosciences</p>	<p>Fonctionnement en mode cerveau droit et accès à notre mémoire implicite par les rêves.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Période d'équivalence psychique dans le processus de la <i>mentalisation</i>. • Le temps se dissout: passé, présent et futur non linéaires. • Les rêves ne font pas la différence entre avant ou après la parole, entrée privilégiée pour les enjeux d'attachement. • Le rêve est un autre canal pour raconter sa vie. • Se contenir, entendre et attendre. Surtout ne pas se précipiter. • Autorégulation affective. 	<p>De la mémoire implicite à la mémoire explicite par une communication inter-hémisphérique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Période d'autorégulation affective: Quelles sont mes émotions et mes sensations physiques? • En mode prétendu « jouer le comme si c'était moi » dans le processus de <i>mentalisation</i>. Qu'est-ce que je fais dans ce rêve? Quelles sont les actions dans ce rêve? • Avec notre capacité réflexive, dans une herméneutique du soi: Quelle est le thème et l'histoire du rêve? Qu'est-ce que je vois de moi ? Quel est le contexte du rêveur au moment du rêve? Quels sont les liens avec ma vie actuelle? • Les images aident à la mise en mots. • Développement de nouveaux circuits neuronaux. • Entendre, tolérer et attendre. 	<p>Encodage des nouveaux circuits neurologiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les rêves nous font sortir des cadres et des circuits habituels. • Intégration des nouveaux circuits neuronaux, issue de la communication corps-esprit, sous forme: <ul style="list-style-type: none"> - de message existentiel - de piste de solution - d'inspiration créatrice - de découverte d'un talent caché - d'un grand rêve de transformation - du guérisseur en soi - etc.

Tableau 5
(Suite)

Les 3 R :	Reproduction	Reconnaissance	Réparation
Enjeux thérapeutiques	Mise en scène dans le champ onirique des émergences des situations inachevées, impasses, dilemmes de contact et de notre potentiel.	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre conscience des affinités thématiques dans les divers champs expérimentiels y compris le champ onirique. S'ouvrir à de nouvelles hypothèses. • Prendre conscience et reconnaître que ce qui s'y passe peut être contaminé par un Microchamp Inurojecté. • Identifier le problème et notre contribution à le maintenir. • Prendre conscience de nos ressources. 	<ul style="list-style-type: none"> • Application concrète et validation dans le réel des ajustements créateurs en utilisant de jour ce qu'ils nous enseignent la nuit. • Assouplissement de la Matrice de représentations du champ (MRC). • Réexposition. • Nouvelle production en lien avec le rêve. • Sentiment d'aller de l'avant.
Mode relationnel	Contact avec soi	Herméneutique du soi (Soi témoin)	Validation de soi dans le réel

La reproduction

La première phase du travail sur les rêves consiste à demeurer en contact avec ce que nous éprouvons au niveau des sensations physiques et des émotions dans le rêve, tout en évoquant à nouveau les images du rêve. À cette étape, le mode relationnel est le contact avec soi : accueillir et ressentir. Dans les rêves, le temps se dissout : sommes-nous dans le passé, le présent ou l'avenir ? Le rêve se déroule dans un mode d'équivalence psychique décrit un peu plus haut. Ce mode est la première étape de la construction du processus de *mentalisation* où l'interne et l'externe se confondent. Dans nos rêves, nous avons accès à cet espace où ces deux univers se fusionnent. Parfois, dans les scénarios oniriques, nos impasses de contact habituelles s'introduisent et s'actualisent. Par la suite, à l'aide des affects devenus explicites, le travail sur nos rêves nous montre par là même notre façon de construire notre réalité.

Les métaphores mettent en évidence, souvent avec amplification et humour, un conflit émotionnel ou la manière dont les événements semblent se reproduire. Soyons attentif aux personnages du rêve et à ce qui se manifeste dans leur langage non verbal, à la prosodie, à l'atmosphère du rêve ainsi qu'aux couleurs révélatrices d'émotions dans le rêve, selon des recherches en neurosciences (Hoss, 2005). Ayons en quelque sorte une « attention flottante » envers notre rêve. Nous sommes dans l'univers du cerveau droit et de la mémoire implicite émotionnelle et sensorielle. Cette mémoire s'est inscrite dès le début de notre vie dans les cellules de notre corps, dans les synapses de notre cerveau, pour nous indiquer comment survivre, dans le contexte affectif et relationnel qui était le nôtre. Les émotions ont une fonction adaptative (Schore, 2008). Ces circuits sont réactivés encore et encore par notre façon de vivre les diverses situations de notre existence et par les nombreux liens relationnels que nous avons.

L'attitude face au rêve et au contenu émotif du rêve est importante : ne pas se précipiter, se contenir, entendre et attendre. Résister à l'envie de trouver un sens rapidement en activant le côté analytique du cerveau gauche. Cozolino (cité dans Delisle, 2006) énonce ainsi ce qu'il considère un des six principes d'une croissance et d'une intégration neuronales optimales en psychothérapie : « La capacité à tolérer et à réguler l'affect crée les conditions nécessaires à la croissance continue du cerveau durant tout le cours de la vie ». Il est donc nécessaire d'adopter une attitude empreinte de patience, qui permet cette curiosité, cette fascination même et cette indifférence créatrice, comme celle du thérapeute qui ne comprend pas encore ce qui se passe pour le client. Le thérapeute aide le client à se déployer davantage sans savoir où cela le mènera.

Delisle (2006) nous suggère de « rêver le client », s'imaginer le client en images dans ce qu'il nous raconte comme dans un film, ceci étant une excellente porte d'entrée. Avec le travail sur nos rêves, la rêverie est déjà là, le montage déjà fait et le film prêt à être regardé. Il ne reste plus qu'à se synchroniser à soi-même.

Les rêves ne font pas la différence entre la période qui précède l'acquisition de la parole et celle qui la suit, et cela me paraît une façon privilégiée d'avoir accès aux enjeux d'attachement. Les rêves sont un éclairage possible de ce monde sans parole. Delisle (2008) dit de cette période qu'elle est cruciale, car c'est le moment où doit s'établir l'attachement *sécure* et la régulation affective qui en est le corollaire. Il nous enseigne l'importance de revisiter les expériences de l'enfant et, par-dessus tout, de les rendre accessibles à la conscience émotionnelle. La capacité à éprouver consciemment les affects associés à des Situations Inachevées est l'un des buts fondamentaux de la PGRO. Je crois que les rêves peuvent servir de passeur entre le pays du monde sans mots à réguler et celui de l'herméneutique du soi à *mentaliser*.

*Une approche pour en apprendre plus sur notre destin,
Guider notre développement personnel sans fin,
Rêves de tous les jours, grands rêves de transformation,
Disponibles pour le ménage des introjections.*

La reconnaissance

À cette étape de reconnaissance, nous passons maintenant de la mémoire implicite à la mémoire explicite. Schore (2008) suggère que les expériences affectivement chargées et maintenant régulées du cerveau droit peuvent être communiquées au cerveau gauche pour un traitement additionnel. Nous installons un dialogue interhémisphérique à l'aide d'une herméneutique du soi, une conversation entre un artiste peintre qui capte tout le paysage et un interprète maison qui cherche à nommer les choses, à construire un sens. Les images soutiennent alors la mise en mots. Selon Schore (2008), « Un accroissement des connexions entre les zones orbitales gauche et droite permet la récupération de la mémoire implicite-procédurale et l'encodage sémantique par l'hémisphère gauche des états émotionnels de l'hémisphère droit » (p. 141). Avec le travail sur les rêves, nous avons en prime des recadrages captivants, autant d'hypothèses qui suscitent la création d'une multiplicité de sens. C'est le monde intérieur qui se différencie du monde extérieur. Ce travail stimule simultanément les deux hémisphères du cerveau et permet le développement de nouvelles

connexions neuronales. Ces dernières sont produites par le repérage des affinités thématiques dans les transitions inter-champs, y compris le champ onirique comme l'identifie Quintard (2003).

Le rêve est un autre canal pour raconter sa vie. En tolérant suffisamment longtemps les affects, les sensations et les images du rêve, puis par la suite en les questionnant, nous leur permettons de résonner et de nous faire prendre conscience de notre contribution à nos impasses pour enfin nous en révéler le sens. Nous pouvons faire ce travail avec le « mode prétendu » évoqué plus haut et accéder à une certaine réappropriation des différentes parties du rêve.

Voici maintenant diverses clés pour faire le travail de reconnaissance avec un rêve en cycle autothérapeutique. En plus de l'attitude de base d'entendre et attendre, plusieurs autres points de repère soutiennent ce travail de reconnaissance.

Une première clé se trouve dans l'accueil des émotions et des sensations corporelles. Nous sommes dans la « fonction Ça ». En PGRO, on parle de l'infiltration d'un Microchamp Introjecté dans les émergences du Ça. En neuropsychologie, il s'agit de l'intrusion de la mémoire implicite précoce dans la conscience adulte. Identifier l'émotion de base selon la typologie de Panksepp (cité dans Delisle 2006), peut donner accès à une porte d'entrée et orienter notre herméneutique du soi. Selon l'approche « bottom-up » de Wallin ou celle de Gendlin citées plus haut :

- Quelles sont les sensations physiques que je ressens ?
- Qu'est-ce que j'éprouve dans ce rêve ? Quelle est la teneur de l'affect ou des affects qui émergent dans le rêve au réveil et en prenant contact à nouveau avec le rêve lors de ce travail de reconnaissance ?

Vous aurez reconnu les premières questions de l'expérimentation suggérée au début de cet article. Déjà, la reconnaissance de ces aspects, parfois ignorés dans notre vie éveillée, crée un pont entre le cerveau gauche et le cerveau droit.

Dans cette phase de la thérapie avec nos clients, il y a la mise en place des identifications projectives, une conversation parallèle d'inconscient à inconscient entre le cerveau droit du client et celui du thérapeute. Les projections de notre inconscient sur les éléments du rêve semblent avoir plusieurs points en commun avec l'identification projective. Schore (2008) nous rapporte que Klein la définit « en tant que processus au moyen duquel une information essentiellement inconsciente est projetée d'un émetteur à un récepteur » (p. 85). Dans un rêve aussi, de manière mystérieuse, nous remarquons ce processus d'informations pour la plupart

inconscientes, projetées par l'inconscient du rêveur émetteur sur les éléments du rêve que le rêveur récepteur peut capter et décoder. On peut supposer une communication symbolique d'affects associés à des représentations de soi et des autres, parfois enracinés dans une expérience corporelle, sensorielle et affective, pour mieux les réguler. Il s'agit d'un procédé de divulgation d'internalisations psychiques pour mieux reconnaître ses affects et être en mesure de se les réapproprier afin de se connaître intérieurement. Au delà du sens riche en soi, le travail sur les rêves permet d'aborder le contenu affectif d'une façon souvent moins menaçante, avec soi et avec nos clients. Parfois, les expériences intolérables et indispensables sont amenées à la surface sous forme d'humour ou de drames et sont difficilement réfutables puisque cela vient du rêveur. Elles sont alors plus assimilables, et il devient plus facile de les apprivoiser et de se les approprier.

Une deuxième clé fertile pour le travail de la reconnaissance porte particulièrement sur la «fonction Je». Qu'est-ce que cette fonction de notre Self fait dans ce rêve avec les émergences, les affects qui y sont présents? Quels mécanismes d'adaptation sont en fonction?

Reprenons les questions de l'expérimentation où l'on se demande, dans une posture intentionnelle de *mentalisation*:

- Qu'est-ce que je fais dans ce rêve où je n'avais aucun contrôle sur mes pensées? Quelles sont les actions dans le rêve?
- Quels sont le thème et l'histoire de ce rêve si j'imagine un récit à un ami au sujet d'une œuvre cinématographique?
- Qu'est-ce que je vois de moi dans ce rêve? Quels sont les schémas, comportements, discours intérieurs et attitudes que je reconnais de moi?

Il s'agit ici de développer la capacité de contacter le champ actuel avec ce qu'il porte de possibilités et de menaces. Selon Delisle (1998): «L'une des principales entraves à cette capacité à contacter le présent, c'est l'attachement compensatoire aux objets internes (aux introjects, aux Microchamps Introjectés)» (p. 261). Avec les rêves, nous travaillons à déterrer les figures enfouies et à créer des nouvelles figures, pour nous affranchir de ces attachements compensatoires et identitaires aux manques. Nous voulons dégager et intégrer de nouveaux circuits neuronaux, grâce à la grande plasticité du cerveau, organisé et structuré par les émotions, comme nous l'enseigne la neuropsychologie (Schoore, 2008).

Une troisième clé s'élabore avec la théorie du champ de notre modèle (fonction Personnalité). L'organisme et l'environnement sont un tout. Je porte ce champ en moi et ce champ me porte. S'englobent le lien avec mes proches, mon environnement humain plus large, mon travail, mon contexte physique. Mes sens captent tout cela et bien au-delà de la conscience que je peux en avoir. Les rêves parlent aussi de ce contexte de jadis que je porte, ainsi que du contexte actuel déclencheur de la reproduction.

Voilà la suite du travail de l'expérimentation proposée :

- Qu'est-ce que le thème et l'histoire du rêve disent de moi et de mon contexte actuel?
- Quels sont les liens que je peux faire entre ce rêve et ma vie éveillée?
- Qu'est-ce qui se passe dans ma vie maintenant qui pourrait me faire sentir ou agir de cette façon-là?

Dans ce cycle autothérapeutique, nous procédons à une herméneutique du soi qui amène des options nouvelles d'ajustements créateurs. Cela arrive par la porte des images, des sensations, des métaphores, des associations, des symboles, des jeux de mots, des recadrages du thème et de l'histoire du rêve en lien avec le contexte immédiat et ancien du rêveur.

La réparation

Nos rêves, à travers le dialogue interhémisphérique, jonglent avec toutes les notes de nos souvenirs implicites et explicites, de nos mémoires rétrospective et prospective et nous offrent une nouvelle composition musicale. À nous de jouer cette partition contemporaine. Nous ne pouvons résoudre les problèmes en utilisant le même genre de raisonnement qui a servi à les créer. La prise de conscience et la reconnaissance de notre contribution nous incitent à sortir de nos cadres habituels et nous donnent ainsi plus de choix et de liberté. C'est ce que les rêves nous fournissent tout naturellement. Rossi et Rossi (2008) croient que faciliter notre dialogue corps-esprit-gène est l'essence même de la psychothérapie. Ces ajustements créateurs nous conduisent, patiemment et avec persistance, au vrai soi, au Self unitaire, en nous aidant à intégrer les parties antérieurement désavouées. Les rêves donnent une réponse sur mesure aux besoins du rêveur ; ils nous encouragent à récupérer notre potentiel de croissance et à progresser vers un mieux-être. À la phase dite de réparation en PGRO, maintenant qu'une partie de l'implicite est devenue explicite, nous souhaitons valider dans le réel ces ajustements créateurs et intégrer ces nouveaux circuits neuronaux.

Le contexte du rêveur est important pour décoder le rêve, car c'est le récit narratif du rêve en lien avec la vie éveillée du rêveur qui lui permet d'assouplir ses représentations et d'intégrer de nouveaux chemins neuronaux. Dans le cycle thérapeutique, la réparation s'effectue grâce à la relation réelle entre le client et le thérapeute. Dans le cycle autothérapeutique cela se fait entre le rêveur et sa vie éveillée. En filigrane, nous parlons ici de l'écart entre la reconnaissance et la transformation. Y aurait-il une quatrième case à ajouter au cycle autothérapeutique? Il s'agirait peut-être d'apprécier et d'honorer nos rêves par une action ou geste concret, si petit soit-il. Cette étape pourrait se nommer « transformation ».

Dépendamment des étapes de vie où nous sommes et selon le volet de notre vie auquel le rêve s'adresse, il y aura des rêves qui amplifieront un aspect ou un autre de ce cycle des trois R. Certains rêves nous indiquent davantage nos reproductions: « vois ce que tu fais dans ton existence ». D'autres rêves persistent pour nous aider à reconnaître un schème, une fixation aux manques, un dilemme. Parfois même, ce sera sous forme de rêves récurrents ou de cauchemars. Il y a aussi les rêves bonbons de réparation qui ancrent nos réussites ou nous signifient l'abondance de ce que nous avons. C'est le cas d'un rêve que j'ai fait auquel j'ai donné le titre « Sept points importants de gratitude enseignés par Gilles » que je vous transmets pour honorer ce rêve: d'abord la vie elle-même; le corps qui te porte; la chance d'avoir acquis des connaissances; les proches qui t'ont aimé, ceux qui t'aiment et ceux que tu aimes; ton pays vaste, généreux et paisible; tes talents, ta créativité, ton intelligence; l'abondance et le confort.

Cependant, je crois qu'il y a un prérequis à ce travail autothérapeutique ou de développement personnel par les rêves. Ce prérequis est celui où il faut avoir été soi-même vu, reconnu, soutenu, régulé par un parent, un mentor ou un thérapeute « suffisamment bon » comme l'écrit Winnicott (1975). Cet espace de contenant, où l'on a été vu comme un être pensant et éprouvant par un autre, lui-même pensant et éprouvant, permet par la suite de se l'offrir à soi-même. Cette idée a été bien développée par Joanne Cyr (2006). Si cet espace émotionnel a pu se vivre suffisamment dans le développement, il aidera, par la suite, à mieux ressentir ses états affectifs, à tolérer des espaces émotionnels inconfortables et à en trouver graduellement les clés, le sens. Le rêve, comme la thérapie, donne une deuxième chance de rester en contact avec des affects liés à des situations récentes ou lointaines.

Exemple d'un rêve

Rêve: Je suis avec une amie, debout dans une pièce à l'intérieur d'une maison. Nous regardons ensemble un grand tableau contenant trois éléments. J'ai oublié les deux premiers et en suis très déçue, car je sais, comme on peut savoir sans savoir, qu'ils sont très beaux. Le troisième élément est un homme très détendu dans son fauteuil. Mon amie sait de lui, je ne sais trop comment, qu'il n'est pas un bon protecteur pour sa famille et me le dit.

Puis mon attention est attirée par une belle lumière qui provient d'une très grande fenêtre, placée juste à la bonne hauteur. Je vois la partie d'un arbre dont une branche est cassée. Je crois que c'est grave et, inquiète, je m'approche de la fenêtre. Là, surprise, émerveillée, je vois un bel arbre solide, ses branches bien déployées, dans une magnifique cour carrée. Ce qui laissait supposer au premier coup d'œil une grosse branche, n'était en réalité qu'une petite branche cassée, tombée sans dégât, mais qu'il faut toutefois ramasser. Je me réveille avec un sentiment de soulagement et d'émerveillement.

Étude volontairement brève du rêve en suivant l'approche proposée:

Reproduction:

Qu'est-ce que j'éprouve ?

- Regrets et déception d'oublier les deux beaux éléments du tableau.
- Inconfort concernant le commentaire négatif de cette amie.
- Interpellée, inquiète en voyant la branche cassée.
- Surprise et émerveillée par la beauté de la cour et de l'arbre.
- Soulagée de constater que ce n'est qu'une petite branche tombée sans dégât.

Quelles sont mes sensations physiques dans le rêve ?

- Détendue au début du rêve.
- Puis mobilisée auditivement par le commentaire de mon amie.
- En alerte, mon cœur bat un peu plus vite en voyant la branche cassée.
- Puis apaisée, baisse de la tension, dans l'émerveillement à la fin du rêve.

Reconnaissance :

Qu'est-ce que je fais ?

- Je regarde un tableau avec une amie.
- J'oublie deux beaux éléments.
- J'écoute son commentaire sur l'homme du tableau.
- Mon attention est attirée par la lumière, puis se porte sur la branche cassée.
- Je m'approche de la fenêtre.
- Je vois une magnifique cour carrée et un bel arbre solide.
- Je constate que ce n'est qu'une petite branche tombée sans dégât.

Quels sont le thème et l'histoire du rêve ?

Un thème d'ouverture à d'autres perspectives.

L'histoire de quelqu'un qui, en regardant un tableau et une fenêtre, entend et voit d'abord le côté inquiétant avant de s'approcher, de voir le beau, la force, et enfin apercevoir l'ensemble et l'apprécier.

Qu'est-ce que je vois de moi dans ce rêve ?

- Dans un premier temps, je m'inquiète et oublie le beau. Je m'arrête d'abord au volet inquiétant, et ceci deux fois plutôt qu'une : avec le commentaire sur l'homme du tableau à l'intérieur, puis avec la branche cassée à l'extérieur.
- J'ai de la difficulté à relativiser l'importance de la petite branche cassée en lien avec le bel arbre solide. Ces deux éléments font pourtant partie de moi.
- Dans un deuxième temps d'autorégulation, j'ai la capacité de m'approcher pour voir l'ensemble, l'apprécier et m'émerveiller.

Contexte du rêveur lors de ce rêve

Dans la journée, irritation concernant un envahissement sur notre propriété.

Liens avec la vie actuelle

Friction avec mon conjoint que j'ai perçu non protecteur de notre terrain.

Lien avec l'homme très détendu du tableau à l'intérieur et le commentaire qu'il n'est pas protecteur de sa famille. (Piste dans le passé champ 4).

Cette petite friction de la journée m'a inquiétée comme la petite branche cassée à l'extérieur dans le rêve. (Piste dans le contexte actuel champ 3).

Il s'ensuit une incubation d'un rêve avant la nuit: «Où en suis-je dans ma relation avec mon conjoint?» Rien de moins, et voilà ce rêve dont je me souviens au matin.

Réparation :

Message venant du sage en moi : « Quand, dans une situation, tu es interpellée par un volet sombre, avant de t'inquiéter, approche-toi pour regarder l'ensemble du tableau et s'il y a lieu, souviens-toi du beau, de ta force et de ta capacité à t'en émerveiller. »

Apprécier et honorer ce rêve par des applications concrètes

- Premièrement, en utilisant ce rêve comme exemple didactique dans ce présent article.
- Deuxièmement, en échangeant avec mon conjoint sur l'incubation de ce rêve le concernant; nous avons regardé avec humour l'ensemble de notre relation plutôt que la petite branche cassée de la veille.
- Troisièmement, en travaillant ce rêve, j'ai pu retrouver les deux beaux éléments manquants dans le tableau: l'image de ma grand-mère ainsi que celle d'un superbe cheval blanc. Ces images évoquent des éléments de résilience de mon histoire à garder en mémoire.
- Et finalement, ajoutant cette image de petite branche cassée dans un bel arbre solide à ma banque d'images, pour me rappeler de mettre de la perspective dans mes perceptions.

*Je vois le potentiel de croissance dans les rêves,
Possibilités de déploiement sans pareil
Grâce au cerveau droit qui la nuit prend la relève,
Nous sort de nos cadres, indique le chemin, conseille.*

L'IMPORTANCE D'APPRÉCIER ET D'HONORER NOS RÊVES

Un vieil adage chinois dit: «J'ai vu en rêve un millier de nouveaux sentiers... Je me suis éveillé et me suis mis à marcher sur mon chemin habituel.»

Comment construire un pont accessible, utile, entre nos rêves et la réalité? Pour l'établir et le traverser, il me semble primordial d'apprécier et d'honorer nos rêves. Imaginez un client qui a des

prises de conscience incroyables grâce aux séances de psychothérapie avec nous. Mais ce client ne change rien dans sa vie, il ne tient pas compte de ce qu'il découvre en thérapie et ne fait pas le lien avec sa vie active. Par ailleurs, il trouve précieux et fascinant ce qu'il apprend avec nous... En ce qui concerne les rêves, c'est un peu la même chose si rien n'est entrepris concrètement après avoir décodé nos rêves. Pour avancer et utiliser de jour ce que nos rêves nous enseignent la nuit, il est aidant de clarifier les nouvelles options. Pour honorer un rêve, je suggère, à tout le moins, de résumer en une phrase le premier enseignement de ce rêve et de lui trouver une application concrète, si petite soit-elle, pour enrichir notre vie. Il s'agit d'apprécier notre énergie masculine et de passer à une action, tel que démontré par les recherches sur l'efficacité thérapeutique que nous verrons dans un instant. Toutefois, ceci ne veut pas dire de figer le rêve dans un sens définitif. Rien n'empêche de travailler ce rêve plus en profondeur seul ou accompagné, d'y revenir sous différents angles et avec plusieurs approches, ce qui augmente certainement les bénéfices que nous pouvons en retirer.

L.G. Castonguay (cité dans Marciel-Denault, 2009), fait part des résultats de ses recherches des dernières années portant sur les grands facteurs qui, indépendamment des approches, favorisent le changement du client. Cinq indicateurs d'efficacité thérapeutique sont rapportés. Je suis étonnée par la ressemblance avec les gains que l'on peut obtenir en utilisant nos rêves en croissance personnelle. Je les reprends ici un à un et je fais le lien (*en italiques*) avec les avantages du travail proposé sur les rêves.

1- Augmenter l'espoir de son client, face à la capacité de surmonter ses problèmes.

Avec le travail sur les rêves, l'espoir s'accroît par des prises de conscience, des pistes de solutions inspirantes et notre potentiel révélé. Les rêves s'avèrent des alliés constants pour résoudre ou surmonter nos problèmes.

2- Établir et maintenir une bonne alliance thérapeutique pour permettre le développement d'une nouvelle vision de soi ; ce que plusieurs appellent *insight*.

Dans le travail personnel avec les rêves, nous souhaitons maintenir une bonne alliance et un bon contact avec soi, parfaire une bonne estime de soi par une attitude de bienveillance envers soi. Les rêves nous apportent avec justesse et congruence des éclairages nouveaux sous forme de recadrages et de métaphores exceptionnels sur ce que nous sommes. Ils favorisent ainsi la connaissance de notre monde interne. En Gestalt, nous pourrions dire que les rêves augmentent notre présence à soi. Ne sommes-nous pas avec nous-mêmes, dans notre plus longue relation thérapeutique à vie ?

3- Permettre au client de s'engager dans des nouvelles façons de se comporter qui soient positives et correctrices. En effet, le client doit faire plus que d'acquiescer une nouvelle compréhension de soi et du monde qui l'entoure ; il doit aussi affronter ses peurs et se comporter de façon différente avec les gens.

Ceci souligne l'importance d'honorer nos rêves, en faisant l'effort de leur trouver une application concrète, une action positive dans notre vie éveillée. Les rêves mettent en évidence nos situations inachevées, permettent d'assouplir nos représentations de soi et des autres, nous montrent notre potentiel et nous encouragent à nous conduire autrement, à sortir des cadres habituels. Le travail sur les rêves permet le développement et l'intégration des nouveaux circuits neuronaux qui conduisent à des ajustements créateurs. Il nous guide vers des nouvelles façons d'agir. En Gestalt, cela correspond à l'action du cycle de contact. Il s'agit de cette mobilisation qui rend possible la mise en application dans le réel d'un ajustement un peu plus créateur avec soi-même et l'environnement. La plupart du temps, ce sont ces expériences qui, peu à peu, permettent au Self de s'intégrer davantage et lui donnent un contact plus fluide avec l'environnement.

4- La thérapie doit permettre un apprentissage continu.

Les rêves fournissent cet apprentissage continu. Ils sont là, toujours prêts à nous livrer leurs messages, à offrir de nouvelles options, à nous inspirer à plus de créativité et à nous guider vers notre vrai soi.

5- Fournir au client les outils qui lui permettront de s'adapter si ses problèmes réapparaissent dans le futur.

Les rêves sont présents avec constance, persistant même parfois à travers un rêve récurrent ou un cauchemar. Les rêves conseillent sur mesure le rêveur, avec leur pouvoir autoguérisseur et leur sagesse.

J'ai proposé un outil de croissance personnelle qui utilise des capacités que nous avons déjà développées. Cela ne demande que des rêves, du papier, un crayon ou un ordinateur portable, patience et entraînement pour honorer nos rêves. Cet outil peut être un complément à une psychothérapie ou une mobilisation de travail sur soi entre les séances. Par ailleurs, nous ne sommes pas toujours en psychothérapie, nous n'avons pas toujours une personne qualifiée ou un groupe d'étude des rêves à notre disposition. Les rêves sont si riches, pourquoi ne pas mettre nos connaissances en psychologie à notre service pour les décoder ? Bien sûr, les partager, les travailler avec d'autres, nous permet d'aller plus loin dans l'approfondissement.

D'autres approches apportent une vision complémentaire ou élargissent notre vision sur nos rêves. Dernièrement, lors d'un atelier Rêves et Art, créé et co-animé avec une collègue psychologue artiste, Hélène Lamoureux, nous avons été fascinées de voir la

richesse créative du cerveau droit se mettre à contribution pour venir bonifier la traduction du rêve. Jung favorisait ce genre de travail et il l'a beaucoup défriché. Une psychologue contemporaine, Janine Corbeil (2006), sans le nommer en termes neuropsychologiques, l'enseigne depuis plusieurs années. Il y a bon nombre d'approches, à nous de voir ce qui nous attire, nous convient et jusqu'à quel point nous sommes prêts à nous investir dans l'aventure onirique.

*Mon but: nous donner le goût de les honorer,
De cueillir dans nos rêves une part de leur richesse
Qu'ils nous inspirent à plus de créativité,
Qu'ils nous apprennent, qui sait, à vivre de leur sagesse.*

CONCLUSION

Pour conclure ce voyage à travers les rêves, trois points principaux sont à retenir.

- Premièrement, les rêves ont maintenant des bases neuroscientifiques mieux étayées. Grâce au développement des nouvelles technologies, particulièrement celle de l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, aux recherches dans les neurosciences affectives, entre autres sur la plasticité cérébrale, sur le rôle et le fonctionnement des mémoires implicite et explicite et grâce aussi à l'application en neuropsychothérapie des concepts de régulation affective et de *mentalisation*, enjeux fondamentaux dans le développement de l'humain, tout un chemin a été parcouru. Si la tendance se maintient, l'avenir s'annonce plus que prometteur.
- Deuxièmement, dans cet article, j'ai présenté une approche de développement personnel par le travail sur nos rêves en lien avec la PGRO: le cycle autothérapeutique. Faisant appel aux habiletés et compétences que nous possédons déjà en tant que thérapeute, une expérimentation vous est proposée. Les rêves illustrent métaphoriquement les impasses, les dilemmes de contact et les forces du rêveur dans plusieurs champs expérientiels. Puis ils nous offrent des recadrages, des pistes de solutions et d'inspiration. Par une régulation affective et une *mentalisation* dans une herméneutique du soi, le travail sur les rêves contribue au développement de nouveaux circuits neuronaux et nous guide vers l'intégration de ceux-ci par des nouvelles options créatives et adaptatives.

- Il importe d'honorer nos rêves, de suivre leurs traces, d'utiliser le jour ce qu'ils nous enseignent la nuit. Un exemple de travail sur un rêve avec l'approche proposée vous est rapporté. Les rêves peuvent être des répétitions créatives d'événements passés pouvant induire des avenir plus adaptatifs comme le soulignent Rossi et Rossi (2008). Nos rêves nous offrent parfois une échappée de lumière vers le futur et avec une intégrité, une créativité et une sagesse remarquables; ils sont une grande source d'inspiration; à nous d'y puiser. L'appréciation de nos rêves offre des ouvertures vers une plus grande individuation et une plus grande intégration de notre Self ainsi qu'une meilleure connaissance de soi. Les rêves sont un soutien disponible et sur mesure pour notre croissance; ils nous donnent des indices et des réponses à nos difficultés, ils sont un guérisseur naturel en nous.

Le rêve est un pilote fantaisiste, il nous conduit en oscillant facilement entre les mondes du yin et du yang, entre nos polarités, entre le présent, le passé, et le futur. Profitons du voyage, imaginons toutes ces aventures que nous ne ferions pas autrement. Le rêve est un vernissage éphémère de tableaux ignorés, une exposition évanescence de talents cachés, de parties manquantes, d'options nouvelles, bref une occasion qui revient chaque nuit de se guérir, de mieux se connaître et d'évoluer.

Cycle autothérapeutique, une des clés des songes ?

Venu de rencontres par lesquelles ma vue s'allonge :

Conrad, Gilles, Line, Georges, Janine, L'IASD³, Marie,

Mes groupes de rêves, collègues ami(e)s, un grand MERCI.

Références

- Corbeil, J. (2006). Une incursion dans un univers merveilleux : l'exploration du rêve et de l'imaginaire suivant les théories gestaltistes et jungiennes. *Revue québécoise de Gestalt*, 9, 121-146.
- Cozolino, L. J. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. New York: Norton.
- Cyr, J. (2006). Si je pense, est-ce que je suis? Considérations théoriques et cliniques à propos du processus de mentalisation chez le trouble de personnalité limite et applications à la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO). *Revue québécoise de Gestalt*, 9, 35-61.

³ International Association for the Study of Dreams

- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2006). *Dimensions neurodynamiques de la psychothérapie des Troubles de la personnalité*. Communication présentée au Congrès de l'Ordre des psychologues du Québec.
- Delisle, G. (2007). Une neurodynamique du Self en relation thérapeutique. *Revue québécoise de Gestalt*, 10, 111-139.
- Delisle, G. (2008). *Attachement et relations d'objet : aspects neurodéveloppementaux et implications pour la psychothérapie*. Document pédagogique du CIG.
- Delisle, G., & Girard, L. (2010). *Le G en PGRO. Émergence*, 20 (2), 7-9.
- Faraday, A. (1974). *The dream game: discover yourself through your dreams*. Harmondsworth: Penguin.
- Freud, S. (1900). *Die Traumdeutung, Gesammelte Werke II-III (L'Interprétation des rêves*, trad. I. Meyerson, éd. revue par D. Berger, P.U.F., Paris, 1967).
- Garfield, P. (1974). *Creative dreaming*. Toronto: Random House.
- Garfield, P. (2009). Lors d'une conférence donnée à Chicago au congrès annuel de l'IASD (International Association for the Study of Dreams).
- Gendlin, E. T. (1986). *Let your body interpret your dreams*. Wilmette, IL: Chiron.
- Gordon, D. (2008). *L'éveil spirituel par le rêve*. Varennes: Éd. AdA. Traduction: Normande Poirier.
- 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, J. (2006). *De l'autre côté du Miroir*. Outremont: Les Éditions Québecor.
- Hoss, R. (2005). *Dream language: Self understanding through imagery and color*. Innersource.
- Jung, C. G. (2006). *L'analyse des rêves: Notes du Séminaire de 1928-1930*, Tomes 1 et 2. Traduction Jean Pierre Cahen. Paris: Albin Michel.
- Marcil-Denault, É. (2009). La psychothérapie: quels sont les indicateurs d'efficacité? *Psychologie Québec*, 26 (5), 22-25.
- Moss, R. (2009). *The secret history of dreaming*. Novato: New World Library.
- Perls, F. S. (1972). *Rêves et existence en Gestalt thérapie*. Paris: Éditions EPI.
- Perls, F. S., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy. Excitement and growth in the human personality*. New York: Julian Press.
- Quintard, G.-H. (2003). *C.G. Jung et G. Delisle: Psychologie analytique et psychothérapie du lien*. Mémoire du 3^e cycle en Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO).

- Rossi, E. L., & Rossi, K. L. (2008). *La nouvelle approche neuroscientifique de la psychothérapie, de l'hypnose thérapeutique et de la réadaptation: Un dialogue créatif avec nos gènes*. Traduction française sous la direction du Dr. Claude Virot. Los Osos, CA: Milton H. Erickson Institute of the California Central Coast. www.ernestrossi.com
- Sartre, J. P. (1943). *L'être et le néant: essai d'ontologie phénoménologique*. Paris: Gallimard.
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal: Les Éditions du CIG. Traduit de l'anglais par le Groupe NeuROgestalt.
- Seltermann, D. & Drigotas, S. (2009). Attachment Styles and Emotional Content, Stress, and Conflict in Dreams of Romantic Partners. *Dreaming*, 19 (3), 135-151.
- Ullman, M. & Zimmerman, N. (1979). *Working with dreams*. New York: Delacorte Press/Eleanor Friede.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris: Gallimard.

Abstract

With the help of dreamwork, this article leads the readers to an integration of both their cerebral hemispheres. In a Right Brain mode, the author invites us – if we so wish – to experiment traveling in our dreams, suggesting a few guiding questions. A Left Brain section is then devoted to an overview of the documentation coming from multiple fields and pertaining to the process of change through dreamwork. The author describes the development of the neuroscientific foundations of dreams and afterwards presents a new approach for working on one's dreams with the help of what she calls the auto-therapeutic cycle, which is inspired by the *Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO)* model and by the concepts of affective regulation and mentalization. The last section of the article enhances the importance of honouring our dreams; it ends with an example of an actual dreamwork. The author invites us to use, during the day, the teachings of our dreams at night.

Identité professionnelle et formation des thérapeutes

Pour une identité résolument humaniste

Marc-Simon DROUIN

Résumé

L'objectif de cet article est de mettre en lumière l'importance que devraient avoir le cadre et l'orientation théorique dans le développement de l'identité professionnelle des thérapeutes. À une époque où plusieurs semblent suggérer que les trois grandes orientations théoriques devraient céder le pas à une seule grande théorie intégrative de la psychothérapie basée sur les découvertes des neurosciences et la validation empirique de la psychothérapie, l'auteur affirme la pertinence de maintenir l'existence d'un cadre théorique résolument humaniste dans la pratique de la psychothérapie. Il présente les postulats de base de ce cadre à la lumière des plus récentes découvertes.

L'univers de la psychothérapie traverse en ce moment une période particulièrement fertile. D'une part, les neurosciences jettent un éclairage nouveau sur les processus actifs en thérapie. Elles permettent de suivre à la trace les processus de changement ainsi que les substrats neurologiques impliqués dans le travail de cure. D'autre part, les recherches sur l'efficacité de la psychothérapie et les données probantes mettent en évidence un ensemble de stratégies et de techniques thérapeutiques qui ont démontré leur utilité dans le processus de guérison des clients. Malgré le fait que les résultats de ces recherches sont souvent beaucoup plus mitigés qu'on voudrait bien nous le faire croire (Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004; Norcross, Beutler, & Levant, 2006) quant à la validation empirique de certains modèles ou techniques, ces données semblent nous diriger vers un avenir prescriptif de l'application de la psychothérapie. Pour un problème donné, on pourrait prescrire un traitement spécifique préférablement à toute autre forme d'intervention. Il semblerait donc qu'un thérapeute n'aurait qu'à apprendre une batterie de stratégies d'interventions en lien avec des troubles mentaux spécifiques pour pouvoir pratiquer la psychothérapie. On est en droit de se demander quel est l'avenir de la

théorie dans un environnement où la preuve empirique et scientifique semble tenir le haut du pavé. En effet, sommes-nous arrivés à une époque où les trois grandes orientations théoriques devraient faire place à une seule grande théorie intégrative de la psychothérapie basée sur les découvertes des neurosciences et la validation empirique de la psychothérapie? Rien n'est moins sûr ou, à tout le moins, rien ne nous met à l'abri d'écueils et raccourcis douteux que pourrait générer une telle entreprise.

Cet article propose une réflexion sur la place du cadre théorique (la formation à une orientation théorique particulière) dans la formation des thérapeutes. Dans un premier temps, nous nous pencherons sur certains enjeux de la formation des thérapeutes. Nous tenterons, par la suite, de faire ressortir la complexité de la tâche d'intégrer les récentes découvertes des neurosciences et des données probantes aux modèles déjà existants de même qu'à notre façon de les enseigner. Nous explorerons également l'impact de la recherche sur le développement des thérapeutes en illustrant leur parcours *développemental* et l'importance que prennent le cadre et l'orientation théorique au cours de ce développement. Ce parcours nous permettra de conclure à la nécessité de continuer de former les thérapeutes à diverses approches théoriques. La psychologie humaniste et la Gestalt-thérapie semblent posséder des caractéristiques qui nous incitent à croire qu'elles méritent d'avoir leur place au sein des programmes de formation en psychologie. Il importe toutefois de bien saisir les fondements de ces approches. La dernière partie de cet article présentera les postulats de base sur lesquels repose toute approche humaniste. Nous explorerons la façon dont la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) les intègre à son modèle thérapeutique. Les données empiriques, tout en proposant un nouvel éclairage, constituent un appui important en faveur de la validité de ces postulats dont il y a lieu de se réjouir.

LA FORMATION DES THÉRAPEUTES

Dans la grande majorité des universités où sont offerts des programmes de formation en psychologie clinique, les futurs thérapeutes doivent faire le choix d'une orientation théorique spécifique dès le début de leur programme d'études supérieures. Dans la meilleure des situations, les étudiants peuvent choisir entre les trois grands modèles de psychothérapies: psychodynamique, cognitivo-comportemental et humaniste. Dans bien des cas, toutefois, seulement deux programmes sont offerts, car plusieurs universités ont malheureusement abandonné l'approche humaniste au profit des deux autres modèles. Les raisons de cet abandon sont multiples

(Lecomte & Drouin 2007), mais la psychologie humaniste continue, fort heureusement, à faire partie intégrante de plusieurs programmes de formation importants.

Les modèles enseignés doivent, en général, répondre aux critères identifiés par Mahrer (1989) permettant d'établir leur validité en tant que système complet de psychothérapie.

Nous reconnaissons donc, tout comme Mahrer, qu'un modèle de psychothérapie est valable et complet lorsqu'il comprend :

- Une théorie de l'être humain issue de postulats philosophiques fondamentaux et d'une élaboration exhaustive du fonctionnement psychique et de la psychopathologie.
- Une théorie de la psychothérapie qui permette de concrétiser sur le plan clinique les principes émanant de cette théorie de l'être humain.
- Un ensemble de procédures opératoires spécifiques et concrètes (techniques spécifiques).

Les étudiants devront donc apprendre les caractéristiques propres à chacun de ces niveaux de réalité, présents dans le modèle qu'ils auront choisi. Ils auront ainsi plusieurs années pour approfondir leur connaissance théorique et pratique de ce modèle, tout en étant sensibilisés aux autres approches et aux données issues de la recherche.

Nous observons toutefois une tendance marquée de la part des universités, en lien avec les exigences des ordres professionnels, à vouloir uniformiser la formation des thérapeutes dès le début de leur parcours d'études supérieures. Plusieurs suggèrent aux étudiants un tronc commun de formation ne faisant appel qu'aux données empiriques en dehors de toute orientation ou considérations théoriques. Les étudiants deviendraient donc des spécialistes de la connaissance « pure et dure » en psychothérapie. Nous y voyons une menace à la pluralité des points de vue sur le fonctionnement psychique, pluralité qui nous semble pourtant essentielle pour rendre compte de la complexité du fonctionnement psychique, et nécessaire afin de pouvoir offrir une intervention ajustée de façon spécifique à chaque client.

S'il existe, à ce jour encore, plusieurs points de vue théoriques, c'est qu'ils correspondent à diverses visions du fonctionnement psychique qui traduisent bien des sensibilités différentes. Chaque théoricien a développé un modèle qui rejoint sa vision du monde, mais également ses préférences personnelles qui sont le reflet de préoccupations particulières dans la vie et les difficultés de nos clients. Ce n'est probablement pas pour rien que Freud fut à ce point sensible aux enjeux sexuels refoulés, que Kohut se soit

intéressé au narcissisme, Kernberg à l'agressivité et Perls au contact. Il existe plusieurs théories, mais aucune ne peut prétendre à la vérité absolue. Comme le mentionne Jager (2003), ce sont des fables, des histoires qui aident à donner un sens à l'expérience de nos clients. Cette prise de signification permet de sortir de l'état de confusion qui est souvent à l'origine de la détresse vécue par nos clients. Le sens doit toutefois être créé à deux et conserver son aspect idiosyncratique, la théorie n'étant là que comme repère inspirant mais nécessaire.

Comment pouvons-nous conserver cette pluralité de points de vue tout en mettant en place une formation uniforme pour tous les étudiants? De plus, les étudiants en formation sont confrontés à une difficulté de taille, soit de pouvoir concilier leur apprentissage d'un modèle théorique de la psychothérapie avec les données issues, d'une part, des neurosciences et, d'autre part, de la recherche empirique sur la psychothérapie.

LES CONNAISSANCES ISSUES DES NEUROSCIENCES

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, les recherches en neurosciences appliquées à l'univers spécifique de la psychothérapie ont grandement contribué à la compréhension des mécanismes de changement actifs dans le processus thérapeutique (Cozolino, 2002; Schore, 2008; Stern, 2003). Ces recherches ont notamment mis en évidence l'importance d'une communication non verbale de cerveau droit à cerveau droit et son impact sur la régulation affective de nos clients. Nous comprenons maintenant beaucoup mieux ce qui se passe pour nos clients lors du processus thérapeutique et quelles sont les conditions nécessaires au changement. Nous comprenons également beaucoup mieux l'importance de la régulation affective au niveau *développemental* et son impact sur le développement éventuel des pathologies de la personnalité (Schore, 2008).

Nous nous retrouvons devant une quantité phénoménale de données; ces dernières nous semblent parfois de bien peu d'utilité dans notre travail clinique avec un client spécifique. À défaut de pouvoir suivre, à l'aide d'électrodes, ce qui se passe dans la tête et les réseaux neuronaux de nos clients, nous devons faire appel à un autre type de connaissance du contact, de l'espace intersubjectif et de la réalité spécifique de chacun d'entre eux.

À titre d'exemple, Schore insiste sur l'importance de l'empathie dans la régulation affective. Les résultats de ses recherches nous permettent de comprendre l'impact d'une intervention empathique sur la capacité du client à réguler adéquatement ses affects en thérapie, en visant la construction de nouveaux schèmes affectifs.

Ces découvertes sont majeures et aident le clinicien à adopter une posture beaucoup plus adéquate et à être sensible à de nouvelles dimensions de l'expérience du client. Toutefois, aussi riches soient-elles, ces découvertes ne précisent pas quelles sont les dimensions spécifiques de l'expérience du client auxquelles le thérapeute doit s'attarder. Malgré le fait que l'importance de l'empathie soit démontrée par plusieurs auteurs, les résultats de leurs recherches ne nous disent pas avec quelle partie de l'expérience du client il nous faut démontrer cette empathie. À défaut d'avoir un accès immédiat aux structures neuronales en cause, nous devons nous référer à nos connaissances théoriques pour en avoir une idée.

Loin de vouloir minimiser ou douter de l'importance que devrait avoir ce bagage riche de connaissances dans la formation de nos thérapeutes, il nous semble que la formation théorique doive tout de même être au cœur de la formation des étudiants aux trois niveaux identifiés plus tôt (Mahrer, 1989). Les neurosciences informent, mais ne sont pas encore identitaires. Elles ne proposent pas encore de cadre à l'intérieur duquel on peut organiser les informations qu'elles nous livrent. On le sent bien dans le besoin de parler de neurogestalt ou de neuropsychanalyse. À notre connaissance, il n'y a pas encore d'appellation neurothérapie cognitivo-comportementale d'origine contrôlée, mais l'influence des neurosciences cognitives est, depuis longtemps, manifeste à l'intérieur de ce modèle.

LES CONNAISSANCES ISSUES DE LA RECHERCHE EMPIRIQUE

La recherche empirique offre également une quantité impressionnante de résultats sur l'efficacité de divers traitements pour un grand nombre de troubles mentaux. Certaines formes d'intervention reçoivent ainsi un appui empirique important. Malgré les critiques majeures que l'on peut adresser à ces recherches (Drouin, 2008; Norcross et al., 2006; Wampold, 2006; Westen, 2006), un psychothérapeute en formation se doit d'intégrer ces résultats à son apprentissage de la psychothérapie.

Toutefois, les résultats qui émanent des recherches sur l'efficacité de la psychothérapie font rarement le lien direct avec une approche théorique particulière. On démontre l'efficacité de techniques sans toutefois faire appel aux justifications théoriques sous-jacentes. Paradoxalement, ce sont les traitements bien ancrés dans une orientation théorique définie qui reçoivent le sceau d'une validation empirique. À titre d'exemple, on remarque que ce n'est pas la désensibilisation systématique qui se voit validée dans le

traitement des phobies, mais bien le traitement cognitivo-comportemental de la phobie. Il y a déjà là un écart important entre ce qui semble avoir été validé et la connaissance spécifique d'un modèle théorique avec toutes ses implications cliniques et épistémologiques.

De plus, nous remarquons que la recherche empirique sur l'efficacité de la psychothérapie nous renvoie davantage à un mode prescriptif plutôt qu'à un souci d'intégration de la connaissance sur l'efficacité thérapeutique. Nous nous dirigeons dangereusement vers un mode de fonctionnement où, pour un problème donné, il existe une façon de faire spécifique sans pour autant avoir une connaissance intégrée de l'être humain. Nous nous retrouvons, encore ici, devant une atomisation de l'expérience humaine sans l'existence d'un ensemble intégré auquel rattacher nos connaissances.

Les clients risquent de se retrouver devant des spécialistes de problématiques spécifiques, mais incapables de dégager une vision intégrée du fonctionnement psychique humain. Nous pouvons faire un parallèle avec le monde médical qui devient de plus en plus spécialisé, mais où la prise en charge d'un patient par un généraliste ayant une vision globale de son dossier du patient est nécessaire, quoique de plus en plus rare et, en conséquence, de moins en moins accessible. Cela nous rappelle la frustration que l'on peut éprouver face à un spécialiste qui ne peut nous donner une vision globale de notre santé. «Moi monsieur, je m'occupe du genou, pas du dos» même si les deux ont la fâcheuse habitude d'être en interrelation.

Encore une fois, nous réitérons que l'apprentissage d'un modèle théorique cohérent doit demeurer au centre de la formation des thérapeutes. La formation et le développement de l'identité d'un thérapeute est toutefois un parcours complexe qui, à notre avis, ne peut se limiter à l'apprentissage d'un seul modèle, aussi riche et complet soit-il.

LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

Le développement professionnel est un domaine de recherche très important à l'heure actuelle (Lecomte et al., 2004; Orlinsky & Ronnestad, 2005; Skovholt & Ronnestad, 1992). Que nous apprend-il au sujet de l'identité professionnelle en regard de l'orientation théorique et du développement de l'identité en général?

Si nous croyons, comme nous le verrons, que la phénoménologie est au cœur de l'expérience humaine, il faut donc tenir compte du

besoin d'organiser l'information inhérent à toute expérience. Ce besoin d'organisation est présent chez les thérapeutes en formation aussi bien qu'en chacun de nous dans notre contact avec l'environnement. Il est primordial, pour les thérapeutes, de posséder un cadre à l'intérieur duquel construire une identité professionnelle. Ce cadre servira de réceptacle pour les informations qui seront acquises en cours de formation. Il se doit donc d'être à la fois cohérent et souple pour permettre l'assimilation et l'accommodation d'une quantité impressionnante d'informations issues de diverses sources.

Comme nous le mentionnions plus tôt, le développement professionnel ne se limite pas à l'acquisition d'un modèle théorique. Selon Skovholt et Ronnestad (1992, 2003), il s'agit d'un processus complexe qui se déploie par stades successifs. À chaque stade de développement correspondent des apprentissages qui entraînent une réorganisation de l'expérience subjective de la compétence et de l'identité selon un processus d'assimilation et d'accommodation (expansion-contraction selon Lecomte). Ces stades ne doivent pas être considérés de façon rigide, mais bien comme des grandes phases *développementales* qui semblent être vécues par un grand nombre de thérapeutes (recherche qualitative auprès de plusieurs centaines de thérapeutes).

Le premier stade que décrivent ces auteurs est celui d'un étudiant gradué. Ce dernier est à la fois anxieux et enthousiaste face à sa formation. Il est en quête de certitude et de techniques d'intervention spécifiques. Kohut (1971) identifiait le besoin d'idéalisation comme étant l'un des plus importants du développement psychique. Ce premier stade de développement des thérapeutes suscite une réactivation importante de ce besoin dans la sphère professionnelle. Le thérapeute débutant veut, bien sûr, intégrer un nouveau cadre théorique, mais à travers des modèles inspirants. Rappelons-nous que nous avons été attirés par une pensée, mais aussi par ceux qui la portaient. Il y a donc début d'assimilation d'un modèle théorique, non sans le risque d'introjection et d'utilisation rigide du modèle.

Le deuxième stade recouvre les cinq premières années de pratique suite aux études universitaires. Ce stade est caractérisé par une tentative d'autonomisation du thérapeute. Il n'essaie plus d'imiter ou de suivre l'influence de ses maîtres. Par ailleurs, il se découvre souvent inadéquat et insuffisamment formé. Les théories ne sont plus suffisantes pour comprendre la complexité humaine. Il s'agit d'une phase qui peut être vécue avec difficulté par bien des thérapeutes.

Le stade suivant (autour de dix années de pratique) est caractérisé par une recherche d'authenticité professionnelle. Le thérapeute recherche avant tout une cohérence. Il développe son propre style d'intervention et cherche dorénavant des théories et des techniques qui sont en harmonie avec sa personnalité. Cette recherche est encore bien souvent cartésienne, mais on y voit une tentative de personnalisation beaucoup plus marquée que dans les stades précédents. Le thérapeute découvre sa complexité. Il ressent davantage de satisfaction et d'ouverture face à la nouveauté. Il fait preuve de plus d'humilité et de flexibilité. Le recours à un modèle rigide n'est plus de mise. Il recherche moins l'approbation de ses clients pour se sentir adéquat.

Au prochain stade (entre vingt et trente années de pratique), le thérapeute développe une démarche encore plus individualisée ainsi qu'une quête plus poussée d'authenticité et de créativité. Il est davantage conscient de l'importance de sa singularité comme personne et comme thérapeute. Il est aussi conscient de l'importance de sa subjectivité. Il s'engage dans un processus continu de conscience réflexive de soi. Le thérapeute vise à s'actualiser et à utiliser ses ressources. Il manifeste une ouverture face aux différents modèles qui sont cohérents avec sa propre subjectivité et son identité. Aux stades précédents, les nouveaux modèles sont souvent envisagés avec méfiance ou encore annexés au fur et à mesure au modèle que le thérapeute possède déjà avec des transpositions souvent douteuses, sinon épistémologiquement inappropriées.

Après trente ou quarante années de pratique, les thérapeutes se caractérisent par une grande acceptation d'eux-mêmes. Ils se sentent enfin capables d'assumer pleinement qui ils sont. Ils sont porteurs d'une sagesse accumulée; ils sont davantage conscients et capables d'utiliser leurs expériences de vie personnelle de façon intégrée à leur pratique. Ils font une utilisation plus occasionnelle des théories. Ils sont conscients de la complexité du changement. Ils font preuve de modestie; leurs clients deviennent leur plus grande source d'apprentissage.

Plusieurs événements ou caractéristiques personnelles peuvent cependant entraver ce développement caractéristique des thérapeutes compétents (Bordeleau, Drouin, & Séguin, 2009).

Nous voyons donc, tout au cours de ce développement, le passage d'une pratique axée sur l'acquisition de techniques et de certitudes à une pratique qui arrive progressivement à l'intégration des aspects personnels et professionnels. Pour Lecomte et ses collaborateurs (Lecomte et al., 2004), la voie royale d'une pratique professionnelle fondée sur l'authenticité et l'individuation n'est pas l'acquisition d'un savoir théorique, mais bien le développement

de la conscience réflexive de soi. Il semble donc que le parcours professionnel des thérapeutes implique un rapport avec les modèles théoriques qui s'amenuise au profit d'une intégration des diverses dimensions du Self des thérapeutes par le développement de la conscience réflexive de soi.

Doit-on pour autant conclure qu'il faille renoncer aux modèles théoriques dans la formation des thérapeutes pour se centrer uniquement sur la conscience réflexive? À notre avis, il serait abusif et, jusqu'à un certain point, nuisible à la formation des thérapeutes de procéder ainsi. Nous croyons qu'une attention beaucoup plus prononcée devrait être mise au développement de la conscience réflexive des thérapeutes en formation sans pour autant renoncer à l'acquisition d'un modèle théorique cohérent.

Importance du modèle théorique

Comme nous le mentionnions, la théorie aide à organiser l'information qu'on recueille en un tout cohérent et à donner un sens à nos observations cliniques. Il ne faut pas, par contre, devenir prisonnier de cette organisation d'information qui peut devenir rigide et au service de la cohésion de sens, mais cela au détriment de l'expérience idiosyncratique du client. Nous devons rester ouverts à la multitude de sens sans pour autant que la cohérence de la vision et du travail clinique deviennent éclatés. Il ne s'agit pas de prêter un serment d'allégeance à une théorie, mais plutôt de se reconnaître dans des fondements théoriques qui proposent une vision de l'être humain congruente avec nos convictions profondes.

L'étude du développement des thérapeutes, de même que les résultats de recherche en neurosciences ainsi que sur l'efficacité de la psychothérapie, semblent confirmer que la connaissance d'un modèle théorique, aussi riche soit-il, ne permet pas une compréhension suffisante de la psyché humaine et des processus thérapeutiques. Nous devons également éviter le piège de vouloir à tout prix que nos intuitions se voient confirmées par les neurosciences et ne retenir que les aspects qui nous conviennent, ainsi que celui de vouloir que notre théorie unique et supposément universelle du fonctionnement psychique et du travail thérapeutique soit confirmée de façon incomplète, et à la limite du malhonnête, par un regard incomplet et biaisé sur ce que nous apportent les neurosciences.

En ce sens, nous croyons fermement que les modèles mixtes, tels que la PGRO de Delisle (1998, 2004), et l'*Emotion Focused Therapy* de Greenberg (2002), pour ne nommer que ceux-là, sont ceux qui sont susceptibles de permettre une intégration à la fois de contenus théoriques riches et de résultats issus des recherches

empiriques (Beutler & Castonguay, 2006). En effet, en faisant appel à des théories diverses et épistémologiquement compatibles, ces modèles permettent ce type singulier d'intégration.

LES POSTULATS DE BASE DE LA PSYCHOLOGIE HUMANISTE

Face à cet immense foisonnement d'informations complexes et diverses, certains peuvent éprouver une grande difficulté à retrouver l'essence de leur identité de psychologue humaniste. Il nous apparaît donc important de réaffirmer certains postulats fondamentaux de cette orientation qui nous est chère. Ces postulats doivent être régulièrement révisés à la lueur des nouveaux développements; il est cependant important de reconnaître que ces postulats se trouvent grandement validés par les découvertes des neurosciences. Il existe, bien sûr, plusieurs modèles de psychothérapie humaniste, mais ils partagent tous les mêmes postulats de base.

1- Approche phénoménologique

Les approches humanistes sont toutes des approches phénoménologiques. Dans chacune de ces approches, la subjectivité du sujet a préséance sur la réalité objective. Aux positions fondées sur le positivisme scientifique, le matérialisme et l'objectivisme, les psychothérapies humanistes opposèrent une revalorisation du sujet de l'expérience en mettant en relief la position phénoménologique. L'objet d'étude devient donc l'expérience subjective, tant consciente qu'inconsciente, de la personne. La seule réalité que peut connaître directement l'être humain est ce qui se passe dans sa propre expérience, constamment en changement. C'est en créant des réseaux subjectifs de signification cohérents que la personne construit son modèle de la réalité et choisit ses modes d'action. Ce n'est qu'en reconnaissant le caractère unique et distinctif de la conscience humaine et la perception subjective de la réalité de chaque personne que les thérapeutes humanistes espèrent la comprendre et l'aider à se comprendre. Appliquée au processus thérapeutique, cette perspective implique de considérer le client comme l'expert de sa propre expérience. S'engage alors un processus d'exploration et de découverte unique au client, facilité par un thérapeute guidé par des principes d'autodétermination et de liberté de choix au lieu d'un processus centré sur l'interprétation ou la modification de comportement ou de cognition identifiés et jugés inadéquats. Parce que le client possède un regard unique sur son expérience interne, il est soutenu et encouragé à identifier et à symboliser celle-ci.

La PGRO reconnaît le caractère idiosyncratique de l'expérience du client. Malgré le caractère interprétatif de certaines interventions, Delisle (2004) insiste que le travail de reconnaissance implique une coconstruction du sens de l'expérience du client. Le client n'est donc pas la cible des interprétations savantes du thérapeute, mais plutôt un participant actif qui profite de l'éclairage du thérapeute. Cet éclairage prend toutefois sa source dans le lien singulier qui se noue avec chacun des clients.

2- Conception holistique de la personne

Les approches humanistes ont une conception holistique de la personne. Il existe une interrelation entre les diverses composantes de la personne et il est aberrant de vouloir en isoler certaines composantes. Il serait donc incohérent pour un thérapeute d'orientation humaniste de vouloir travailler sur un symptôme isolé sans tenir compte du sens de ce symptôme dans le fonctionnement global de la personne. Cette notion rejoint la vision, chère à la PGRO, de la personnalité en tant que système psycho-immuno-métabolique de l'individu, c'est-à-dire l'équivalent psychologique des systèmes immunitaire et métabolique. En ce sens, son fonctionnement global doit être pris en considération dans le travail thérapeutique. De plus, Schore (2008) insiste sur l'importance des dimensions non verbales de la communication chez des clients souffrant de pathologies de la personnalité. Le déficit au niveau de la *mentalisation*, et donc de la communication explicite, rend essentielle la prise en compte de l'ensemble des canaux de communications qu'utilise un client pour nous dire sa souffrance.

3- La tendance actualisante

Les approches humanistes postulent l'existence d'une tendance actualisante. La tendance à la croissance et au développement de soi, c'est-à-dire cette motivation fondamentale vers l'accomplissement est un postulat central pour les psychothérapies humanistes. Vouloir se maintenir et se développer est un processus sans fin pour tout individu. Loin d'être naïve, cette tendance au développement est d'abord une tendance biologique de survie et de recherche de satisfaction de besoins dans un environnement complexe, qui implique adaptation et changement.

Cette tendance s'inscrit dans un processus dialectique entre un organisme et un environnement qui sont tous les deux en changement continu (Bohart, 1995). Maintenir un sens de cohérence et de bien-être tout en assimilant constamment de

nouvelles données entraîne un processus de réorganisation et d'expansion. Ce développement s'articule en termes de différenciation et d'intégration pour faciliter une flexibilité adaptative.

De plus en plus d'auteurs humanistes contemporains (Bohart, 1995; Greenberg, Rice, & Elliott, 1993) utilisent les concepts d'assimilation et d'accommodation de Piaget pour décrire ces processus de changement. Le processus d'assimilation est défini comme l'intégration et l'élaboration d'expériences nouvelles dans des schèmes psychologiques connus et existants, alors que l'accommodation correspond au processus de modification de ces schèmes face à des expériences nouvelles. Ces processus fonctionnent en tandem et entraînent des réorganisations des schèmes existants.

C'est par ce processus continu que la personne développe, précise, articule et intègre ses potentialités, et déploie une organisation schématique dynamique de plus en plus complexe et mieux adaptée à sa compréhension de soi et du monde et à son adaptation. Pour s'actualiser, cette tendance nécessite un environnement relationnel facilitant. Un des buts des approches humanistes est justement d'offrir les conditions relationnelles nécessaires pour soutenir cette tendance naturelle à la croissance et au développement, et des conditions pour créer un climat de sécurité psychologique assurant la cohérence afin que se déploie un processus d'exploration et de développement.

Toutefois, les récentes recherches et théories issues des neurosciences invitent les humanistes à une révision du postulat de la tendance à la croissance et au développement. Une conceptualisation plus fine et nuancée de la pathologie et du changement à la lumière de ces propositions théoriques a d'ailleurs été réalisée par Greenberg et al. (1993). Au-delà d'une perspective structurelle de la conscience du nié et du déformé, il devient alors possible d'articuler un processus du fonctionnement, du dysfonctionnement et du changement centré sur la facilitation de la synthèses de nouvelles significations à partir d'expériences incorporées et senties. Face au flot continu d'expériences, la tendance à l'autorégulation de schèmes organisés d'expériences est une tendance humaine inhérente dès la naissance. Cette fonction de maintien est en tension avec la tendance aussi structurelle à découvrir, à se développer. C'est un peu dans ce sens que plusieurs humanistes (Greenberg et al., 1993) ont récemment proposé de reconsidérer la tendance actualisante comme la tendance à développer des structures intégrées qui se différencient constamment. Voilà comment s'articule de plus en plus, chez plusieurs auteurs et chercheurs

humanistes, le processus de la tendance au développement (Bohart, 1995 ; Greenberg et al., 1993).

La PGRO, quant à elle, voit le processus thérapeutique en tant que deuxième chance *développementale*. Cette notion de deuxième chance implique nécessairement l'existence d'une énergie psychique qui conduit la personne à tenter de résoudre les impasses de contact qui nuisent à son plein épanouissement. Nous y voyons donc une conception congruente avec la notion de tendance actualisante.

4- La primauté des émotions dans le fonctionnement humain

Les émotions apparaissent en premier dans l'appareil psychique, bien avant les cognitions et les comportements qui leur sont secondaires, non pas en importance, mais en séquence. L'expérience émotionnelle joue ici un rôle central. Les émotions vécues informent la personne et les autres de l'état de son processus d'adaptation et de développement. En ce sens, les émotions sont au service de la tendance à la croissance. En effet, l'organisme humain possède un système biologique adaptatif inhérent d'émotions. Ce système opère à deux niveaux. Un premier offre de l'information essentielle pour guider et résoudre des problèmes cruciaux d'adaptation à l'environnement. Un deuxième vise le processus d'attention à l'expérience émotionnelle pour arriver à une symbolisation utile et pertinente pour guider les choix, l'action et la communication des états internes et des besoins (Greenberg et al., 1993).

L'invitation à faire confiance à son expérience organismique est, en fait, un processus et un concept complexes. Avoir accès à son expérience somatique interne et à son expérience émotionnelle, puis les décoder pour guider ses choix ou actions est un processus complexe exigeant reconnaissance, différenciation et intégration. Face à des expériences d'invalidation multiples, l'expérience émotionnelle n'est plus accessible ou elle est déformée. Un travail relationnel doit s'engager pour redonner à la personne sa liberté expérientielle émotionnelle. L'intégration complexe des réponses émotionnelles différenciées avec ses ressources et ses limites place la personne devant des choix cruciaux. Ces choix conscients de développement et de maintien reposent sur la symbolisation adéquate en harmonie avec l'expérience organismique. Or, la personne qui s'est sentie obligée de nier ou de déformer ses expériences émotionnelles et somatiques pour maintenir sa relation avec des personnes essentielles à sa survie, devient aliénée par rapport à sa propre expérience vécue. La pathologie et les défenses sont conçues

comme des formes et des degrés de non-symbolisation ou de déformation de l'expérience interne.

Les récents développements de la PGRO, qui intègrent à son modèle les découvertes en neurosciences, et plus particulièrement les travaux d'Allan Schore (2008) sur l'importance de la régulation affective dans le développement du psychisme et de la psychopathologie, comportent une reconnaissance de la primauté des émotions dans le fonctionnement humain.

5- L'autodétermination

Les notions de volonté et de liberté de choix sont au cœur de l'expérience humaine. Les individus ont une représentation d'eux-mêmes en tant qu'êtres libres. La tendance au développement devient le but à poursuivre, mais la liberté de choix, l'autodétermination et la volonté de chacun sont les moyens indispensables et incontournables pour y arriver. La résolution des impasses de contact en PGRO est une façon de ramener la possibilité de choix chez les clients. Le thérapeute souhaite les aider à s'affranchir de la reproduction systématique où le choix n'est plus possible.

6- L'idéal de l'authenticité

On réfère ici à une conscience et une acceptation, à l'intérieur de l'individu, de toutes les facettes idiosyncratiques de son expérience (émotions, motivations, cognitions, sensations représentations). En PGRO, cet idéal est voulu, tant pour le client que pour le thérapeute, dans la construction de l'espace thérapeutique.

7- La transcendance de soi

Étant dotés de la conscience de notre propre mort et de la continuité de la vie au-delà de nous, nous pouvons être préoccupés d'aspects importants de la vie qui dépassent notre propre existence. L'autre est important, son bien-être, sa survie, bien au-delà de simples considérations concernant la survie de l'espèce.

8- Approches centrées sur la personne

Les approches humanistes sont toutes des approches centrées sur la personne. Elles partagent une préoccupation pour l'individu singulier au-delà des généralités d'ordre théorique. Au cœur du processus thérapeutique, les humanistes proposent une nouvelle vision de la relation thérapeutique. Au lieu d'un

processus transférentiel caractérisé par des déplacements, des déformations et des projections de relations antérieures, les humanistes préconisent une relation réelle et authentique centrée sur le client et ses ressources, une relation dans laquelle le client se sentira compris, accepté et respecté. Pour les thérapeutes humanistes, le changement thérapeutique est davantage lié à l'expérience relationnelle du client qu'aux techniques les plus sophistiquées et aux explications intellectuelles des patterns relationnels. **C'est à travers une expérience relationnelle nouvelle et réparatrice que le changement s'opère. Plusieurs recherches ont, depuis, confirmé cette hypothèse (Norcross, 2002).**

CONCLUSION

Les résultats de recherche, actuels et à venir, ne devraient menacer en rien notre position humaniste. Comme nous avons pu le constater, l'avènement des neurosciences et des connaissances empiriques nous incite à réviser et accommoder certains de nos postulats, mais il ne nous invite en rien à renoncer à notre identité de thérapeutes humanistes. Au contraire, nos postulats fondamentaux trouvent leur validation dans ces résultats. Nous ne pouvons que souhaiter que la psychologie humaniste retrouve sa place de choix parmi les programmes offerts dans les départements de psychologie. Nous souhaitons également que les programmes de formation des psychologues continuent de promouvoir la pluralité des points de vue et soient très vigilants quant à l'éventualité d'une formation unique et similaire pour tous les étudiants.

Références

- Beutler, L. E., & Castonguay, L. G. (2006). The task force on empirically based principles of therapeutic change. Dans L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Éds), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 3-12). New York: Oxford University Press.
- Bohart, A. C. (1995). The person-centered psychotherapies. Dans A. S. Gurman and S. B. Messer (Éds), *Essential psychotherapies: Theory and practice*. New York: Guilford.
- Bordeleau, V., Drouin, M.-S., & Séguin, M. (2009). *Therapist self-regulatory style: Its impact on reaction to patient suicidal gesture and on professional development*. Communication présentée au Congrès Régional Canadien de la Society for Psychotherapy Research (CA-SPR). Montréal, Qc, Canada.
- Cozolino, L. (2002). *The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social Brain*. New York: Norton.
- 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.
- Drouin, M.-S. (2008). La Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet et les données probantes. *Revue québécoise de Gestalt*, 11, 157-173.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford.
- Jager, B. (2003). *L'inconscient en psychologie humaniste*. Conférence présentée au département de psychologie de l'UQAM.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Lecomte, C., & Drouin, M.-S. (2007). Psychothérapies humanistes. Dans S. Ionescu & A. Blanchet (Éds), *Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie* (pp. 407-435). Paris: PUF.
- 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.
- Mahrer, A. R. (1989). *The integration of psychotherapies*. New York: Human Sciences Press.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Éds). (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Orlinsky, D. E., & Ronnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal: Les Éditions du CIG. Traduit de l'anglais par le Groupe NeuROgestalt.
- Skovholt, T. M., & Ronnestad, M. H. (1992). *The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development*. Oxford, England: Wiley.
- Skovholt, T. M., & Ronnestad, M. H. (2003). The Hope and Promise of Career Life-Span Counselor and Therapist Development. *Journal of Career Development*, 30 (1), 1-3.
- Stern, D. (2003). *Le moment présent en psychothérapie: Un monde dans un grain de sable*. Paris: Odile Jacob.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: LEA.
- Wampold, B. E. (2006). The psychotherapist. Dans J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. L. Levant (Éds), *Evidence based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 200-208). Washington, DC: American Psychological Association Press.

Westen, D. I. (2006). Patients and treatments in clinical trials are not adequately representative of clinical practice. Dans L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Éds), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 161-170). New York: Oxford University Press.

Abstract

The aim of this article is to insist on the the importance of theoretical orientation in the professional development of psychotherapists. In this era when many seem to suggest that the three traditional theoretical orientations should be left aside in the benefit of a new integrative theory based on the empirical data and research in the neurosciences, the author suggests that it is important to maintain a humanistic frame of reference in the practice of psychotherapy. He presents the major themes of humanistic psychotherapies that are enlightened by recent research developments.

Le Programme de développement des compétences en intervention

De la psychothérapie du lien à l'intervention de soutien

Sébastien AUGER

Cet article est un hommage personnel à Line Girard et Gilles Delisle, du Centre d'Intégration Gestaltiste. Merci à Marie Gérin-Lajoie, psychologue, pour ses mots d'encouragement.

Résumé¹

Depuis la désinstitutionnalisation dans le secteur de la santé mentale, les organismes communautaires doivent composer avec des situations complexes. Issus majoritairement de formations collégiales ou universitaires de premier cycle, les intervenants communautaires en santé mentale doivent affronter plusieurs défis relationnels tout en étant exposés à l'impuissance et à l'épuisement. Conscient de l'importance de la formation continue et du soutien des intervenants, le Regroupement des organismes de base en santé mentale des régions 04-17 appuie la mise sur pied d'un Programme de développement des compétences en intervention (DCI) à l'image du modèle du Centre d'Intégration Gestaltiste (CIG) de Montréal. Formateur et responsable du Programme DCI, l'auteur y développe un cadre théorique inspiré de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet, présenté dans une forme adaptée et accessible à l'intervention de soutien. Quelques balises théoriques du Programme DCI sont présentées dans cet article.

INTRODUCTION

Les organismes communautaires en santé mentale (OCSM) doivent composer avec des personnes qui vivent des problématiques complexes et multidimensionnelles, incluant des conflits sociaux importants, une pauvreté tant économique que culturelle et une abondance de comportements autodestructeurs tels que le jeu compulsif, la toxicomanie, l'automutilation, la prostitution, les problèmes judiciaires et les pharmacodépendances et ce, probablement d'une manière plus intensive depuis la dernière grande vague

¹ Bien que les intervenants en milieu communautaire soient majoritairement de sexe féminin, ce texte fait appel au genre masculin pour alléger sa structure.

de désinstitutionalisation psychiatrique vers la fin des années 90. Parfois, ces personnes se trouvent en coupure partielle ou radicale de services, vivant des liens précaires, conflictuels ou instables. Pour certaines d'entre elles, il s'agit d'une rupture sociale totale.

Les intervenants qui oeuvrent dans les OCSM doivent relever d'importants défis tout en étant confrontés au manque de ressources tant humaines que financières et à l'émergence de la pression de l'utilitarisme à court terme déjà présente dans bon nombre d'établissements. Dans ce contexte d'essoufflement, plusieurs intervenants soulignent le manque de concertation clinique, de soutien et de supervision.

Cet article présente le contexte d'émergence du Programme de développement des compétences en intervention (DCI), un projet expérimenté pour la première fois au printemps 2010 auprès de huit intervenantes communautaires provenant majoritairement du secteur de la santé mentale. Il s'agit essentiellement d'un processus de formation continue avec supervision clinique, inspiré tant des moyens didactiques que de la pratique enseignée au Centre d'Intégration Gestaltiste (CIG) de Montréal, mais appliquée à un contexte d'intervention de soutien communautaire.

Préalablement à la description de la première expérience du Programme DCI, le contexte et les défis des OCSM seront explorés, ainsi que les principes de la pratique communautaire.

MISE EN CONTEXTE

Le milieu communautaire en santé mentale

De la psychothérapie privée au centre hospitalier, en passant par les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), bon nombre de services jonchent l'éventail des réponses aux problèmes de santé mentale et à la détresse humaine. Néanmoins, un acteur est parfois négligé: le milieu communautaire. Celui-ci joue un rôle incontournable bien qu'il soit en butte à des défis importants. Depuis ses débuts qui ont vu naître les premiers groupes d'éducation populaire, le milieu communautaire en santé mentale s'est déployé en un réseau organisé et diversifié.

La typologie actuelle des organismes communautaires en santé mentale comprend les groupes d'entraide, les centres de jour, les centres de prévention du suicide, les maisons d'hébergement thérapeutique, les centres de crise, l'hébergement en rupture sociale, les groupes d'accès et soutien au travail ou au logement, les groupes de promotion de la santé mentale, les groupes de défense des droits et les divers types de suivis externes de soutien dans la communauté. «D'une quarantaine au début des années 80, on en

dénombré 430 en 2006-2007 se partageant 23 % des 353 millions \$ accordés aux 3263 OC [organismes communautaires] subventionnés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec » (Grenier & Fleury, 2009, p.101).

Une documentation naissante démontre l'impact positif de la pratique des OCSM et leur contribution aux continuums de services en santé mentale. En plus d'offrir des services ou du moins un certain soutien à des personnes qui n'ont pas nécessairement accès aux établissements, il est démontré que les membres de ces organismes utilisent les services publics d'une manière plus judicieuse. Par exemple, une étude de Burti et al. (2005) mentionne que leurs hospitalisations seraient moins nombreuses et plus brèves.

Depuis la dernière décennie, le milieu communautaire se nuance et s'adapte à son propre contexte; certains de ces organismes autonomes se situent traditionnellement comme une alternative radicale au réseau public, souvent même en réaction aux pratiques adoptées dans les établissements, d'autres comme des partenaires distincts qui offrent des services complémentaires. Ces organismes participent activement aux continuums de services en santé mentale. Une étude de Emerick (1990) concluait que les organismes modérés cherchent à entretenir davantage de relations avec le réseau public que les organismes qualifiés de radicaux.

À ce sujet, Grenier et Fleury (2009) soulignent qu'il existe plusieurs modèles de partenariat entre les OCSM et les établissements, d'une certaine forme de sous-traitance à la position alternative, en passant par différents degrés de complémentarité dans l'offre de services au plan local ou régional. L'autonomie est un enjeu capital qui domine les négociations qui animent les différents types de partenariats.

La pratique communautaire en santé mentale: humanisme, proximité et coopération

La pratique communautaire se veut globale et axée vers une optique de transformation sociale.

Toutes les deux [la personne intervenante et la personne accompagnée] travaillent dans un esprit de collaboration à la recherche de moyens pour l'amélioration de la situation de la personne aidée en se centrant sur le sens qu'elle donne à son expérience et les transformations qu'elle souhaite apporter dans sa vie. (René et al., 2006, p.4).

L'intervention communautaire est un processus relationnel à l'aide duquel la personne peut développer ses compétences, son autonomie, sa conscience de soi et son pouvoir sur sa vie. Le rôle de l'intervenant communautaire consiste essentiellement à favoriser

l'expression des besoins qui émergent chez la personne ou le groupe. Sa démarche le porte à analyser le contexte dans lequel la personne interagit, la qualité de ses relations et les ressources disponibles.

Cette philosophie aux couleurs humanistes consiste également à se percevoir d'abord comme un humain en relation avec un autre humain; deux citoyens égaux en dignité et complémentaires en rôles et en responsabilités, contrairement à la position *expert-client* qui sous-tend et justifie un processus d'évaluation, de réadaptation et de *prescription-conseil*. René et al. (2006), pour le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, soulignent que la pratique est

(...) axée notamment sur l'accueil de la personne dans le respect de ses choix, sur la primauté du lien avec l'autre dans un rapport volontaire et égalitaire, sur la conception globale de l'individu plutôt que sur une vision fragmentaire de celui-ci en termes de besoins et de déficits, sur la capacité à reprendre du pouvoir sur sa vie et sur l'enracinement d'une pratique au coeur de la communauté. (p.3)

L'approche communautaire se traduit directement par des modèles d'intervention de soutien et d'accompagnement. Goldstrom et al. (2006) reconnaissent que les OCSM soutiennent le rétablissement des personnes dans leur globalité, par des services d'aide et de promotion de l'estime de soi, et que le rétablissement est directement lié aux besoins psychosociaux, c'est-à-dire l'acquisition d'un logement, d'un travail ou d'une occupation et d'un réseau social.

La communauté joue un rôle d'égale importance aux caractéristiques de la personne et celles de l'intervenant; il s'agit d'une relation triangulaire. Cette pratique incite une démarche qui « (...) implique trois acteurs fortement interreliés, soit la personne accompagnée, la personne intervenante et la communauté. (...) La communauté représente un lieu de renouvellement des ressources disponibles pour l'accompagnement, mais possède également un potentiel aidant qui doit être reconnu et utilisé ». (René et al., 2006, p.6).

Des intervenants communautaires et des défis

Bien que nous assistions à un début de professionnalisation du secteur communautaire en santé mentale au Québec, la majorité des intervenants est de formation collégiale, notamment les techniciens en travail social (t.t.s.), en éducation spécialisée (t.e.s.) ou en intervention en délinquance (t.i.d.). Nous y trouvons également

des universitaires de premier cycle comme des bacheliers en psychologie ou d'autres disciplines des sciences humaines.

Parmi les principaux défis rencontrés, nous comptons la précarité des emplois, le manque d'avantages sociaux, l'attrait des établissements pour le personnel le mieux qualifié et expérimenté, le roulement des employés, le manque de reconnaissance, les communications insuffisantes entre les établissements, l'isolement, parfois l'épuisement et l'impuissance, et le manque de ressources diverses. « En raison de leurs ressources financières limitées, plusieurs d'entre eux [OCSM] n'offrent pas à leurs employés qualifiés des salaires et des conditions de travail qui favorisent leur rétention. Il en résulte plusieurs départs (...) et une perte d'expertise. » (Grenier & Fleury, 2009, p.117).

Parfois, l'intervenant se trouve dans un isolement clinique à l'image du réseau d'aide de la personne. Il n'est pas rare qu'un individu trouve au sein d'un organisme communautaire sa seule issue : soit il a rejeté le système public parce qu'il y a vécu des expériences décevantes ou souffrantes, soit il s'est fait rejeter par celui-ci. Par exemple, une personne peut se voir refuser l'accès à un service psychologique dans un Centre de santé et de services sociaux (CSSS), une décision justifiée par une présumée insuffisance *d'insight*, un trouble concomitant ou une instabilité géographique selon laquelle l'individu change régulièrement de ville, voire de région. Une personne ayant un trait important d'impulsivité ne possède pas nécessairement la motivation ou la stabilité financière nécessaires à un cheminement en psychothérapie privée avec un professionnel. Dans d'autres situations, les démarches, les délais, les contraintes et les listes d'attente suffisent parfois à dissuader un candidat de recourir à des services spécialisés de 2^e ligne.

L'impuissance et l'épuisement

Poirier (2000) souligne combien la désinstitutionnalisation et l'inégalité dans la distribution régionale des ressources font que les organismes publics et communautaires se trouvent souvent surchargés et confrontés à des personnes qui vivent des problèmes plus sévères. En fait, l'intégration à la communauté souhaitée s'exerce davantage dans une visée de l'intégration aux organismes communautaires, réputés pour leurs valeurs d'entraide, d'accueil, de polyvalence, de tolérance, d'en faire plus avec moins, etc. L'auteur mentionne également que l'éducation professionnelle des intervenants, la formation clinique continue et la supervision constituent dorénavant des mécanismes indispensables aux nouvelles réalités et à la santé mentale des intervenants.

Toujours selon Poirier (2000), l'intervenant au bord de l'épuisement ou de la désillusion peut se transformer malgré lui en *ange cruel*. Dans cette analogie, *l'ange* survole la souffrance des gens avec de bonnes intentions, mais sans toutefois être capable de ressentir la nature de cette misère, d'où sa cruauté. Résultat: l'intervenant confirme sa croyance, son a priori qu'une personne aidée résistante est une *mauvaise cliente*, qu'elle n'est pas suffisamment motivée, qu'elle manipule, qu'elle refuse de se responsabiliser, qu'elle veut *juste* de l'attention ou pire, qu'elle *aime* sa misère.

Le défi de la supervision clinique permet amplement de témoigner des aléas des mouvements motivationnels et des aspirations cliniques des intervenants. Alors qu'il fait face au deuil de *l'intervenant idéal*, à ses vulnérabilités reliées à son développement ou à une forte identification projective, on peut voir l'intervenant perdre sa capacité d'agir et basculer dans un «mode réaction». Il arrive qu'on observe la manifestation clinique de ce type de réaction dans la prescription machinale d'une abondance de techniques, trucs et *restructurations cognitives* et ce, dans un but pourtant défendable de *responsabiliser* la personne souffrante. Contre toute attente, la personne, qui peut avoir l'impression qu'on veut la rééduquer ou qui éprouve des sentiments de révolte ou de honte, réagira parfois en durcissant ses résistances.

Cette réaction vient confirmer la croyance que la personne n'est pas assez motivée, donc une *mauvaise cliente*, ou qu'elle ne veut pas s'aider. En fait,

L'intervenant est très souvent soumis à une pression difficilement tolérable devant le désespoir de ses clients aux prises avec leurs attentes ou leurs expériences d'être à nouveau traumatisés, et leur manières de s'en protéger soit par un retranchement ou un antagonisme émotionnel, relationnel et comportemental. (Lecomte, 2010, p. 5.03).

LA SUPERVISION, LE SOUTIEN ET LA FORMATION

Le milieu communautaire a besoin d'être formé, reconnu et soutenu adéquatement, tout en respectant ses spécificités et son autonomie de pratique. Ce soutien gagne à se développer *par* et *pour* les organismes communautaires afin de concrétiser les solidarités et contribuer aux modèles et aspirations cliniques qui les concernent. Actuellement, les organismes peuvent habituellement bénéficier de formations ponctuelles qui proviennent de leur regroupement respectif, d'une Table régionale d'organismes communautaires (TROC) ou d'une Corporation de développement communautaire (CDC). Cependant, ces formations permettent rarement des processus continus, une supervision clinique appliquée et concrète

et l'intégration des aspects personnels et expérientiels des intervenants. De plus, les restrictions budgétaires constituent une difficulté importante pour l'accès des intervenants communautaires à une diversité de formation.

Dans les modalités de la formation, Lecomte (2010) se montre critique en ce qui concerne les approches prescriptives et standardisées, bien qu'elles réduisent l'ambiguïté et l'incertitude de l'intervention avec des *cas difficiles*. L'intervenant peut s'enliser dans une démarche de recherche de la compétence dans laquelle il sera vulnérable à la honte et à l'isolement, c'est-à-dire en dissimulant graduellement ses difficultés réelles, de l'ordre de la régulation affective. « L'enjeu fondamental consiste peut-être à se demander comment vivre et accompagner la détresse de l'autre dans la complexité et l'incertitude, de façon tolérable » (p. 5.04), dans la recherche du dialogue thérapeutique au cœur même de la démarche d'intervention.

Il ajoute que « (...) la seule exposition à un milieu ou même la pratique d'habiletés sans feedback et sans réflexion ne suffit pas à développer une compétence professionnelle intégrée (...) mais donne souvent l'illusion de la compétence. » (p. 5.05). En ce sens, je propose qu'une démarche constructive et efficace du développement et de l'ajustement de l'intervenant communautaire consiste en un type de supervision favorisant une réflexion sur les modalités d'autorégulation et de régulation interactive (Schore, 2008) tout en intégrant les caractéristiques personnelles et la trajectoire unique de l'intervenant dans son contexte de pratique.

Un programme de formation continue et visant le développement des compétences affective, réflexive et interactive serait d'un apport original et novateur dans le milieu communautaire, s'inspirant du Centre d'Intégration Gestaltiste (CIG) tant dans sa structure de formation qu'au niveau des concepts théoriques explorés. L'intervenant communautaire a besoin de balises théoriques ouvertes et intégratives afin de réfléchir au continuum de la santé et de donner un sens à la complexité de la relation d'aide dans ses dimensions transférentielles et herméneutiques.

LE PROGRAMME DCI INSPIRÉ DU CIG DE MONTRÉAL

Le Programme de développement des compétences en intervention
Chaque région du Québec possède un regroupement d'organismes communautaires en santé mentale. En Mauricie/Centre-du-Québec, le Regroupement des Organismes de Base en Santé Mentale (ROBSM 04-17) rassemble une trentaine d'organismes

organisés en six tables sectorielles (l'hébergement, la prévention du suicide, l'entraide, les associations de parents, l'accès au logement et l'accès au travail). En plus de veiller à la concertation et au développement des dossiers régionaux spécifiques en santé mentale, le regroupement s'investit activement au niveau du développement des outils de gestion, de la pratique communautaire et de la formation.

Au printemps 2009, c'est au sein du ROBSM 04-17 qu'est née l'idée de développer un programme de formation adapté à la réalité communautaire, inspiré du modèle de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO), parfois désignée par l'appellation « psychothérapie du lien », telle qu'enseignée au Centre d'Intégration Gestaltiste de Montréal (Delisle, 1998, 2001). Il s'agit du Programme de développement des compétences en intervention (DCI). S'inspirant directement des préoccupations du CIG, les trois compétences constituent des axes de développement fondamentaux au cœur du Programme DCI. Ces compétences sont exposées aux participants de la manière suivante :

- 1- La compétence affective consiste en la capacité à éprouver un registre large d'affects avec authenticité, maturité, sobriété et nuance, en accordage avec l'expérience affective de l'autre. Il s'agit également de tolérer les affects de l'autre tout en contenant la reproduction des enjeux relationnels dans le lien.
- 2- La compétence réflexive est la capacité d'établir des liens significatifs en recrutant des connaissances diversifiées. Le registre réflexif n'est pas utilisé pour « expliquer », mais bien pour contribuer à un dialogue de création de sens en évolution constante. C'est la capacité de réfléchir à la relation et au contexte pour ensuite en communiquer les éléments constructifs du lien.
- 3- La compétence interactive implique la capacité d'alimenter un dialogue intersubjectif et ajusté à la relation. L'intervenant doit favoriser un espace relationnel où la personne peut développer ses propres compétences, donc son autonomie. L'intervenant aiguisé son habileté à travailler les impasses en assurant une authenticité sobre, teintée d'empathie réparatrice.

Le Programme DCI tente de relever le défi de l'application d'une perspective gestaltiste des Relations d'Objet à un champ de pratique communautaire, explorant les affinités et proposant que la PGRO soit applicable dans d'autres domaines que la psychothérapie, par exemple dans l'intervention de soutien. L'éventail des

concepts proposés regroupe les éléments cruciaux du modèle dont le cycle thérapeutique, le dialogue herméneutique et l'identification projective.

Le deuxième défi est l'exploration et l'intégration de diverses connaissances et pratiques familières aux intervenants communautaires en santé mentale en un tout cohérent, flexible et ouvert. Bien entendu, un troisième défi consiste à offrir une démarche continue et qui intègre la croissance personnelle, la conscience de soi et la supervision clinique. Une particularité du Programme DCI est qu'il s'agit d'une démarche continue en ce sens que l'intervenant pourra s'y inscrire à chaque année. À chaque cycle, le contenu du programme sera adapté aux besoins et aux spécificités exprimées par les participants.

La structure de la démarche offre plusieurs modalités de formation :

- 1- des volets théoriques avec des lectures de textes à la maison et des réflexions de groupe à propos de l'application de ces éléments à l'intervention communautaire dans les contextes qui les concernent ;
- 2- des blocs expérientiels de groupe dans lesquels le formateur intervient auprès d'un participant volontaire devant (et avec) le groupe. Suite à l'intervention, une discussion théorico-clinique est animée à propos de l'intervention afin d'en dégager des pistes réflexives, des observations phénoménologiques et une multiplicité de sens ;
- 3- des *practicums* supervisés qui consistent à diviser le groupe en petites unités au sein desquelles les participants sont invités à intervenir entre eux en la présence d'observateurs et d'un superviseur ;
- 4- des supervisions cliniques où les participants préparent et exposent des études de cas ou des dilemmes cliniques.

Printemps 2010 : la première expérience du Programme DCI

Une première cohorte entreprend l'expérience du Programme DCI au printemps 2010 ; cinq journées étalées de la fin avril jusqu'au début juin, pour un total de trente (30) heures de formation. Il s'agit de huit participantes de formations, d'expériences et de milieux communautaires diversifiés.

La moitié des participantes provient de trois Centres de prévention du suicide, deux participantes proviennent d'une ressource d'hébergement en santé mentale et deux autres travaillent au sein d'un organisme d'éducation populaire et de travail de rue. Voici un

aperçu de l'horaire approximatif et des thèmes abordés lors de ce premier cycle :

Première rencontre : *présentation des participants ; exercice de visualisation (connaissance de soi et pistes réflexives) et introduction à la théorie révisée du Self (selon Delisle, 1998) ; expérientiel de groupe auprès de deux participantes volontaires.*

Deuxième rencontre : *supervision clinique (études de cas) ; introduction au dialogue herméneutique (selon Delisle, 1998) ; présentation d'une grille d'observation du contact ; practicums d'intervention avec supervision.*

Troisième rencontre : *le continuum de l'expérience intersubjective de l'intervenant (selon Lecomte, 2010) et la relation thérapeutique optimale ; poursuite des practicums d'intervention avec supervision.*

Quatrième rencontre : *l'hygiène de vie de l'intervenant ; introduction au concept de l'identification projective (selon Schore, 2008) ; activité de groupe sur les polarités ; expérientiel de groupe auprès de deux participantes volontaires.*

Cinquième rencontre : *supervision clinique (études de cas) ; retour théorique ; discussion sur l'application de certains concepts dans un contexte d'intervention de crise suicidaire ; bilan de la formation ; expérientiel de groupe auprès de deux participantes volontaires ; évaluation de la formation ; exploration des attentes envers un deuxième cycle possible.*

L'intervenant en formation au Programme DCI est invité à porter une attention particulière à divers aspects expérientiels de la relation thérapeutique : (a) à la communication verbale, non verbale, corporelle ainsi qu'au processus dans l'*ici et maintenant* ; (b) à l'émergence et à l'intensité des affects, des besoins, des désirs, des réactions au stress, des fantasmes et des attentes, des variations de la motivation et de l'ambivalence ; (c) au répertoire émotionnel, ses nuances, ses séquences et ses transitions ; (d) aux manifestations de l'autonomie, de la coopération, de la stabilité affective, de la transcendance et de la créativité (Cloninger, 1999, 2004), ainsi qu'aux mécanismes de régulation du contact ; (e) aux représentations de soi, des autres et de la communauté ; (f) aux affinités thématiques du dialogue herméneutique ; (g) aux mouvements de ses propres réactions somatiques, affectives, représentationnelles et comportementales ; (h) aux partenaires externes susceptibles de contribuer à l'accessibilité, à la complémentarité et à la continuité des services en santé mentale.

Évaluation de la première expérience du Programme DCI

L'évaluation de la première promotion du Programme DCI par les participantes s'est effectuée par l'utilisation d'un questionnaire qui devait être remis à la fin de la dernière rencontre. Ce questionnaire débute par une grille d'évaluation de divers aspects de la formation à partir d'une échelle d'appréciation graduée de (-5) à (+5); (0) étant l'indifférence. Le participant devait cocher la case appropriée afin de signifier son appréciation face à l'aspect énoncé.

Les points à évaluer étaient (a) les volets théoriques, (b) les *practicums*, (c) les *expérientiels*, (d) le lieu de la formation, (e) l'horaire et la gestion du temps, (f) la durée du premier cycle, (g) le climat et l'ambiance du groupe, (h) la taille du groupe, (i) l'animation et l'attitude du formateur, (j) la pertinence des réponses du formateur aux questions du groupe et (k) les textes à lire. La compilation finale des résultats est illustrée au tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1
Grille d'évaluation de l'appréciation de la promotion printemps 2010

Échelle d'appréciation	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
a. Les volets théoriques	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5	-
b. Les <i>practicums</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	4
c. Les <i>expérientiels</i>	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	4
d. Le lieu (local)	-	-	-	-	-	-	-	1	5	2	-
e. L'horaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	2
f. La durée	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	4
g. Le climat et l'ambiance	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	3
h. La taille du groupe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4
i. L'animation	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	4
j. Les réponses	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5	1
k. Les textes à lire	-	-	1	-	-	-	1	1	3	2	-

La deuxième section du questionnaire d'évaluation était constituée de questions ouvertes. Les réponses révèlent que la majorité des participantes a apprécié la pertinence et l'efficacité des *practicums* et des blocs *expérientiels*, mais elles auraient préféré davantage de supervision clinique sur des cas provenant de leur contexte de pratique et davantage « d'études de cas » plutôt que des volets théoriques et des textes à lire. À propos de ce volet, l'ensemble exprime avoir besoin d'exemples concrets suivis d'éclairages théoriques pour faire du sens, plutôt que de voir de la théorie brute et de tenter de l'appliquer dans leur pratique par la suite. Néanmoins, la pluralité des moyens didactiques est appréciée. Quelques participantes ne s'attendaient pas à devoir s'impliquer dans la démarche d'une manière « personnelle » lors des *practicums* et des *expérientiels*. Finalement, le groupe souligne de façon générale la pertinence d'un deuxième cycle et exprime le besoin d'aborder davantage le thème de l'intervention de crise ponctuelle auprès des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité.

CONCLUSION

L'expérience du premier groupe du Programme DCI est positive et elle répond à des besoins bien réels des intervenants communautaires en santé mentale : briser l'isolement clinique face à des enjeux relationnels complexes, bénéficier d'un soutien autre que celui dispensé à l'intérieur de son propre organisme et nourrir un cheminement continu et inspirant à propos des compétences affective, réflexive et interactive en intervention. L'efficacité de ce processus semble attribuable à la diversité des moyens didactiques utilisés, alliant la réflexion, la supervision, la pratique et l'expérimentation. En ce sens, nous devons souligner l'apport du Centre d'Intégration Gestaltiste en tant que modèle exportable à d'autres contextes que la formation de professionnels en santé mentale à la psychothérapie transformative de fond. De plus, force est de constater que le cadre théorique de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet offre des clés judicieuses à l'intervention de soutien et à la supervision clinique afin de réfléchir à la relation au cœur de la pratique, délier les impasses relationnelles et aider l'intervenant à préserver son autorégulation affective. Finalement, nous espérons que cette initiative puisse contribuer à la crédibilité du milieu communautaire en santé mentale tout en enrichissant sa pratique.

Références

- Burti, L., Ammadeo, F., Ambrosi, M., Bonetto, C., Cristofalo, D., Ruggeri, M. & Tansella, M. (2005). Does additional care provided by a consumer self-help group improve psychiatric outcome? A study in an Italian community-based psychiatric service. *Community Mental Health Journal*, 41(6), 705-720.
- Cloninger, C. R. (1999). *Personality and psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cloninger, C. R. (2004). *Feeling good: the science of well-being*. New York: Oxford University Press.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2001). *Vers une psychothérapie du lien: Écrits et conférences sur la psychothérapie 1988-2000*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Emerick, R. E. (1990). Self-help groups for former patients: relation with mental health professionals. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(4), 201-407.
- Goldstrom, I. D., Campbell, J., Rogers, J. A., Lambert, D. B., Blacklow, B., Henderson, M. J., & Mandercheid, R. W. (2006). National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer operated services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33 (1), 92-103.
- Grenier, G., & Fleury, M. J. (2009). Les organismes communautaires en santé mentale au Québec. *Revue santé mentale au Québec, Dossier Santé mentale première ligne*, XXXIV (1), 101-126.
- Lecomte, C. (2010). La supervision clinique comme espace de réflexion: une composante essentielle du traitement des personnes dites aux prises avec un trouble de personnalité limite. Dans C. Leclerc (Éd.), *Trouble de personnalité limite et réadaptation, points de vue de différents acteurs, Tome II*, (chapitre 5, pp. 5.01 à 5.60). Saint-Jérôme: Les Éditions Ressources.
- Poirier, M. (2000). La santé mentale des intervenants. *Bulletin Équilibre en tête*, 14(3). Montréal: Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Montréal.
- René, O., Perron, N. et al. (2006). *Balises pour une approche alternative des pratiques de soutien communautaire en santé mentale*. Montréal: Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. Accessible sur le web : http://www.rrasmq.com/publications/Balises_soutien_com_alternatif_2006.pdf
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal: Les Éditions du CIG. Traduit de l'anglais par le Groupe NeuROgestalt.

Abstract

Since deinstitutionalization in the area of mental health, community organizations are faced with complex situations. Community practitioners in mental health are mostly college graduates or university undergraduates. In their work, they face several relational challenges while enduring powerlessness and risk of exhaustion. Recognizing the importance of continued training and support of practitioners, the Coalition of Mental Health Organizations of regions 04-17 supports the establishment of a skill development program inspired by the model developed at the *Centre d'Intégration Gestaltiste* in Montreal. As an instructor and director of the *développement des compétences en intervention* Program, the author is developing a theoretical framework inspired by the *Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO)* model, presented in a form that is adapted and accessible to interventions of support in community services. Some theoretical aspects of the DCI Program are presented in this article.

Causeries et conférences

NDLR: Cette rubrique regroupe quatre textes de causeries ou conférences ayant été présentées durant l'année 2009 lors de la Journée d'étude de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) en juin ou lors du Colloque de l'Association Québécoise de Gestalt en octobre. Les propos énoncés dans ces écrits n'engagent que leurs auteures et ne sont pas nécessairement endossés par la rédaction.

Dans le premier texte intitulé *L'art d'accompagner en périnatalité*, **Louise Lettre** fait part des idées exposées lors de sa présentation au Colloque de l'AQG. Elle décrit une approche de travail avec les parents et les bébés avant et après la naissance.

Le deuxième texte reprend le contenu de l'exposé présenté par **Sylvie Dunn** lors de la Journée d'Étude de la PGRO. Elle y aborde le thème de l'écueil de la dysrégulation affective chez le thérapeute et propose une stratégie pour gérer les situations à risque.

Nous présentons ensuite la conférence d'ouverture du Colloque du 21^e anniversaire de l'AQG prononcée par **Janine Corbeil**. L'auteure y traite de l'histoire de l'AQG, de ses activités et des préoccupations de la communauté gestaltiste québécoise.

La rubrique se termine par la conférence prononcée par **Line Girard** lors de la Journée d'étude de la PGRO. Elle décrit l'approche enseignée au Centre d'Intégration Gestaltiste (CIG), ses racines théoriques et le contenu du programme de formation ainsi que le profil des participants.

L'art d'accompagner affectivement en périnatalité¹

Louise LETTRE

Résumé

L'auteure fait part des idées exposées lors de sa présentation au Colloque de l'AQG en octobre 2009. Elle décrit des méthodes de travail thérapeutique avec les parents et les bébés avant et après la naissance. Il s'agit de la Préparation Affective à la Naissance, du Revécu Affectif à la Naissance et de l'Accompagnement Affectif du Bébé par le Jeu. Elle illustre son propos par des vignettes cliniques.

La Préparation Affective à la Naissance² permet d'accompagner les parents qui attendent un enfant en établissant une relation affective sécurisante avec leur bébé ainsi reconnu comme une personne à part entière. Le Revécu Affectif à la Naissance offre à l'enfant la possibilité d'exprimer son ressenti lors de la grossesse et de la naissance dans une relation d'écoute et de soutien empathiques. L'Accompagnement Affectif du Bébé par le Jeu propose de soutenir, par le biais de jeux psychomoteurs, les besoins de sécurité et d'autonomie de l'enfant pendant sa première année.

La Préparation Affective à la Naissance est pratiquée depuis plus de vingt ans en Belgique alors que l'haptonomie³, dont elle s'inspire, l'est depuis plus de trente ans dans différents pays d'Europe.

LA PRÉPARATION AFFECTIVE À LA NAISSANCE

La Préparation Affective à la Naissance reconnaît le bébé *in utero* comme un être affectif qui recherche le contact. C'est pourquoi elle propose des rencontres entre les deux parents et le bébé dès la 12^e semaine de la grossesse. L'accompagnement comprend alors

1 Causerie présentée par l'auteure au Colloque du 21^e anniversaire de l'Association Québécoise de Gestalt le 31 octobre 2009.

2 La Préparation Affective à la Naissance a été élaborée par la psychologue belge, psychothérapeute psychanalytique, Brigitte Dohmen (Dohmen, 1999; Dohmen & Devriendt-Goldman, 2000; Dohmen, Cerc, & Mispelaere, 2004).

3 L'haptonomie a été élaborée par le hollandais Frans Veldman (1989).

une vingtaine d'heures réparties entre 7 à 10 rencontres prénatales et au moins une rencontre postnatale. Ces rencontres permettent au couple de mettre en place un toucher affectif, fait de présence, de respect et de tendresse, qui invite le bébé sans attente de performance. Les rencontres portent aussi sur des jeux et des bercements, sur la douleur, sur les aspects psychologiques de la grossesse et de l'accouchement, sur les postures d'accouchement, sur l'accueil du bébé et le *portage*⁴ (une façon particulière de tenir le bébé).

La Préparation Affective à la Naissance n'invente rien. Tous les parents font spontanément le geste de mettre les mains sur le ventre de la femme enceinte pour sentir la présence et les mouvements du bébé lorsque la grossesse est bien avancée. Ce mode d'intervention utilise simplement ce qui se fait déjà pour aller, plus tôt, plus loin : être dans la conscience qu'une véritable relation affective peut s'établir entre chacun des parents et le bébé.

Pour le bébé, le fait d'établir ainsi contact avec lui *in utero* a un impact psychologique majeur sur son développement affectif. Il se sent reconnu comme une personne à part entière, ce qui engendre chez lui un sentiment de sécurité de base. Ce sentiment de sécurité prendra tout son sens lors de l'accouchement. Le fait de respecter sa liberté de répondre, s'il le désire et comme il le désire, fait qu'on le confirme comme un être autonome. On lui donne le droit d'être qui il est, et non pas le simple prolongement du désir de ses parents. C'est particulièrement flagrant dans les cas de grossesse multiple où les parents apprennent à bien reconnaître chacun de leurs bébés.

Cette reconnaissance de leur bébé comme étant une personne a permis à certains couples qui vivaient une grossesse à risque de pouvoir sécuriser leur bébé malgré la situation. On a ainsi vu des grossesses arriver à terme, grâce à ce dialogue, en dépit d'un pronostic médical plutôt pessimiste. Lorsque les parents vivent une épreuve pendant la grossesse (deuil, accident, perte d'emploi, etc.), ce contact sécurisant avec le bébé permet de le protéger de l'anxiété ressentie par ses parents.

C'est très impressionnant de réaliser que le bébé différencie le toucher de sa mère de celui de son père de celui de la praticienne, et personnalise sa réponse en conséquence : le bébé peut se déplacer brusquement ou lentement, venir se lover sous la main qui l'invite, s'immobiliser, etc. C'est un moment très émouvant, surtout pour les pères, de se sentir ainsi reconnus par leur enfant.

⁴ Le mot *portage* est employé ici dans un sens inhabituel en français. La rédaction l'accepte néanmoins dans ce contexte.

À chaque fois que Jeanne sent le bébé bouger, elle appelle Pierre. Celui-ci met ses mains sur le ventre de Jeanne et le bébé cesse de bouger. Pierre est déçu, car il perçoit la réponse de son enfant comme « il ne s'intéresse pas à moi » jusqu'à ce qu'il réalise que son toucher et sa présence calment son bébé. L'arrêt de mouvement EST une réponse.

C'est un renforcement positif dans la qualité d'être parent et cela favorise l'attachement, particulièrement dans les situations problématiques. Le dialogue ainsi mis en place entre les parents et le bébé peut aussi permettre au couple de mettre au jour et de travailler certains enjeux de leur relation avant l'arrivée de l'enfant. Luc, enfant, a été victime d'abus sexuel par sa propre mère. Il n'ose établir contact avec sa fille *in utero*. La Préparation Affective à la Naissance lui permettra de clarifier la situation et il pourra aller consulter en thérapie pour approfondir cette problématique.

Le bébé, par la qualité et la quantité de ses mouvements, manifeste son état d'être. Un bébé qui est serein n'a pas les mêmes mouvements qu'un bébé qui est irrité ou inquiet. Les parents apprennent à reconnaître les indices que le bébé leur donne concernant son désir de communiquer et à décoder son langage gestuel comme ils le feront après sa naissance avec les pleurs et les mimiques. Un jour, Jean-Paul contacte son bébé et ne reconnaît pas son « style habituel » de contact. Inquiet, il suggère à sa conjointe d'aller à l'hôpital où l'on constate qu'effectivement le bébé est en difficulté.

Pour la mère, la Préparation Affective à la Naissance lui apprend à ressentir et à exprimer son affectivité dans son corps, à la fois dans sa relation au bébé et à son compagnon.

Marie « pense à » et « visualise » son bébé. La Préparation Affective à la Naissance va l'amener à habiter son corps, à « sentir » la présence de son bébé, à le contacter dans la tendresse. Les bercements vont l'aider à lâcher prise par rapport au contrôle, à faire confiance à son conjoint, à « s'abandonner » et à s'ouvrir. Elle réalisera qu'elle a besoin que le bébé bouge pour la rassurer qu'il est bien vivant. Capable de nommer enfin sa problématique concernant la mort, elle apprendra peu à peu à reconnaître les signes subtils de la vitalité de son enfant.

La maman apprend à entrer dans l'attachement sans être en fusion et à partager le bébé avec le père. Ce n'est pas rare de voir de la compétition entre les parents. Carole a tendance à vouloir « garder son bébé pour elle » et elle invalide le père dans son toucher : « Tu n'as pas le tour. Laisse-moi faire ! » L'accompagnement va permettre de nommer cet enjeu et de le

dépasser en faisant des liens avec son histoire personnelle et sa conception d'une « bonne mère ».

Pour le père, c'est une démarche extrêmement importante parce qu'il a une place réelle, non seulement auprès de sa partenaire, mais aussi auprès de son enfant et cela beaucoup plus tôt dans la grossesse. Il est généralement beaucoup plus motivé à s'investir auprès de l'enfant après la naissance. Cette place qu'il a pendant la grossesse et l'accouchement, il veut la conserver après la naissance du bébé.

À l'accouchement, les parents sont mieux outillés pour maintenir le contact affectif avec leur bébé pendant toute la durée du travail et guider leur bébé dans ses mouvements de naissance.

La mère, tout au long de cette préparation, apprend à développer sa capacité à accoucher. Elle prend son accouchement en main. Elle apprend à modifier sa capacité de réagir à la douleur en développant une attitude d'ouverture avec son partenaire et son bébé. Cela est possible parce qu'elle est soutenue par son compagnon. Toute personne, accompagnée dans une épreuve avec une qualité de présence, développe sa capacité à se dépasser et à traverser la situation en allant puiser à l'intérieur d'elle les ressources pour faire face. Les professionnels de la santé sont là pour assurer la sécurité. Mais si tout se passe normalement, ils n'interviennent pas et c'est le couple qui met son bébé au monde.

Lorsque Catherine a accouché la première fois, elle s'est sentie « seule dans sa bulle ». Aujourd'hui, la Préparation Affective à la Naissance lui permet de s'ouvrir à son conjoint avec qui elle a développé une relation de confiance et d'intimité telle qu'elle peut plus facilement faire face à la douleur tout en restant en contact avec son bébé.

Pendant l'accouchement, les parents s'adressent à leur enfant dont ils connaissent le sexe : « Vas-y Florence. On est avec toi. Tu travailles bien Florence. Ça avance bien. Lâche pas ! » et ainsi de suite. Au moment de la poussée, le médecin est là à dire : « Vas-y Florence. On t'attend Florence. Lâche pas. Tu y es presque. » L'accouchement cesse d'être une expérience de solitude pour le bébé, la mère et le père.

Pour le bébé, la Préparation Affective à la Naissance transforme l'expérience de traumatisme qu'est la naissance. C'est physiquement très exigeant et psychologiquement très angoissant de venir au monde. La plupart du temps, l'enfant est complètement laissé à lui-même. Ou bien la maman est accaparée par la douleur ou bien elle ne sent plus la douleur, par exemple lors d'un accouchement sous péridurale. Dans les deux cas, le risque est le même : ne pas

être en relation avec le bébé. L'accompagnement affectif par les parents vient changer cette situation de deux façons. D'abord, cela sécurise le bébé et le soutient dans son expérience. Il n'est plus seul. En outre, un bébé accompagné est beaucoup plus actif dans ses mouvements de naissance. Le bébé prend sa naissance en charge, il se fait naître. À trois reprises pendant l'accouchement, Jérôme et Josée font face à une complication. À chaque fois, Jérôme et Josée contactent leur bébé par le toucher et le guident. À chaque fois le bébé se « déprend ».

La Préparation Affective à la Naissance permet d'être davantage dans la conscience de tout ce que naître au monde implique pour le bébé. Cela permet aux parents d'être plus présents, plus attentifs, et de développer des moyens pour faire face aux imprévus et diminuer autant que possible les « traumatismes » de la naissance.

Céline se résigne à prendre la péridurale car elle ne tolère plus la douleur. La Préparation Affective à la Naissance va les aider, elle et son conjoint Olivier, à rester en contact avec leur bébé. Épuisée, elle s'endort. Olivier reste en contact avec le bébé. Ce soutien au bébé peut se faire aussi en cas de césarienne ou de complications.

La relation mise en place tout au long de la grossesse entre les parents et l'enfant à naître permet souvent de dénouer une situation complexe (éviter un déclenchement, permettre le retournement du bébé mal positionné) voire d'éviter un drame (l'enfant, mal placé, ne répond pas aux invitations de retournement. On pratique donc une césarienne et l'on se rend compte alors que l'enfant vivait une difficulté particulière : un cordon trop court).

À sa naissance, le bébé est accueilli par ses parents avec présence et tendresse. À travers ce contact, les parents font sentir au bébé qu'il est accueilli dans un monde d'affectivité (par opposition à un monde d'efficacité, de performance et de technologie sans âme), ce qui le confirme dans sa sécurité intérieure.

On observe que ces enfants sont généralement très paisibles au moment de leur naissance. Ce sont des enfants physiquement et psychologiquement détendus. Ils sont physiquement très ouverts et ont peu ou pas d'attitude de repli sur eux-mêmes. Ils sont ouverts au monde, curieux du monde extérieur. Ils ouvrent très vite les yeux. Ils sont présents dans le contact par le regard. Ils n'ont pas peur.

Ce sont des bébés qui s'affirment beaucoup. Ils sont plus toniques, plus actifs au niveau de leur motricité. Ils semblent présenter une maturation neurologique plus grande. Cela se remarque notamment chez les prématurés. Ce sont des nouveaux nés qui peuvent avoir des périodes d'éveil très longues en journée

sans manifester de signe de fatigue. Ce sont des enfants qui ont de grandes facultés d'adaptation. Ils ont une grande présence et sont disponibles à rencontrer les autres.

LE REVÉCU AFFECTIF DE LA NAISSANCE⁵

Nous proposons aux parents de faire vivre un Revécu Affectif de la Naissance à leur bébé et cela le plus tôt possible après l'accouchement.

De la même façon que chacun des parents a besoin d'exprimer ce qu'il a vécu et ressenti, ainsi le bébé a besoin d'exprimer et de ventiler les émotions vécues de son point de vue. Quelles que soient les circonstances de la grossesse et de l'accouchement, on ne sait jamais comment le bébé, lui, a vécu et ressenti les choses. Trop souvent, on dit que « la grossesse et l'accouchement ont bien été » sans s'intéresser au point de vue du bébé, sans même reconnaître qu'il peut avoir un ressenti différent. L'expression de ce ressenti, au sein d'une relation d'écoute et de soutien empathiques, permet la libération des émotions et des tensions et évite qu'elles ne se « cristallisent » en symptômes ou en difficultés de comportement. Cette approche s'inspire des travaux du psychologue américain William Emerson et de son équipe qui, depuis plus de 30 ans, s'intéressent aux traumatismes prénatals et périnatals. Elle porte encore plus loin tout le travail de Françoise Dolto et de sa fille, Catherine.

Étienne, 3 mois, tolère difficilement d'être séparé de sa mère. En même temps, il ne la regarde jamais dans les yeux. Pendant l'accouchement, la mère a reçu une péridurale et s'est endormie. À sa naissance, l'infirmière a laissé Étienne quelques minutes sur le ventre de sa mère puis elle l'a pris pour aller le peser et le laver. Étienne exprimera sa colère et son sentiment d'abandon face à l'absence de sa mère, d'abord lorsqu'elle dormait et ensuite lorsqu'il a été séparé d'elle après sa naissance.

Les bébés ne maîtrisant pas le langage verbal, le rôle de la praticienne en Revécu Affectif de la Naissance est de mettre des mots sur les mimiques, gestuelles et émotions exprimées par le bébé à partir de ce que les parents lui ont raconté de la grossesse et de l'accouchement. Elle donne ainsi l'occasion au bébé de se dégager des tensions en exprimant les émotions figées dans son corps.

Benoît, un mois, commence à s'agiter et à pleurer au moment où ses parents abordent le fait qu'ils avaient décidé de l'avorter. Ils ont finalement annulé le rendez-vous le jour même à deux mois de

⁵ Le Revécu Affectif de Naissance s'inspire des travaux du psychologue américain William Emerson et son équipe (Emerson, 2000).

grossesse. Benoît exprimera sa colère. Un mois plus tard, le thème de l'avortement n'engendre plus de réactions vives. On peut alors travailler son vécu de naissance.

Lucie, dix jours, a eu un accouchement naturel très rapide (quatre heures) accompagnée par la présence affective de ses parents. L'enfant est calme et ne présente pas de difficultés particulières. Pourtant, elle exprimera de la peur, une impression de perdre le contrôle, d'être « emportée », impuissante. Elle alterne ses périodes de « ventilation » avec des périodes de répit où elle nous regarde et sourit. On voit là le fait d'un bébé accompagné. La présence affective des parents lui permet de se sentir en relation, ce qui l'aide à contenir ses émotions. Elle peut ressentir et contenir ses peurs sans entrer en détresse.

Chez les enfants plus vieux et les adultes, le Revécu Affectif de la Naissance favorise la prise de conscience de liens entre des difficultés récurrentes (peurs, anxiété, apathie, agressivité, difficulté à commencer ou à terminer ses projets, problèmes avec l'autorité, etc.) et le vécu lors de sa naissance.

Julien, 15 mois, éprouve de graves difficultés à s'endormir, même de jour. La mère a eu des pertes sanguines en tout début de grossesse, ce qui conduit à l'hypothèse de la perte d'un jumeau. Elle a recommencé à saigner quelques semaines plus tard. Elle appelle son médecin qui lui dit qu'elle fait possiblement une fausse couche et de laisser faire la nature. On est jeudi; le médecin lui demande de l'appeler le lundi au retour de la fin de semaine. La mère, désespérée, va chez sa propre mère où elle dort pendant 36 heures d'affilée. Finalement le lundi, l'examen démontre que la grossesse se déroule bien. La vie reprend comme si de rien n'était. Lorsque tout ce matériel a été verbalisé à l'enfant, les difficultés de sommeil ont disparu. Dormir était associé à la mort (perte du jumeau), possibilité de sa propre mort (risque de fausse couche), et à l'abandon (sommeil de sa mère).

Sébastien, trois ans, éprouve d'énormes difficultés à être séparé de sa mère. L'accouchement a duré 50 heures. La mère, voulant le mieux pour son enfant, s'est acharnée à vouloir accoucher naturellement. Elle a outrepassé ses limites, est entrée en panique et a perdu le contact avec la réalité, donc avec son enfant. En Revécu Affectif de la Naissance, Sébastien nous fait comprendre, par ses mouvements et ses jeux, qu'il aurait préféré naître par césarienne. Le travail du revécu lui permet de réparer son lien d'attachement avec sa mère en créant cette fois-ci un accompagnement et un accueil dans la présence affective.

Josiane, 54 ans, a de la difficulté à faire preuve d'initiative. Elle éprouve beaucoup de peur et d'anxiété. Le revécu de sa naissance fait ressortir qu'elle est née avec deux tours de cordon bien serrés. Elle a enregistré que le fait de bouger la mettait en danger.

Les futurs parents peuvent aussi utiliser le Revécu Affectif de la Naissance comme façon de se préparer avant de donner la vie à leur tour. Le fait d'explorer leur propre histoire les aide à se dégager de leur bagage émotionnel et à se rendre ainsi plus disponibles à la naissance de leur enfant. Chez la mère, cela peut même aider à décristalliser des mémoires corporelles, facilitant son propre accouchement (au lieu de reproduire son expérience).

Caroline accouche d'un premier bébé par césarienne. Son revécu de naissance, soutenu par une thérapie, lui permettra de prendre conscience de sa peur de mourir en donnant naissance. Sa propre mère a fait de graves hémorragies à tous ses accouchements et a frôlé la mort. Elle porte un engramme : accoucher va me faire mourir ! Enceinte à nouveau, elle peut aborder différemment son accouchement.

Le Revécu Affectif de la Naissance peut être tout particulièrement indiqué lorsque le **bébé** ou **l'enfant** présente certains symptômes (sans cause physique connue) comme :

- Pleurs ou agitation du bébé lorsque l'on parle de sa naissance devant lui
- Problèmes de sommeil
- Difficultés lors de l'allaitement
- Pleurs fréquents, intenses et/ou sans fin
- Difficulté à établir un contact visuel
- Difficultés d'attachement
- Naissance difficile
- Réactions intenses au fait d'être touché
- Sensibilités particulières de certaines parties du corps : tête, cou, pieds
- Troubles de l'alimentation
- Agitation
- Difficulté à se détendre
- Peurs, phobies.

L'ACCOMPAGNEMENT AFFECTIF DU BÉBÉ PAR LE JEU PENDANT LA PREMIÈRE ANNÉE⁶

Après la naissance, l'accompagnement affectif de l'enfant se poursuit par le jeu dans des rencontres individuelles ou de groupe au rythme d'une fois par mois jusqu'à la maîtrise de la marche. Cet accompagnement cherche à aider les parents à mieux guider leur enfant en étant davantage à l'écoute de deux de ses grands besoins : des besoins de sécurité, de dépendance, d'être pris en charge (qu'on s'occupe de lui, qu'on fasse des choses à sa place) ; des besoins d'autonomie c'est-à-dire de découvrir et développer son potentiel, de faire des choses par lui-même, mais toujours dans un univers de sécurité et de respect de son rythme.

Dans notre société, nous avons, d'une part, tendance à décourager la satisfaction des besoins de dépendance sous prétexte que cela peut gêner l'enfant. D'autre part, sur le plan de la motricité, tant que le bébé ne se déplace pas seul, on considère qu'il ne sait rien faire et qu'il faut tout faire à sa place, ce qui est tout aussi faux. Du coup, on ne lui permet pas de découvrir et d'exercer son potentiel.

Les besoins de dépendance et d'autonomie sont aussi importants les uns que les autres. Dans l'Accompagnement Affectif du Bébé par le Jeu, les parents apprennent à observer et à discerner les indices de ces deux besoins chez leur enfant. Cela se fait par le biais de jeux psychomoteurs qui permettent aux parents de guider et soutenir leur enfant dans l'acquisition de son autonomie psychomotrice en amenant chez lui la prise de conscience de son corps et de ce qu'il est capable de faire.

Dans l'accompagnement affectif par le jeu, on développe le potentiel du bébé à partir de ses compétences. Le bébé n'est jamais en échec. C'est à partir de ce qu'il cherche à faire ou de ce qu'il fait que je vais le guider. À partir de là où il en est dans son exploration, je vais lui donner un petit coup de pouce pour lui donner la conscience d'une possibilité autre. Je ne lui impose pas les choses qu'il ne sait pas faire ou qui ne l'intéressent pas. Je ne fais pas les choses à sa place. Je ne fais que le guider, lui montrant une possibilité nouvelle.

Le simple *portage* que nous proposons aux parents lors de la Préparation Affective à la Naissance a pour but de faire pour l'enfant ce qu'il n'est pas capable de faire (le porter et le tenir à la verticale) tout en lui laissant trouver son « point d'équilibre » pour qu'il puisse se sentir compétent à porter sa tête.

⁶ L'accompagnement affectif du bébé par le jeu pendant la première année a été élaboré par la psychologue belge, psychothérapeute psychanalytique, Brigitte Dohmen.

Émilie a huit mois. À plat ventre, en appui sur ses mains, elle est attirée vers un objet devant elle. Elle cherche à se traîner et pourtant elle recule. Frustrée, elle pleure de colère. Je vais simplement déposer mes mains sur ses pieds pour lui donner à la fois un appui avec lequel elle pourra faire l'expérience de se pousser pour avancer, mais aussi pour l'aider à prendre conscience de cette partie de son corps. Un peu comme si je lui disais : « Youhou ! Tu as cette partie-là, tes pieds, que tu peux utiliser ».

Il s'agit donc d'accompagner le bébé dans son développement en lui ouvrant le champ des possibilités dans les explorations qu'il a lui-même entreprises. Cet accompagnement, toujours fait dans le respect du rythme de l'enfant, loin de l'emmener vers la performance, a pour objectif de lui permettre de ressentir des sentiments de sécurité de base et de confiance en lui. Cet accompagnement est particulièrement important chez les enfants qui ont développé une peur de se faire mal. Dans une culture où l'on met de moins en moins les bébés sur le ventre, où on les garde assis très longtemps, les enfants peuvent davantage hésiter à prendre le risque de passer de la position assise à celle sur le ventre. Les guider dans l'exploration du mouvement les aide alors à dépasser leur peur, à dépasser leur seuil d'incompétence et à retrouver le plaisir de bouger en découvrant tout un champ de possibilités ouvert grâce à la nouvelle mobilité acquise.

L'observation des difficultés vécues par l'enfant nous aide à déceler la nécessité de faire un Revécu Affectif de la Naissance.

Ainsi, **certains enfants** qui ont vécu une difficulté lors de leur naissance, dans le fait de s'engager et de descendre, peuvent éprouver plus particulièrement des difficultés à passer de la position assise à la position couchée qui implique de « plonger vers l'avant ».

Les enfants ainsi accompagnés dans le respect de leurs besoins de dépendance et d'autonomie deviennent des êtres magnifiques. Ils sont rayonnants, très présents à eux-mêmes. Ils savent très bien ce qu'ils veulent. Ils sont très respectueux des autres et ouverts à la rencontre. Ils n'ont pas besoin d'entrer dans des rapports de pouvoir avec les autres parce qu'ils sont sécurisés, conscients d'eux-mêmes, confiants. Ils n'ont pas besoin d'en imposer aux autres pour prouver leur valeur.

Références

- Dohmen, B. (1999). La préparation affective à la naissance. *Psychorps*, 4 (2), 113-125.
- Dohmen, B., & Devriend-Goldman, C. (2000). À l'aube de la perception et de la pensée chez le bébé. *Psychorps*, 5 (2), 11-32.
- Dohmen, B., Gere, C., & Mispelaere, C. (2004). *Trois fées pour un plaidoyer*. Bruxelles: Éditions Amyris.
- Emerson, W. (2000). *Collected Works 11: The pre and perinatal treatment of children and adults*. Emerson Training Seminars.
- Veldman, F. (1989). *Haptonomie, science de l'affectivité*. Paris: PUF.

Abstract

The author develops the ideas presented at the *Colloque of the AQQ* in October 2009. She describes methods of therapeutic work with parents and babies before and after birth. These methods are called Affective Preparation to Birth, Affective Reliving of Birth and Affective Accompaniment of the Baby through Play (*liberal translation*). She illustrates her presentation with clinical vignettes.

Autorégulation du thérapeute en situation critique¹

Sylvie DUNN

Résumé

Dans cet article, l'auteure reprend le contenu de l'exposé présenté lors de la Journée d'Étude de la PGRO en juin 2009. Elle y aborde le thème de la *dysrégulation affective du thérapeute*, susceptible de survenir lors de ce qu'elle nomme la situation critique en psychothérapie. Elle développe sa pensée concernant une stratégie simple, qui permet au thérapeute *dysrégulé* de retrouver sa capacité de *mentalisation*.

Les approches humanistes, tout autant que la psychologie du Soi et sa position centrale d'intersubjectivité, ont en commun d'accorder une place prépondérante au lien thérapeutique et à l'expérience de soi. La PGRO², quant à elle, élève ces notions au rang de principaux vecteurs de changement, voire de réparation. La qualité du lien est tributaire de la fine conscience de soi du thérapeute et de sa capacité à opérer une saine régulation affective dans le cours normal de sa pratique. S'il est vrai que l'intervention optimale implique que le thérapeute se laisse imprégner par l'expérience subjective du client, il est tout aussi vrai que ce dernier est perméable au ressenti du thérapeute. Les neurosciences nous confirment désormais qu'il y a une influence mutuelle dans le tandem thérapeute-client via l'action du dialogue implicite, émis et capté par leur cerveaux droits (Schoore, 2008). En effet, nous savons qu'une part importante de la relation se joue dans l'implicite et qu'une partie de notre univers intime et secret finit par transparaître et influencer directement le lien thérapeutique. Nous comprenons dès lors que cette méta-communication, tout aussi riche et utile qu'elle soit, n'est pas sans risque, tant pour le client que pour le thérapeute. Ce dernier s'exerce jour après jour à affiner sa sensibilité à l'autre, à s'utiliser comme outil premier d'intervention, afin de répondre aux exigences d'une démarche basée sur la primauté du lien. Par rapport à d'autres approches psychothérapeutiques, où le thérapeute apparaît moins dans la relation en tant que personne

¹ Causerie présentée par l'auteure à la Journée d'Étude de la PGRO en juin 2009.

² Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (Defesle, 1998).

réelle, nos approches humanistes, notamment la PGRO avec son attention particulière au champ 1, c'est-à-dire, à la relation « client-thérapeute-ici-maintenant », peut rendre le thérapeute particulièrement vulnérable à la *dysrégulation* affective, lors de ses incursions dans l'univers psychique de certains clients.

Dans le cadre de nos pratiques, sans doute avons-nous tous déjà vécu de telles situations où, confrontés à une reproduction tissée d'affects puissants, nous sommes atteints de plein fouet et avons le sentiment de perdre nos repères. Je parle ici des situations critiques, qui font planer une menace réelle sur le lien de par la détresse dans laquelle elles précipitent le thérapeute. Lors de ces moments, nous devenons la cible de manifestations virulentes telles l'hostilité, la rage, le mépris, ou sommes témoins d'une désorganisation psychique telle que nous n'arrivons pas à la contenir et nous sommes dépassés par l'ampleur du drame qui se joue, ou devrais-je plutôt dire, se rejoue, sous nos yeux.

Dans ces situations, le thérapeute est à risque d'être happé par la *dysrégulation* du client. En d'autres termes, il peut expérimenter un effondrement momentané mais troublant de sa capacité à *mentaliser*, n'arrivant plus à reconnaître et à donner un sens à ce qu'il éprouve. La circulation fluide entre les hémisphères droit et gauche du cerveau est soudainement entravée. Dominé par l'hémisphère droit, le thérapeute, emporté dans un flot émotionnel tumultueux, n'a alors plus accès à sa compétence réflexive et, encore moins, à sa compétence interactive. Il est envahi. Thérapeute et client sont désaccordés et, à coup sûr, l'intervention en est affectée. Cette expérience peut être vécue à des degrés variables d'inconfort, dépendamment de la gravité de la situation et/ou de la sensibilité particulière du thérapeute au moment des faits. Mais, en tout état de cause, il m'apparaît qu'une telle situation, pour exceptionnelle qu'elle soit, demeure, jusqu'à un certain point, inhérente à la pratique de notre profession, surtout pour ceux d'entre nous qui œuvrent auprès de personnes présentant un trouble sévère de la personnalité. Comprenons donc cela comme un indicateur de la complexité de notre travail et rarement comme un avertissement d'incompétence.

De par mes fonctions de clinicienne et de superviseure, il m'est apparu intéressant de me pencher sur cette détresse particulière et c'est dans cet esprit que j'ai élaboré ce que j'appelle (avec un clin d'œil), ma « stratégie anti-*dysrégulation* ». Elle est constituée de questions simples, une sorte d'aide-mémoire d'éléments de base que chacun de nous connaît, mais auxquels nous avons difficilement accès lorsque la situation devient exagérément complexe. Il s'agit donc d'organiser ces éléments de telle manière que nous puissions

y recourir sans trop de difficulté lors de la situation critique, bien qu'idéalement, il convienne de s'y exercer dès les premiers signes d'un malaise, évitant ainsi l'escalade vers la *dysrégulation* affective. S'il n'est pas infallible, cet exercice aide néanmoins à réorganiser une pensée erratique envahie par l'émotion. Il consiste donc à garder « à portée de cerveau » pourrais-je dire, quatre questions simples auxquelles nous tentons de répondre en cours d'entretien. Chaque question constitue un tremplin vers la suivante, témoignant à chaque étape de la gradation de notre capacité de *mentaliser*.

1. Qu'est-ce que j'éprouve ?

Cette question, si simple qu'elle soit, est essentielle car elle vise à cerner notre affect dominant. Pour y arriver rapidement, il est utile de se souvenir de la notion de système d'activation émotionnelle de Panksepp (1998). En effet, ce chercheur répertorie quatre principaux systèmes d'activation émotionnelle de base se déployant sur une sorte de continuum : plaisir/jouissance, colère/ragé, peur/angoisse, panique/détresse. Comme on peut le voir, on ne s'embarrasse pas ici d'affects subtils tels la vague nostalgie, la douce tristesse, ou les relents de culpabilité, car plus les affects sont subtils, moins nous sommes à risque de *dysrégulation*. En effet, les émotions précédant la situation critique sont généralement vives, primaires et déstabilisantes de par leur intensité. Colère, peur, nervosité frôlant la panique, ou une très grande confusion qui nous remplit de malaise et d'impuissance. Dans tous les cas, il s'agit de cerner et de nommer l'émotion, de prendre le temps de la ressentir, jusqu'à faire naître en nous l'espace interne dont nous avons besoin pour nous en distancier, ne serait-ce que légèrement. Il est souvent utile de prendre le corps à témoin. Notre dialogue intérieur pourrait ressembler à ceci : « Qu'est ce que j'éprouve en ce moment... ? Mon estomac est noué... Mes bras et mes jambes sont tendus comme si je voulais bondir... Je suis très mobilisé, je ressens une grande énergie... J'éprouve un malaise... Cela ressemble à de la colère... Je *pourrais* ressentir de la colère. » Comme on peut le voir, nous tentons d'en arriver à une formulation de plus en plus spécifique et détachée. Par la concentration qu'il demande, cet exercice devient en soi une première borne de sécurité contre un agir irrationnel.

2. Que suis-je en train de faire ?

Si la première question nous a permis de prendre suffisamment de distance par rapport à l'affect, il se peut que la question à poser soit « qu'ai-je envie de faire ? », ce qui signifie que nous ne sommes plus, ou pas encore, tout à fait envahis. Dans tous les cas, la situation critique en est une de grand stress et, tout comme il nous faut reconnaître rapidement ce que l'on éprouve, il nous faut aussi prendre conscience, le plus vite possible, de notre réponse spontanée face au stress de la situation critique. Donc, tout comme nous l'avons fait pour identifier l'affect, nous nous rabattons sur des principes simples pour identifier l'agir. Les réactions spontanées, humaines ou animales, face au grand stress sont connues et étudiées depuis longtemps : lutter, fuir, figer. Nous sommes donc dans un répertoire d'actions simplifiées en concordance avec des affects primaires. Cependant, nous ne sommes pas dans la jungle face à la panthère (bien que parfois nous en ayons l'impression). Donc, que veut dire pour nous, personnes civilisées que nous sommes, ces trois réactions spécifiques ? Comment, dans le calme de nos bureaux feutrés, allons-nous subtilement livrer la bataille, fuir la situation sans en avoir l'air, ou nous figer intérieurement comme si nous avions enclenché le pilotage automatique ? Voyons donc plus attentivement ces trois modes de réaction.

Lutter

Dans toute bataille, le but ultime est de neutraliser l'adversaire, soit parce qu'on a peur devant une menace à notre intégrité, soit parce qu'on est en colère et qu'on éprouve un désir de représailles. En situation critique, l'ennemi à abattre pourrait être non pas le client, mais la reproduction du client car c'est elle qui nous place dans l'inconfort, voire la souffrance. Donc, plutôt que de laisser cette reproduction se déployer, nous luttons en adoptant différentes stratégies subtiles. Par exemple, nous pouvons user de notre autorité pour exiger un arrêt d'agir. Ou encore, nous camper derrière le bouclier du cerveau gauche et attaquer l'affect du client avec l'arme du rationnel, afin de neutraliser la charge émotionnelle qu'il déploie devant nous. Nous pouvons aussi chercher à défendre notre ego malmené en nous justifiant ou en tenant des propos subtilement culpabilisants. Enfin, nous pouvons exercer toutes sortes d'autres manœuvres originales, souvent maquillées par nos habiletés langagières, afin de reprendre au plus vite le contrôle de la situation.

Fuir

Ici, le thérapeute est animé par le désir de quitter le plus rapidement possible le champ expérientiel de la crise, l'enjeu étant toujours de neutraliser la reproduction, mais sur un mode plus évusif qu'agressif. Il s'agit en fait d'un mécanisme de déflexion. Nous plaçons alors nos énergies à rester imperméables aux affects du client. Nous tentons, autant que possible, d'ignorer son hostilité, son mépris, sa détresse ou tout autre affect déstabilisant. Pour y arriver, nous ferons appel à diverses stratégies comme accepter de prendre rapidement un blâme afin de calmer le jeu, se montrer exagérément gentil pour amadouer le client en colère, simplifier une situation complexe pour en finir au plus vite. Bref, tout pour sortir de la tempête et se mettre à l'abri.

Figier

Cette réaction s'apparente à une forme légère de dissociation. On sait que la dissociation survient à la suite d'une activation émotionnelle intense, où il devient impératif de se soustraire au stimulus déplaisant. Sans s'en rendre compte, le thérapeute se réfugie en lui-même, son esprit glissant dans une sorte de limbe, une zone confuse, d'où il lui sera impossible de rester en contact avec lui-même et avec le client. Si nous étions témoins de cette interruption de contact, nous observerions alors un thérapeute passif, figé dans son corps, le visage inexpressif, impénétrable et qui n'est plus en mesure d'intervenir. Nous serions aussi frappés par le contraste entre l'activation émotionnelle intense du client et ce qui apparaît comme la paralysie du thérapeute, comme si ce dernier était momentanément devenu une coquille vide.

Nos modes de réactions spécifiques

Par tempérament, caractère, traits de personnalité ou histoire personnelle, il m'apparaît que, de façon générale, nous privilégions un type de réponse au stress. Cependant, le processus peut être modulé en fonction de la situation et du défi particulier que représente pour le thérapeute une problématique spécifique. Il se peut qu'un thérapeute ait tendance à figer devant l'agression, mais à fuir face à la détresse. Un autre, ayant tendance à engager la lutte devant une charge méprisante, pourrait figer devant la panique du client. Quoiqu'il en soit, l'important est d'accéder à la conscience de soi le plus rapidement et le plus simplement possible en reconnaissant en peu de mots ce qui nous habite, par exemple, « je pourrais actuellement avoir peur et avoir envie de fuir (ou être en train de fuir) », « je pourrais être en colère et avoir envie d'agresser (ou être en train d'agresser) », ou encore, « une partie de moi est

dans la confusion et l'impuissance, sur le point de paralyser (ou tout à fait paralysée) ». Cette deuxième étape de clarification de notre paysage interne ajoute la distance nécessaire pour continuer notre exploration.

3. Qu'est-ce que le client voit de moi présentement?

On sait que, par la perception subliminale, rien de notre malaise n'échappe au cerveau droit du client. Nous connaissons l'importance des fonctions de contact dans la régulation affective. À cet égard, la manière de dire est bien plus signifiante que le contenu du discours. Il importe donc que nous donnions à voir une certaine équanimité, une sérénité certes composée dans un premier temps, mais qui deviendra réelle en la mimant. C'est la vertu du *faire comme si* à laquelle on se laisse prendre. Nous nous demandons alors: « Comment est mon visage? Mon regard est-il vide, hostile, apeuré? Mes sourcils sont-ils froncés? Ma mâchoire est-elle crispée? Comment est ma voix, mon ton, mon débit? Comment est ma posture? Comment est ma respiration? » etc. À mesure que nous procédons à cette revue corporelle, nous sommes attentifs à apporter les correctifs nécessaires et, ce faisant, le calme s'installe, nous sommes en voie de nous réguler et nous reprenons peu à peu possession de notre capacité de *mentaliser*.

4. Dans quel système d'activation émotionnel se trouve mon client et en quoi nos deux systèmes conjugués nous informent-ils sur la reproduction actuelle?

Parvenir à se poser cette quatrième et dernière question signifie avoir surmonté le défi de l'autorégulation affective en situation critique. De fait, il s'agit d'une question qui permet de consolider le processus de *mentalisation* en ce qu'elle amorce une compréhension de la situation non plus en termes de survie affective, mais en termes cliniques, soutenue par un cadre réflexif visant une intervention sécuritaire. Elle permet aussi de normaliser l'expérience du thérapeute ébranlé par la *dysrégulation*, en la recadrant dans la dynamique transférentielle, tenant compte des représentations internes du client, de ses projections, de sa matrice des représentations, de la notion d'identification projective, etc. Ainsi, nous comprenons qu'il peut être normal d'avoir peur si le client manifeste de la rage, ou, tout aussi normal d'éprouver de l'angoisse face à un client présentant une désorganisation psychique majeure. Cette normalisation de la situation et la remise à niveau qu'elle procure a donc un effet *contenant* tant sur le thérapeute que sur le client. Elle couronne le processus d'autorégulation auquel le thérapeute s'est astreint.

CONCLUSION

La marche à suivre que je viens d'exposer devrait, pour être efficace en cours d'entretien, porter ses fruits en quelques minutes, car le temps nous est compté lorsque la situation est critique. Je souligne donc à nouveau l'importance de ne pas attendre d'avoir à s'extraire d'une telle situation, mais plutôt de s'exercer régulièrement, comme en toile de fond de nos interventions, à développer notre capacité d'*awareness*. Plus nous nous y exerçons sur une base régulière, dans le cours normal de nos pratiques, plus nous devenons habiles à court-circuiter rapidement la situation critique, la rendant de plus en plus rare et de moins en moins intense.

Par ailleurs, ce processus nous rappelle que la capacité à accueillir le client dans une reproduction potentiellement génératrice d'une situation critique, est intimement liée à celle de s'accueillir soi-même avec sollicitude, malgré l'émergence d'affects parfois primaires, faisant ainsi preuve de la maturité clinique dont nous avons besoin pour mettre en branle le processus d'autorégulation. Autrement dit, en développant de la sorte sa capacité d'*awareness*, le thérapeute expérimente ce que j'ai déjà décrit comme étant les trois composantes de l'intervention optimale en relation transférentielle et reproductive, soit l'accueil inconditionnel, la maturité et la sollicitude (Dunn, 2005). Mais cette fois, en se les appliquant d'abord à lui-même, il en favorise l'émergence dans le lien, au profit de son client.

Références

- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Dunn, S. (2005). *Le concept d'amour en psychothérapie*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal: Les Éditions du CIG. Traduit de l'anglais par le Groupe NeuROgestalt.

Abstract

This short essay was presented by the author in June 2009 at the *Journée d'Etude de la PCRO*. She discusses the theme of therapist affect dysregulation, which might happen during what she describes as a critical situation in psychotherapy. She develops her thoughts on a simple strategy which she believes will help the dysregulated therapist manage his emotional experience and recover his ability to mentalize.

La Gestalt-thérapie au Québec ou Phénix renaîtra-t-il de ses cendres?¹

Janine CORBEIL

Résumé

Dans cette conférence d'ouverture pour le 21^e Colloque de l'Association Québécoise de Gestalt, j'aimerais revoir avec vous l'histoire de l'AQG, depuis sa naissance en 1988 en passant par ses nombreuses activités que sont ses colloques, ses soupers-causeries, ses tables rondes, son Comité WEB, son bulletin *Émergence*, son Comité scientifique. Dans un deuxième temps, nous jetterons un regard tout spécial sur sa revue, la *Revue québécoise de Gestalt*. Je compte ensuite partager avec vous mes réflexions sur le présent et le futur de la Gestalt-thérapie au Québec. Et enfin, j'aimerais vous énoncer certaines conclusions, parfois paradoxales, auxquelles je suis arrivée.

HISTOIRE DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE GESTALT

INTRODUCTION

Lorsque le CA² a pensé à la préparation de ce colloque, Bernard Rivière, notre président, m'a demandé de vous parler de l'histoire de la Gestalt-thérapie au Québec depuis ses débuts. Comme j'ai déjà écrit à plus d'une reprise cette très belle histoire, il m'a semblé que de la recommencer encore une fois me donnerait l'impression de me répéter alors qu'il devenait beaucoup plus intéressant et opportun pour nous tous, à ce moment de notre histoire, de revenir sur celle de notre association, l'AQG.

J'aimerais dire ici qu'il me fait plaisir de raconter cette histoire à l'occasion de ce 21^e anniversaire de notre association alors que j'ai eu l'occasion de la raconter tant de fois à d'autres, dans des revues étrangères comme le *International Gestalt Journal*, la revue *Gestalt* publiée en France ou dans ce livre *Gestalt around the world* qui devrait être publié bientôt. Pour ce retour sur nous, j'ai consulté les numéros de notre bulletin de nouvelles, *Émergence*, j'ai parcouru nos brochures de colloques ainsi que notre revue, la *Revue québécoise de Gestalt*. Je tiens à mentionner que j'ai eu la collaboration de

¹ Conférence d'ouverture du Colloque du 21^e anniversaire de l'Association Québécoise de Gestalt le 30 octobre 2009.

² Conseil d'administration de l'Association Québécoise de Gestalt.

quelques archivistes comme Danielle Poupard, qui avait compilé la plupart des *Émergences* depuis 1988, et de Jean Gagnon, qui avait conservé, et dans leur ordre chronologique, les dépliants de nos colloques depuis 1989. J'ai vu ainsi défilier nos questionnements et nos intérêts tout au long de ces années. Ces documents témoignent de nos découvertes et interrogations, en somme, de ce que nous avons construit et créé durant ces vingt-et-une années. Une somme de travail et de créativité qui m'impressionne.

Durant tout ce parcours, j'ai eu l'impression de me rendre à une réunion de famille, de ces réunions que l'on organise rarement, où on rencontre des cousins et des cousines dont on entend parler à l'occasion mais qu'on n'a pas revus depuis des lunes. C'était comme de ces photos prises à l'occasion d'une fête et dont on ignorait même l'existence. Tous ces noms de personnes qui ont siégé au CA pendant quelque temps, voire même pendant des années; également, tous ces courts et jolis textes, publiés régulièrement dans *Émergence*, venant de l'un ou l'autre d'entre nous. J'avais d'ailleurs complètement oublié certains d'entre eux que j'avais écrits moi-même. Je parle d'*Émergence*, parce que les écrits produits pour la RQG³, on ne les oublie pas vraiment. C'est autre chose, comme il a toujours été entendu que *Émergence* et la RQG remplissaient chacune des fonctions différentes.

La naissance de l'AQG

Louise Poulin, aidée de Danielle Poupard, a retracé tous nos présidents depuis le début de l'association; ceux-ci et celles-ci semblent s'être fait un plaisir de raconter leur expérience à la présidence du CA, et Louise a pondu un *Émergence* qui contient les photos ainsi que « les pages exquisées » de leurs témoignages. Elle enjolive cette rétrospective d'une métaphore qui est celle de pionniers bâtisseurs qui se découvrent des affinités et construisent ensemble une maison remplie de leurs richesses.

Avant sa création officielle, l'idée de la nécessité d'une association des gestaltistes du Québec avait germé pendant un certain temps. J'ai retrouvé dans mes archives personnelles une lettre datée du 29 juin 1988 où je fais référence à une réunion que nous avons eue au CCHA⁴ en avril 1988, réunion où une trentaine de personnes s'étaient présentées pour répondre à une invitation portant sur la nécessité d'une association pour:

³ *Revue québécoise de Gestalt*

⁴ Centre de Croissance et d'Humanisme Appliqué

- « - le besoin d'un lieu de réflexion et d'échanges par l'écrit et par la parole ;
- le besoin de partage théorique où nous pourrions regarder de plus près les forces et les faiblesses de la Gestalt ;
- le besoin enfin, tout aussi important, de formation continue ».

La conclusion de cette rencontre se résumait à quelque chose comme: Si on veut que la Gestalt survive, il nous faudra nous organiser pour nous donner une identité collective, consolider nos assises théoriques, et voir à une meilleure visibilité professionnelle et sociale. Il nous semblait en effet que la théorie et la pratique de la Gestalt-thérapie, pour demeurer une approche vivante, donc, en mouvement, avaient besoin que nous participions activement à son développement.

L'idée était donc née. À l'automne 1988, il y a eu le Congrès du *Gestalt Journal* qui s'est tenu à Montréal. Le *Gestalt Journal*, comme vous le savez, a été l'ancêtre du *International Gestalt Journal*. Nos cousins de France étaient présents à ce colloque. Plus rompus que nous à la vie associative, ils nous ont donné la piqure finale, celle dont nous avons besoin pour nous mettre enfin en action pour la fondation d'une association. Je dis « enfin », car la Gestalt-thérapie était enseignée au Québec depuis le début des années 1970. Entre-temps, beaucoup d'entre nous étions allés enseigner cette approche en Belgique et en France. Donc, il y eut une réunion post colloque, où je me souviens que nous cherchions des moyens concrets de nous mettre en action dans un avenir très immédiat. Je me souviens de la suggestion de Gilles Delisle que chacun des formateurs fasse un premier don de 50.00\$ comme mise de fonds temporaire pour le démarrage. Je me souviens que Richard Hatto s'était avancé comme bénévole pour assurer un tout début. Il s'avéra finalement que, pour Richard, ce tout début a duré quatre ans.

Les activités de l'AQG

Tel que mentionné en introduction, les activités de notre association sont fort nombreuses et diverses. En plus de nos colloques, soupers causeries, tables rondes, de notre bulletin de nouvelles *Émergence*, d'un Comité WEB, ainsi que d'une revue, la *Revue québécoise de Gestalt* et d'un Comité scientifique, nous avons un Comité d'activités à Montréal et en régions.

Nos colloques

L'activité principale et centrale de l'AQG a indiscutablement été l'organisation de nos colloques. De 1989 à 2009, ils ont été au nombre de vingt.

L'an dernier, l'activité du colloque a fait place à une journée de réflexion sur le thème « La Gestalt aujourd'hui », organisée par Bernard Rivière, alors président de l'AQG. Dans la foulée de cette rencontre, le Comité scientifique en vint à suggérer qu'un sondage soit entrepris auprès des membres dans le but de connaître leurs intérêts et besoins en lien avec l'association. Bernard Rivière et François Campeau ont compilé les résultats de ce sondage et un diaporama, « La Gestalt dans toutes ses polarités » fut présenté aux membres en juin 2009.

Si on jette un regard sur les contenus que les colloques ont abordés, il se dégage un certain nombre de thématiques autour de nos racines, de nos frontières, de la spécificité de nos paramètres philosophiques existentiels/humanistes, de l'évolution de la Gestalt. Il y a aussi des thèmes plus spécifiques à la Gestalt qui reviennent périodiquement comme l'importance du corps en Gestalt, la place de ses dimensions créatrices ; des thèmes comme la famille, le champ social, ont également fait l'objet d'activités.

Nos soupers causeries

Les soupers causeries, à Montréal et en régions, organisés par les Comités d'activités ont répondu à un besoin important si l'on en juge par le taux de participation dont ils ont bénéficié. Ces soupers causeries semblent une des activités préférées de nos membres : les réponses obtenues, lors du sondage organisé par Bernard Rivière et son équipe du dernier CA, en font foi.

Sans prétendre à une liste exhaustive, mentionnons quelques thèmes abordés tout au long de ces soupers causeries. Certains portent sur la relation thérapeutique, sur l'identité du thérapeute, sur la nécessité de notre qualité de vie comme soignants, sur l'amour en psychothérapie.

Nous abordons aussi les enjeux de la vie amoureuse, de la vie de couple, un numéro d'*Émergence* portait aussi sur le système familial. Un autre thème portait sur le lien entre la psychothérapie et la qualité de vie de nos clients. Le thème de la honte inhérente au processus thérapeutique fut également traité. On parle aussi de l'imaginaire en psychothérapie, de l'imaginaire au service du thérapeute.

En parcourant tous ces contenus, il m'est venu l'idée qu'on pourrait brocher ensemble des textes d'*Émergence*, des soupers-causeries, des tables rondes en les regroupant suivant les thématiques qu'ils contiennent. Ces brochures pourraient être à la disposition de nos clients dans nos salles d'attente, voire même servir à publiciser notre approche humaniste et notre vision de la psychothérapie à de plus larges publics.

Notre revue vise un autre type de lecteurs, plus spécialisés, mais ces petites brochures seraient abordables pour un plus large public et répondraient en même temps à une fonction inhérente à notre rôle comme thérapeutes qui est sa dimension éducative. Certains sujets relèvent davantage de notre intérêt comme professionnels. Nos racines théoriques comme gestaltistes, l'avenir de la Gestalt-thérapie, les thérapies de longue durée, etc.

Précisons que tout n'est pas résumé ici; je voulais simplement laisser entrevoir, non seulement notre impressionnante créativité, mais aussi un peu de ce que nous pourrions faire pour la mettre à profit, au service d'un plus large pan de la société en même temps que d'une image de nous, image qui vaut la peine d'être mise au grand jour. Un peu, beaucoup aussi, vous l'aurez compris, pour rendre hommage à toutes ces personnes sans lesquelles rien de tout cela n'aurait existé.

Les tables rondes

Les tables rondes de la Gestalt ont commencé ici avant même l'existence de l'AQG. En 1988, la conférence annuelle du *Gestalt Journal* tenue à Montréal nous offrait une tribune pour nous permettre de nous prononcer publiquement sur l'opportunité de fonder une association qui réunirait les gestaltistes du Québec. Cette table ronde était présentée par Janine Corbeil, Gilles Delisle, Ernest Godin et Oscar Hamel.

La table ronde suivante a été organisée par l'AQG et a eu lieu en 1991. Le premier numéro d'*Émergence* en fait état; il porte sur l'avenir de la Gestalt-thérapie. À cette table ronde, Jean Gagnon, Jean-Pierre Gagnier, Marc Parent et moi-même présentions les ingrédients théoriques et pratiques qui nous semblaient susceptibles d'assurer une consolidation de notre théorie et de notre pratique. Nous parlions du besoin d'une théorie du développement psychique de l'enfant (Corbeil, Gagnon), théorie qui tiendrait compte des observations empiriques que Stern a cumulées sur les nourrissons (Gagnier), de la nécessité de voir ce développement psychique non pas comme un système fermé, mais comme un système ouvert (Corbeil), d'une vision de la psychopathologie

compatible avec nos postulats phénoménologiques et humanistes (Corbeil, Gagnon). Nous présentions une compréhension multidimensionnelle de la relation thérapeutique (Gagnier). Nous parlions de la nécessité comme thérapeutes de n'en avoir jamais terminé avec nos besoins de formation (Parent).

En 1996, la présentation de Jean-Pierre Gagnier avait pour titre: « *Vers une compréhension multidimensionnelle de la relation thérapeutique* »; celle de Janine Corbeil, « *La Gestalt en évolution ou aux frontières de la Gestalt* ». Les thèmes abordés lors de la table ronde de 1996, résumés par Norbert Fournier, reprenaient sensiblement les mêmes propos que celle de 1991, soulignant le besoin de vigilance par rapport à la vitalité de notre approche dont les frontières flexibles permettent des incursions dans d'autres théories et approches. En conclusion, on y insistait, entre autres, sur la nécessité d'assimiler plutôt que d'introjecter tout rond ou de tout simplement juxtaposer les apports théoriques qui nous viennent d'ailleurs.

Entre-temps, il y eut une collaboration avec le *Gestalt Journal* pour leur quinzième conférence annuelle tenue à Montréal en 1992. Organisée de concert avec l'AQG, notre table ronde portait sur la relation thérapeutique de longue durée et avait pour titre « *Psychotherapy and Gestalt Therapy: Movement and Continuity in the Here and Now* ». Janine Corbeil, Gilles Delisle, Jean-Pierre Gagnier, Jean Gagnon étaient les présentateurs, Marie-Claude Denis et Louise Miron, chargées des commentaires, alors que Norbert Fournier agissait comme modérateur (Center for Gestalt Development, 1994).

Une autre table ronde eut lieu en collaboration avec l'organisation du congrès de l'*International Gestalt Journal* en 2002. Cet événement nous a permis de nous joindre comme collectivité québécoise à la communauté internationale pour rendre un hommage collectif émouvant à Miriam Polster, décédée peu de temps auparavant.

Émergence

Émergence est notre bulletin de nouvelles, publié deux fois par année. Il nous résume le contenu des présentations, des colloques, des soupers causeries, nous informe des activités à venir; il offre même des résumés de lecture. Ce bulletin a été et continue d'être une précieuse sauvegarde de notre mémoire collective. Il m'a été indispensable pour vous transmettre une partie de ce que nous avons accompli jusqu'à maintenant.

Notre Site WEB

Il est notre fenêtre ouverte sur la société. Il offre au lecteur désireux de s'informer sur ce qu'est la Gestalt-thérapie une présentation claire de ce qui nous définit, de nos nombreuses activités, ainsi que des personnes responsables des différents programmes. Il a été construit et mis sur pied par Sylvie Leclair qui en a conçu la première version. Richard Fillion et Lyne Sarrasin ont ensuite pris la relève, et pour l'instant, Lyne Sarrasin est seule à la barre.

Le Comité scientifique⁵

La première rencontre de ce qui allait devenir le Comité scientifique (CS) a eu lieu le vendredi 4 mai 2001, au Restaurant Le Caveau, rue Victoria, Montréal. Cette rencontre eut comme instigateur Jorge Vasco qui en a été coordonnateur jusqu'au moment où il a mis sur pied, avec la collaboration de Jean Gagnon, l'IQGT⁶, institut de formation à la théorie et à la pratique de la Gestalt-thérapie. Claire Allard a succédé à Jorge Vasco comme coordonnatrice de ce comité jusqu'à l'automne 2009.

Tout comme le Comité de rédaction de la Revue québécoise de Gestalt, il est à la fois relié au CA de l'AQG et indépendant de ce dernier. La personne présidente de l'AQG y siège d'office.

Dans le but d'explicitier sa fonction au sein de l'AQG, le comité s'est doté d'une structure formelle qu'il a énoncée sous forme de deux rôles : un premier rôle, relatif à l'identité de la Gestalt-thérapie, et un second, comme ressource pour les CA successifs de l'association.

Il se voulait :

- une occasion de rencontrer d'autres formateurs et formatrices,
- une façon de soutenir la création et le partage d'une identité commune,
- un lieu où formateurs et superviseurs trouveraient un espace de réflexion et d'échanges sur leurs projets et leurs préoccupations quant au développement de la théorie et de l'intervention, ceci dans le but d'encourager d'autres membres de l'AQG à se joindre à nous.

⁵ Membres du Comité scientifique 2008-2009 : Claire Allard, coordonnatrice, Bernard Rivière, président de l'AQG, François Chanel, Janine Corbeil, Marie-Claude Denis, Danielle Desbiens, Jean Gagnon, Danielle Poupard, Jorge Vasco.

⁶ Institut québécois de Gestalt-thérapie.

Les fonctions du comité furent ainsi définies :

1. Rôles relatifs à l'identité et à l'évolution de la Gestalt-thérapie

- A. Vigie concernant la place de la Gestalt-thérapie dans le champ des interventions psychologiques et sociales.
- B. Mise en commun des différents modèles gestaltistes.
- C. Réflexion sur l'évolution de la pratique et de la théorie gestaltistes.
- D. Sauvegarde de la mémoire gestaltiste.

2. Rôles de ressources

- A. Le comité peut offrir ponctuellement un avis ou une expertise sur les positions à prendre ou à défendre concernant l'identité de la Gestalt.
- B. Il peut offrir son soutien pour des activités professionnelles organisées par les membres du CA de l'association.
- C. Il peut fournir des suggestions d'activités à l'AQG.

Le CS a ainsi collaboré avec le CA au moment du choix des thématiques abordées lors de certains colloques. Certains d'entre eux ont été marqués par une collaboration plus importante de la part du Comité scientifique.

En 2003, issu des travaux du Comité scientifique et en concertation avec la présidente de l'AQG, Diane Dulude, un forum est proposé à l'AQG sur *La Gestalt et le champ social* pour son colloque de 15^e anniversaire. Sous la présidence de Diane Dulude et l'animation de Marie-Claude Denis, les panelistes, François Chanel, Janine Corbeil, Gilles Delisle, Jean Gagnon et Danielle Poupard, membres du CS, présentent leurs points de vue sur «le champ social», cette dimension inhérente à la notion de contact - à - la - frontière. L'auditoire est nombreux et, dans un deuxième temps, invité à participer à la discussion en prenant place sur «la chaise vide». Ce furent des échanges très vivants où le temps nous a manqué. Ce forum a donné lieu à un numéro thématique de notre *Revue québécoise de Gestalt* (Association Québécoise de Gestalt, 2004).

À une époque où le psychologue est soumis à diverses pressions pour rendre compte de la validité de son approche thérapeutique, nous avons éprouvé le besoin, au Comité scientifique, de prendre publiquement la parole comme représentants de la Gestalt-thérapie. Nous avons présenté un atelier à l'OPQ⁷ au Congrès de 2006.

⁷ Ordre des psychologues du Québec

Cette présentation, issue des réflexions du Comité scientifique, a été une initiative de Claire Allard, François Chanel, Jorge Vasco et moi-même. Le titre en était : « *Efficacité et relation dans le processus thérapeutique : entre validation interne et validation externe* ».

De son côté, Gilles Delisle présentait, au même congrès de l'OPQ, une journée portant sur les « *Dimensions neurodynamiques des troubles de la personnalité* ».

À l'automne 2008, le président de l'AQG, Bernard Rivière et le CA ont organisé une journée de réflexion dont le thème était « *La Gestalt aujourd'hui* ». Cette journée était animée par Marie-Claude Denis. Il y eut, entre les membres de Comité scientifique et l'assistance, une amorce de débat théorique sur les différents courants de la Gestalt au Québec. Suite à cette journée ainsi qu'au constat des difficultés récentes de renouvellement au CA, le Comité scientifique et le président en sont venus à suggérer la tenue d'un sondage auprès des membres de l'association afin de comprendre plus en profondeur leurs besoins actuels par rapport à cette dernière. Un vétérinaire des sondages au Québec, Monsieur Soucy Gagné, psychologue, nous a gracieusement offert son expertise dans les débuts. Nous voulons souligner ici notre reconnaissance à Monsieur Gagné pour sa généreuse contribution.

Le Comité scientifique a également contribué à l'organisation d'une réunion extraordinaire qui eut lieu dans les locaux de l'UQÀM en février 2009 en vue de la préparation du prochain colloque. Sous la présidence de Bernard Rivière, Claire Allard, coordonnatrice du CS, a préparé et animé cette session revigorante pour tous.

Le Comité scientifique a été officiellement dissous à l'automne 2009.

La Revue québécoise de Gestalt

La RQG est née sous l'instigation de quelques personnes dont Marie-Claude Denis, Gilles Delisle, Line Girard, Louise Miron, Richard Hatto, moi-même et sans doute d'autres personnes. Il nous avait semblé important que les auteurs et intervenants gestaltistes québécois aient une tribune pour élaborer leur pensée sur leur pratique, en même temps qu'un lieu de dialogue et de communication de langue française pour les gestaltistes francophones d'ici et d'ailleurs. Il nous apparaissait aussi impérieux que ce véhicule de circulation d'idées qu'offre une revue serve en même temps à nous pousser vers la formulation écrite de nos pensées, de nos intuitions et des images qui nourrissent cette aventure relationnelle unique qu'est l'intervention. Nous souhaitions aussi qu'elle nous amène à

agir sur le langage de notre pratique. Pour reprendre une phrase de Joseph Zinker, citée par Marité Villeneuve dans *Écrits et Achèvements*, (Villeneuve, 2002) : «La richesse du langage vient du raffinement des facultés cognitives et affectives de celui qui les utilise, c'est-à-dire, la façon selon laquelle chacun utilise les analogies et les métaphores pour se décrire lui-même». (p. 61) Marité Villeneuve, qui a donné un tel élan à l'écriture de nos auteurs par ses ateliers d'écriture, et que je cite partiellement ici, ajoutait «Agir sur le langage, c'est toucher l'être dans sa totalité, l'amener à plonger dans ses racines, (...) remanier sa vision du monde, (...) les mots pouvant modeler ou remodeler l'esprit de celui qui les utilise, tel une argile que l'on façonne ». (p. 63)

On sait que les thérapeutes ont tous les jours des intuitions, des hypothèses, des interrogations théoriques qui émergent des dilemmes et conflits de leurs clients. Ils n'ont pas toujours le temps ou ne prennent pas toujours le temps de passer à une forme d'élaboration plus conceptuelle de ces problématiques qui émergent de leur quotidien. C'est à la suite de ces cogitations que prit naissance l'aventure de nos écrits, et dont je veux vous entretenir ici.

Notre revue est donc née en 1992 et a connu quatorze années de publication et autant de numéros.

À l'exception des années 1995, 1996, 2001 et 2009, elle a été publiée annuellement.

Histoire de la RQG

1992 - 2009 : BILAN

Quatorze années de publication (1995, 1996, 2001 et 2009 ne comptent pas de publication). Excluant les résumés de lecture (au nombre d'environ douze ou treize), elle compte cent onze articles répartis sur toutes ces années.⁸

Les auteurs

En excluant les auteurs qui ont publié un seul article (il y en a un peu plus de trente), voici la liste de ceux qui ont publié deux articles ou plus dans la Revue québécoise de Gestalt depuis ses débuts: Marie Gérin-Lajoie, Serge Ginger, Nicole Hébert, Louise Miron, Michelle Rinfret, Gisèle Robert, Jean-Marie Robine, François Chanel, Diane Duguay, Jean-Pierre Gagnier, Jean Gagnon,

⁸ La liste des responsables de la direction et des Comités de rédaction de la revue est présentée en Annexe I.

Line Girard, Jorge Vasco, Gilles Delisle, Marité Villeneuve, Marie-Claude Denis, Marc-Simon Drouin, Danielle Poupard, Janine Corbeil.

Si l'on pense aux ressources futures pour l'avenir de la *RQG*,

- il faut compter au nombre de nos auteurs potentiels ceux qui ont aussi publié ailleurs.
- il faut aussi solliciter ceux qui se sont jetés à l'eau une première fois, les encourager à revenir, car c'est toujours la première fois qui est la plus difficile.
- de plus, souhaitons que Marité continue de recevoir des nouveaux candidats à ses ateliers d'écriture, soupçonnant que ces personnes y reçoivent la piqure qui fera qu'elles ne pourront plus arrêter d'écrire et que nous profiterons de cette manne qui viendra de là.

Cependant, parlons encore un peu de notre passé. Soulignons que Marité Villeneuve a eu un apport important à l'écriture dans notre revue par ses ateliers d'écriture.

Mentionnons en passant ses deux derniers livres, *Je veux rentrer chez-moi* (Villeneuve, 2005), témoignage émouvant sur le vécu d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer de même que sur celui de son entourage. Autre publication, *Des pas sur la page* (Villeneuve, 2007), voyage à l'intérieur d'un processus d'écriture nourri par une histoire d'intériorité.

Contenu des articles

Le contenu des articles publiés dans notre revue est présenté en annexe. Il s'agit d'un résumé de ce qui sera publié d'ici la fin de 2010 sous le titre *Gestalt around the World*, un livre qui fait le tour d'environ trente pays où se pratique la Gestalt-thérapie. Ce livre est édité par Eleanor O'Leary, d'Australie.

Afin de rendre compte d'une production importante sans se perdre dans une nomenclature pure et simple, il m'a semblé intéressant de regrouper les articles suivant différents thèmes. Cette classification se concentre sur les articles qui se relie à un aspect en particulier de la Gestalt-thérapie; elle néglige par ailleurs certains contenus qui semblaient plus isolés. La présentation se déroule de façon chronologique, c'est-à-dire suivant les années de publication.⁹

⁹ Le regroupement des articles selon les thématiques est présenté suivant un ordre chronologique en Annexe II. Il paraîtra également sur notre site WEB.

LE PRÉSENT ET LE FUTUR DE LA GESTALT-THÉRAPIE

Maintenant que nous avons regardé notre passé, qu'en est-il de notre présent et de notre futur? La Revue québécoise de psychologie publiait en 1999 un numéro sur la psychothérapie humaniste-existentielle au Québec, dont la Gestalt, à travers ceux qui l'ont marquée et construite. Les éditeurs de ce numéro s'interrogeaient sur le déclin de ce courant, victime en quelque sorte de son succès, tout en reconnaissant l'impact de cette troisième force sur la société en général.

Lecomte et Richard soulignaient que «Si la psychologie humaniste semble avoir perdu de la popularité, elle a par ailleurs fortement inspiré les théories traditionnelles où l'on retrouve plusieurs éléments provenant de l'approche humaniste» (Lecomte & Richard, 1999, p.193). Notons les nombreux emprunts à la Gestalt que l'on retrouve dans la plupart des approches rattachées au courant humaniste comme l'Analyse transactionnelle, la Psycho-synthèse, la thérapie de la redécision, etc.

J'ajouterais à cela que la Gestalt, en particulier, a trouvé des champs d'application aussi variés que l'enseignement, la santé, le *coaching*, la sociologie, la psychologie du travail. Elle est enseignée dans la majorité des pays d'Europe, en Russie, en Australie, en Amérique latine, ainsi que dans certains pays d'Asie et d'Afrique.

La trame de nos préoccupations au Québec

En filigrane de nos préoccupations théoriques constantes se dessine toujours plus ou moins une question récurrente, à savoir, l'avenir de la Gestalt, et que faut-il pour assurer sa survie ou, mieux encore, sa vitalité?

Lors de la table ronde de 1991 dont je parlais plus haut, Jean Gagnon dénonçait ce qui lui semblait comme un éclatement de la Gestalt. À la suite de ses observations de colloques tenus aux États-Unis et en France, il nous dressait une typologie de la communauté gestaltiste d'alors. Ses propos furent retranscrits dans *Émergence*. Voici comment la communauté gestaltiste d'alors pouvait se classer selon Jean Gagnon :

- **Les théoriciens de la langue de bois**, praticiens rigoureux de théorie; voient-ils les personnes humaines dont ils parlent, se demandait-il?
- **Les normatifs du bon contact** et des enjeux existentiels, imbus de normes introjectées et qui fonctionnent avec des phrases toutes faites comme: «Il faut assumer sa solitude», ou encore, «c'est ta responsabilité», etc.

- **Les passionnés de l'expérientiel.** Ceux-ci s'alimentent au plaisir, à la chaleur, à l'intensité de leurs participants.
- **Les pragmatiques à tout crin.** Ils se demandent ce qui marche, sont centrés sur le comment faire.

Il y a aussi les **fascinés de l'Autre Approche**. Cette autre approche détiendra LA RÉPONSE à toutes les questions.

Bien entendu, nos polarités se sont quelque peu intégrées depuis ces temps anciens. Nos connaissances ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies. Tel qu'en témoigne le compte rendu de nos écrits depuis les années 1990, ceux-ci ont largement répondu à ce besoin d'étayer nos postulats humanistes de base et notre approche phénoménologique. Dans cette démarche d'écrits sur la Gestalt-thérapie, nous sommes appuyés par les nombreuses revues publiées dans un nombre croissant de pays.

1- Une vision intersubjective du Self processus

Certains concepts essentiellement individualistes hérités des théories traditionnelles traînaient encore plus ou moins dans le bagage de nos postulats implicites. Les écrits de Gordon Wheeler sur le développement du *Soi dans le champ* et sur l'interrelation dynamique entre le champ et l'individu nous ont délivrés des confusions de formulations théoriques quand il s'agit de comprendre les interruptions ou brisures *développementales* chez nos clients. Nous sommes ici dans un monde essentiellement intersubjectif et relationnel, avec un Self action, à la frontière, agissant et modifiant son environnement tout en étant modifié par ce dernier (Wheeler, 2000).

Jean Gagnon, par sa perspective adoptée de la théorie de la complexité d'Edgar Morin, et dans sa théorie de la Prise de forme en relation, confirme et éclaire ainsi Wheeler et Goodman quand il écrit: « En s'adaptant de façon créatrice à son milieu changeant, de situation en situation, l'individu prend forme, se transforme et transforme aussi son milieu humain » (Gagnon, 2006, p. 212).

Par ailleurs, les écrits et recherches de Daniel Stern (2004) sur ce qu'il appelle « l'enfant observé », c'est-à-dire le nourrisson que les méthodes de recherches actuelles permettent d'observer, par opposition à « l'enfant clinique », celui que nous inférons dans nos théories classiques en réfléchissant aux problèmes *développementaux* de nos clients adultes. Ces données sur le monde et le développement intersubjectif du nourrisson viennent consolider la théorie gestaltiste d'un Soi comme étant un processus continu au cours duquel l'individu organise son champ expérientiel. Je réfère ici à l'article de Marion Gillie dont notre revue a publié une traduction.

On sait maintenant que l'être humain est fondamentalement relationnel et ce, dès le début de sa naissance (Gillie, 2003).

Remarquons, de plus, que nous avons remis à l'avant-plan l'importance du champ social dans son interaction avec le psychisme individuel (Association Québécoise de Gestalt, 2004). C'était, de notre part, une tentative de réfléchir sur un aspect essentiel de la théorie gestaltiste qui était là théoriquement, mais assez négligé ou peu alimenté par notre culture individualiste.

L'être humain est donc essentiellement relationnel, en changement et transformation constante dans sa continuité, et ceci, depuis le tout début de sa naissance.

Cependant, attendons la présentation de Louise Lettre demain sur l'accompagnement affectif avant et après la naissance. Cette présentation nous promet d'heureuses surprises dans la mesure où les expériences de revécus de naissance viennent corroborer les postulats sur la nature intrinsèquement psychobiologique des toutes premières expériences affectives de l'embryon et du nourrisson. Nous sommes loin ici des phases d'autisme dont on parlait autrefois dans notre vision du nourrisson.

2- La Gestalt-thérapie appliquée aux personnalités limites

Les remises en question sur l'efficacité de la Gestalt-thérapie pour répondre aux besoins des personnes aux prises avec des déficiences *développementales* du Self ont longtemps fait partie des préoccupations des théoriciens de cette approche. Dès 1982, Stefan Tobin déplorait ce qui lui semblait manquer à notre théorie à ce point de vue. Il proposait une intégration de la théorie *développementale* de Heinz Kohut sur le Self pour répondre adéquatement à ce type de clientèle (Tobin, 1982).

Ce à quoi Gary Yontef, tout en saluant l'occasion de dialogue et de clarification que Tobin apportait avec son article, rétorquait qu'il ne fallait pas retourner à une théorie linéaire issue de la logique newtonienne, c'est-à-dire rendant le passé responsable du présent. Yontef rappelait, de plus, qu'il n'y a pas en Gestalt-thérapie de différence entre le Self à la frontière et ce que l'on appelle le Self nodulaire et que, de toute façon, ce Soi nodulaire doit être rejoint à la frontière. Il rappelait aussi qu'il ne fallait pas confondre théorie et interventions; par exemple, un dialogue peut respecter les limites d'une personne, sans être nécessairement confrontant. (Ceci, en réponse aux autoaccusations de Tobin sur ce qu'il avouait comme ses erreurs passées) (Yontef, 1983). Autrement dit, des interventions inappropriées en psychothérapie ne signifient pas que la théorie sur laquelle elles prétendent reposer n'est pas

valable. Elles peuvent révéler que l'intervenant n'était pas adéquat et nécessiter quelques précisions à propos de concepts théoriques mal compris.

Ces discussions théoriques et cliniques remontent à presque trente ans, mais elles me semblent présenter encore beaucoup d'intérêt pour qui veut approfondir l'essence de la théorie gestaltiste.

Les Perls, comme tous les pionniers des approches développées au XXe siècle, avaient une grande connaissance des pathologies, compétence acquise bien avant qu'ils aient mis au point la théorie et la pratique de leur approche. Les ancêtres de ces approches furent d'abord et avant tout des professionnels formés à la psychanalyse et en réaction aux postulats et limites de celle-ci; ils avaient, en outre, été en contact avec des pathologies sévères dans les institutions où ils avaient travaillé. Il s'agissait d'observer leurs interventions auprès des participants pour constater jusqu'à quel point tout le bagage de leurs connaissances implicites était à l'œuvre dans leurs interactions avec les clients.

Cette connaissance des théories psychodynamiques classiques a d'ailleurs fait partie de la majorité des approches thérapeutiques qui se sont différenciées d'elles depuis les soixante dernières années. Les diverses Écoles en thérapie familiale, la Bio-énergie, le Néo-reichien, l'Analyse transactionnelle, la Psycho-synthèse, pour ne nommer que celles-là, sont des exemples d'approches qui ont conservé un certain nombre de postulats psychodynamiques implicites, alors qu'elles ont surtout mis en relief ceux qu'elles rejetaient. Il est à noter que ces Écoles de pensée ont toutes été développées par des auteurs qui avaient adhéré à la psychanalyse dans un premier temps.

De plus, tel que mentionné plus haut, des gestaltistes ont présenté des intégrations possibles entre des théories du développement psychique plus compatibles avec notre vision gestaltiste du Self (Gillie, 2003).

Plus près de nous, le développement théorique de Jean Gagnon sur la Prise de forme en relation développe une approche qui permet de traiter plus adéquatement les individus affligés de troubles de la personnalité et de carences primaires du développement (Gagnon, 1999).

3- Les intérêts plus récents pour les neurosciences

La venue des techniques qui ont donné naissance aux neurosciences apporte une confirmation des intuitions de base de la Gestalt, une approche holistique qui, via le travail corporel, l'utilisation de

l'imaginaire et du monde onirique, donne accès au cerveau droit et au cerveau limbique ainsi qu'à ce qui a pu se passer à des stades du développement humain alors que l'intégration au niveau cortical n'était pas encore accomplie.

S'appuyant sur des découvertes récentes en neuropsychologie, Joanne Cyr revisite l'évolution des étapes du développement du Self à travers l'interaction nourrisson/parent, expliquant clairement comment le rôle du thérapeute comme parent substitut servira à stabiliser l'homéostasie des systèmes physiologiques et la régulation affective chez ces personnes qui ont souffert de carences importantes à ces étapes de leur développement psychophysiologique (Cyr, 2006).

De son côté, Catherine Hamel (2008) nous parle du paradoxe de s'adresser par des moyens exclusivement verbaux à des problématiques qui se situent là où « la parole brille par son absence », c'est-à-dire à des troubles enregistrés par le nourrisson et le jeune enfant avant l'âge de deux ou trois ans. Elle nous rappelle que: « Les traumatismes sont alors enregistrés dans l'amygdale uniquement, alors que l'hippocampe ne peut pas encore les contextualiser. L'enfant se retrouve alors submergé et envahi, dépourvu de tout moyen interne de régulation » (Hamel, 2008, p.103).

La Régulation affective et la réparation du Soi de Allan Schore (2008), traduit de l'anglais par le groupe de NeuROgestalt, met de l'avant le rôle primordial du cerveau droit dans le processus de régulation affective.

Il semble donc que l'apport des neurosciences vienne confirmer bon nombre d'intuitions et d'hypothèses avancées depuis aussi longtemps que la psychothérapie existe, à commencer par la psychanalyse. Cependant, c'est surtout la Gestalt, semble-t-il, qui trouve ici confirmation de ses pratiques centrées autant sur le verbal que sur le corporel, et qui, via l'imaginaire et le rêve, donne un accès plus direct au cerveau droit, ainsi qu'à la mémoire implicite qui, elle, n'est pas directement accessible au niveau verbal.

Je cite ailleurs un exemple clinique où une cliente arrive un jour à sa session avec la phrase :

« Aujourd'hui, je n'ai vraiment rien à dire ». Pas de problème, lui dis-je. Essaie simplement de fermer les yeux, de te laisser respirer et de repérer ce que tu ressens dans les différentes parties de ton corps. Intervention typique de travail en Gestalt, comme vous le savez. La cliente ferme les yeux, et, après un moment, dit qu'elle ressent une tension dans son ventre. Donc, autre intervention typique, je l'invite à RESTER AVEC CETTE SENSATION et à me dire ce qui se passe. Alors, la tension devient une douleur. Elle gémit. Je lui

demande de repérer un autre moment où, dans sa vie, elle a éprouvé une sensation ou douleur semblable. «J'ai 8 ans» dit-elle, «c'est la nuit, je suis dans le corridor; je croise mon père et, tout à coup, je sens quelque chose qui m'étouffe dans ma gorge. Ma mère n'est pas là, je veux crier, mais je n'ose pas de peur de réveiller mes frères et sœurs» (Corbeil, 1998).

4 La Gestalt synergétique, prolongement de la dimension corporelle en Gestalt-thérapie

On peut considérer l'approche en Gestalt synergétique comme un prolongement de la Gestalt proprement dite, comme un complément au niveau de l'intervention, qui trouve confirmation dans les nouvelles données scientifiques des neurosciences. Quand Illana Rubenfeld, l'auteure de la Gestalt synergétique, a rencontré F.S. et Laura Perls à Esalen, elle raconte qu'ils ont été fascinés par le travail corporel qu'elle faisait en intégrant les travaux de M. Feldenkrais et de F.M. Alexander. «Fritz était à la recherche constante d'approches corporelles qui pourraient l'aider dans ses problèmes physiques et l'inspirer dans le développement du pendant corporel de la théorie holistique à laquelle il adhérerait», écrit-elle (Corbeil, 1998). Au début, ils travaillaient parfois ensemble, Fritz s'adressant au verbal, et Illana au travail corporel. C'est ainsi qu'Illana a développé une merveilleuse habileté à écouter les mots qui sont prononcés, pour intervenir ensuite au niveau corporel et revenir, en troisième lieu, aux verbalisations antérieures et assister ainsi la personne dans ses nouvelles découvertes et intégrations. Lors de ma formation chez Illana Rubenfeld, à la suite de certaines interventions au niveau corporel et tactile, je me suis retrouvée parfois dans des états émotifs de désarroi sans parole qui faisaient partie de mon histoire à mon insu. Je crois avoir expérimenté alors l'indispensabilité du regard de l'autre dans la constitution du Soi, en l'occurrence ici, sans aucun doute dans une réparation que l'on désigne théoriquement comme «réparation du Soi».

Ce fut après de telles révélations pour moi que j'ai décidé de mettre sur pied une formation en Gestalt synergétique. Je l'ai enseignée pendant au moins dix ans. Je précise que ce type d'intervention provoque des situations où le participant doit se sentir superbement entouré; elles ont pour but de réparer des blessures indicibles et souvent insoupçonnées, mais qui permettront une intégration psychique que je trouve d'une très grande richesse. Dois-je ajouter qu'elles permettront aussi aux clients des thérapeutes ainsi formés d'avoir accès à leurs traumatismes précoces? Car il est bien entendu qu'un thérapeute ne peut amener ses clients plus loin que là où il s'est lui-même rendu. Le temps me manque ici

pour revenir sur les conditions qui doivent présider à ce genre de travail thérapeutique ainsi qu'à la formation, longue et essentielle, pour l'intervenant qui l'applique. La comparaison qui vient pourrait être la suivante: un pilote d'un avion supersonique a besoin d'un entraînement et d'un équipage de beaucoup supérieurs au petit pilote de brousse. Le travail en Gestalt synergétique exige énormément d'heures de formation théorique et pratique, et peut-être surtout, de psychothérapie personnelle.

5- Les résultats de recherches sur la Gestalt-thérapie

Un article publié dans le *International Gestalt Journal* en 2004 présentait une traduction anglaise d'une recherche effectuée par U. Strümpfel en Allemagne et que Claire Allard et moi-même avons traduite par la suite en français sous le titre *Recherche en Gestalt-thérapie* (Strümpfel, 2007).

Ce survol de la recherche empirique sur la Gestalt-thérapie présente la description et les résultats de 60 études touchant des clientèles diverses, allant des troubles psychiatriques aux problèmes d'ordre social, aux populations dépendantes des drogues, ou atteintes du SIDA, souffrant de douleurs chroniques, de symptômes psychosomatiques, etc. Les données ont été recueillies auprès de 3000 patients dont près de la moitié ont suivi une thérapie gestaltiste. Les résultats se comparent ou sont supérieurs à ceux obtenus par l'approche cognitivo-comportementale ou par la thérapie centrée sur le client. Un élément important à souligner: même si la Gestalt ne se concentre pas sur les symptômes de la même façon que la thérapie cognitive comportementale, elle présente des résultats comparables. La persistance des changements est également mesurée à long terme, tant auprès des patients hospitalisés qu'auprès de ceux qui étaient suivis en consultation externe, en thérapie individuelle ou en groupe.

À titre d'exemples

Suivant certaines recherches menées par Leslie Greenberg (voir Strümpfel, 2007), les résultats montrent invariablement que l'approche dialogique de la Gestalt-thérapie produit une intensité émotionnelle plus grande et plus authentique ainsi qu'un niveau expérientiel plus profond qu'un échange purement verbal. En plus, cette plus grande profondeur et intensité émotionnelle s'avèrent être des facteurs fiables pour la prédiction du succès de la thérapie, succès mesuré par les critères suivants: le client a atteint ses objectifs, il a été capable d'en arriver à des décisions, et la solution de ses problèmes a favorisé une diminution de la détresse

et des symptômes. On parle ici de recherches sur le processus microscopique, c'est-à-dire sur le dialogue thérapeutique en Gestalt. Parmi celles-ci, on cite un certain nombre de recherches sur l'utilisation de la chaise vide, des deux chaises, sur le travail de différenciation des polarités, sur l'attention portée à la signification des émotions émergentes, etc.

D'autres recherches portent sur le processus macroscopique. De ces dernières, je ne mentionnerai qu'une étude portant sur un suivi, après 12 mois, de patients psychiatriques diagnostiqués schizophrènes qui avaient suivi un groupe de thérapie intensive (Serok & Zemet, 1983; Serok, Rabin & Spitz, 1984). Les changements apparaissent dans les domaines suivants: meilleure perception de soi et des autres, modifications positives au niveau des fonctions du Self et de la personnalité; en d'autres mots, les troubles de la personnalité ont diminué. On décèle aussi des manifestations d'un sentiment de mieux-être. De plus, suivant l'évaluation faite par le personnel infirmier (portant sur l'agressivité, la communication et le contact), on observe une diminution des attaques verbales et physiques alors que le contact avec les autres s'est amélioré.

En conclusion de ce relevé de recherches, Strümpfel rappelait que « la recherche scientifique ne doit pas se limiter à répondre aux exigences d'efficacité pour des intérêts sociaux et économiques. Il est également pertinent que le questionnement se poursuive au plan phénoménologique de façon à favoriser notre compréhension du cycle de contact et du processus thérapeutique » (p.168). L'auteur souhaitait également plus d'études sur les interruptions du contact.

Ajoutons que du côté des observations cliniques, Daniel Stern (2004) lève un grand coup de chapeau à l'approche expérientielle de la Gestalt-thérapie, ainsi qu'à la puissance thérapeutique du « ici et maintenant ». En effet, dans son récent livre intitulé *The present moment in psychotherapy and everyday life*, Daniel Stern célèbre l'importance thérapeutique du moment présent et déplore le fait que la psychanalyse priorise le retour au passé, ce qui amène une compréhension cognitive par opposition au fait beaucoup plus vital de vivre une situation, « *experiencing something more and more deeply* » (p.140). S'appuyant sur Merleau-Ponty, philosophe de la phénoménologie contemporaine, il écrit: « *It is as if intellectual and linguistic functions always operate on what might happen or on what did happen, but never on what is happening* » (Stern, 2004, p.140). Je traduirais ainsi cette citation: « *Tout se passe comme si le langage et les efforts de compréhension intellectuelle étaient centrés sur ce qui pourrait arriver ou sur ce qui est déjà arrivé et non pas sur ce qui est en train de se passer dans le*

moment présent ». Précisons ici cependant que Daniel Stern prend bien garde de mentionner ses sources d'inspiration, alors qu'on sait qu'il a eu une importante expérience comme formateur invité dans un centre de formation à la Gestalt-thérapie en Italie (Miller, 2006, p.142).

À la suite de ces propos, il est dommage de constater que, dans le sondage que le CA a effectué auprès des membres de l'AQG, certains répondants voyaient la Gestalt comme une vieille théorie, à toutes fins pratiques, dépassée. Après avoir pris connaissance des recherches récentes, il semble que la Gestalt-thérapie risque de remonter dans notre estime collective. D'ailleurs, elle est pratiquée et enseignée dans un très grand nombre de pays. On la retrouve dans plusieurs pays d'Europe; elle est pratiquée en Russie, en Australie, dans un certain nombre de pays latino-américains, en Asie, en Afrique. Elle trouve des applications dans beaucoup de secteurs d'activité comme l'enseignement, la santé, le domaine social, la culture et ceci, aussi bien dans des institutions qu'en entreprises. À titre indicatif et par ordre de présentation chronologique, voici la liste des pays qui ont publié une lettre, intitulée « A Letter from... » dans le *International Gestalt Journal* depuis 2002: la Russie, la Corée, Israël, le Brésil, l'Italie, le Québec, la Norvège, la République tchèque, l'Australie, le Mexique.

Quant à moi, après avoir traduit avec Claire Allard tous ces résultats de recherches sur la Gestalt, je suis revenue plus souvent ou plus spontanément à l'utilisation de la chaise vide ou des deux chaises. Je suis encore surprise de ce que les personnes me rapportent de leur nouvelle compréhension à la séance suivante.

QUELQUES CONCLUSIONS PARADOXALES

I- La Gestalt-thérapie n'est pas tout

La Gestalt est arrivée dans ma vie alors que j'avais navigué sous beaucoup d'autres bannières et c'est sans doute ce qui me l'a fait tellement apprécier. Au moment où je l'ai rencontrée, elle fut une révélation pour moi (comme elle le fut également pour tant d'autres).

Malgré tout ce que je viens d'en dire plus haut, elle n'est pas tout pour moi, et ne l'a probablement jamais été. Dans sa philosophie phénoménologique, existentielle et humaniste, elle correspond à ma façon d'envisager l'existence ainsi qu'à mes valeurs et à ma façon d'être. Elle m'a servi d'antidote, non seulement à l'éducation catholique et répressive que les gens de ma génération ont connue, mais aussi de remède bienfaisant aux approches

patriarcales et méprisantes, pour les femmes surtout, que j'ai parfois rencontrées dans certains hôpitaux psychiatriques où j'ai travaillé. Comme professionnelle, elle est venue répondre à beaucoup d'interrogations; comme personne, j'y ai accueilli avec bonheur ce que j'avais déjà tellement apprécié chez Rogers, à savoir, quelqu'un qui me demandait ce qui se passait pour moi plutôt qu'une autorité qui sait mieux que moi ce qui m'arrive. Elle m'a aussi propulsée vers ce que j'avais à faire dans la vie.

Pendant toutes ces années où nous étions d'abord et avant tout utilisés comme psycho-diagnosticiens dans les hôpitaux, je vivais une double vie: interprétation psychanalytique des tests projectifs dans l'équipe médicale où j'étais affectée, et thérapeute de thérapie individuelle d'approche rogérienne en privé. Pour ajouter à la complexité, supervision avec un psychanalyste kleinien, car j'étais beaucoup trop jeune et inexpérimentée pour me lancer dans la pratique sans supervision.

À l'époque où je travaillais comme psychothérapeute au service de santé des étudiants de l'UQÀM, mon approche rogérienne ne me semblait pas assez active pour répondre à mon tempérament d'une part, et d'autre part, je me trouvais à court de moyens concrets quand venait le temps non seulement d'énoncer un problème et d'en comprendre toutes ses facettes, mais aussi de passer à l'action et d'instaurer des changements. L'aspect comportemental de la Gestalt a répondu à ce besoin.

J'ai aussi éprouvé le besoin de prolonger cette formation par des stages avec des approches plus explicitement corporelles comme la Bio-énergie, le Rolfing, et finalement, la Gestalt synergétique. Une formation en thérapie familiale a aussi répondu à mon besoin de voir plus clair dans les composantes « champ » inhérentes à notre conception du psychisme humain. J'ajouterais que les courants de thérapie radicale et de thérapie féministe, la dernière issue de la première, sont venus me confirmer dans ma posture psychologique comme thérapeute.

Aussi, alors que la vie venait de fracturer mon « œuf cosmique », comme le dit un auteur, alors que la vie semblait s'amuser à me fracasser, je suis allée en analyse jungienne. Je ne me considère pas comme une spécialiste jungienne, mais ce que j'y ai rencontré, c'est une ouverture à un monde qui venait me sortir du trou noir où la vie semblait se plaire à m'enfoncer. Mes rêves me présentaient une partie de la réalité que, dans mon désarroi, je n'aurais jamais soupçonnée. Ils me sortaient d'un tunnel, me faisaient parcourir des sentiers qui m'étaient sans doute destinés puisqu'ils m'habitaient déjà sans que je n'ose ou puisse y croire. Je retourne toujours

avec plaisir, et pour mon plus grand bien-être, dans cet espace hors du temps et rempli de l'Histoire de l'humanité.

À l'aide de lectures récentes, j'ai aussi compris que cela avait été une chance pour moi que d'avoir eu à me frotter à un certain nombre d'approches thérapeutiques. Des recherches, faites auprès de milliers d'intervenants de tous les niveaux de compétence et dans environ une trentaine de pays, en viennent à la conclusion que les thérapeutes qui restent vivants et aiment leur métier sont ceux qui ne se sont pas limités à une seule théorie. Il semble qu'il n'y a rien de plus dommageable pour la vitalité d'un psychothérapeute que de s'être cantonné un jour à des vérités toutes faites une fois pour toutes. Pour redire cela en termes gestaltistes, la déstructuration est toujours un prérequis à la créativité.

En somme, avec un travail dans un milieu au langage psychanalytique, une pratique rogérienne, une supervision kleinienne, un conjoint sociologue qui jetait un regard critique et sans doute inquiet sur la psychologie des profondeurs, il n'y avait pas trop de dangers que je me réconforte et m'endorme en toute quiétude sur le coussin moelleux de vérités immuables...

Dans ma compréhension actuelle, je pourrais dire qu'aucune théorie psychologique, quelle qu'elle soit, ne possède toutes les réponses à l'infinie complexité de l'être humain. Pour paraphraser un auteur qui, en parlant de la vérité dit: «La vérité, c'est comme l'horizon. Plus on croit s'en approcher, plus il s'éloigne». Dans le domaine de la psychologie et de la compréhension des humains, je dirais que plus on s'en éloigne, plus on doit se réconforter dans la conviction que nous sommes cet horizon.

2- La Gestalt est trop merveilleuse pour être limitée au champ de la psychothérapie

J'ajouterais à cet énoncé: pour se limiter au domaine de la psychothérapie des personnalités limitées. Autant il fut urgent à une époque de développer une pensée qui réponde plus adéquatement aux problématiques lourdes, autant il est indispensable que l'on puisse répondre aux besoins thérapeutiques de ces personnes, autant il m'apparaît important maintenant que le balancier revienne un peu vers ceux que l'on dit «normaux» ou normalement névrosés, comme vous et moi.

Lorsque j'ai écrit sur ce qui se nomme la fatigue de compassion, les auteurs consultés avançaient qu'il était impérieux pour les intervenants qu'ils puissent, pour leur propre santé psychologique, non seulement être en bout de ligne, c'est-à-dire, lorsque le mal est déjà fait, mais aussi impliqués dans l'action sociale qui s'adresse

préventivement aux problématiques qu'ils traitent. Cette implication sociale donne un sentiment de pouvoir sur quelque chose alors que, trop souvent, les clientèles trop lourdes ne semblent là que pour nous mettre en échec.

La Gestalt s'est développée à la faveur d'une contre-culture et ses fondateurs étaient en remise en question, non seulement d'une société jugée trop répressive, mais aussi d'approches psychologiques qui visaient l'ajustement pur et simple des personnes à ces sociétés malades. Nous sommes encore dans une société malade : non seulement de fragmentation des frontières de toutes sortes, qui nous amène les problèmes de personnalités limites, mais aussi de robotisation, de performance extrême, de médicalisation à outrance et d'isolement derrière l'ordinateur ou /et dans le travail.

J'écoutais récemment un documentaire sur la vie au travail. On y parlait du phénomène social des *burn out* qui seront la principale cause de maladie et qui font perdre des millions à ces compagnies qui ne misent que sur le profit. Avec des visions à courte vue, ces actionnaires se rendent compte, déjà un peu trop tard, qu'ils détruisent l'équipement de base, c'est-à-dire les humains qui sont la source première de leurs profits. Dans ce documentaire, le discours revenait sans cesse sur la nécessité de donner du sens à ce que l'on fait, sur la nécessité de revenir à soi, de périodes de réflexion intense, sur la dévalorisation du travail accompli comme source majeure de dépression. On y entendait aussi des personnes qui avaient fait des dépressions non pas seulement à la suite d'échecs, mais aussi à la suite de trop grands succès, ces derniers ayant contribué à leur dépersonnalisation et sans doute à celle de leur entourage. J'ai été surprise que ce discours psychologique soit tenu par des sociologues, des médecins du travail, des chercheurs sur la sociologie du travail, etc. Où étions-nous comme psychologues, et où étions-nous comme professionnels attachés à une approche qui se pique d'humanisme et considère le champ psychosocial comme partie intégrante de l'individu ?

Je crois que, comme nos fondateurs, nous avons un rôle qui va au-delà du cas par cas et qui peut et doit contribuer à développer une pensée davantage axée sur la santé mentale des citoyens. Comme psychothérapeutes, nous aidons les personnes qui nous consultent à trouver ou retrouver un sens à leur vécu. Nous nous situons alors au niveau curatif. Pour la santé d'une société, les étapes préventives et éducatives sont tout aussi cruciales, nous savons cela. Nous avons donc un rôle social de conscientisation relativement aux problématiques qui nous entourent.

Nous croisons tous les jours des humains qui ont tout simplement des problèmes de vie. Tout simplement des problèmes qui finissent par se compliquer à l'infini quand personne en dehors de la médecine et de la pharmacologie ne prend soin d'eux. Dans mon groupe d'âge, je vois de plus en plus de personnes qui s'épuisent à prendre soin d'un conjoint atteint d'une maladie chronique, ou qui doivent faire le deuil de celui ou celle que l'on doit « placer en maison ». Ils prennent des antidépresseurs alors qu'ils ne souffrent pas de dépression, mais vivent la tristesse inhérente à toute perte; ils consomment de plus en plus de médicaments pour soulager des douleurs qui sont morales à l'origine.

J'imagine que ceux et celles qui m'ont déjà entendue radoter sur la nécessité des groupes de croissance ou des groupes de thérapie m'ont vue venir. Je ne sais si vous êtes comme moi, mais je constate, et suis affligée par la solitude que tant de personnes vivent, solitude qui contribue à leur mal-être, à leur aliénation parce qu'elles ne savent pas ce qui leur arrive et ne savent pas non plus qu'elles ne sont pas seules à vivre ce malaise.

3- Et l'Association Québécoise de Gestalt dans tout cela ?

« Un arbre qui tombe au milieu de la forêt ne fait pas un événement » (Mihaly Csikszentmihalyi, 1996, p.161). En d'autres mots, ce qui fait l'événement, c'est l'arbre que quelqu'un d'autre, qu'un groupe voit tomber. Autrement, la chute d'un très bel arbre au milieu de la forêt n'est qu'un non-événement. Cela revient à dire qu'il n'y a pas de commune mesure entre ce que chacun d'entre nous fait dans le silence de son cabinet de consultation et la réverbération que ce quotidien peut engendrer de richesse collective lorsqu'il est ramené au grand jour dans une société.

L'auteur cité plus haut a écrit sur la créativité; les créateurs, écrit-il, ont besoin d'une société pour créer. Un créateur seul n'existe pas. Il doit s'exprimer dans un domaine dont la symbolique est codifiée et il doit être reconnu par une communauté. Csikszentmihalyi donne l'exemple de la Renaissance en Italie, qui n'a pu prendre essor que parce qu'elle était fortement encouragée et soutenue par la société aristocratique et religieuse de l'époque. Il aurait pu parler de la période de musique baroque et classique en Allemagne qui florissait grâce au mécénat des pouvoirs en place. Je présume qu'un retour sur les grands courants de l'Histoire nous permettrait de faire le lien entre le milieu environnant et le génie qu'il engendre. Cet auteur, qui ne semble pas connaître la Gestalt, ne finit cependant plus de revenir à la nécessité d'un milieu indispensable à ce qui se crée. En bons gestaltistes que nous

sommes et pour revenir à Goodman, Wheeler, Yontef ainsi qu'à notre collègue Jean Gagnon, nous pourrions dire que ce milieu contribue à nous créer et à nous transformer comme nous le façonnons et le transformons en retour.

Beaucoup des derniers propos sur notre rôle comme ferment d'une saine société pourraient relever des activités d'une association. Il faut alors souhaiter que la nôtre, qui a déjà tant fait, puisse survivre à la période actuelle d'épuisement qu'elle traverse.

Dans le sondage que le CA a fait cette année auprès de ses membres, il y avait des questions autour des activités souhaitées par les répondants. Une majorité était fortement intéressée à la plupart des activités énumérées. Dans les quelques téléphones que j'ai faits à des anciens pour mousser un peu les inscriptions à ce colloque, j'ai entendu des phrases qui semblaient dénoter une impression de non appartenance à notre association, parce qu'ils sont plutôt du côté de la consultation en entreprise, ou surtout engagés dans l'enseignement, etc. Nous avons éliminé, avec le temps et sans le vouloir, cela va de soi, des éléments dynamiques pour la vitalité de la Gestalt, sans doute parce que notre discours s'est quelque peu refermé sur lui-même, c'est-à-dire sur l'univers envoûtant, mais aussi enfermant, de la psychothérapie.

Après toute cette réflexion autour de notre survie depuis un an, j'en suis venue à la conclusion qu'un élargissement du spectre de notre vision de ce qu'est la Gestalt-thérapie qui inclurait d'autres sphères de la vie où elle a déjà d'ailleurs été source d'inspiration et de formulations psychosociales me semble une voie prometteuse d'exploration et de renouvellement. Je suis, bien entendu, consciente que cette proposition risque de surprendre, voire de choquer et/ou de rencontrer certaines résistances, légitimes à prime abord. Elle aura besoin d'être discutée plus à fond.

Cependant, Phénix, cet oiseau d'une splendeur sans égale, doué d'une extraordinaire longévité, a le pouvoir, après s'être consumé, de renaître de ses cendres. Quand l'heure de sa mort approche, il se construit un nid fait de brindilles et, de sa propre chaleur, se consume pour finir par renaître. C'est ainsi qu'il a fini par devenir le symbole de la résurrection. Comme notre maître Perls le disait: «Si tu ne peux mourir au jour qui s'achève, tu ne peux renaître à celui qui s'en vient».

Il me reste à remercier, au nom de vous tous ici présents, ceux et celles qui se sont tellement dévoués depuis ces vingt-et-une années pour notre existence, notre vitalité et notre développement tant professionnel que personnel.

Références

- Association Québécoise de Gestalt (Éd.) (2004). Gestalt et champ social. *Revue québécoise de Gestalt*, 7. Montréal: Les Éditions de l'AQG.
- Center for Gestalt Development (Éd.) (1994). *The Gestalt Journal*, 17 (2). New York: Center for Gestalt Development.
- Corbeil, J. (1998). La Gestalt et le corps. *Revue québécoise de Gestalt*, 2 (2), 40-58.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: Harper Collins.
- Cyr, J. (2006). Si je pense, est-ce que je suis? Considérations théoriques et cliniques à propos du processus de mentalisation chez le trouble de personnalité limite et applications à la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO). *Revue québécoise de Gestalt*, 9, 35-61.
- Gagnon, J. (1999). Prendre forme en relation: fondements pour une compréhension gestaltiste des pathologies limites. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 6, 65-115.
- Gagnon, J. (2006). La complexité selon Edgar Morin et la prise de forme en relation. *Revue québécoise de Gestalt*, 9, 207-236.
- Gillie, M. (2003). Daniel Stern: Une théorie du développement pour la Gestalt? *Revue québécoise de Gestalt*, 6, 153-174. Traduit de l'anglais par Janine Corbeil.
- 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.
- Lecomte, C., & Richard, A. (1999). La psychothérapie humaniste-existentielle au Québec d'hier à demain: Épilogue. *Revue québécoise de psychologie*, 20 (2), 189-204.
- Miller, M. V. (2006). Presenting the Present: Book Review of D. Stern. *International Gestalt Journal*, 29 (1).
- Serok, S., Rabin, C., & Spitz, Y. (1984). Intensive Gestalt group therapy with schizophrenics. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34 (3), 431-450.
- Serok, S., & Zemet, R. M. (1983). An Experiment of Gestalt group therapy with hospitalized schizophrenics. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20 (4), 417-424.
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal: Les Éditions du CIG. Traduit de l'anglais par le Groupe NeuROgestalt.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Strümpfel, U. (2007). Recherche en Gestalt-thérapie. *Revue québécoise de Gestalt*, 10, 139-176. Traduit de l'anglais par Claire Allard et Janine Corbeil.
- Tobin, S. (1982). Self-Disorders, Gestalt Therapy and Self psychology. *The Gestalt Journal*, 5 (2).

- Villeneuve, M. (2002). Écrits et accomplissements. *Revue québécoise de Gestalt*, 5, 61-88.
- Villeneuve, M. (2005). *Je veux rentrer chez moi*. Montréal: Fides.
- Villeneuve, M. (2007). *Des pas sur la page. L'écriture comme chemin*. Montréal: Fides.
- Wheeler, G. (2000). Esquisse d'un modèle du développement en Gestalt. *Revue québécoise de Gestalt*, 4, 59-83. Traduit de l'anglais par Louise Miron et Danielle Poupard.
- Yontef, G. (1983). A dialogue on theory. The Self in Gestalt Therapy: Reply to Tobin. *The Gestalt Journal*, 6 (1).

Abstract

This opening lecture for the 21st conference of the AQQ (Quebec Gestalt Association) presents the history of this association since its beginning in 1988, reviewing its numerous activities since that time. Special attention is given to the content of its journal, the *RQG* (*Revue québécoise de Gestalt*) and also to the activities of the association: yearly conferences, various panels, dinner speeches, group discussions in the Montreal area and in the various regions of the province. The association also publishes a periodical, serving as a news bulletin, called *Émergence*, and has a WEB site. The author develops her view of the present as well as the future of the association and of Gestalt therapy in Quebec, with recommendations for their survival and vitality.

Annexe I

Les responsables de la direction et des comités de rédaction de la RQG depuis sa fondation.

1992-1993-1994 Les Éditions du Reflet

Direction

Gilles Delisle

Comité de rédaction

Janine Corbeil, Marie-Claude Denis, Line Girard,
Richard Hatto, John Kennedy

1997-2009 Les Éditions de l'AQG

1997-1998

Coordonnatrice

Diane Dulude

Comité de rédaction

Janine Corbeil, Marie-Claude Denis, Louise Miron,
Danielle Poupard, Diane Dulude, Monelle Durand,
Jean-Pierre Gagnier

En 1998, Monelle Durand est remplacée par Lise Bougard

1999

Coordonnatrice

Nicole Fortier, Diane Dulude, coordonnatrice spéciale

Comité de rédaction

Janine Corbeil, Marie-Claude Denis, Louise Miron,
Danielle Poupard

2000

Coordonnatrice

Nicole Fortier

Comité de rédaction

Janine Corbeil, Marie-Claude Denis, Diane Dulude,
Louise Miron, Danielle Poupard, Marité Villeneuve

2002

Coordonnatrice

Nicole Fortier

Comité de rédaction

Janine Corbeil, Marie-Claude Denis, Louise Miron,
Danielle Poupard, Marité Villeneuve

2003

Coordonnatrice

Nicole Fortier

Comité de rédaction

Janine Corbeil, Marie-Claude Denis, Marc-Simon Drouin,
Louise Miron, Danielle Poupard, Marité Villeneuve

2004

Coordonnatrice

Christiane Asselin

Comité de rédaction

Janine Corbeil, Marie-Claude Denis, Marc-Simon Drouin,
Catherine Filion, Danielle Poupard

2005-2006

Coordonnatrice

Anne-Marie Sicotte

Comité de rédaction

Gaétane Bourdages, Marc-Simon Drouin, Diane Duguay,
Valmond Losier, Danielle Poupard

2007-2008

Coordination et direction de la publication

Gaétane Bourdages

Comité de rédaction

Gaétane Bourdages, Marc-Simon Drouin, Diane Duguay,
Danielle Poupard, Sylvain Seaborn, Agnès Trempe

Annexe II

Regroupement des articles suivant leurs thématiques par ordre chronologique de publication.

Les aspects historiques de la Gestalt-thérapie

- Corbeil, J. (1992). *Histoire de la Gestalt au Québec*. (Vol. 1, no. 1).
- Corbeil, J. (2003). *Les quinze ans de l'Association Québécoise de Gestalt*. (Vol. 6).
- Girard, L. (2006). *L'histoire de la PGRO: Une histoire de « champs »* (Vol. 9).
- Corbeil, J., & Poupard, D. (2008). *La Gestalt*. (Vol. 11). (Reprise d'un article publié en 1978 dans *Santé Mentale au Québec*, Vol. 3, no. 1).

Les bases philosophiques/existentielles/humanistes de la Gestalt-thérapie

- Dubois, A. (1994). *Temporalité, événement et être-dans-le monde*. (Vol. 3).
- Durand, M. (1998). *L'engagement: du concept philosophique à la Gestalt-thérapie*. (Vol. 2, no.2).
- Corbeil, J. (2000). *Le Destin: des Dieux de l'Olympe à l'Humanisme contemporain*. (Vol. 4).
- Filiatrault, M. (2005). *Une Gestalt au centre d'une polyphonie: la place de la Gestalt dans les enjeux de la construction d'un cadre intégrateur critique*. (Vol. 8).
- Gagnon, J. (2006). *La complexité selon Edgar Morin et la prise de forme en relation*. (Vol. 9).
- Miller, M. V. (2008). *L'esthétique du temps en Gestalt-thérapie*. (Vol.11) (Traduction de l'anglais par J. Corbeil, C. Allard, M. Gérin-Lajoie, G. Robert).

Santé, intégrité physique, processus de deuil et de pertes

- Denis, M.-C. (1992). *Vers une évaluation de la santé selon une optique gestaltiste*. (Vol. 1, no. 1).
- Duval, L. (1993). *Atteinte à l'intégrité du soi, ajustement créateur et transformation*. (Vol. 1, no. 2).
- Gagnier, J.-P. (1993). *Processus de croissance à la suite d'une perte*. (Vol. 1, no. 2).
- Poupard, D. (2003). *À l'encontre du stress, de la fatigue et de l'épuisement, une vie pleinement saine!* (Vol. 6).
- Drouin, M.-S. (2004). *La mort de Narcisse: l'ultime résistance au contact*. (Vol. 7).
- Florent, M.-J. (2006). *Créativité et travail de deuil*. (Vol. 9).

La Gestalt dans ses dimensions corporelles

- Ginger, S. (1992). *Le corps en Gestalt: corps interdits... ou inter-dits?* (Vol. 1, no. 1).
- Corbeil, J. (1998). *La Gestalt et le corps.* (Vol. 2, no. 2).
- Robert, G. (2000). *Le dessin du rêve dans le tracé des contours du corps: une nouvelle méthode d'exploration du rêve.* (Vol. 4).
- Rinfret, M. (2004). *La perspective somatique et la Gestalt.* (Vol. 7).
- Rinfret, M. (2005). *Awareness et présence organismique.* (Vol. 8).
- Frenette, C., Duguay, D. & Gérin-Lajoie, M. (2005). *Récit d'un voyage au cœur du corps.* (Vol. 8).

La Gestalt dans ses dimensions créatrices

- Hamel, J. (1997). *L'approche gestaltiste en thérapie par l'art.* (Vol. 2, no.1).
- Villeneuve, M. (1997). *Écriture, transformation et création.* (Vol. 2, no. 1).
- Villeneuve, M. (1998). *Écriture autobiographique et création de soi.* (Vol. 2, no. 2).
- Denis, M.-C. & Préfontaine, J. (1998). *La musicothérapie: un art gestaltiste* (Vol. 2, no. 2).
- Leahey, J. (2000). *La littérature: un soutien dans le contact avec l'expérience.* (Vol. 4).
- Villeneuve, M. (2000). *Langue du cœur, langue du corps.* (Vol 4).
- Poupard, D. & Rhéaume, J. (2002). *Récits de vie en groupe et Gestalt: roman familial et trajectoires sociales.* (Vol. 5).
- De Grâce, M. & Denis, M.-C. (2005). *La Gestalt en musique* (Vol. 8).
- Corbeil, J. (2006). *Une incursion dans un univers mystérieux: L'exploration du rêve et de l'imaginaire suivant les théories gestaltiste et jungienne* (Vol. 9).
- Plante, P. & Drouin, M.-S. (2006). *Art-thérapie, intersubjectivité et Gestalt: Pour une intervention novatrice auprès de dyades parent/enfant.* (Vol. 9).

Développement de la théorie gestaltiste du Self

- Wheeler, G. (2000). *Esquisse d'un modèle du développement en Gestalt* (Vol. 4) (Traduction de l'anglais par Louise Miron et Danielle Poupard).
- Gagnon, J. (2006). *La complexité selon Edgar Morin et la prise de forme en relation.* (Vol. 9).

Révision de la théorie du Self inspirée de l'expérience clinique avec des personnalités limites

- Burgalières, R. (1992). *La Gestalt thérapie et la théorie des relations d'objet* (Vol. 1, no. 1).
- Delisle, G., Denis, M.-C. & Granger, L. (1997). *Révision de la théorie du self: soutenance doctorale de Gilles Delisle*. (Vol. 2, no. 1).
- Delisle, G. (2002). *Les enjeux développementaux dans le traitement des personnalités pathologiques*. (Vol. 5).
- Van Damme, P. & Drouin, M.-S. (2003). *Dépression, régression et proposition d'ouverture multimodale de l'expérience dépressive*. (Vol. 6).
- Drault, É., & Gravouil, J. F. (2005). *Le processus de réparation dans la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet*. (Vol. 8).
- Bordeleau, V. & Drouin, M.-S. (2006). *De l'expérience contre-transférentielle à la construction du sens. Le travail psychothérapeutique avec les pathologies de l'estime de soi*. (Vol. 9).
- Cyr, J. (2006). *Si je pense, est-ce que je suis? Considérations théoriques et cliniques à propos du processus de mentalisation chez le trouble de personnalité limite et applications à la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO)*. (Vol. 9).
- Delbeke, N. & Gérin-Lajoie, M. (2006). *Les faux pas de la danse du lien: L'utilisation de certains concepts d'Otto Kernberg dans une approche gestaltiste/PGRO*. (Vol. 9).
- Delisle, G. (2007). *Une neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique*. (Vol. 10).
- Drouin, M.-S. (2008). *La Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet et les données probantes*. (Vol. 11).
- 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*. (Vol. 11).

La relation thérapeutique, processus, formes et applications

- Delisle, G. (1992). *De la relation clinique à la relation thérapeutique*. (Vol. 1, no. 1).
- Delisle, G. (1993). *La relation thérapeutique tri-dimensionnelle et l'identification projective*. (Vol. 1, no. 2).

La Gestalt et la thérapie de longue durée¹⁰

(1993) *Table ronde du XV^e anniversaire du Gestalt Journal Conference et du Ve Colloque de l'AQG*.

Janine Corbeil *Psychothérapie de longue durée et Gestalt: mouvement et continuité*.

¹⁰ Les textes de cette table ronde ont été publiés dans leur version anglaise dans *The Gestalt Journal*, 1993.

Gilles Delisle *La psychothérapie gestaltiste de longue durée.*

Jean Gagnon *Prise de forme, transformation et psychothérapie.*

Jean-Pierre Gagnier *Les crises de la vie, les pertes et la psychothérapie de longue durée.*

Commentaires:

Marie-Claude Denis *La thérapie gestaltiste mise à l'épreuve du réel.*

Louise Miron *Commentaire gestaltiste sur l'état des lieux.*

- Lessard, A. (1994). *La Gestalt-thérapie et son application auprès des personnes déficientes intellectuelles. (Vol. 3).*
- Miron, L. (1994). *Entre la détresse et l'enchantement, exploration au pays de la psychothérapie de l'enfant. (Vol. 3).*
- Loubier, P. (1997). *La vérité dans l'entreprise thérapeutique. (Vol. 2, no. 1).*
- Vasco, J. (1997). *La relation thérapeutique auprès de personnes alcooliques ou toxicomanes issues d'autres cultures. (Vol. 2, no. 1).*
- Villeneuve, M. (1999). *Caragana ou le métier de thérapeute: un héritage, une histoire. (Vol. 3).*
- Bourdages, G. (2000). *Psychothérapie et réparation. Questions et réflexions issues de la pratique clinique de la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet. (Vol. 4).*
- Plouffe, J.-P. (2002). *Les blessures viriles: vers une Gestalt de l'identité masculine. (Vol. 5).*
- Corbeil, J. (2003). *La fatigue de compassion chez les intervenants qui transigent avec la violence familiale et conjugale. (Vol. 6).*
- Drouin, M.-S. (2003). *L'empathie en Gestalt thérapie: quelques considérations cliniques et éthiques. (Vol. 6).*
- Vasco, J. (2003). *L'ethnoculturel, de l'expérience à l'intervention. (Vol. 6).*
- Carle, A., Bournival, C. & Drouin, M.-S. (2007). *L'autodévoilement du thérapeute: Les aspects déontologiques, éthiques et cliniques. (Vol. 10).*
- Gravouil, J.-F. (2008). *Le lien, au cœur de la vie, au cœur de la thérapie. (Vol. 11).*
- Rivière, B. (2008). *Le sentiment d'impuissance en relation d'aide. (Vol. 11).*

Journée d'étude de la PGRO¹ : Introduction

Une psychothérapie intégrative et actuelle²

Line GIRARD

Résumé

Le présent article résume l'essentiel de la conférence d'introduction que l'auteure a prononcée en ouverture de la Journée d'Étude de la PGRO tenue en juin 2009. Elle présente d'abord le profil démographique et professionnel des participants admis à la formation clinique en PGRO depuis 2007. Par la suite, elle présente un tableau figuratif des racines théoriques du modèle ainsi que les contenus au programme.

INTRODUCTION

Le 13 juin 2009, avait lieu la première Journée d'Étude de la PGRO. Sous la direction de Diane Dulude, Catherine Hamel et Sylvain Seaborn, cette journée avait pour but de faire le point sur le chemin parcouru par l'approche en 15 années d'existence. À cette occasion, Gilles Delisle, (le créateur de l'approche) et moi-même, à titre de codirectrice du CIG (Centre d'Intégration Gestaltiste) représentations l'Institut et devons faire l'état des lieux au CIG, en 2009. Au cours de la journée, des diplômés du CIG ont, eux aussi, présenté leur réflexion et leur contribution à l'avancement de l'approche. Je présenterai d'abord le profil actuel des participants admis à la formation en PGRO et, ensuite, un tableau figuratif des racines théoriques du modèle ainsi que les contenus au programme.

PORTRAIT ACTUEL DES PARTICIPANTS ENTRANT À LA FORMATION CLINIQUE À LA PGRO

Après 25 ans d'existence, le programme de formation du CIG a connu un certain nombre de révisions théoriques et cliniques. Son cursus théorique est passé d'une approche gestaltiste traditionnelle, influencée par l'école de Erving et Miriam Polster, à l'enseignement

¹ Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (Delisle, 1998).

² Conférence prononcée par l'auteure lors de la Journée d'Étude de la PGRO en juin 2009.

de la PGRO et à l'intégration des neurosciences actuelles. Chaque année « bon an mal an », le programme de formation débute une aventure de trois ans avec un groupe de 16 participants. Depuis 1991, seuls les professionnels de la santé mentale sont admissibles au programme de formation clinique. Nous accueillons donc essentiellement des psychologues, des médecins psychiatres, des travailleurs sociaux, des infirmières psychiatriques, des conseillers d'orientation, des psycho-éducateurs et des sexologues. Le choix des candidats se fait au terme d'une sélection rigoureuse, sur la base de leur formation antérieure et de leurs expériences professionnelles et personnelles de la psychothérapie. Le tableau I présente le profil des candidats admis dans le programme.

Tableau I
Profil des candidats admis en formation clinique au CIG

	1ères années A et B 2007-2008	1ère année 2008-2009	1ère année 2009-2010 Possibilité de deux groupes
Ordre professionnel	54 % psychologues 2 psychiatres 1 psycho-éducateur 34 % travailleurs sociaux et conseillers d'orientation	72 % psychologues 1 psychiatre 22 % autres	75 % psychologues 19 % autres 1 médecin
Objectif du participant	Rapport Trudeau, accréditation à la psychothérapie	Avoir un modèle de psychothérapie	Avoir un modèle de psychothérapie
Âge moyen, nombre d'années d'expérience moyen et approche thérapeutique d'origine	Moyenne de 40 ans avec 10 ans d'expérience; TCC, humaniste et dynamique	Moyenne de 30 à 35 ans; 5 ans d'expérience; en majorité dynamique et humaniste	Moyenne de 40 ans; expérience de 10 ans; en majorité dynamique et humaniste

En 2007, les inscriptions au programme de formation clinique en PGRO ont doublé par rapport au nombre de demandes reçues les années précédentes. Suite à la sélection des candidats, deux groupes de 16 participants comprenant 8 psychologues chacun et 8 participants venant d'autres ordres professionnels en santé mentale ont été mis sur pied. L'âge moyen des participants de ces deux promotions était de 40 ans et leur expérience professionnelle moyenne atteignait dix ans. Comme on peut le voir dans le tableau 1, toutes les principales approches thérapeutiques sont représentées par les participants. Ce nombre très élevé de demandes peut vraisemblablement être attribué, entre autres, à l'arrivée du Rapport Trudeau dans l'univers professionnel de la psychothérapie. Ce rapport visait l'élaboration d'une loi ayant pour but de réglementer l'acte professionnel qu'est la psychothérapie. Cet avènement a peut-être motivé des professionnels de la santé mentale issus des secteurs public et privé à aller parfaire leur formation à la psychothérapie et à accumuler des heures de formation, en vue d'une accréditation éventuelle dans le cadre de la nouvelle loi qui n'allait pas tarder à être adoptée. Par la suite, plusieurs nous ont aussi révélé avoir fait le choix du CIG pour acquérir un modèle psychothérapeutique intégrateur, soutenu par les recherches actuelles sur les facteurs d'efficacité en psychothérapie.

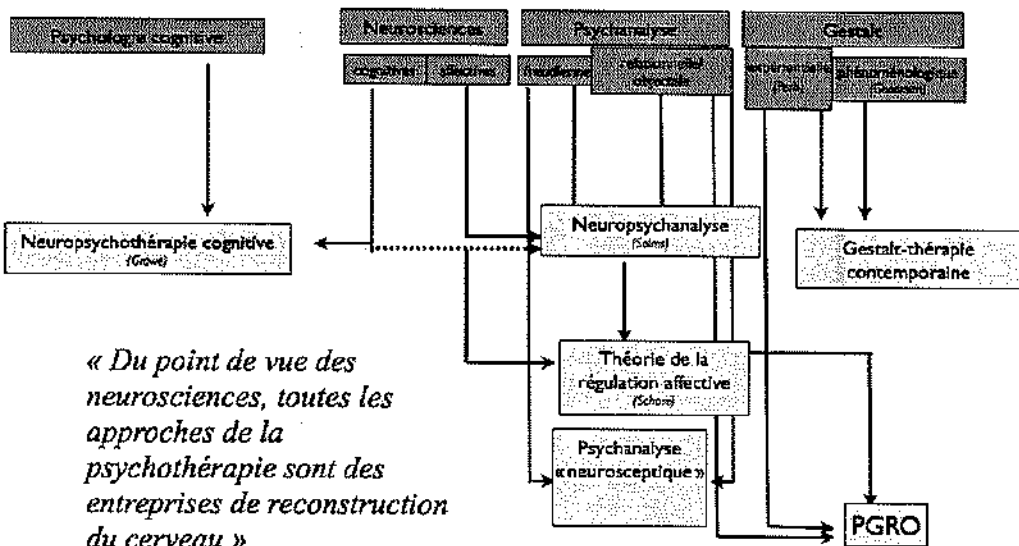
En 2008, nous sommes revenus au portrait habituel des personnes s'inscrivant à cette formation. Chez les 16 participants, on trouve une majorité de psychologues dont les racines théoriques proviennent des orientations humaniste et psychodynamique. Ils disent rechercher un modèle thérapeutique de base pouvant intégrer les connaissances qu'ils ont déjà acquises et qui puisse désormais leur servir de cadre central de référence. La moyenne d'âge de ce groupe d'intervenants se situe entre 30 et 35 ans et ils cumulent en moyenne cinq années d'expérience professionnelle.

En 2009, le même phénomène qu'en 2007 se reproduit à une différence près: cette fois, la majorité des postulants sont des psychologues. Dans l'année précédant l'inscription à la formation, deux événements ont occupé l'avant-scène de notre univers professionnel. D'abord, il y eut le congrès de l'Ordre des psychologues du Québec avec la venue d'Allan Schore, coïncidant avec le lancement de la traduction française de son dernier livre, *La régulation affective et la réparation du Soi*, aux Éditions du CIG. Ce fut ensuite la concrétisation légale d'un cadre juridique entourant la psychothérapie, par l'adoption de la loi 21. Les participants de cette année 2009 étaient en moyenne âgés de 40 ans et avaient 10 ans d'expérience professionnelle.

Au regard de ce qui précède, nous pourrions dire qu'une partie des professionnels de la santé mentale, plus particulièrement les psychologues, sont soucieux de s'acquitter de leurs obligations professionnelles d'une manière qui soit à la hauteur des attentes grandissantes que placent en eux l'État et la population qu'ils desservent. Ils ont à coeur de bien comprendre leurs clients et de leur fournir un service adéquat et adapté au contexte. Ils recherchent aussi un cadre théorique intégratif pouvant les outiller dans la complexité de leur art. Lorsqu'ils s'inscrivent à cette formation, ils sont en accord avec le principe qu'un thérapeute doit, lui aussi, développer sa palette affective et boucler personnellement ce qui pourrait entraver son travail dans la relation au client. Le CIG leur semble une option crédible et valorisée dans leur milieu. Souvent, ces intervenants ont d'abord lu un ou des ouvrages de PGRO ou ils ont assisté à des présentations du CIG ou de praticiens de la PGRO. Souvent, ils connaissent des intervenants déjà formés à l'approche. Le programme de formation clinique du CIG est un programme réputé pour être exigeant, autant sur le plan théorique, que pratique et expérientiel. Il exige des candidats un investissement important sur le plan de leurs compétences affective, interactive et cognitive. Il n'en demeure pas moins qu'il est un choix convoité par plusieurs intervenants oeuvrant en santé mentale.

APPORTS THÉORIQUES AU MODÈLE

Tableau 2
Les racines théoriques de la PGRO



Ces dernières années, l'apport des neurosciences cognitives et affectives est un ajout important pour la compréhension et le traitement des problématiques en santé mentale. Ne pourrait-on pas dire que le cerveau est notre donnée probante ultime? La mobilisation des deux hémisphères cérébraux, la régulation affective du client et la possibilité maintenant démontrée de la création de nouveaux réseaux neuronaux sont une source de réflexion essentielle à la compréhension et à l'aide que l'on peut apporter au client (Linford et Arden, 2010).

En suivant le tableau 2, nous voyons qu'en 2009 la PGRO s'enracine toujours dans la phénoménologie de l'expérience immédiate et ressentie, dans l'esprit des enseignements d'une Gestalt-thérapie expérientielle. Elle vise à éclairer le sens de l'expérience produite dans la relation thérapeutique, au moyen des théories psychanalytiques de la relation d'objet. De plus, elle s'inspire des découvertes des neurosciences affectives qui considèrent la régulation affective comme la pierre angulaire d'une approche propre à corriger une *dysrégulation* actuelle et/ou enkystée lors du développement.

Selon nous, ce tableau représente aussi une influence certaine des neurosciences au sein des grands mouvements théoriques de notre époque. Ce qui fait dire à Louis Cozolino (2002) : « Du point de vue des neurosciences, toutes les approches de la psychothérapie sont une entreprise de reconstruction du cerveau ». Une approche thérapeutique ne peut se résumer à des techniques pouvant influencer un comportement. L'organisme neuropsychique se construit à partir d'une réalité première (le contact dans le champ organisme-environnement) porteuse de facteurs de risque et de résilience et d'un ensemble de situations relationnelles inachevées et introjectées ayant marqué ses chantiers *développementaux*. Toute cette construction au sein de la personne a un impact actuel sur ce qu'elle est, sur ce qu'elle vit et sur ses relations. C'est ainsi que même l'approche de la thérapie cognitive comportementale de la 3e vague (Dionne, 2009) parlera du travail avec les neurosciences et aussi de la prise en compte des affects et de la relation thérapeutique. La psychanalyse se trouve, elle aussi, confrontée à la nécessité de revenir à l'idée d'un lien indissoluble entre la neurologie et la psyché, telle que l'avait envisagée son fondateur, Sigmund Freud.

La PGRO s'inscrit dans ce mouvement intégrateur en psychothérapie. De par ses origines humanistes-existentielles et gestaltistes et à travers son enracinement dans la théorie du champ, elle reconnaît depuis sa création l'importance des comportements, des affects et de la relation thérapeutique qui se met en place dans l'ici et maintenant. C'est à l'éclairage des relations d'objet que la PGRO attribue la contribution de sens dans les différents enjeux

développementaux et la reconnaissance des reproductions relationnelles et ce, au sein même de la relation thérapeutique. Quant à l'éclairage neuroscientifique, il vient polir et éclairer plusieurs aspects de la théorie du développement de la PGRO et de son processus psychothérapeutique. Il met ainsi l'accent sur les besoins de régulation neurobiologique pour le développement et le maintien d'un attachement *sécuré* et d'un «cerveau *mentalisateur*».

CONTENUS DES FORMATIONS

Depuis ses débuts en 1981, la formation au CIG se situe comme une formation clinique post-universitaire. Elle s'inspire d'une tradition didactique expérientielle qui considère comme centrale l'intégration cognitivo-affective. Dans le modèle du CIG, un thérapeute compétent doit se développer sur trois axes de compétences: les compétences réflexive, affective et interactive. Ainsi, il se fait fort d'accueillir son client dans un état d'ouverture affective, doublée d'une «indifférenciation créatrice» (Perls (1942), citant Friedlander), sans pour autant renoncer à un bagage de connaissances théoriques de pointe, et tout en cultivant sans cesse cet art subtil qui consiste à trouver la posture réceptive et expressive qui optimise la communication.

Pour le travail de ces trois compétences, le CIG intègre au sein de sa formation trois blocs d'apprentissage:

- Un bloc théorique comprenant des exposés théoriques.
- Un bloc pratique comprenant des exercices d'intégration et de sensibilisation ainsi que des quatuors de pratique supervisés et/ou observés.
- Un bloc expérientiel consistant en un module de travail de thérapie de groupe au sein duquel les participants peuvent travailler leurs enjeux personnels.

Au sein de la formation clinique des 1^{er}, 2^e et 3^e cycles, nous retrouvons ces trois blocs d'apprentissage pour aider le thérapeute à développer ses compétences. Au premier cycle, le participant reçoit un aperçu de tous les contenus à la base du modèle: une théorie du développement normal et pathologique, une théorie de la psychothérapie, quelques mots sur la nosographie et le diagnostic et la place des techniques spécifiques au sein de la relation thérapeutique (Mahrer, 1989). Sur le plan pratique, tous les exercices et toutes les pratiques en quatuor se vivent sous l'éclairage de l'importance du cerveau droit en psychothérapie. Les exercices d'intégration, tels les exercices en petit groupe de pratique (practicums) portent un intérêt particulier au reflet empathique, au *holding*, à la

lecture de la prosodie, à l'importance de garder l'affect à proximité et de parler de ce qui s'élabore dans la relation thérapeutique. Avec l'explosion des connaissances en neurosciences, il nous semble important que, dès la première année, le participant puisse s'ouvrir autant que faire se peut à ce qu'il ressent dans son expérience avec le client. Accueillir l'autre, s'ouvrir à soi-même, porter l'affect, se réguler et coréguler sont des thèmes importants du premier cycle. Cette dimension du travail demande au thérapeute de se « mettre en chantier » sur lui-même pour accueillir ce qui vient du monde externe. Le travail du groupe expérientiel lui donne l'occasion d'être attentif à son processus personnel et à ses propres enjeux.

Au deuxième cycle, toujours à travers les mêmes blocs d'apprentissage, le participant approfondit l'analyse structurale du Self, ainsi que les éléments de la théorie de la psychothérapie en PGRO. Il expérimente et pratique les liens inter-champs, le traitement de l'identification projective ainsi que l'herméneutique. À travers cette théorie de la psychothérapie, le participant avance dans sa compréhension des divers chantiers *développementaux* qu'il voit maintenant à la lumière des théories dynamiques et neuroscientifiques. Lors des blocs expérientiels, le participant peut profiter d'une analyse post-séance en lien avec les théories au programme. Il est à noter que dès le deuxième cycle, les participants vivent des *practicums* stables. C'est-à-dire que dans leur pratique en quatuor, les thérapeutes gardent le même client au cours des six séances de chacune des années de formation. Cela permet la reproduction de certains enjeux relationnels à l'intérieur de la relation thérapeutique de *practicum*.

Au troisième cycle, les participants consolident d'abord leurs acquis de premier et deuxième cycles. De plus, ils intègrent théoriquement l'analyse multimodale avec différents auteurs des relations d'objet et les nouvelles connaissances en neurosciences sur l'activation bihémisphérique, la mémoire implicite, le travail émotionnel de base avec la typologie de Panksepp (1998), la contagion affective de l'identification projective et la régulation affective. Le vécu clinique de deux semaines en résidence pendant trois ans a aussi un impact sur la vie affective et interactive du groupe. Il est source d'apprentissage relationnel et expérientiel. De plus, cette communauté théorique permet l'éclosion de projets d'écriture et l'avancement théorique de la PGRO. À la fin du parcours de trois ans, chaque participant doit fournir un travail mettant en lien la PGRO et les nouvelles connaissances neuroscientifiques ou psychodynamiques. Le tableau 3 décrit brièvement le contenu des formations.

Tableau 3
Le contenu des différentes formations offertes au CIG

1er cycle	2e cycle <i>Pour chaque thème, perspective psychodynamique et perspective neurodynamique</i>	3e cycle	Séminaire Théorico-clinique	Sessions de perfectionnement
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Aperçu de l'ensemble du modèle PGRO (Mahrer)</i> ✓ <i>Importance du cerveau droit et régulation affective</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Ajouts: ✓ <i>Éclairage neurodynamique</i> ✓ <i>La régulation affective et la dysrégulation affective</i> ✓ <i>La mémoire explicite et implicite</i> ✓ <i>Les systèmes émotionnels de base</i> ✓ <i>La mentalisation</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Consolider l'intégration de la neuro et de la PGRO dans sa réflexion et dans sa pratique</i> ✓ <i>Ajout de Ouverture multi-modale Fonagy</i> ✓ <i>Séminaire d'intégration neuro-PGRO à produire</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Freud</i> ✓ <i>Klein</i> ✓ <i>Fairbairn</i> ✓ <i>Winnicott</i> ✓ <i>Mahler: le processus séparation-individuation</i> ✓ <i>Kernberg</i> ✓ <i>Kohut</i> ✓ <i>Fonagy: La mentalisation</i> ✓ <i>Schore: La régulation affective</i> 	<ul style="list-style-type: none"> 2009-2010 ✓ <i>DSM-PDM</i> ✓ <i>Awareness du thérapeute</i> ✓ <i>Pharmacologie et psychothérapie</i> ✓ <i>Eros et neuro</i> ✓ <i>Autres...</i> ✓ <i>Attachement</i> ✓ <i>Stage avancé</i> ✓ <i>Neurodynamique de la personnalité</i> ✓ <i>Mentalisation ? PGRO!</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Reflet empathique; holding; la prosodie; garder l'affect à proximité; l'ici et maintenant de la relation thérapeutique</i> ✓ <i>Base de l'ouverture affective et de sa palette.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Practiciens stables</i> ✓ <i>Expérientiel et post analyse en atelier</i> ✓ <i>Suivi des superviseurs en continuité</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Activation bi-hémisphérique</i> ✓ <i>Activation mémoire implicite</i> ✓ <i>Régulation affective</i> ✓ <i>Travail des systèmes émotionnels de base</i> ✓ <i>Contagion affective: iF</i> ✓ <i>12, HD, Applications cliniques des auteurs</i> ✓ <i>Intégration en practicum</i> 		

Le CIG dispense aussi différents types de perfectionnements. Des formations de type réflexif comme les *Séminaires théorico-cliniques* sur différents auteurs du monde des relations d'objet, des *Séminaires sur la régulation affective* en lien avec la théorie d'Allan Schore et des séminaires ponctuels sur la *Réflexion diagnostique en cours de suivi*, la *Pharmacologie* et les *Enjeux développementaux* en lien avec les neurosciences. Bien sûr, dans tous ces stages, des exercices pratiques et des études de cas sont en lien avec la théorie. Le stagiaire peut ainsi voir l'utilisation possible des différents contenus fournis. Il est à noter aussi qu'à chaque année, les programmes sont revus pour intégrer des auteurs de pointe. Par exemple, depuis deux ans, Peter Fonagy et sa théorie sur la *mentalisation* est au programme des séminaires théorico-cliniques.

Des stages expérientiels et théoriques sont aussi offerts au CIG. L'*awareness corporel du thérapeute*, donné par Cyrille Bertrand, en est un exemple. Ce stage fait travailler le thérapeute sur ses propres compétences affectives et sur l'usage bi-hémisphérique dans la relation thérapeute-client. Il met aussi en lumière l'utilisation de notre *awareness corporel* en PGRO.

CONCLUSION

Voici donc, en résumé, des nouvelles du CIG. Comme on peut le constater, l'approche didactique et théorique du CIG continue son développement et son essor. Plusieurs de nos élèves ont, eux aussi, le projet d'écrire sur le développement de leur approche de praticien de la PGRO dans leur sphère d'activité professionnelle particulière. Ils sont, pour notre institut, une source de fierté et des ressources précieuses dans le développement de notre modèle.

Références

- Cozolino, L. (2002). *The Neuroscience of psychotherapy*. New York: Norton.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Dionne, F. (2009). Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive. *Psychologie Québec*, 26 (6), 20-24.
- Grawe, K. (2007). *Neuropsychotherapy: How the neurosciences inform effective psychotherapy*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Kaplan-Solms, K., Solms, M. (2000). *Clinical studies in Neuro-Psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Linford, L. & Arden, J. (2010). The rise and fall of PaxMedica: Welcome to the new era of brain-based therapy. *Psychotherapy Networker*. Accessible sur le web: <http://www.psychotherapynetworker.org/recentissues/745-januaryfebruary-2010>
- Mahrer, A. R. (1989). *The integration of psychotherapy*. Human Science Press.
- Panksepp, J. (1998). Attachment theory, personality development, and psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 8(6), 611-636.
- Perls, F. S. (1942). *Ego, hunger and aggression*. New York: Vintage.
- Perls, F. S., Hefferline, R., Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy. Excitement and growth in the human personality*. New York: Julian Press.
- Schore, A.N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal: Les Éditions du CIG. Traduit de l'anglais par le Groupe NeuROgestalt.

Abstract

This article summarizes the essential elements of the introduction conference that the author gave at the *Journée d'Étude de la PGRO* in June 2009. First, she presents the demographic and professional profile of the participants admitted to the clinical training in PGRO since 2007. She also presents a schematic outline of the theoretical foundations of the model and, lastly, a description of the contents of the program.

Commentaire de lecture

Le corps comme conscience

Par Ruella Frank

Claire ALLARD

«L'interdisciplinarité est la voie que la plupart des chercheurs et théoriciens du XXI^e siècle ont empruntée afin d'approfondir leur compréhension de l'expérience humaine. Actuellement, le champ de la psychologie se développe en s'inspirant des neurosciences, de la théorie des systèmes, de la biomécanique, de l'embryologie, des différentes sciences sociales et d'autres disciplines encore. La synthèse qui en résulte n'offre pas seulement de nouvelles connaissances mais plutôt une autre manière de regarder ce qu'on connaît déjà.»

Par ces quelques phrases, Ruella Frank introduit sa réflexion dans un ouvrage au titre évocateur *Le corps comme conscience*.¹

Ruella Frank, Ph. D., est psychologue, psychomotricienne et Gestalt-thérapeute à New York. Elle dirige le *Center for Somatic Studies* et est membre titulaire du *New York Institute for Gestalt Therapy*.

Au moment où notre culture scientifique et clinique explore les neurosciences avec grande attention, cherchant des réponses, des «sens cérébraux» à nos comportements sains et moins sains, il devient pertinent et nécessaire de trouver des auteurs qui rendent compte de l'expérience clinique dans toute sa complexité et son intensité. Rencontre entre deux êtres humains «complets» aux multiples facettes reliées entre elles, la psychothérapie est une occasion de contact avec soi et avec l'autre qui passe par le Soma. Je nous propose la lecture du livre de Ruella Frank en guise de réflexion somatoclinique.

¹ Frank, Ruella (2005). *Le corps comme conscience*. Traduction française: Éditions L'Exprimerie, France. Version originale anglaise: *Body of awareness: a somatic and developmental approach to psychotherapy*. Ruella Frank and Gestalt Press, publiée en 2001.

Dans sa démarche, l'auteure a été inspirée par Bonnie Bainbridge Cohen², fondatrice de l'école de centration Corps-Esprit, par Laura Perls³, cofondatrice de la Gestalt-thérapie, par Daniel Stern⁴, psychanalyste et par Esther Thelen, théoricienne du développement moteur. Ces chercheurs ont en commun de ramener « (...) l'étude des processus de mouvement au premier plan de la psychologie du développement et, avec elle, la primauté de l'expérience. » Par exemple, « Thelen considérerait les expériences d'action et de perception du nouveau-né – les schèmes développementaux – comme fondamentaux pour l'évolution de la vie mentale et sociale de l'enfant. »

Ruella Frank a développé une intégration de ces schèmes *développementaux* du mouvement et de la pratique de la Gestalt-thérapie. Le cœur de son travail est « (...) d'observer les expériences du mouvement tout au long du développement et de comprendre leur contribution à l'organisation du Self. » Elle nous rappelle que « (...) le succès de toute thérapie est basé sur la capacité du thérapeute de s'accorder au client. Il est essentiel que les praticiens lâchent la nécessité de savoir quoi faire et soient plutôt attentifs à *ce qu'ils vivent, et ce qu'ils sentent.* »⁵ La capacité du thérapeute à bien se synchroniser au client peut se développer en aiguisant [ses] « (...) observations des schèmes subtils de mouvements quand ils apparaissent dans le champ client/thérapeute, et en vivant les sentiments qui se développent [en soi] pendant la séance comme des informations essentielles au processus thérapeutique. »

Dans la préface à l'ouvrage français, Ariane Selz pose d'emblée le constat suivant :

« Chaque personne ayant une pratique de la thérapie en arrive à la conclusion que le débat sur la dualité psyché/soma est artificiel. Rien n'est jamais purement psychologique, rien n'est jamais purement somatique. Les deux forment notre personne (...). » Les mouvements des tout premiers mois de la vie guident nos pas jusque dans l'âge adulte. Ce sont les schèmes *développementaux*. Ils se regroupent ainsi : la respiration, la gestuelle, la posture, la démarche.

Ruella Frank raconte ses premières observations du début de sa pratique, ses premières expériences dans l'attention portée aux schèmes *développementaux* avec la clientèle adulte. Elle souligne l'importance de la prudence dans les propositions de mouvements, dans l'accompagnement à la prise de conscience. Je dirais que

2 Entre autres ouvrages de cette auteure : Bainbridge Cohen (2002).

3 Entre autres ouvrages de cette auteure : Perls (1993).

4 Entre autres ouvrages de cet auteur : Stern (1992, 1997).

5 Souligné dans le texte.

l'attention portée à la dimension somatique, que sont les schèmes *développementaux*, est une dimension du dialogue herméneutique (Delisle, 2001) ; le thérapeute garde à la conscience que son idée, son interprétation, est une proposition qui est suggérée pour faire avancer la construction de sens. C'est dans cette intimité de la dyade thérapeutique, dans cette recherche à deux que la réparation s'opère. Ici, l'exploration prend aussi forme dans les propositions de mouvements : mouvements respiratoires, mouvements amplifiés de certaines parties du corps ou mouvements dans l'espace pour apprivoiser le sens de soi dans l'environnement, toujours en lien avec le thème présenté par le client. Ainsi, peu à peu, les schèmes *développementaux* sont revisités, conscientisés. Des formes nouvelles émergent. Et nous pourrions faire l'hypothèse qu'ainsi, toute la neurologie singulière de cette personne est activée. Le soma respire « dans » le processus !

« Quand un bébé pleure et cherche assistance, sa respiration devient irrégulière et son corps se tend. Quand la mère répond, l'enfant en pleurs est rassuré parce qu'elle le prend dans ses bras et le caresse ; sa respiration profonde se rétablit et ses muscles se détendent une fois encore. Si l'enfant n'est pas satisfait suffisamment longtemps ou de manière inappropriée (qui diffère d'un bébé à l'autre), les pleurs se transforment en rage, en lassitude, et finalement en désespoir. » Nous pourrions entendre ici Winnicott et Stern.

Comment se transposera cette expérience rassurante dans le bureau du thérapeute ? Dans la prosodie, selon Delisle (2001). Il ne sera pas nécessaire de prendre le client dans nos bras pour le bercer, mais de favoriser la profondeur d'une présence réparatrice « suffisamment bonne ». L'auteure souligne l'importance de donner au client « (...) autant de soutien que nécessaire, aussi peu que possible. » Cela permet au client d'accéder à ses propres ressources disponibles, mais pas encore développées. Ici, nous rejoignons aussi un des principes de la Gestalt-thérapie : l'exploration des systèmes de soutien du client. « Plus l'expérience du corps est discriminée, plus l'expérience des émotions est affinée. »

Au fil des vignettes cliniques que présente Ruella Frank, nous pouvons pressentir son audace à explorer les galeries inhabitées du client dans un effort empathique fait de prudence, de délicatesse, et de souci du rythme dans l'accompagnement que la thérapeute offre au client. Ces vignettes illustrent la mise en forme des schèmes *développementaux* et comment cette mise en forme conservatrice a pu se faire de façon souffrante pour le client. Elle propose, avec grande présence à elle-même et à la cliente, de porter attention à un mouvement qui ouvre sur une nouvelle conscience de soi. « Les

étapes des schèmes corporels proposés sont des repères tantôt habituels, tantôt naturels; elles sont aussi des manières pour les thérapeutes, de ne pas se laisser emporter par les contenus, d'avoir des repères pour se soutenir (...).

Nous découvrons également un profond respect de la souffrance et la place pertinente du lien entre les émotions et le corps. « (...) Dans l'expérience de l'émotion, nous devenons conscients de la justesse de nos choix. Ce sont des savoirs *corporésés*⁶. Sans la lucidité de l'émotion, [le client ne peut] trouver de solutions pertinentes à ses dilemmes. »

Dans une proposition de changement dans la posture, « (...) les émotions précédemment évitées reviennent à la surface. » La posture est « (...) inextricablement liée à un éprouvé différent et personnel du poids du corps. Toutes nos configurations posturales contiennent la somme de nos expériences proprioceptives – toutes les modalités singulières par lesquelles un individu s'est ajusté à des environnements successifs tout au long de sa vie. (...) En surgissant d'un besoin *interne*⁷ du bébé et de la stimulation attrayante de l'environnement, le schème [du mouvement] prend forme. »

Ainsi, Ariane Selz, qui a traduit ce livre, précise: « Étant donné l'importance des schèmes *développementaux* pour le fonctionnement psychologique, avoir en arrière-plan l'étude des connaissances du mouvement procure au thérapeute une compréhension critique immédiate du champ psychodynamique en cours. » « Critique » est entendu ici dans le sens d'une lecture nuancée, raffinée, multiple, du corps-en-mouvement du client. Comment entre-t-il en séance? Comment se positionne-t-il? Comment semble sa respiration? Sur quelles variations? Comment bouge ce corps, ses membres, le haut, le bas, la tête, les yeux? Cette analyse consciente et conservée en « arrière-plan » par la thérapeute favorise, à mon avis, l'attention portée par celle-ci à ses propres sensations dans le contact avec ce client. Ces observations de soi et de l'autre sont des éléments qui favorisent la clarification des enjeux présents dans le contre-transfert. Ils sont aussi d'une grande pertinence dans la compréhension des phénomènes d'identification projective. Ce qui s'élabore en moi-thérapeute vient de qui? Le client ou le thérapeute?

Dans la préface, Ariane Selz souligne la place pertinente que Ruella Frank donne à l'expérimentation avec une compréhension approfondie de son impact sur la conscience et dans la relation thérapeutique: « L'expérimentation, soit permet d'accentuer une posture pour la conscientiser, soit propose une voie nouvelle. Parfois c'est la conscience qui ouvre au changement, *parfois c'est le*

⁶ Souligné dans le texte.

⁷ C'est l'auteure qui souligne.

*changement qui ouvre à la conscience*⁸, même si les présupposés théoriques de maintes psychothérapies ont opté et optent encore pour le premier terme de cette alternative. (...) L'expérimentation [est] un support qui sert à accroître la conscience de schèmes installés et fixés et permet ensuite, dans le dialogue, de les déconstruire si leur fixation s'est accompagnée d'aliénation.»

Dans chaque chapitre, l'auteure construit des ponts entre les étapes *développementales* dans le mouvement, la psyché et le contact avec l'environnement. Elle montre comment la curiosité naturelle de l'enfant est à la base de l'initiation et de la variation du mouvement et comment elle peut être interrompue. (Voir aussi à ce sujet Miller, 2002). Un exemple clinique illustre la construction d'une interruption et d'un ajustement conservateur dans la relation mère - enfant lorsqu'il y a un climat anxieux et comment ce climat influence la chaîne de mouvement dans la réaction de curiosité de l'enfant. Les failles relationnelles construisent ce que l'auteur nomme les «dilemmes de base». Ces interruptions dans la fluidité de la dyade mère - enfant font perdre curiosité, fascination et créativité: la capacité qu'a la mère de prendre et d'offrir à l'enfant est déterminante dans la construction d'un contact réciproque et «suffisamment bon» pour les deux, mère *et*⁹ enfant.

«La capacité à s'immerger puis à se séparer d'une autre personne de façon souple est la condition d'un dialogue sain.»

Évidemment, autant pour les schèmes *développementaux* que pour toute trace qui se construit au cours de la vie, des événements ultérieurs peuvent favoriser la réparation au sens *développemental* du terme, c'est-à-dire une reprise du mouvement de curiosité et de contact avec l'environnement qui soit créateur et fluide. La psychothérapie est un de ces événements qui peut y participer de façon optimale. Il ne s'agit pas de voir les schèmes *développementaux* comme des cristallisations irréparables, mais de s'en servir comme des leviers au même titre que d'autres phénomènes processuels qui nourrissent la conscience de soi.

Ruella Frank s'intéresse également aux processus d'intégration et de différenciation (voir aussi Gagnon, 1999). Ainsi, à propos de l'intégration: «Les expérimentations thérapeutiques qui portent sur l'orientation première augmentent la conscience de la relation indissociable qui existe entre le corps et l'environnement et restaurent la possibilité d'un contact calme, gracieux et ininterrompu.» J'ajouterais que ceci participe également à la restauration de la responsabilité.

⁸ C'est moi qui souligne.

⁹ Ruella le souligne ainsi.

« Moins l'expérience de leur corps est précise, plus ils sont contraints à s'en remettre à leur réalité construite et à interpréter systématiquement de travers la situation présente. »

L'expérience de la gravité, découverte dans les premiers mouvements par le bébé, participe au sentiment d'intégration du soi et à la conscience proprioceptive, élément fondamental du Self émergent... ou de l'angoisse chronique!! L'expérience de pesanteur du poids du corps, éprouvée dans les premiers moments de vie, est le préalable aux expériences de laisser aller et de s'abandonner avec confiance dans un environnement de sécurité. La posture est « (...) inextricablement liée à un éprouvé différent et personnel du poids du corps. Toutes nos configurations posturales contiennent la somme de nos expériences proprioceptives – toutes les modalités singulières par lesquelles un individu s'est ajusté à des environnements successifs tout au long de sa vie. »

La gravité participe également à l'expérience de différenciation. La sensation claire de pesanteur se manifeste lorsque le niveau d'excitation correspond au niveau d'activité musculaire. La différenciation tient, entre autres, à la capacité de se donner la permission d'être autrement dans les variations possibles de soi, dans la nouveauté et dans le retour au connu. L'esthétique du contact passe par la capacité à se différencier. Cette capacité se développe dans l'apprentissage de la marche, lorsque l'enfant explore le « aller vers » et le « se retirer ». En d'autres, mots, l'élan et le retrait.

« Au travers des rythmes de la vie, l'intérêt de l'expérience humaine c'est de rencontrer et être rencontré, d'influencer et être influencé, d'atteindre et être atteint. Par la rencontre de l'un avec un autre, l'individu fait partie d'une expérience plus large, il *se coule avec et à l'intérieur*¹⁰ d'un champ plus vaste. À partir du *Je*, un *Nous* apparaît. En se séparant de ce champ élargi, en sentant à nouveau la différence, le contact se réalise. Du *Nous* émerge un *Je*. C'est dans l'aller-vers que nous nous réalisons... Aller vers est un événement qui engage le corps tout entier. »

Cette exploration du aller-vers et du retour à soi se joue sans cesse dans la relation thérapeutique et le gestalt-thérapeute y porte une attention particulière dans l'instant présent. « Chaque mouvement est chargé de sens, tant pour le thérapeute que pour le client. Le sens émerge toujours du contexte dans lequel survient ce mouvement (...). Dans un comportement sain, quand l'objet d'intérêt est perçu comme sûr, accueillant, accessible, le schème de mouvement émerge sans inhibition et avec facilité. »

¹⁰ C'est l'auteure qui souligne.

Tout le long de ce livre d'ailleurs, l'auteure présente les situations traumatiques de l'enfance, ou plus simplement marquantes, en termes de ruptures ou failles dans le contact. Cette façon de saisir l'impact des relations voyage de la perception d'un des protagonistes (ex. le parent) à celle de l'Autre dans le lien (ex. l'enfant) ou vice versa. Sa position ouverte et souple rappelle que toute situation relationnelle présente une complexité de formes que le thérapeute doit avoir l'ouverture et la disponibilité d'explorer avec audace et respect. Les schèmes *développementaux* de base prennent des formes singulières pour chaque personne en lien avec son contexte de vie unique. Par exemple, « (...) une relation harmonieuse entre la tonicité des muscles fléchisseurs et extenseurs crée un équilibre psychophysique entre le développement dans le monde et le retour sur son corps/sur soi. »

Un texte aussi « somatique » que celui de Ruella Frank demande à être intégré « somatiquement » ! Dans mon groupe de lecture¹¹, nous avons décidé d'expérimenter quelques aspects des observations de Ruella Frank. Une expérience enrichissante en tant qu'observateur externe et interne des processus corporels d'une personne. Nous nous sommes glissés dans le « corps » de Annie, cliente de l'auteure. Qu'éprouvons-nous dans ces tensions décrites par l'auteure ? Par l'observation externe, les autres participants peuvent-ils repérer les mêmes formes qui donnent sens ? De l'intérieur, que ressentons-nous dans ce moule d'un corps qui n'est pas soi ? Nous avons terminé cet expérimentiel par un retour à soi au moyen de la conscience par le mouvement, tel que le propose la méthode Feldenkrais. Il fallait bien que nous nous retrouvions soi-même ! Les deux étapes de l'expérience ont été enrichissantes pour ouvrir la conscience dans le contact avec l'autre et avec soi.

Par ailleurs, nous sommes soucieux et demeurons vigilants quant à son application en séance thérapeutique. Toute intervention d'approfondissement somatique ou dialogale ne s'improvise pas. Elle nécessite réflexion, apprentissage et expérience.

Le travail thérapeutique avec « le corps comme conscience » est un travail dans le champ de l'ici et maintenant. C'est un travail d'observation et d'attention portées sur le processus « corporéisé » du lien. Les schèmes de mouvement tels que la respiration, la gestuelle, la posture et la marche sont les assises *développementales* de notre rapport au monde. En séance thérapeutique, proposer l'exploration de formes nouvelles de mouvement, chercher le sens des impasses de contact par le dialogue incluant l'attention portée

¹¹ Merci à mes collègues du groupe des *Polylogues* qui, par la richesse, la profondeur et la gaieté de nos échanges, apportent de l'eau au moulin de la conscience du thérapeute (!): Gaétane Bourdages, François Chanel, Marc Filiatrault, Marie Gérin-Lajoie, Lorraine Nadeau, Agnès Trempe, Jorge Vasco.

au mouvement somatique, ramener ainsi l'implicite dans l'explicite participent à créer l'ouverture du lien réparateur soi-environnement. Ce travail de construction de sens se fait dans une recherche de fluidité entre les champs de toutes les époques reproduits dans le moment présent. La conscience somatique est aussi un travail interchamp. La mise en mots est imbriquée dans la mise en mouvement. Nous touchons là une base *développementale* si souvent rappelée et démontrée par plusieurs auteurs d'approches psychanalytiques et humanistes, tant en Gestalt-thérapie que dans les efforts théoriques et cliniques qui se font actuellement pour tracer des ponts entre neurosciences et psychothérapie.

La conscience des liens entre les mots et les mouvements *développementaux* est un de ces chemins vers la guérison de la souffrance psychique; elle participe à la réparation. La rencontre thérapeutique devient alors *polylogue* et la quête de sens s'élabore en ajoutant la dimension somatique au modèle multimodal de la Gestalt-thérapie.

C'est ce que je nous souhaite...

Références

- Bainbridge Cohen, B. (2002). *Sentir, ressentir et agir*. Bruxelles: Éditions Contredanse.
- Delisle, G. (2001). *Le dialogue en psychothérapie*. Actes des journées d'étude. Champ G. Institut de Gestalt du Nord.
- Gagnon, J. (1999). Gestalt-thérapie, liens précoces, liens actuels, les pathologies limites. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 6.
- Miller, M. V. (2002). *La poésie de la Gestalt-thérapie*. Paris: L'exprimerie.
- Perls, L. (1998). *Vivre à la frontière*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Stern, D. (1992). *Journal d'un bébé*. Paris: Éditions Calmann-Lévy.
- Stern, D. (1997). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris: PUF.

ERRATUM

Nous avons décelé une erreur dans l'article intitulé *Le sentiment d'impuissance en relation d'aide* par Bernard Rivière, paru dans l'édition précédente (Volume 11, 2008, pages 109 à 120). À la page 114, 8^e ligne, la référence à Lecomte, Savard, Drouin et Guillon (2004) est erronée. Le résultat de recherche cité aurait dû être attribué à Ahn et Wampold (2001).

La phrase devrait donc se lire comme suit: «Ahn et Wampold (2001) rapportent que 40 à 67 % des abandons prématurés sont imputables aux problématiques du client.»

De plus, on doit ajouter la référence suivante à la liste des références à la page 119:

Ahn, H. & Wampold, E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 251-257.

Toutes nos excuses à nos lecteurs et lectrices.

Notes biographiques

Claire ALLARD, psychologue, a pratiqué la psychothérapie auprès d'une clientèle adolescente en milieu scolaire durant 18 ans avant de se consacrer à la pratique privée auprès d'une clientèle adolescente et adulte. Elle a également travaillé aux plans d'urgence et à l'intervention lors d'incidents critiques, dont les situations traumatiques. Diplômée de l'UQAM, elle a poursuivi sa formation dans les orientations psychodynamique et humaniste, dont la Gestalt-thérapie. À titre de formatrice et de thérapeute, elle s'intéresse à la grande sensibilité. Elle est impliquée à l'AQG depuis plusieurs années dans diverses fonctions de coordination.

Sébastien AUGER est coordonnateur clinique à La Chrysalide, maison d'hébergement communautaire en santé mentale, un organisme situé à Bécancour depuis 2001. Il est présentement président du Regroupement des organismes de base en santé mentale des régions 04-17, où il assure la fonction de délégué de la table hébergement et travaille à la mise sur pied d'un Programme de développement des compétences en intervention (DCI). Après avoir complété un diplôme d'études collégiales en travail social au Cégep de Trois-Rivières, il a poursuivi son cheminement au baccalauréat en psychologie à l'UQTR. Participant de la promotion 2004-2007 au CIG, il a également bénéficié en 2008 du séminaire théorico-clinique en relations d'objet animé par Gilles Delisle à Québec. Il termine actuellement un Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) en santé mentale par TÉLUQ (UQAM) dans le cadre duquel il procède à l'écriture de son essai intitulé *Application d'une perspective Gestaltiste des Relations d'Objet à un champ de pratique d'intervention de crise psychosociale*.

Janine CORBEIL, psychologue, est diplômée du Gestalt Institute of Cleveland (1973-1974), du programme de formation à la Gestalt synergétique (New York, 1980-1981) ainsi que d'une formation à la thérapie familiale (Virginia Saur, 1980). Récipiendaire du mérite annuel de l'OPQ (Prix Noël Mailloux, 1994). Fondatrice à Montréal du *Centre de croissance et d'humanisme appliqué*, qui offrait un programme de formation à la psychothérapie gestaltiste ainsi

que des groupes de croissance et de psychothérapie à une population plus large (1974 à 1989). En charge d'un programme de formation à la psychothérapie gestaltiste à Nantes (1983-1986). Elle a également fait partie de l'équipe de formateurs du Gestalt Institute of Cleveland (Belgique, 1976-1979). Une des pionnières de la Gestalt-thérapie au Québec et en Europe francophone. Elle a écrit une cinquantaine d'articles dans diverses revues de Gestalt-thérapie et est coauteure de quelques livres ici et à l'étranger. Pratique la psychothérapie depuis 1963. Invitée de plusieurs instituts de formation au Québec et à l'étranger, elle collabore actuellement au programme de formation à la Gestalt-thérapie offert par l'Institut québécois de Gestalt-thérapie (IQGT).

Psychologue clinicien, **Marc-Simon DROUIN** 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 cycle. Professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM) dans la section humaniste, il s'intéresse particulièrement à l'efficacité de la psychothérapie et au rapprochement entre les diverses approches thérapeutiques.

Sylvie DUNN est travailleuse sociale de formation et exerce à titre de psychothérapeute en bureau privé depuis près de vingt ans. Elle est aussi superviseure didacticienne au Centre d'Intégration Gestaltiste, où elle a été diplômée du troisième cycle en 2003. Auteure de l'ouvrage *Le Concept d'amour en psychothérapie*, elle s'intéresse particulièrement aux substrats de la pratique psychothérapeutique et a livré plusieurs conférences sur ce thème. Membre de l'AQG, elle en occupe la présidence depuis janvier 2010.

Angela DUPONT a fait ses études en psychologie à l'Université de Montréal, avec un intérêt particulier aux transitions à l'âge adulte. Psychologue clinicienne, diplômée du troisième cycle au Centre d'Intégration Gestaltiste de Montréal, elle exerce en cabinet privé depuis plus de vingt ans. Membre de l'Association internationale de l'étude sur les rêves, elle s'intéresse aux rêves depuis fort longtemps. Après avoir suivi des ateliers sur les rêves avec Georges-Henri Quintard, une formation sur l'utilisation des rêves en psychothérapie avec Janine Corbeil et plusieurs ateliers d'approches différentes avec des experts en la matière lors des congrès annuels de l'Association Internationale sur les rêves (IASD),

elle est maintenant membre fondateur du comité régional de cette association, où elle participe à l'organisation d'un colloque annuel sur les rêves.

Maria Rosa FERRETTI est psychologue clinicienne en pratique privée, pratiquant la thérapie familiale et individuelle d'adultes et d'enfants. Elle a complété une formation de troisième cycle au Centre d'Intégration Gestaltiste de Montréal et une formation de superviseure au modèle de la PRGO. Elle est superviseure didacticienne du CIG et participe au programme de formation du deuxième cycle de cette école. Elle a pratiqué en tant que thérapeute de groupe auprès des familles ayant vécu des épisodes d'abus sexuel et elle a été évaluatrice des programmes communautaires de prévention des difficultés de liens chez des nouvelles mères en difficulté psychosociale. Elle offre périodiquement de la formation au diagnostic des pathologies de l'enfant (DSM et PDM).

Line GIRARD est psychologue clinicienne depuis 1981. Elle est également co-directrice et formatrice au CIG de Montréal (Centre D'Intégration Gestaltiste de Montréal). Comme clinicienne, elle a travaillé dans les organisations de la santé (comme les CLSC, CSSS), en clinique privée psychiatrique et en clinique privée de psychothérapie. Depuis plus de quinze ans, elle agit dans les organisations publiques et au CIG à titre de formatrice et de superviseure didacticienne et clinique. Elle fait partie du groupe NeuROgestalt et a collaboré à la traduction du livre d'Allan Schore: *La Réparation du Soi* (2008). Elle a aussi écrit quelques articles sur la réflexion diagnostique en cours de suivi psychothérapeutique et sur la PGRO.

Robert G. LEE, Ph.D., un psychologue en pratique privée à Cambridge, Massachussets, aux États-Unis, a écrit de nombreux textes et fait des présentations autant au niveau national qu'international à propos de la honte et de l'appartenance en tant que processus régulateur du champ relationnel. Il est coéditeur du volume *The Voice of Shame* (1996), et l'éditeur du livre *The Values of Connection* (2004) et de *The Secret Language of Intimacy* (sous presse). Il est membre enseignant du "relationally-based Child and Adolescent Training Program" au Gestalt Institute of Cleveland. Il est présentement impliqué dans la coédition d'un volume stimulant, issu du congrès tenu récemment à Esalen, intitulé *Evolution of Gestalt II: Relational Child, Relational Brain* (sous presse).

Louise LETTRE est psychologue, formée en Gestalt par Janine Corbeil et spécialiste en chocs de vie. Elle a formé, pendant 25 ans, les étudiants de Radiologie en psychologie du patient. C'est là qu'elle a commencé à explorer la communication par le toucher (haptonomie) qui lui a ouvert les portes de la périnatalité. Elle accompagne les couples qui attendent un bébé en Préparation Affective à la Naissance, se spécialise en chant pré et post natal et en Revécu Affectif de la Naissance. Elle collabore aussi à la formation continue de la Maison Michel Sarrazin et au Centre d'Excellence du Vieillessement de Québec car l'haptonomie s'applique aussi aux soins en fin de vie.

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 individus et groupes depuis 30 ans et s'intéresse, comme humaniste, aux problèmes existentiels de l'être humain, tels la santé et le stress au travail, la solitude, les problèmes psychosomatiques, les transitions de vie, l'affirmation et l'estime de soi.

Agnès TREMPE est psychologue clinicienne. Elle a été formée à la Gestalt-thérapie au début des années quatre-vingt; elle a poursuivi sa formation auprès de Gilles Delisle et a obtenu une certification à la supervision didactique. Elle a fait de la supervision didactique aux deuxième et troisième cycles du CIG pendant quelques années. Elle a fait une formation sur la thématique de la Gestalt et du corps avec Janine Corbeil ainsi qu'à la théorie de la prise de forme en relation avec Jean Gagnon. Elle pratique la psychothérapie individuelle et de couple et fait de la supervision en bureau privé. Elle s'intéresse à l'intégration de la dimension somatique en psychothérapie.



Association Québécoise de Gestalt
C.P. 428, Succursale Delorimier
Montréal (Québec) H2H 2N7
Canada
Tél. : (514) 971-7838
Courriel : info@gestaltqc.ca
Site Web : www.gestaltqc.ca

QU'EST-CE QUE L'AQG ?

Fondée en 1988, l'Association Québécoise de Gestalt (AQG) 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 annuelle. Publication 2 à 3 fois par année, du bulletin de liaison *Émergence*. Causeries préparées par des collègues, lors d'un partage d'un repas, 2 à 3 fois par année. Le site Web : www.gestaltqc.ca offre toutes les informations sur l'AQG, 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 annuel. Journées de formation spéciales données par un membre senior de la communauté internationale. Répertoire des membres diffusé à travers la province. Ligne téléphonique pour toute information sur l'AQG et ses membres. Conférence-bénéfice. Activités sociales.

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

NOM : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____

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

Association Québécoise de Gestalt
C.P. 428, Succursale Delorimier
Montréal (Québec) H2H 2N7
Canada

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 () 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 12) :

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 l'AQG (Association Québécoise de Gestalt)

AQG
C.P. 428, succursale Delorimier
Montréal (Québec) H2H 2N7
Canada



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)**

**PERFECTIONNEMENTS CLINIQUES:
SESSIONS SUR LA RÉFLEXION DIAGNOSTIQUE
EROS ET PSYCHÉ
MASTER CLASS
STAGE AVANCÉ...**

**SUPERVISION DIDACTIQUE ET
CLINIQUE DE PSYCHOTHÉRAPIE.**

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