

*Revue  
québécoise de*

**GESTALT**

- *Histoire de la Gestalt au Québec*
- *Profil de personnalité d'apprentis thérapeutes*
- *Santé mentale et Gestalt*
- *Relation clinique et relation thérapeutique*
- *Corps interdits ou corps inter-dits*
- *Intervention de crise*
- *Psychothérapie gestaltiste et relations d'objets*

**Numéro inaugural**  
**Vol 1. no. 1, 1992**

**EDR**  
**Les Éditions du Reflet**

La Revue québécoise de Gestalt s'adresse aux professionnels de la santé mentale et de l'intervention psychosociale, de même qu'aux chercheurs et aux professeurs de psychologie.

À ce titre, elle publie des études cliniques, des essais théoriques et des rapports de recherche.

---

## REVUE QUÉBÉCOISE DE GESTALT

### Directeur

Gilles DELISLE, Centre d'Intervention Gestaltiste

### Comité de rédaction

Janine CORBEIL, pratique privée

Marie-Claude DENIS, Université du Québec à Trois-Rivières

Line GIRARD, Centre d'Intervention Gestaltiste

Richard HATTO, pratique privée

John KENNEDY, Centre de Formation en Gestalt-Thérapie

### Coordonnatrice de la publication

Line GIRARD, Centre d'Intervention Gestaltiste

La REVUE QUÉBÉCOISE DE GESTALT est publiée par les Éditions du REFLET.

## ARTICLES

Les textes doivent être soumis en quatre exemplaires rédigés en français et respecter les normes usuelles des présentations scientifiques. Ils ne doivent pas excéder 20 pages dactylographiées (8000 mots). Ils doivent être accompagnés d'un résumé d'environ 100 mots, rédigé en français et, si possible, en anglais. La page couverture et le résumé doivent mentionner le titre de l'article mais non le nom de l'auteur.

Chaque article est envoyé de façon anonyme à trois membres du comité de rédaction qui procèdent à son évaluation pour fins de publication. Le comité de rédaction se réserve toute décision sur le choix des textes à publier.

La revue paraît annuellement, en septembre.

## ABONNEMENT (2 ans)

Particuliers : 35\$      Membres de l'Association québécoise de Gestalt      30\$

Institutions : 60\$      Membres de la Fédération internationale des  
organismes de formation en Gestalt (FORGE)      50\$

Le numéro : 20\$

## CORRESPONDANCE

Toute correspondance doit être adressée à :

**Revue québécoise de Gestalt**

5285 boul. Décarie, bureau 300

Montréal, (Québec)

H3W 3C2

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

(514) 481-4134

---

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec et Bibliothèque du Canada.

ISSN- 2-9802167-3-9

Copyright 1992. Revue québécoise de Gestalt

# *La Revue québécoise de GESTALT*

Numéro 1. Automne 1992

PRÉSENTATION <i>Gilles DELISLE</i>	1
L'HISTOIRE DE LA GESTALT AU QUÉBEC <i>Janine CORBEIL</i>	3
PROFIL DE PERSONNALITÉ DE CANDIDATS S'INSCRIVANT À UNE FORMATION À LA GESTALT <i>Line GIRARD et Marta MANIKOWSKA</i>	17
VERS UNE ÉVALUATION DE LA SANTÉ SELON UNE OPTIQUE GESTALTISTE <i>Marie-Claude DENIS</i>	39
DE LA RELATION CLINIQUE À LA RELATION THÉRAPEUTIQUE <i>Gilles DELISLE</i>	53
LE CORPS EN GESTALT : CORPS INTERDITS ... OU INTERDITS ? <i>Serge GINGER</i>	79
CRISE, GESTALT ET PARADOXE <i>François CHANEL</i>	91
LA GESTALT THÉRAPIE ET LA THÉORIE DES RELATIONS D'OBJET <i>Roland BURGALIÈRES</i>	103
NOTES BIOGRAPHIQUES	119



## PRÉSENTATION

«Il n'y a pas de génération spontanée». Ainsi s'ouvre le premier article du numéro inaugural de la Revue québécoise de Gestalt. Il est heureux que notre collaboratrice Janine Corbeil ait choisi ces mots d'ouverture. Cette revue que vous avez en main ne prend son envol que quelque vingt ans après les premiers stages de Gestalt tenus au Québec. Il était temps que la communauté gestaltiste québécoise, trait d'union entre l'Amérique et l'Europe francophone, se donne un organe formel d'échanges et de réflexion. Une longue et riche histoire, donc, que celle de la Gestalt au Québec, et que vous aurez plaisir à lire sous la plume de Janine Corbeil, elle-même l'une des pionnières de la Gestalt francophone.

Mais l'histoire s'incarne à travers ses acteurs, qui eux-mêmes la transmettent d'une génération à l'autre. Qu'en est-il de la génération qui se forme aujourd'hui à l'approche gestaltiste ? Qui est-elle, que fait-elle, et surtout, quel est le profil psychologique de ceux et celles qui, dans vingt ans ou avant, créeront d'autres formes pour la Gestalt ? La recherche descriptive de Line Girard et de Marta Manikowska, outre les quelques surprises qu'elle révèle, ouvre sur des questions cruciales pour qui s'intéresse aux modalités du choix d'une approche par un psychothérapeute.

L'un des éléments distinctifs du point de vue gestaltiste a certes été de tracer le contour de ce que serait une vie sainement vécue, sur le plan psychologique. Il était dans l'ordre des choses que ce premier numéro fasse le point sur la perspective gestaltiste, quant à la santé et à la psychopathologie. Le lecteur trouvera donc dans l'article de Marie-Claude Denis une réflexion incisive sur les paramètres qu'utilise le clinicien afin de comprendre l'interruption du flot vital et d'en activer la restauration.

Cette santé psychologique qui est notre méta-projet n'est pas un état statique mais un constant équilibre de forces tantôt convergentes, tantôt contradictoires. La crise psychologique, telle que nous la présente François Chanel, est une phase décisive porteuse d'une énergie potentielle de transformation. De quel accompagnement la personne en crise doit-elle bénéficier pour que cette transformation ait une chance de s'accomplir ? C'est ce que le lecteur apprendra à la lecture de «Crise, Gestalt et paradoxe».

La maturité du psychothérapeute s'exprime notamment dans sa capacité à choisir les modes d'accompagnement adaptés au contexte d'une situation d'intervention. Que la psychothérapie soit le mariage de l'art et de la

science, presque tout le monde, aujourd'hui, en convient. Mais, concrètement, à quoi tient ce délicat mélange de choix cliniques et de présence personnelle qui fait qu'une relation est thérapeutique ? L'article de Gilles Delisle propose au lecteur un modèle qui vise à agencer la réflexion diagnostique et la relation dialogique.

Quelle est la place du corps en psychothérapie ? Serge Ginger nous propose une réflexion rafraîchissante sur ce corps qui ne sert pas qu'à emmener la tête chez le thérapeute ! Avec sa verve coutumière, notre cousin préféré s'attaque au passage à quelques idées reçues et nous invite à interdire moins et à inter-dire davantage.

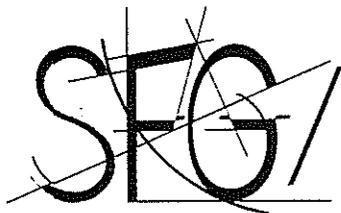
Enfin, à l'heure des rapprochements entre la Gestalt et les nouveaux courants analytiques, Roland Burgalières s'est amusé au jeu des citations. Partant d'un livre-synthèse sur la thérapie des relations d'objet, il s'est intéressé aux nombreuses ressemblances entre la thérapie des relations d'objet et la psychothérapie gestaltiste. Qui influence qui ? Nous voilà revenus à notre point de départ. Il n'y a pas de génération spontanée et au royaume de la pensée, il n'y a peut-être pas non plus de filiation univoque...

Ce numéro inaugural se veut assez représentatif de la structure générale de notre publication : des réflexions théoriques comme celles des Denis, Delisle et Ginger, des rapports de recherche comme celui de Girard et Manikowska, des réflexions sur l'application pratique de la Gestalt comme celle de Chanel, et des bilans-témoignages comme celui de Corbeil.

Voilà donc notre nouveau-né lancé dans le monde avec, vous le verrez dans les pages qui suivent, les meilleurs voeux de ses soeurs aînées, *La Revue Française de Gestalt*, le *British Gestalt Journal* et le *Gestalt Journal*. Encore bien perfectible, nous n'en doutons pas. Malgré tous nos efforts, nous nous attendons bien à ce que vous y trouviez quelque(s) coquille(s). Avec un peu d'indulgence, un peu d'encouragement, et beaucoup d'efforts et de *feedback*, le bébé grandira !

Souhaitons-lui longue vie et espérons que nous serons nombreux à vouloir prendre part à l'aventure et au risque de l'écriture, afin que la remarquable vitalité et la pertinence de nos pratiques se reflètent enfin dans nos écrits.

Gilles DELISLE  
Éditeur



Société Française de Gestalt

1, Marzinier, 33620 Cestas



Comité de Rédaction  
Revue Québécoise de Gestalt

Chers collègues,

Nous apprenons avec joie la prochaine parution de la Revue Québécoise de Gestalt. La Revue Française, de quelques mois son aînée, sait l'effort et l'excitation que cela représente pour l'équipe d'animation.

Nous sommes très heureux que ce nouvel outil contribue à élargir le fond commun francophone car nous savons tous que le développement scientifique de la Gestalt-thérapie, comme une meilleure connaissance de la Gestalt-thérapie parmi les professionnels de la Santé et de l'Education, passe par la publication de travaux de qualité. Connaissant les exigences de nombre d'entre vous, nous ne doutons pas de l'impact de cette revue au Québec et aussi au delà.

Nous attendons avec impatience la sortie du n°1 et vous souhaitons une longue vie et une large diffusion.

fraternellement,



Jean-Marie ROBINE  
président de la Société française  
de Gestalt

Le 3 Juin 1991

BRITISH  
GESTALT  
JOURNAL

Production Editor: Dr Ray Edwards  
Editorial Address: 72 Great North Road  
East Finchley  
London, N2 0NL  
Great Britain  
Telephone: 081 340 3924

*Editor: Dr Malcolm Parlett*

25<sup>th</sup> July 1991

Gilles Delilse  
Editor  
*Revue Québécoise de Gestalt*  
Le Reflet, 5285 boul. Décarie, Suite 300  
Montréal, Québec, H3W 3C2

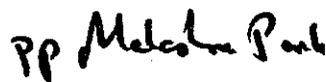
Dear Gilles,

Congratulations to you and your colleagues on the launch of *Revue Québécoise de Gestalt* from we who have just launched the *British Gestalt Journal*.

The world-wide gestalt movement seems to be in a great flux of thinking in this last decade of this century and the more media we have the stronger we will become. We have conferences for immediate contact and discussion and Journals for somewhat slower and more remote, but more durable contact and, I hope, discussion.

I hope our sibling journals can foster a continuous and happy exchange of information.

With very warm greetings from



Malcolm Parlett

Editor

THE  
GESTALT  
JOURNAL

P.O. Box 990  
Highland, N.Y. 12528  
914-691-7192

*(a division of The Center for Gestalt Development, Inc., a not-for-profit, tax-exempt, educational organization incorporated in the State of New York)*

May 28, 1991

Gilles Delisle  
Le Centre d'Intervention Gestaltiste  
5285 boul. Decarie, Suite 300  
Montreal, PQ  
CANADA H3W 3C2

To the editors, contributors and readers of Revue Québécoise de Gestalt, welcome and good luck! Since we started The Gestalt Journal over 15 years ago, journals exploring the various aspects of Gestalt therapy have begun and are thriving in Germany, France, Italy, Spain, and Great Britain. Each has unique flavor and each makes an important contribution to the every growing body of Gestalt literature.

Now comes Revue Québécoise de Gestalt and it is a special pleasure to welcome it to the international community of Gestalt therapy. When The Gestalt Journal decided to hold our 10th anniversary conference in Montreal, we were welcomed, embraced and supported by the Quebec Gestalt community. Plans are now underway for The Gestalt Journal to return to Montreal in 1993 for our 15th annual conference which will met simultaneously with the Quebec Association.

We wish you success and hope to see your new publication alive and vital long into the 21st century.

Joe Wysong  
Founder and Editor  
The Gestalt Journal





## L'HISTOIRE DE LA GESTALT AU QUÉBEC

Janine CORBEIL

### Résumé

*L'auteure retrace l'histoire du développement de la Gestalt au Québec depuis les premiers groupes de sensibilisation jusqu'à la mise sur pied de programmes structurés de formation. Elle aborde également le rôle joué par le Québec dans le développement de la Gestalt en France et en Belgique. En conclut en offrant quelques réflexions quant aux conditions d'un développement continu de la Gestalt au cours des prochaines années.*

### INTRODUCTION

Il n'y a pas de génération spontanée et, commencer à réfléchir sur les débuts de la Gestalt au Québec, c'est en même temps penser à tous les précurseurs qui, s'intéressant au phénomène des petits groupes depuis le milieu des années 1950, ont contribué à former, en milieu francophone, toute une génération de psychologues qui était au fait et suivait de très près l'émergence de nouvelles tendances aux E.-U.: Bethel d'abord, dès 1955-1956, puis la Californie une décennie plus tard.<sup>1</sup>

Par ailleurs, une théorie, un mouvement, ne naissent pas un beau jour à heure fixe comme le font les bébés : certains événements, plus que d'autres, contribuent à donner le coup d'envoi propice.

---

<sup>1</sup> À ce sujet, je renvoie aux articles de Guy Beaugrand-Champagne, Markita Riel et Roger Tessier dans *Changements planifiés et développement des organisations*, Tome I, Presses de l'UQAM, 1990

Pour parler des éclosions et des naissances en Gestalt au Québec, j'ai choisi surtout les dates de fondation des divers centres en ayant conscience qu'une date, une année, marquent un point d'arrêt dans un processus qui lui, est par ailleurs continu.

Vers le début des années 1970, un certain nombre de personnes vont, de façon isolée, découvrir en Californie les nouvelles approches: bio-énergie, Gestalt, analyse transactionnelle, psycho-synthèse.

Même si certains noms me reviennent à la mémoire, il serait impossible d'en dresser une liste exhaustive. Par souci de clarté, je me bornerai donc à parler de ceux qui ont eux-mêmes complété une formation en Gestalt après leurs premières découvertes et ont fondé ensuite leur propre école de formation.

## **LA NAISSANCE DE LA GESTALT AU QUÉBEC: DÉCOUVERTE ET SENSIBILISATION**

L'événement qui semble avoir catalysé des énergies jusque-là isolées fut la venue à Montréal, vers 1971-1972, de certains intervenants du *Gestalt Institute* de Cleveland.

Charles E. Smith, professeur invité à McGill, avait fait son doctorat en développement organisationnel à l'Université Case Western Reserve, à Cleveland.

Il avait également complété une formation en Gestalt au *Gestalt Institute* de Cleveland (GIC). Dès 1971, il invite à Montréal les principaux professeurs de la Faculté du GIC.

Smith veut faire connaître la Gestalt en organisant des fins de semaine de sensibilisation à l'intention des communautés de psychologues franco-phones et anglophones du Québec. Il fonde à cet effet le premier institut de Gestalt au Québec, *Gestalt Montreal*, où viendront travailler pendant quelques années Erving et Myriam Polster, Bill S. Warner et Joseph Zinker.

De nombreux intervenants du courant humaniste de l'époque ont fréquenté ces ateliers tenus dans un hôtel sur le boulevard Côte-de-Liesse.

## **LES PIONNIERS DE LA FORMATION**

Certains des pionniers du Québec qui ont découvert la Gestalt au début des années 1970 ont par la suite complété leur formation aux États-Unis. Don Horne, aujourd'hui décédé, fut sans doute le premier Montréalais à entreprendre une telle démarche. Il compléta à Cleveland, dans les années

1972-1973, l'*Intensive Post Graduate*, programme intensif s'échelonnant sur douze mois et réparti par tranches d'une, de deux ou de quatre semaines. Cette formule intensive dont la paternité semble être attribuable à Erving Polster, était spécialement conçue pour répondre aux besoins de formation des intervenants de l'extérieur de Cleveland.

Vers 1972-1973, Don Horne fonde avec Suzanne Saros le *Gestalt Institute of Québec*, qui offre des fins de semaine de sensibilisation à la Gestalt, destinées cette fois à une population qui déborde de plus en plus du cercle des professionnels.

Je me dirige à mon tour vers Cleveland l'année suivante, soit en 1973-1974, pour prendre part au même programme. En 1974, le CCHA (*Centre de Croissance d'Humanisme appliqué*) est fondé. Il a pour objectif d'offrir à la fois de la formation aux intervenants en santé mentale et des fins de semaine de sensibilisation à la Gestalt, ouvertes à une population québécoise plus large.

En 1974-1975, Ernest Godin, John Kennedy et Louise Noisieux vont suivre en Californie et en Europe la formation dispensée par le *Gestalt Institute* de Los Angeles.

Ernest Godin et Louise Noisieux fondent en 1976, à Montréal, le CQG (*Centre québécois de Gestalt*) qui, comme le *Gestalt Institute of Québec* et le *Centre de Croissance*, offre des activités de croissance et un programme de formation en Gestalt à la communauté professionnelle.

John Kennedy et Maurice Clermont sont, quant à eux, à *Psycho-Québec*, organisme d'orientation humaniste et gestaltiste qui offre déjà, à Québec, une vingtaine d'ateliers de croissance par année.

## LES ANNÉES D'EXPANSION

Le milieu des années 1970 marque l'essor de la Gestalt au Québec. Je me rappelle qu'à un moment, six centres donnaient de la formation en Gestalt dans la ville de Montréal uniquement. De plus, tous les autres centres de formation d'orientation humaniste incluaient d'une façon ou d'une autre la Gestalt dans leur approche. Comme nous le disions, avec une pointe d'ironie: la psycho-synthèse, c'est profond comme vue sur la personne, l'analyse transactionnelle, c'est clair et précis comme description, mais comment apporter des changements sinon avec la Gestalt?

Cela m'amène à parler des centres et des formateurs qui ont dispensé de la formation en Gestalt pendant plus de dix ans. Ces centres sont au nombre de trois et correspondent à ce que j'appellerai la première génération de formateurs au Québec.

À cette époque, la formation est offerte essentiellement à Montréal, puis s'étend à l'Europe francophone. Je reviendrai plus loin sur cette expansion outre-Atlantique. Parlons d'abord de ce qui se passe chez nous durant cette période.

Ces trois programmes, tout comme ceux de la deuxième génération (dont nous il sera question plus loin), possèdent des caractéristiques communes quant aux conditions d'admission, au type de clientèle recrutée, au ratio maître-élèves et aux champs d'application possibles pour les diplômés.

## **Les critères d'admissibilité**

En règle générale, on n'admet aux programmes de formation que les candidats détenant un diplôme de deuxième cycle dans une des disciplines de la relation d'aide. Il existe toutefois des exceptions: on semble accorder des équivalences selon le cas.

Il est intéressant de rappeler dans quel contexte politique et historique se pose cette question des critères d'admissibilité.

La Gestalt se caractérisait en partie par son anti-élitisme, ses principes humanistes, donc égalitaires et par son souci de rendre simple ce que d'autres s'amusaient à compliquer. De là à vouloir former tout un chacun, il n'y avait qu'un pas. Un pas qui, je crois, ne fut jamais vraiment franchi au Québec. À la suite de nombreuses discussions avec les autres formateurs sur ce sujet épineux, dans un contexte social de déprofessionnalisation et d'approches alternatives, nous en étions venus à la conclusion que si certains se montraient, à l'admission, plus souples quant aux équivalences, ils devenaient d'autant plus sévères en fin de parcours au moment d'accorder les diplômes.

Dans un contexte de démocratisation du savoir, la question des critères d'admissibilité ne se pose pas que pour les programmes de formation en Gestalt: elle se pose ailleurs et à plusieurs niveaux. Notre réflexion collective gagne à la mettre ici en relief.

## **Les clientèles visées**

Par ordre décroissant, des psychologues (en majorité), des travailleurs sociaux, des conseillers en orientation, des psycho-éducateurs, des andragogues, des criminologues, des sexologues s'inscrivent à ces programmes. Contrairement à ce qui se produit en Europe, il n'y a pas au Québec de psychiatres qui viennent se former en Gestalt. En Belgique et en France, ceux-ci constituent régulièrement 20% des candidats à la formation.

Avec les années, la clientèle varie. Au milieu des années 1970, ce sont souvent des professionnels possédant une certaine expérience clinique qui s'inscrivent à une formation en Gestalt. Dix ans plus tard, le manque d'emploi grandissant dans les institutions oblige les jeunes professionnels à devenir travailleurs autonomes dès leur sortie de l'université. Les programmes de formation répondent souvent à leur besoin d'encadrement.

## **Le ratio maître/élèves**

Dans la tradition des écoles de formation québécoises qui tiennent à la qualité de leur enseignement, les groupes se composent d'environ douze participants pour un animateur principal. Cela permet un enseignement individualisé évidemment impossible dans les groupes de 20, 40 ou 60 personnes — j'en ai fait l'expérience comme participante.

## **Les formateurs eux-mêmes**

Avant de passer à la description des centres de formation, un mot sur les caractéristiques qui m'ont semblé communes aux formateurs interviewés.

Dans un article paru dans le *Journal of Humanistic Psychology* et portant sur Abraham Maslow et Heinz Kohut, Colette Dumas et Thierry Pauchant relèvent entre ces auteurs deux différences intéressantes pour nous. (4)

1. Maslow fut influencé «par une grande diversité de perspectives et de domaines scientifiques», allant de l'anthropologie aux sciences pures en passant par la philosophie, la psychologie sociale, la psychologie cognitive, etc.

Kohut, par contre, a suivi une même ligne directrice du début à la fin: études en médecine, spécialisation en psychiatrie, formation à la psychanalyse.

2. Ces deux auteurs ont étudié des populations différentes: Maslow a fait ses recherches sur des populations de personnes actualisées alors que Kohut a traité des personnalités narcissiques, ou limites: des personnes au soi endommagé.

Les formateurs en Gestalt suivent une trajectoire qui les relie à un de leurs prédécesseurs, Abraham Maslow, et à la tradition humaniste. Ils ont étudié en sociologie ou en philosophie avant d'entreprendre leurs études en psychologie; ils proviennent du champ de la psychologie sociale ou de l'organisation et, outre le désir d'appliquer leur méthode à des gens perturbés, ils se sont toujours intéressés à la «thérapie des gens normaux».

Ils sont aussi constamment en formation et en recherche de renouvellement.

Le fait d'inviter leurs ex-formateurs à collaborer à leur propre programme a contribué à leur formation constante. J'ai, pour ma part, encore beaucoup appris du personnel de Cleveland avec lequel j'ai travaillé ici et en Europe.

## Les centres de formation

Le *Gestalt Training and Counseling Center*. À la suite du décès de Don Horne, Susan Saras fonde, en 1974, le *Gestalt Training and Counseling Center*. Elle met sur pied un programme qui s'échelonne sur trois ans et totalise, au rythme d'une fin de semaine par mois, 360 heures de formation. Ce programme existe encore aujourd'hui. Il est destiné aux professionnels de la relation d'aide: psychologues, travailleurs sociaux, conseillers en organisation et en intervention. Il se donne tous les trois ans. Un nouveau groupe entreprendra la formation en septembre 1992.

Outre ces 360 heures de formation, le programme exige un minimum de 50 heures de supervision. La psychothérapie individuelle y est encouragée, mais facultative. Le *Gestalt Training and Counseling Center* compte environ 70 diplômés depuis sa fondation en 1974. La clientèle se compose en proportion égale de francophones et d'anglophones et, comme dans les autres centres, se «féminise» de plus en plus: les diplômés, qui se composaient au début d'une majorité d'hommes, comptent depuis quelques années une proportion supérieure de femmes.

Comme le veut la tradition au Québec depuis l'implantation de la Gestalt, des invités de marque ont collaboré au programme du GTCC: Laura Perls y a participé pendant dix ans, Isadore From pendant cinq ans, Eric Marcus et Michael Miller pendant cinq à six ans. Erving et Myriam Polster ont également été invités. Gérard Bouffard, Québécois diplômé de Cleveland, prend maintenant part au programme.

Le *Centre de croissance et d'humanisme appliqué*. C'est également à 1974 que remonte la mise sur pied du programme de formation du CCHA, que je dirige. Ce programme s'est élaboré de façon pour ainsi dire organique: il s'agissait au début d'une semaine intensive offerte à des professionnels qui en faisaient la demande. À la fin de la semaine, les participants sollicitaient une autre semaine, puis une autre. Une première année de programme a pris forme. Cette première année en a entraîné une autre, de sorte que nous nous sommes retrouvés quelques années plus tard avec un programme complet échelonné sur quatre ans. Le programme a ensuite été réparti sur trois ans, à raison de quatre blocs de cinq jours concentrés autour de fins de semaine allongées de quatre jours. Il comporte 360 heures et est accessible aux personnes des régions éloignées: des professionnels de Gaspésie, du Nord-Ouest québécois, de Sherbrooke, de Québec et de la région d'Ottawa y participent.

Avec les années, le programme s'est enrichi: on y a ajouté de la théorie, une thérapie personnelle obligatoire ainsi qu'un travail de synthèse théo-

rique et pratique. Entre 1974 et 1989, dernière promotion avant que le programme ne soit pris en charge par le *Centre de formation à la psychologie humaniste de la Rive-sud*, environ 150 diplômés ont acquis leur formation au CCHA ici au Québec.

Des professeurs invités de Cleveland, Elaine Kepner, James Kepner, Lois Meredith, Erving et Myriam Polster, Joseph Zinker ont collaboré au programme. Lois Meredith, Elaine Kepner et Joseph Zinker sont venus au Centre annuellement pendant quinze ans. La liste des collaborateurs québécois, impressionnante, serait trop longue à dresser. Je ne mentionnerai que ceux qui ont pris part au programme pendant trois ans et plus: Pierre Campeau, Yvan Corbeil, Jean-Marc Guillaume, Louise Miron, Danielle Poupard, Jacqueline Prud'homme, Nicole Trudel, Pierre Trudel (maintenant décédé), Marielle Venne.

Le *Centre québécois de Gestalt* et le *Centre international de Gestalt*. En 1976, Ernest Godin et Louise Noiseux mettent sur pied, au CQG, un programme complet de formation qui sera offert jusqu'en 1984. Par la suite, Ernest Godin fonde le CIG (*Centre international de Gestalt*). Entre 1976 et 1988, le CQG et le CIG formeront entre 125 et 150 diplômés au Québec. Ici comme ailleurs, on fait des ajouts, sans doute au fur et à mesure que les formateurs prennent conscience des limites inhérentes à tout programme de formation et des changements dans la clientèle.

Le programme du CQG et du CIG s'étend rapidement sur quatre années, offrant un premier cycle de deux ans de formation générale axée sur les principes et la méthode Gestalt et un deuxième cycle (deux autres années) de formation plus spécifique, destiné aux psycho-thérapeutes.

Au CIG, outre la thérapie individuelle qu'ils doivent entreprendre en vue de l'obtention du diplôme, les candidats ont à se présenter devant un jury pour un examen oral de synthèse.

Les collaborateurs américains du CQG sont Allan Darbonne, Bob Resnick, Lolita Sapriel, Stephan Tobin et Isadore From. Celui-ci y est venu une fois par mois pendant trois ans.

Le CQG utilise en outre généreusement les ressources du Québec. Je n'en ai pas la liste exhaustive, mais je me souviens d'une grande fête au Lac Simon à laquelle Maurice Clermont, John Kennedy et moi-même avions pris part. De plus, pendant quelques années, je supervisais des groupes en thérapie et des particuliers qui étaient en formation au CQG.

## L'EXPANSION DE LA GESTALT DANS LA COLLECTIVITÉ QUÉBÉCOISE

Outre les activités de formation à l'intervention gestaltiste, les centres de cette époque mettent sur pied des groupes de croissance à l'intention de la population en général. Ces groupes sont offerts la fin de semaine, ou en stages résidentiels d'une à deux semaines durant l'été. Ils sont parfois thématiques : identité et féminité, processus de séparation, de deuil. Ils portent des titres comme la Gestalt et le corps, la voix, la thérapie par l'art, le rêve, le mythe et le mouvement... Ils peuvent être offerts à des populations ciblées : couples, enseignants, professionnels de la santé, dirigeants d'entreprise, etc.

Les personnes qui s'inscrivent à ces groupes se préoccupent de leur développement psychique, de leur qualité de vie et ont parfois des besoins plus spécifiques de thérapie.

Les animateurs, soucieux de la qualité et de l'attention individuelle accordée aux participants, limitent généralement les groupes à 12 ou 15 personnes.

Une estimation sommaire a permis d'évaluer à environ 500 par année le nombre de personnes qui entre 1975 et 1985 ont pris part à ces groupes dans les centres de Gestalt uniquement, car le Québec possède à cette époque d'autres centres d'orientation humaniste qui ne sont pas spécifiquement gestaltistes et dont nous ne faisons pas état ici.

C'était la belle époque; Elle fait maintenant partie du passé. Pourquoi a-t-elle pris fin? Sans doute pour diverses raisons.

Tout d'abord, la récession du début des années 1980 a entraîné une diminution des inscriptions. Les programmes de perfectionnement, entre autres, ont été supprimés partout, dans le secteur public comme dans l'entreprise privée.

De plus, les formateurs se sont lassés de ce que l'un d'entre eux a appelé la «thérapie instantanée». Une première étape de sensibilisation étant assurée, un besoin de travail plus suivi avec les clients se faisait sentir. Ici et ailleurs, la mode des recettes miracles, des grandes démonstrations de ce que la Gestalt pouvait accomplir, a fait place à un travail grâce auquel le changement visait à s'insérer dans une continuité.

En somme et malheureusement, les groupes de croissance se sont dissociés de la santé mentale et déprofessionnalisés; ils ont été désertés par les gens du métier pour être pris en charge par des gens de toutes provenances professionnelles, petits et grands profiteurs (voir les articles de l'*ACEF du Centre de Montréal*).

Certains avaient touché à ces méthodes et les croyaient faciles parce que parfois spectaculaires. Ils venaient suivre quelques sessions et les copiaient pour les offrir à meilleur compte dans leur salon. Un participant me dit un jour: «C'est très simple ton truc; tu as deux ou trois phrases, toujours les mêmes : centre-toi et respire, à qui veux-tu parler, etc.» Seize heures lui avaient suffi comme formation.

L'*ACEF du Centre de Montréal* publia une série d'articles dénonçant ce nouveau commerce de la croissance selon lequel «n'importe qui peut fonder n'importe quel centre, s'improviser détenteur d'une méthode infaillible et promettre le bonheur à qui voudra bien lui faire confiance».

L'Association déplorait également le fait que ces «n'importe qui», ne relevant d'aucune corporation professionnelle, «échappaient à toute espèce de réglementation».

En décembre 1987, Danielle Desjardins, psychologue, publiait une «Étude exploratoire des modalités de fonctionnement de sept groupes de croissance personnelle» pour le compte de *Info-Croissance*, centre d'information et de recherche sur les cours de croissance personnelle. La CppQ participait financièrement à cette étude.

L'étude mettait sérieusement en question les pratiques irresponsables ou douteuses quant à la sélection (inexistante), au recrutement, aux méthodes d'animation employées et au suivi des participants. Elle dénonçait en outre le manque de substrat théorique de la plupart de ces nouvelles méthodes déprofessionnalisées.

Les groupes de croissance s'inscrivaient dans le sillon de l'anti-psychiatrie: la psychiatrie étant réservée aux paumés, la psychanalyse aux favorisés, la croissance serait ouverte à tous. Si elle était ouverte à tous, elle pouvait être appliquée et exploitée par tous.

Comme le disait le pianiste Arthur Schnabell en parlant de son auteur préféré: «Mozart est impossible à jouer: trop facile pour un enfant et trop difficile pour un adulte». Il ajoutait: «Parce qu'il est beau, on oublie qu'il est fort, parce que sa musique est limpide, on en perd de vue toute la complexité.»

À l'heure actuelle, l'apprentissage personnel par l'intermédiaire la situation de groupe, cette invention dont les Perls furent les pionniers et qui fait partie de notre héritage, est inaccessible aux personnes qui ne sont pas admissibles à un programme de formation.

## LA SECONDE GÉNÉRATION DE FORMATEURS

Le *Centre d'intervention gestaltiste* et le centre *Le Reflet*. La deuxième génération de formateurs fait partie du présent de la Gestalt. Elle éclot au début des années 1980. À Montréal, il y a le *Centre d'intervention gestaltiste* fondé par Gilles Delisle en 1981. En 1986 s'y ajoute une clinique de psycho-thérapie appelée *Le Reflet*. La formation est de trois ans et comporte un premier cycle d'un an comprenant 140 heures et portant sur les fondements de la Gestalt, ainsi qu'un deuxième cycle clinique de 280 heures réservé aux psychologues et aux psychiatres. Au terme des trois ans, les candidats du module clinique obtiennent un diplôme s'ils sont reçus à l'évaluation portant sur la supervision de 10 heures d'entrevues d'un cas. Il y a également un 2<sup>ième</sup> cycle d'un an pour les autres praticiens de la relation d'aide.

Les sessions se donnent au rythme de 10 fins de semaine par année. La psycho-thérapie y est conseillée, mais facultative.

Les collaborateurs sont nombreux: Marie Petit et Serge Ginger de France, Erving et Myriam Polster, des États-Unis, Marc-André Bouchard, Jean Gagnon, du Québec. Pour rester fidèle à la tradition des centres de formation, Gilles Delisle emploie également certains de ses anciens étudiants comme collaborateurs réguliers: Line Girard, Paul Loubier, Valmond Losier et Marta Manikowska.

Au centre *Le Reflet*, une psychologue est dégagée à mi-temps à titre d'agent de recherche clinique pour établir un profil à la fois sociométrique et diagnostique. Cette recherche porte actuellement sur 150 cas.

*Le Centre de formation en Gestalt Thérapie*. À Québec, en 1983, Oscar Hamel et John Kennedy fondent le *Centre de formation en Gestalt thérapie*. Le programme offert s'échelonne sur deux ans et comporte des ateliers de 18 heures, tenus au rythme de huit fins de semaine par année. Au terme de ces quelque 300 heures, on remet une attestation aux participants.

En plus des critères énumérés plus haut, on exige une année de thérapie individuelle avant l'admission au programme. La personne doit également avoir de l'expérience dans le domaine de l'intervention et une expérience de vie qui témoigne d'une certaine maturité. Les groupes comprennent de huit à dix participants au maximum et le programme est offert tous les deux ans, les années paires.

*Le Centre de formation à la psychologie humaniste de la Rive-Sud*. Ce centre, fondé en 1989, a pris la relève du CCHA pour ce qui est de la formation, assurée par Henriette Blais, Pierre Campeau et Suzanne Tremblay. Le programme s'échelonne sur trois ans, à raison de longues fins de semaine commençant le jeudi soir et se terminant le lundi après-midi. Outre

les 360 heures que comprend le programme, 60 heures de thérapie individuelle et 60 heures de supervision sont exigées. Pour obtenir le diplôme, l'étudiant doit en plus présenter par écrit un travail de synthèse théorique et pratique.

Depuis juin 1992, ce centre n'offre plus de formation.

## L'EXPANSION EN EUROPE FRANCOPHONE

Les approches humanistes et la Gestalt sont nées et se sont développées aux États-Unis. La Gestalt a 20 ans au Québec; elle en a 40 aux États-Unis. Le *Gestalt Institute* de New York, fondé par les Perls et par Isadore From, a été mis sur pied en 1952 et celui de Cleveland, en 1953.

Les pionniers québécois sont allés se former aux États-Unis. Ils ont par la suite été sollicités par l'Europe francophone.

Le premier programme de formation à la Gestalt en Europe francophone a été offert en Belgique en 1976. Il fut organisé par Multiversité, dont le fondateur est Michel Katzeff, qui pria le groupe de Cleveland de venir donner à Bruxelles un programme semblable à celui qu'il avait lui-même suivi aux États-Unis.

Les professeurs de Cleveland m'ont invitée à me joindre à eux. Nous avons établi un programme échelonné sur trois ans. Michel Katzeff se chargea des groupes suivants. Fidèle à la tradition des formateurs en Gestalt, il continua d'inviter ses maîtres de Cleveland. J'eus moi-même l'occasion de collaborer à ses programmes pendant 13 ans.

En 1981, un groupe d'intervenants de Nantes me demanda d'organiser un programme de formation à son intention. En collaboration avec des formateurs de Cleveland, nous avons donné une formation de trois ans: l'*Institut nantais de Gestalt* était né.

Entre-temps, Ernest Godin avait commencé à organiser de la formation en Europe dès 1978. Jean-Marie Delacroix et Noël Salaté, de France qui ont acquis leur formation au CQG à Montréal, travaillent ensuite à titre de formateurs en Europe sous l'égide du CIG.

Cette collaboration France-Québec est encore active aujourd'hui. Il existe une solide filiation entre les États-Unis, le Québec et la France, ainsi qu'une collaboration étroite d'un pays à l'autre. À ce propos, Serge Ginger dresse un tableau-synthèse intéressant dans son livre sur la Gestalt.

## DU SANG NOUVEAU EN GESTALT

Les gestaltistes du Québec ont éprouvé le besoin de se donner une identité collective, une certaine visibilité entre eux, un lieu et des canaux d'échanges. La conférence Gestalt organisée par le *Gestalt Journal* à Montréal au printemps 1988 a permis de poser les premiers jalons d'une association québécoise. Le premier colloque de cette association a eu lieu à Montréal à l'automne de l'année suivante.

Depuis, l'Association québécoise de Gestalt organise, outre son colloque annuel, des soupers-causerie, des tables rondes et un ensemble d'activités de renouvellement pour les gestaltistes. Elle possède aussi un bulletin, *Émergence*, véhicule de communication des activités.

La *Revue québécoise de Gestalt*, dont nous vous présentons le premier numéro, sera consacrée aux écrits des praticiens d'ici et d'ailleurs.

Lors de la table ronde de l'AQG organisée et animée par Marie-Thérèse Leduc, les présentateurs ont vécu une expérience de revitalisation: ils avaient devant eux tout un auditoire enthousiaste, une nouvelle génération prometteuse de praticiens et praticiennes qui ont le vent dans les voiles.

L'érosion récente de l'approche humaniste provoquée par un courant plus dogmatique et conservateur nous oblige à affiner nos concepts et à préciser nos postulats théoriques.

Après avoir discuté récemment avec des gestaltistes d'ailleurs dont les assises solides sont mieux isolées que les nôtres contre vents et marées, nous nous sommes demandés si la nourriture dont la Gestalt a actuellement besoin pour assurer sa croissance ne viendra pas, une fois de plus, des lieux peut-être plus exposés aux grands vents, mais dont les fenêtres sont ouvertes sur l'extérieur.

## CONCLUSION

La psychologie humaniste, la Gestalt, les nouvelles théories du *Self*, tous ces courants se sont développés dans des contextes d'ouverture et d'interrogation, tant sur le plan social que dans le champ plus spécifique de la psychologie. Une théorie, comme un organisme, ne peut se développer que dans un milieu propice.

On sait par ailleurs que la population du Québec se caractérise par la curiosité et l'intérêt qu'elle a manifestés dès le début à l'égard des courants humanistes. Les quelque 500 diplômés en Gestalt du Québec en constituent le meilleur exemple. Toutes ces personnes qui ont suivi une formation de base, nombreuses sont celles qui ont entrepris une formation plus

avancée en Gestalt. Elles disposaient de plusieurs moyens : supervision, séminaires, sessions supplémentaires, démarche personnelle.

Le nouveau milieu que nous sommes en train de créer nous permettra, non plus uniquement de transmettre (par la formation) ce que nous connaissons déjà, mais aussi de nous interroger ensemble et publiquement sur ce que nous ne savons pas encore.

Je disais ailleurs que la théorie Gestalt fut un enfant prometteur dont le développement n'est pas encore complété. Les avenues de ce développement ont également été tracées.<sup>2</sup>

Il nous reste, ce qui est amorcé, à sortir de notre tradition orale. Nos pionnières, Laura Perls et Isadore From ont très peu écrit, sinon pas du tout. Ceux qui ont suivi leur enseignement peuvent témoigner de la profondeur de leur pensée. Malheureusement, cette parole d'or n'a pas encore été transmise par écrit et est donc perdue pour la majorité d'entre nous et pour la postérité.

Nous possédons une typologie psycho-diagnostique expérientielle et phénoménologique.<sup>3</sup> Il reste à écrire une théorie du développement humain qui respecte nos postulats gestaltistes: humanistes et holistiques.

Le courant humaniste et la Gestalt ont conduit à un tournant dans la vision de l'être humain. À leur insu ou sans l'avouer publiquement (ne leur faisons pas de procès d'intention), les théoriciens du soi ont été influencés par une approche holistique, qui offre une vue plus positive sur l'être humain que ne le font les théories classiques.<sup>4</sup>

Ce tournant est prometteur et offre des occasions de mise au point sur nos zones d'ombre théoriques en même temps que des perspectives qui consolident et précisent un certain nombre de postulats implicites ou «pressentis» chez les Perls et leurs adeptes.

---

<sup>2</sup> Corbeil, Janine, L. PS: *L'avenir de la Gestalt*, Émergence, Vol. 1, N° 1, Printemps 1991.

<sup>3</sup> Delisle, Gilles M.Ps: *Les troubles de la personnalité: perspective gestaltiste*, Les Éditions du Reflet, 1991.

<sup>4</sup> Tobin, Stephan E., Ph. D.: *Self Psychology as a bridge between Existential-humanistic Psychology and Psychoanalysis*, JHP, Vol. 31, no 1, Hiver 1990.

## **Abstract**

*Outlines the history of Gestalt therapy in Québec, starting with the first encounter groups and moving on to full-fledged training programs. Traces the role of Quebec in the development of Gestalt therapy in France and Belgium. Concludes with a discussion of the prerequisites for a continued development of Gestalt therapy in the coming years.*

## **Bibliographie**

CORBEIL, Janine, (1991) : *L'avenir de la Gestalt*, Émergence, Vol. 1, No 1, Montréal.

DESJARDINS, Danielle, (1988) : *Etude exploratoire des modalités de fonctionnement de sept groupes de croissance personnelle*, Info-Croissance, Montréal.

DELISLE, Gilles, (1991) : *Les troubles de la personnalité: perspective gestaltiste*, Les Éditions du Reffet, Montréal.

DUMAS, Colette, et PAUCHANT, Thierry, (1991) : *Abraham Maslow and Heinz Kohut : A comparison*, JHP, Vol 31, no 2, Printemps.

TOBIN, Stephan E, (1990) : *Self Psychology as a bridge between Existential-humanistic Psychology and Psychoanalysis*, Journal of Humanistic Psychology, Vol. 31 no 1.

YONTEF, Gary, (1987) : *Gestalt therapy 1986: A polemic*. Gestalt-Journal, Spr Vol 10(1) 41-68.

# PROFIL DE PERSONNALITÉ DE CANDIDATS S'INSCRIVANT À UNE FORMATION À LA GESTALT.

Line GIRARD et Martha MANIKOWSKA

## Résumé

*Les auteures présentent les résultats d'une recherche descriptive auprès d'une population de candidats à deux programmes de formation en Gestalt; l'un clinique, l'autre d'intervention psychosociale. Les deux groupes de sujets ont répondu au IPAT 16PF, de même qu'à un questionnaire d'auto-évaluation où les sujets doivent se situer eux-mêmes sur les 16 facteurs que constituent les échelles du 16PF. Des analyses et des comparaisons sont faites en fonction du sexe, de la scolarité, de la profession et de la durée de la thérapie personnelle, quant aux résultats au 16PF et à l'auto-évaluation. Un indice de divergence mesurant l'écart entre le résultat au 16PF et à l'auto-évaluation a aussi été calculé.*

## INTRODUCTION

Les liens qui unissent le profil de personnalité du psychothérapeute et le choix de son orientation théorique ou de son approche thérapeutique fascinent bon nombre de chercheurs depuis plusieurs années.

Toutefois, les positions des auteurs qui ont étudié la question divergent de façon considérable. Certains suggèrent l'existence de liens directs entre la personnalité du thérapeute et son orientation théorique alors que d'autres constatent l'absence de rapport entre ces deux variables (Lazarus 1978, Linder, 1978).

Certains auteurs avancent des opinions plus nuancées en admettant que les caractéristiques de la personnalité du thérapeute peuvent influencer le choix de l'approche thérapeutique et en même temps modifier la façon de pratiquer cette approche (Ellis, 1978). Pour d'autres auteurs, l'influence de la personnalité reste marginale du fait que le choix de

l'orientation théorique est souvent lié à une occasion de stage, à l'orientation théorique du superviseur et/ou du professeur (Cummings et Luccese, 1978).

Les études empiriques qui confirment l'existence de liens entre la personnalité du thérapeute et le choix théorique ne sont pas nombreuses. À la suite d'une évaluation de la personnalité, ces recherches montrent l'existence de certaines caractéristiques communes chez des thérapeutes utilisant la même approche. Par exemple, les personnes qui préfèrent l'approche comportementale auraient davantage confiance en elles-mêmes, seraient plus extraverties, plus actives, dominantes et auraient moins de maturité sociale. Par ailleurs, celles qui choisissent une approche humaniste (rogérienne) auraient besoin de s'accomplir, d'avoir une reconnaissance, seraient centrées sur les processus psychologiques et auraient de la difficulté à s'accepter (Patterson *et al.*, 1971). On trouve également que les étudiants qui choisissent l'approche comportementale sont plus sûrs d'eux-mêmes (parfois à la limite de l'arrogance), plus critiques intellectuellement, moins tolérants face à l'ambiguïté, et ont une sensibilité relationnelle moins développée que les adeptes de l'approche analytique. Ces derniers seraient plus conscients de leur niveau d'anxiété, plus insécures par rapport à eux-mêmes et à leur efficacité. D'une façon générale, les étudiants qui choisissent l'approche analytique mettent plus d'emphase sur la liberté et l'autonomie personnelle, tandis que ceux de l'approche comportementale valorisent l'aspect pratique et pragmatique de leur démarche (Weiss, 1973).

Parmi les auteurs selon lesquels il n'existe pas de lien direct entre la personnalité du thérapeute et l'orientation théorique, certains proposent un ensemble de traits de personnalité partagé par la plupart des thérapeutes indépendamment de l'approche. Ainsi, pour Sloane (1975), il existe plus de différences entre des thérapeutes qui partagent le même horizon théorique qu'entre ceux qui proviennent d'approches différentes.

Tremblay *et al.* (1986) font quant à eux ressortir des traits de base communs pour la plupart des thérapeutes. Ce sont :

- la centration sur le présent;
- une bonne acceptation et perception de soi;
- une vision constructive de la nature humaine.

Ces conclusions tirées d'études empiriques viennent ajouter à la liste relativement longue des postulats voulant que les psychothérapeutes soient: authentiques, libres, créatifs, sensibles, qu'ils aient la capacité de comprendre le problème du client autant au niveau cognitif qu'affectif et qu'en plus, ils puissent formuler au moment opportun une interprétation adéquate.

En résumé, les psychothérapeutes devraient être sensibles, objectifs, empathiques, flexibles et ne pas avoir de problèmes émotionnels importants (Knobel, 1990).

Ainsi, le rapport entre le choix théorique et la personnalité du thérapeute ne fait pas l'unanimité bien qu'il existe certaines associations entre les traits de la personnalité du thérapeute et son approche. Toutefois, le profil des étudiants qui choisissent une formation en Gestalt n'a jamais été décrit.

L'objectif de cette étude est de présenter le profil moyen de personnes qui s'inscrivent à un programme de formation à l'intervention gestaltiste (existentielle /humaniste) dans le but d'intégrer cette approche à leur pratique, qu'elle soit psychothérapeutique ou autre.

## **CONTEXTE DE LA RECHERCHE**

Cette recherche s'inscrit dans un contexte assez circonscrit. Les sujets sont des candidats ayant été admis à un programme de formation à l'intervention gestaltiste d'une durée de trois ans (400 heures). Pendant cette formation, les participants font des apprentissages à l'aide de trois méthodes didactiques: des exposés théoriques, des groupes de pratique et du travail de développement personnel en groupe de thérapie.

Avec les années, le nombre grandissant de demandes a rendu nécessaire la sélection des candidats. On a donc dû trouver une méthode pouvant faire ressortir le plus possible les candidats ayant les meilleures dispositions professionnelles et personnelles pour prendre part aux groupes de formation.

De ce fait, depuis septembre 1991, deux programmes ont été mis sur pied. L'un est orienté uniquement sur la clinique et la pratique de la psychothérapie, alors que l'autre est offert à ceux et celles qui veulent s'inspirer de la philosophie gestaltiste dans leur travail, quel qu'il soit.

De 1985 à 1992, la formation a été ouverte à des personnes issues de divers milieux académiques. L'objectif était d'aider différents types d'intervenants à être «plus gestaltistes dans leur intervention». On considère que les compétences gestaltistes peuvent augmenter la qualité et l'efficacité de la communication, des relations interpersonnelles, des interventions cliniques ainsi que la qualité du contact. Cette dernière caractéristique est souvent présentée comme le coeur de la pensée gestaltiste (Ginger, 1987).

Les sujets sur lesquels porte cette recherche se sont inscrits en connaissant toutes les particularités du programme, tant au niveau de la démarche que de son fonctionnement. On peut donc présumer qu'ils ont

choisi cette formation par intérêt personnel autant que professionnel. De plus, il est à noter que les candidats s'inscrivent dans l'un ou l'autre programme.

Il s'avère particulièrement intéressant de savoir quel type de personnes s'inscrivent à de tels programmes, quels sont leurs traits communs et/ou leurs différences. La recherche actuelle, qui se veut une étude descriptive, a pour but de répondre à ces questions.

## **MÉTHODE DE RECHERCHE**

### **Sujets**

L'échantillon de la présente recherche est composé de 52 sujets. Ils poursuivent toujours leur formation au moment où nous rédigeons ce texte. Tous sont inscrits aux programmes de septembre 1991 ou de septembre 1992.

### **Procédure de la recherche**

Les données étaient recueillies au cours du processus de sélection des candidats, au printemps, avant l'ouverture d'un nouveau programme de formation. Le déroulement de la recherche s'intègre donc à la procédure de sélection des candidats.

À la suite de sa demande d'admission, chaque candidat est convoqué à une séance de deux heures au cours de laquelle il remplit, seul dans un bureau, une série de questionnaires: questionnaire axé sur 16 facteurs de la personnalité et mieux connu sous le nom de Ipat 16 Pf (Cattell *et al.*, 1970), grille d'auto-évaluation, fiche personnelle et questionnaire portant sur les connaissances générales des candidats en psychothérapie. Seuls les trois premiers instruments de mesure ont servi à notre recherche.

### **Instruments**

On a choisi l'Ipat 16 Pf pour décrire le profil de personnalité des candidats. Les résultats sont analysés sur une grille informatique de correction (Dokimos, 1986). Cette grille donne la mesure de différents traits (ou facteurs) de personnalité sur des échelles graduées réparties entre deux caractéristiques polaires de la personnalité. Chacun de ces 16 facteurs se distribue sur une échelle de 0 à 10. Par exemple, pour le facteur A, l'échelle va de distant et froid (0) à chaleureux et cordial (10).

L'autre instrument, la grille d'auto-évaluation, reflète la perception que le candidat a de lui-même. Cette grille, élaborée par l'institut de formation, permet à chaque candidat de se situer sur une échelle allant de 0 à 10 et

décrivant chacun des 16 facteurs de la personnalité du test Ipat 16 PF. Ces facteurs sont représentés par différents qualificatifs.

Le troisième instrument est la fiche personnelle des candidats. Les renseignements relatifs aux données socio-économiques ainsi qu'à la formation personnelle et professionnelle y sont recueillis. Cette fiche a aussi été élaborée par l'institut.

## **DESCRIPTION DES SUJETS**

### **Sexe et âge**

Cinquante-deux personnes ont répondu au test Ipat 16 Pf, soit 38 femmes et 14 hommes. Ils ont entre 27 et 53 ans et la moyenne d'âge s'établit à 37 ans.

À l'intérieur du groupe de 52 sujets, il y a deux sous-groupes. Le premier est le groupe de formation à la clinique psychothérapeutique. Nous l'appellerons le groupe clinique. Il se compose de 23 femmes et de 8 hommes. La moyenne d'âge est de 37,3 ans. Le second est le groupe de formation à l'intervention gestaltiste, qui comprend 15 femmes et 6 hommes. La moyenne d'âge est de 36,6 ans.

### **Travail**

Dix-sept personnes ont déclaré être travailleuses autonomes (à temps complet ou partiel), ce qui représente 32,7% de l'échantillon; 27 personnes, soit 51,9%, travaillent dans différents milieux communautaires comme intervenants en relation d'aide (psychologues, sexologues, conseiller en orientation...), et 8 personnes, soit 15,4%, travaillent dans d'autres champs d'intervention (professeurs d'éducation physique, architectes, etc.).

Le groupe clinique recueille les 17 travailleurs autonomes (soit 54,8% de ce groupe) et 14 personnes (soit 45,2%) du milieu communautaire. Le programme de formation à l'intervention, pour sa part, regroupe 13 des candidats (soit 61,9%) travaillant dans le domaine communautaire et/ou de la relation d'aide et 8 (soit 38,1%) dans d'autres domaines.

### **Scolarité**

Deux personnes, soit 3,9%, ont un doctorat; 29 personnes, soit 56,7%, possèdent une maîtrise; 18 personnes, soit 34,6%, détiennent un baccalauréat et 3 personnes, soit 5,8%, ne possèdent pas de diplôme universitaire.

Le groupe clinique se répartit comme suit: 2 personnes (6,5%) possèdent un doctorat, 25 personnes (80,7%) une maîtrise et 4 candidats (12,9%), un baccalauréat. Au programme de formation à l'intervention sont inscrits 3 participants non universitaires (14,2%), 14 ayant un baccalauréat (66,8%) et 4 détenant une maîtrise (19,0%).

## **Profession**

Les psychologues et psychiatres constituent 51,9% de l'échantillon (27 personnes); les intervenants psychosociaux (psycho-éducateur, travailleur social, criminologue, sexologue, conseiller en orientation...), 11,5% (6 personnes), et 36,5 % des participants (19 personnes) exercent une autre profession (enseignant, ingénieur, architecte...).

Le groupe clinique comprend 25 psychologues et 2 psychiatres, qui représentent 87,1% de ce groupe. On y retrouve aussi 4 intervenants psychosociaux (12,9%). Le groupe à l'Intervention est formé de 2 intervenants psycho-sociaux (9,5%) et de 19 personnes (90,5%) exerçant d'autres professions.

## **Thérapie personnelle**

En moyenne, les candidats ont passé 24,9 mois en thérapie (soit entre 0 et 108 mois). Six personnes, soit 11,5 % du groupe, n'ont suivi aucune thérapie individuelle; 12 personnes, soit 23,1 %, ont suivi une thérapie à court terme (entre 1 et 9 mois); 11 personnes, soit 21,1% , une thérapie à moyen terme (de 9 à 18 mois) et enfin 23 personnes, soit 44,2%, une thérapie à long terme (plus de 18 mois).

Dans le groupe clinique, 2 personnes (6,4%) n'ont pas suivi de thérapie; 6 participants (19,3%) en ont suivi une à court terme; 5 (16,1%), à moyen terme et 18, personnes (58,1%) à long terme. Pour ce qui est du groupe à l'intervention, 4 personnes (19,1%) n'ont pas suivi de thérapie; 6 personnes (28,6%) ont suivi la thérapie à court terme; 6 autres ont entrepris une thérapie à moyen terme et enfin, 5 personnes (23,8%) suivent une thérapie à long terme.

## Description du profil moyen de l'ensemble des sujets à l'IPAT 16 Pf.

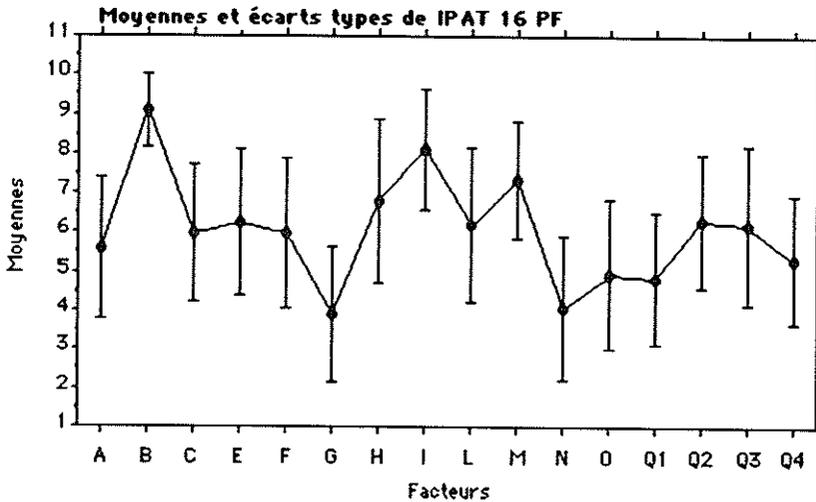


Fig.1 Profil moyen du test Ipat 16 Pf (n=52)

En regardant le profil de personnalité moyen dégagé de l'ipat 16 Pf, il est possible de décrire l'ensemble des candidats à la formation en Gestalt par rapport à chacun des facteurs. Sur le facteur A, les sujets ont obtenu un score moyen de 5,6, ce qui les situe au centre de l'échelle, entre «froids et distants» et «chaleureux et cordiaux». L'écart type de 1,8 indique que le groupe est assez diversifié et comporte autant de sujets froids et distants que chaleureux.

Quant au facteur B, qui décrit des types d'intelligence, la moyenne du groupe se situe à 9,08. Ceci correspond à un niveau d'intelligence plus abstrait que concret et à des personnes qui apprennent plus facilement. De plus, l'écart type de 0,93 (le moins élevé sur les 16 facteurs) suggère une grande homogénéité des sujets.

Pour ce qui est du facteur C, qui décrit la stabilité affective, les sujets se situent légèrement au-dessus du centre de l'échelle avec une moyenne de 5,98. L'écart type de 1,75 indique une certaine diversité à l'intérieur du groupe.

En ce qui a trait au facteur E, qui correspond à la capacité d'affirmation, l'assurance et l'esprit de compétition, le groupe se situe plutôt du côté de l'affirmation avec une moyenne de 6,23. On observe cependant une certaine diversité à l'intérieur de l'échantillon, puisque l'écart type est de 1,85.

Pour le facteur F, qui mesure l'impulsivité, la moyenne de 5,96 situe le groupe au centre de l'échelle. Celui-ci tend quand même à être «insouciant et vigoureux» plutôt que «sobre et prudent». L'écart type de 1,89 indique une diversité importante entre les sujets.

Relativement au facteur G, qui mesure le conformisme, le groupe se révèle peu conformiste, moins prêt à suivre les règles et à respecter l'autorité (moyenne de 3,89). L'écart type de 1,73 suggère une certaine diversité à l'intérieur du groupe.

En ce qui concerne le facteur H, qui décrit l'audace, la moyenne de 6,79 obtenue par le groupe étudié permet de caractériser les sujets comme étant plus aventureux et énergiques que timides et retenus. L'écart type de 2,05 indique une forte diversité entre les sujets.

Quant au facteur I, qui décrit la sensibilité, le groupe est constitué de personnes sensibles et douces (moyenne de 8,12). On note toutefois une certaine homogénéité entre les sujets puisque l'écart type est de 1,50.

En rapport avec le facteur L, qui décrit la méfiance, le groupe se situe plutôt du côté de la méfiance que de celui de la confiance (moyenne de 6,17). L'écart type de 1,95 révèle une grande diversité au sein du groupe.

Pour ce qui est du facteur M, les sujets de notre groupe peuvent être décrits comme étant imaginatifs, créatifs, et ayant peu de sens pratique, puisque la moyenne s'établit à 7,35. L'écart type de 1,45 indique une faible diversité entre les sujets.

Relativement au facteur N, qui décrit la perspicacité, le groupe se situe du côté des personnes plus directes, moins contraintes par les normes et les règles de comportement (moyenne de 4,06). Toutefois, on note une forte diversité entre les sujets: l'écart type est de 1,88.

Quant au facteur O, qui décrit l'insécurité, le groupe se situe au centre de l'échelle entre les personnes souvent inquiètes, craintives ou déprimées et les personnes placides, sûres d'elles-mêmes (moyenne de 4,92). L'écart-type à l'intérieur du groupe est de 1,72.

En ce qui a trait au facteur Q1, qui décrit le radicalisme, le groupe se situe à mi-chemin entre les personnes analytiques, critiques, et celles qui sont plus tolérantes et conformistes (moyenne de 4,85). L'écart type est de 1,72.

Pour le facteur Q2, qui décrit l'autosuffisance, le groupe se situe près de la moyenne avec 6,29. Il présente toutefois plus de caractéristiques associées aux personnes indépendantes et solitaires qu'aux personnes so-

ciables et ayant besoin de support. Le groupe est plutôt homogène avec un écart type de 1,67.

Quant au facteur Q3, qui décrit le contrôle des émotions et l'autodiscipline, le groupe se situe également près de la moyenne avec 6,21, mais du côté des personnes plus disciplinées que désinvoltes. L'écart type de 2,03 dénote une forte diversité entre les sujets.

En ce qui concerne le facteur Q4, qui décrit le niveau de tension interne, le groupe se situe au centre de l'échelle avec une moyenne de 5,31 entre les personnes tendues et celles qui sont calmes et nonchalantes. Il est relativement homogène avec un écart type de 1,66.

En résumé, il est possible, en se basant sur les moyennes les plus élevées et les écarts types relativement faibles, d'établir un profil moyen de la personnalité des stagiaires. Il s'agit de personnes dotées d'une intelligence plutôt abstraite, qui éprouvent de la facilité à apprendre (B), sont douces et sensibles (I), imaginatives et créatives (M), indépendantes et solitaires (Q2), affirmatives et compétitives (E) et peu contraintes par les règles et l'autorité (G).

### **Différences significatives entre le groupe clinique et le groupe à l'intervention à l'ipat 16 Pf.**

En utilisant la méthode statistique «Anova», nous découvrons que le groupe clinique ne diffère significativement du groupe à l'intervention que quant au facteur F du test 16 Pf ( $F(1,51)=4,85$  et  $p<0,05$ ). Le groupe à l'intervention (moyenne: 5,29) se situe au centre de cette échelle entre «sobre et prudent» et «insouciant et vigoureux», tandis que le groupe clinique (moyenne: 6,42) penche nettement du côté «insouciant et vigoureux».

## Description du profil moyen des 52 candidats recueilli à l'auto-évaluation

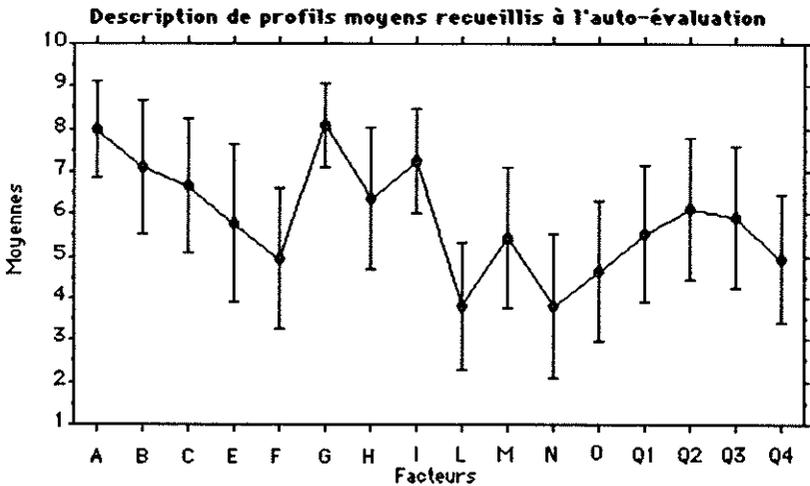


Fig. 2 Profil moyen à l'auto-évaluation (n=52)

En examinant le profil moyen qui ressort de l'auto-évaluation relativement à chacun des facteurs, nous obtenons les descriptions suivantes:

Pour le facteur A, les sujets obtiennent une moyenne de 7,96. Ils se décrivent donc comme chaleureux et cordiaux. L'écart type de 1,12 montre une grande homogénéité entre les sujets.

Quant au facteur B, la moyenne du groupe se situe à 7,16, ce qui signifie que les candidats se perçoivent comme ayant une intelligence abstraite et de la facilité à apprendre. L'écart type de 1,58 indique ici aussi une certaine homogénéité entre les candidats.

Pour le facteur C, les sujets obtiennent une moyenne de 6,65 et se décrivent comme des personnes stables sur le plan affectif. L'écart type de 1,56 montre l'homogénéité des résultats.

En ce qui a trait au facteur E, les sujets estiment que leur sens de l'affirmation et leur assurance se situent dans la moyenne (5,79). L'écart type (1,85) révèle plus de diversité dans le groupe.

Relativement au facteur F, les sujets se perçoivent vraiment au centre de l'échelle, entre «insouciant et vigoureux» et «sobre et prudent»; la moyenne est de 4,94 et l'écart type (1,69) indique une certaine homogénéité dans le groupe.

Quant au facteur G, ils se décrivent comme consciencieux et respectueux des règles (moyenne de 8,06). L'écart type (0,99) révèle une grande homogénéité du groupe.

À propos du facteur H, les sujets se décrivent comme aventureux et énergiques: la moyenne s'établit à 6,39 et l'écart type, à 1,69.

Pour ce qui est du facteur I, ils se perçoivent comme sensibles, doux, dépendants et insécures : la moyenne est de 7,25 et l'écart type, de 1,24.

Relativement au facteur L, ils se situent plutôt du côté «confiant et facile à vivre» que du côté «méfiant», avec une moyenne de 3,79. L'écart type de 1,51 indique une homogénéité relative.

Pour le facteur M, ils se perçoivent plutôt comme étant «imaginatifs et créatifs»: la moyenne est de 6,0 et l'écart type, de 1,5.

En ce qui touche le facteur N, ils se situent du côté des personnes plus directes et moins contraintes par les normes et règles de comportement avec une moyenne de 3,80 et un écart type de 1,72.

Quant au facteur O, le groupe se situe près du centre de l'échelle (moyenne de 4,65), soit entre les personnes inquiètes, craintives ou déprimées et les personnes placides et sûres d'elles. L'écart type est de 1,66.

À l'égard du facteur Q1, les sujets se situent au centre de l'échelle entre «critiques dans leurs idées» et «conformistes et tolérants»: la moyenne s'établit à 5,55 et l'écart type, à 1,63.

En ce qui concerne le facteur Q2, les sujets se décrivent comme indépendants et solitaires: la moyenne est de 6,14 et l'écart type, de 1,66.

Pour le facteur Q3, ils se situent presque au centre de l'échelle avec une moyenne de 5,90, mais penchent toutefois du côté «discipliné» plutôt que «désinvolte». L'écart type est de 1,6.

Relativement au facteur Q4, les sujets se situent au centre de l'échelle entre «calmes» et «tendus». La moyenne est de 4,92 et l'écart type, de 1,52.

En résumé, nous pouvons noter d'abord une certaine homogénéité entre les sujets quant aux différents facteurs. Le profil qui se dégage des moyennes les plus élevées montre la perception que les candidats ont d'eux-mêmes. Ils se perçoivent comme étant des personnes chaleureuses et cordiales (A), dotées d'une intelligence abstraite, qui apprennent facilement (B), font preuve de stabilité affective (C), sont consciencieuses et respectueuses des règles (G), aventureuses et énergiques (H), sen-

sibles et douces (I), confiantes (L), directes (N), et enfin indépendantes (Q2).

### Différences entre les deux groupes, n=31 et n=21 à l'auto-évaluation

Aucune différence significative n'est observée entre les deux groupes à l'auto-évaluation.

### Description de l'indice de divergence entre les 2 tests

Tableau 1: Divergences entre les moyennes à l'ipat 16 Pf et l'auto-évaluation et écart-types pour les trois groupes.

Facteurs (n=21)	Total (n=52)		Groupe clinique (n=31)		Groupe interv.	
	M	E.T.	M	E.T.	M	E.T.
A	-2,38	1,7	-2,42	1,3	-2,33	2,3
B	1,96	1,7	1,93	1,6	2,00	1,9
C	-0,67	1,8	-0,55	1,6	-0,86	2,2
E	0,44	2,3	0,06	2,2	1,00	2,3
F	1,02	1,7	1,58	1,7	0,19	1,3
G	-4,17	1,8	-4,03	1,7	-4,38	2,1
H	0,40	1,8	0,64	1,3	0,05	2,2
I	0,86	1,8	0,81	1,8	0,95	1,8
L	2,38	2,1	2,32	2,1	2,48	2,1
M	1,86	2,3	2,17	1,8	1,43	3,0
N	0,27	2,3	0,37	2,4	0,14	2,2
O	0,33	2,0	-0,07	1,8	0,90	2,0
Q1	-0,71	2,0	-0,33	2,0	-1,24	2,0
Q2	0,12	1,9	0,50	2,1	-0,43	1,5
Q3	0,31	2,3	0,40	2,6	0,19	2,0
Q4	0,43	2,1	0,70	2,1	0,05	2,1

Pour évaluer la différence entre les moyennes obtenues à l'ipat 16 Pf et à l'auto-évaluation, un indice de divergence a été calculé. Cet indice, qui représente la différence entre les scores de ces deux instruments, permet de mesurer l'écart entre la description dite «objective» du test et la perception de sa personnalité par le sujet.

Le tableau 1 indique que six moyennes divergent considérablement. Nous pouvons remarquer que les candidats se décrivent à l'auto-évaluation comme plus émotifs et chaleureux (A), dotés d'un type d'intelligence moins abstrait (B) (même si nous demeurons de ce côté de l'échelle), plus

sobres, prudents et sérieux (F), plus dignes de confiance et respectueux des règles (G), plus confiants et faciles à vivre (L) et moins imaginatifs et aventureux (M) que l'indiquent les résultats de l'Ipat 16 Pf.

Ces différences s'observent dans les 3 groupes de sujets. Notons toutefois que relativement au facteur F, le groupe clinique se différencie davantage que les 2 autres groupes et encore bien plus que le groupe à l'intervention.

### **Analyse des résultats**

Pour comparer les sous-groupes en fonction de plusieurs variables, nous avons effectué une analyse de variance (ANOVA) sur les moyennes.

### **Sexe**

Pour l'ensemble des candidats, deux facteurs de l'Ipat 16 Pf (E et M) diffèrent significativement en fonction du sexe. Les femmes obtiennent des scores plus élevés (moyenne de 6,6) que les hommes (5,1) relativement au facteur E. Elles se montrent donc plus sûres d'elles-mêmes et plus affirmatives que les hommes ( $F(1,51)=7,4$ ,  $p<0,01$ ). Le facteur M, quant à lui, indique que les hommes (moyenne de 8,1) sont plus imaginatifs et créatifs que les femmes (moyenne de 7,0). Il s'agit là de différences significatives ( $F(1,51)=6,4$ , et  $p<0,02$ ).

Nous retrouvons les mêmes différences significatives au sein du groupe clinique ( $n=31$ ) que dans l'ensemble du groupe en ce qui a trait aux facteurs F ( $F(1,30)=4,4$ ,  $p<0,05$ ) et M ( $F(1,30)=4,2$ ,  $p<0,05$ ).

Nous n'avons relevé aucune différence significative relativement à cette variable pour le groupe de formation à l'intervention.

En ce qui touche l'auto-évaluation, quel que soit le groupe, nous n'avons observé aucune différence entre les hommes et les femmes.

### **Travail**

La comparaison entre les personnes qui travaillent comme thérapeutes autonomes, intervenants psycho-sociaux et/ou dans d'autres domaines ne révèle aucune différence significative quant aux divers facteurs de l'Ipat 16 Pf. Cette observation vaut pour le groupe des 52 candidats et le groupe clinique.

Le groupe de formation à l'intervention, quant à lui, montre une différence significative relativement au facteur G de l'Ipat 16 Pf ( $F(2,20)=4,4$ ,  $p<0,05$ ). Les personnes oeuvrant dans le secteur communautaire ou de la relation d'aide se montrent significativement moins conformistes (moyenne

de 3) que les autres (moyenne de 4,7) et ont moins tendance à suivre les règles.

À l'auto-évaluation, deux groupes se distinguent relativement au facteur L ( $F(2,51)=4,16$  et  $p<0,03$ ) pour  $n=52$ . Les intervenants du secteur communautaire et de la relation d'aide (soit le deuxième groupe décrit) se perçoivent comme plus confiants et faciles à vivre (moyenne de 3,5) que les «autres» (soit les personnes d'autres milieux professionnels) avec une moyenne de 5,1; ( $F$  de Sheffe  $(2,34)=3,9$ ,  $p<0,05$ ).

Dans le groupe clinique, il n'y a aucune différence significative.

En ce qui concerne le groupe à l'intervention, il y a des différences sur le facteur I ( $F(2,20)=5,3$ ,  $p<0,05$ ) et le facteur L ( $F(2,20)=5,1$ ,  $p<0,05$ ). Les personnes travaillant en milieu communautaire se perçoivent comme plus douces, sensibles (moyenne de 7,8), confiantes et faciles à vivre (moyenne de 3,7) que celles qui travaillent dans d'autres milieux (moyenne des facteurs I et L : respectivement 6,7 et 5,1).

## **Scolarité**

Nous n'avons constaté aucune différence significative pour l'ensemble des groupes à l'apat 16 Pf en ce qui a trait au niveau de scolarité.

Pour ce qui est de l'auto-évaluation ( $n=52$ ), nous observons une différence significative quant au facteur A, ( $F(3,51)=4,2$ ,  $p<0,01$ ) : Les personnes qui possèdent une maîtrise ou un doctorat se perçoivent encore plus «chaleureuses et cordiales» (moyenne de 8,2) que celles qui n'ont aucun diplôme universitaire (moyenne de 6) ( $F$  de Sheffe  $(3,31)=4,2$ ,  $p<0,05$ ), bien que ces deux groupes se retrouvent du même côté de cette échelle.

Le groupe clinique, quant à lui, ne révèle aucune différence significative en ce qui concerne ce questionnaire.

Pour le groupe à l'intervention, nous voyons une différence sur le facteur G. Les personnes n'ayant aucun diplôme universitaire (moyenne de 9) perçoivent qu'elles sont encore plus conformistes et respectueuses des règles que les candidats possédant un baccalauréat (moyenne de 8,1) ( $F$  de Sheffe  $(3,6)=6,35$ ,  $p<0,05$ ) ou une maîtrise (moyenne de 7) ( $F$  de Sheffe  $(3,16)=3,8$ ,  $p<0,05$ ).

## **Profession**

Nous n'observons aucune différence significative au 16 Pf et à l'auto-évaluation par rapport au titre professionnel pour tous les candidats.

Bien que le groupe clinique ne montre aucune différence significative à l'auto-évaluation, il montre toutefois une différence sur le facteur Q1 à l'Ipat 16 Pf ( $F(2,30)=4,8$ ,  $p<0,04$ ). Selon les résultats, les psychologues et psychiatres se situent au centre de l'échelle «tolérant et conformiste» par opposition à «analytique et critique» (moyenne de 5,26) alors que les intervenants psycho-sociaux penchent du côté «conformiste et tolérant» (moyenne de 3,25).

## **Thérapie personnelle**

Nous ne constatons aucune différence significative entre les quatre groupes (sans thérapie, thérapie court terme, moyen terme et long terme), ni par rapport aux résultats à l'Ipat 16 Pf, ni à l'auto-évaluation pour ce qui est de l'ensemble du groupe et des candidats du groupe à l'intervention.

Pour le groupe clinique, nous obtenons toutefois une différence significative au 16 Pf sur le facteur H ( $F(3,30)=5,26$ ,  $p< 0,01$ ). Les participants ayant suivi une thérapie à long terme sont nettement plus aventureux et hardis (moyenne de 7,7) que ceux qui n'ont pris part à aucune thérapie ( $F$  de Sheffe (3,19)=3,8,  $p< 0,05$ ). Ces derniers se situent du côté «timide et retenu» de l'échelle (moyenne de 4). Enfin, il n'y a aucune différence significative à l'auto-évaluation dans le groupe relativement à cette variable.

## DISCUSSION

La présente recherche nous amène d'abord à constater que, comme partout dans les domaines de la santé psychologique ou de la relation d'aide, plus de femmes que d'hommes s'inscrivent à ce type de formation. Lorsqu'on se promène dans les départements de psychologie, de service social et même de sciences infirmières des universités, on rencontre beaucoup plus de femmes que d'hommes. Même si ces derniers s'intéressent de plus en plus à ces domaines d'étude, les femmes semblent encore être plus nombreuses à les choisir. Nous pouvons inférer qu'aider quelqu'un est relié au fait de «prendre soin» et qu'encore aujourd'hui, une telle activité fait appel à des caractéristiques maternantes dites «féminines» (au sens de «l'anima»).

Quant à la moyenne d'âge qui est la même dans les différents groupes, on peut penser qu'il faut une certaine maturité pour se donner accès à un perfectionnement professionnel de ce genre. Pour la majorité des candidats, la formation arrive après les études et un certain nombre d'années sur le marché du travail.

Nous observons aussi que cette formation attire des personnes travaillant dans différentes sphères. C'est d'ailleurs pour cette raison que deux groupes de formation ont été mis sur pied. Ainsi 15,38% des sujets sont dans des milieux non directement reliés à la relation d'aide ou à la psychothérapie. Cependant, la description permet de constater que ces personnes peuvent avoir une formation académique dans cette branche et ne pas travailler dans le milieu de la relation d'aide, ou oeuvrer dans ce milieu en ayant une formation dans un autre domaine. L'approche humaniste, à ses débuts, valorisait davantage le vécu des individus que les connaissances théoriques. Selon certaines de ces approches humanistes, il est même plus important d'être en contact avec soi et «l'ici et maintenant» que de savoir le «pourquoi» des choses. Ainsi, que l'on ait besoin de travailler sur soi (se développer davantage), envie d'aider les autres et/ou de comprendre et d'apprendre, on se trouve une place au sein de cette école. Selon nous, c'est pour ces raisons que nous trouvons dans notre échantillon des personnes sans formation à la relation d'aide.

Pour ce qui est de la scolarité, plus de 90% de notre échantillon est de niveau universitaire. Notons d'une part, que la sélection des candidats a un effet sur ces résultats. D'autre part, il faut être en contact avec le milieu de la psychologie ou de la relation d'aide pour savoir que ces programmes existent. De fait, seuls 5,77% des candidats ont complété la formation sans cette scolarité.

Il est normal, vu les exigences des programmes, que tous les travailleurs autonomes et les personnes les plus scolarisées en psychologie se

retrouvent dans le groupe clinique. Ce programme de formation en clinique et psychothérapie a été créé pour atteindre cette population.

Quant à la thérapie personnelle, la grande majorité des personnes s'y sont engagées, même si cela ne constitue pas une condition d'admission. On peut penser que la thérapie personnelle fait partie de ce que la majorité des stagiaires s'attendent à retrouver comme exigence dans une telle formation, quel que soit le groupe auquel ils appartiennent.

Pour ce qui est du profil moyen des stagiaires établi à l'aide des résultats de l'Ipat 16 Pf, certaines personnes possèdent des caractéristiques de type plutôt artistique : elles sont imaginatives, créatives, sensibles, indépendantes, solitaires et peu contraintes par les règles et l'autorité. Ces mêmes personnes présentent toutefois des caractéristiques plus pragmatiques : elles sont compétitives et affirmatives.

Si nous comparons nos résultats à ceux obtenus par d'autres chercheurs, les traits définis par l'Ipat 16 Pf comme affirmatifs et compétitifs peuvent se rapprocher des traits associés aux personnes d'approche humaniste-rogérienne ayant besoin d'être reconnues socialement et de s'accomplir (Patterson *et al*, 1971). De plus, les sujets doux et sensibles de notre étude se distinguent des intervenants comportementalistes dont la sensibilité est peu développée. D'une certaine façon, ils peuvent se rapprocher, par leur indépendance, leur côté solitaire et le fait qu'ils sont peu contraints par les règles (Weiss, 1973), des sujets privilégiant l'approche analytique. De plus, ils répondent en partie au postulat général décrivant les psychothérapeutes comme des êtres libres, créatifs et sensibles (Knobel, 1990), quelle que soit leur orientation théorique.

Quant à la différence entre les deux groupes relativement à l'Ipat 16 Pf, les résultats démontrent que le groupe clinique est plus «insouciant et vigoureux» que le groupe à l'intervention. Nous pouvons penser que, comme le groupe clinique rassemble uniquement des candidats de niveau universitaire, dont tous les travailleurs autonomes de l'échantillon et les personnes oeuvrant exclusivement dans le domaine de la relation d'aide, ces données permettent de les situer de ce côté de l'échelle. Ils se sentent peut-être plus libres et n'ont pas à faire face aux exigences d'une autorité.

Pour ce qui est de l'auto-évaluation, la grande homogénéité des résultats suggère que les candidats ont tous répondu en fonction de ce qu'ils pensent souhaitable pour être un bon thérapeute. On peut donc inférer que les caractéristiques émergeant de l'auto-évaluation sont celles qui sont perçues comme désirables socialement.

Ainsi, l'examen des indices de divergence, permettra peut-être de voir ce que les candidats valorisent davantage comme caractéristiques personnelles pour s'inscrire à cette formation. On privilégie la chaleur, une intelli-

gence abstraite mais jusqu'à un certain point, le fait d'être digne de confiance, facile à vivre, imaginatif et créatif. Le groupe clinique, peut-être à cause de sa formation et de la responsabilité qu'il a envers ses clients en psychothérapie, valorise davantage la sobriété, la prudence et le sérieux. L'autre groupe se situe vers le centre de cette échelle.

Examinons maintenant les résultats obtenus dans la partie analytique de la recherche. Un des résultats les plus frappants est la différence, à l'ipat 16 PF, entre les hommes et les femmes. Il ressort en effet que les femmes sont plus sûres d'elles-mêmes et plus affirmatives que les hommes, alors que ces derniers font preuve de plus d'imagination et de créativité. Ces données vont à l'encontre des stéréotypes masculins et féminins et soulèvent des interrogations. Toutefois, de tels résultats ne semblent pas être exceptionnels, puisqu'en France, on a observé la même tendance (Ginger, communication personnelle). En ce qui a trait à l'affirmation et à l'assurance des femmes, on peut penser que ces caractéristiques sont partagées par toutes celles qui se trouvent sur le marché du travail et font face à un processus de sélection. Il serait intéressant d'entreprendre une recherche sur ce sujet.

La relation d'aide en général semble valoriser ou appeler les caractéristiques dites «féminines» d'une personne, notamment l'imagination et la créativité. Il semble que, chez les hommes s'inscrivant dans ce domaine, de telles qualités sont plus marquées que pour la moyenne des hommes et même des femmes. Il se peut que pour celles-ci ayant d'autres qualités dites plus «masculines» à développer, elles mettent leur énergie à surinvestir à ce niveau.

Dans le groupe clinique, nous obtenons les mêmes résultats et pouvons tirer les mêmes conclusions. Toutefois, le fait que le groupe à l'intervention obtiennent des résultats différents peut dépendre de diverses hypothèses. D'abord, nous serons très prudentes par rapport aux résultats de ce groupe tout au long de notre discussion. Le seul fait du petit nombre de sujets peut invalider les résultats. Mais si l'observation se vérifiait sur un plus grand échantillon, on pourrait penser que la présence de sujets d'autres professions ou orientations de travail influence les résultats. On peut supposer que les hommes et les femmes qui choisissent cette formation et proviennent d'autres domaines d'étude ou de travail n'ont pas ces différences entre eux.

L'auto-évaluation, ne met en relief aucune différence entre les hommes et les femmes. Peut-être ont-ils tous répondu de manière à s'assurer leur admission au programme.

Pour ce qui est de la sphère de travail des candidats, à l'ipat 16 Pf, seul le groupe à l'intervention diffère sur l'un des facteurs. Les personnes oeuvrant dans le secteur communautaire ou de la relation d'aide se montrent moins conformistes que celles venues d'autres milieux. Peut-être ces

dernières font-elles face à un plus grand nombre de demandes ou de contingences formelles dans leur milieu de travail. Dans le milieu de la relation d'aide, les contingences se situent à un niveau plus intellectuel ou philosophique que concret.

Quant à l'auto-évaluation, pour l'ensemble du groupe comme pour le groupe à l'intervention, les candidats issus des milieux de la relation d'aide se perçoivent comme plus confiants et faciles à vivre que les autres. On peut inférer que les personnes travaillant dans d'autres milieux, se sentent moins confiantes lorsqu'elles arrivent dans un milieu qu'elles ne pratiquent pas quotidiennement. Cette différence n'existe pas dans le groupe clinique puisque tous les participants oeuvrent dans le milieu de la relation d'aide. Il est à noter aussi que les personnes issues des milieux communautaires et appartenant au groupe à l'intervention se décrivent aussi comme plus sensibles et douces que les autres. Sans doute connaissent-elles l'importance de cette qualité pour l'intervention thérapeutique.

Le 16 Pf n'a permis de relever aucune divergence entre les différents degrés de scolarité. Nous en déduisons que ces programmes de formation attirent des personnes dotées d'un même style de personnalité, quel que soit leur degré de scolarité.

En ce qui concerne l'auto-évaluation, pour l'ensemble du groupe, les gens possédant une maîtrise se décrivent comme plus chaleureux et cordiaux que les gens n'ayant aucun diplôme universitaire. Il se peut qu'encore une fois, les personnes au fait des approches existentielles-humanistes dites de «contact», connaissent l'importance de cette qualité de chaleur dans le contact.

Pour le groupe à l'intervention, les candidats n'ayant pas de diplôme universitaire se montrent plus conformistes et respectueux des règles que les détenteurs de diplômes universitaires. Ce résultat laisse supposer que les sujets ont besoin de se montrer plus conformistes et respectueux des règles afin de pallier à une certaine insécurité résultant des différences de scolarités.

En ce qui a trait à la profession, une seule différence ressort : à l'auto-évaluation, les intervenants psycho-sociaux du groupe clinique se décrivent comme plus conformistes et tolérants que les psychologues et psychiatres. Il est probable que les candidats des autres secteurs de formation à la relation d'aide aient cherché à se montrer plus conformistes et tolérants face à des formateurs qui sont psychologues et donc d'une autre formation.

Contrairement à nos attentes, il n'y a pas de différence significative pour l'ensemble des sujets en fonction du nombre d'années passées en thérapie personnelle. De plus, les personnes ayant complété plusieurs années de thérapie ne se perçoivent pas différemment des autres. Nous

croyons que le nombre restreint de sujets dans chacune des catégories, en particulier ceux qui n'ont suivi aucune thérapie personnelle (6 personnes sur 52) ne nous permet pas de tirer des conclusions plus générales. Il serait intéressant de pouvoir faire une étude plus exhaustive à ce sujet.

Seuls les candidats du groupe clinique ayant suivi une thérapie à long terme se disent plus «aventureux et hardis» que ceux qui n'en ont suivi aucune. Ceci peut être considéré comme un effet souhaitable de la thérapie. Effectivement, on peut penser qu'en devenant mieux dans sa peau, nous nous sentons moins insécures et prenons plus de risques sans pour autant faire preuve de témérité. Toutefois, ceci ne se confirme pas sur l'ensemble du groupe des 52 sujets : peut-être n'est-ce donc que l'effet de l'insuffisance du nombre de sujets dans chaque sous-groupe. Notre test statistique ANOVA doit cependant tenir compte de ce nombre restreint.

Enfin, dans l'ensemble et même d'un groupe à l'autre, nous observons une relative homogénéité entre les sujets en ce qui a trait au profil de la personnalité établi selon le 16 Pf. Les distinctions majeures ressortent uniquement au niveau des différences sexuelles (pour l'ensemble du groupe) et deux autres émergent dans les sous-groupes. De plus, c'est à l'auto-évaluation, un questionnaire mettant davantage en relief la désirabilité sociale, que les différences se font les plus nombreuses ( pour les trois groupes).

En conclusion, nous considérons que la présente recherche ne constitue qu'une première description des candidats à une formation à l'intervention gestaltiste. Il serait très intéressant d'effectuer la même recherche (avec les mêmes instruments de mesure) sur un plus grand nombre de sujets et de pouvoir comparer ces derniers avec ceux de différentes écoles de pensée comme la psychanalyse et le comportementalisme. Une telle étude nous apporterait sans doute des éléments plus précis concernant les liens possibles entre le profil de personnalité des stagiaires et leur choix d'une orientation théorique.

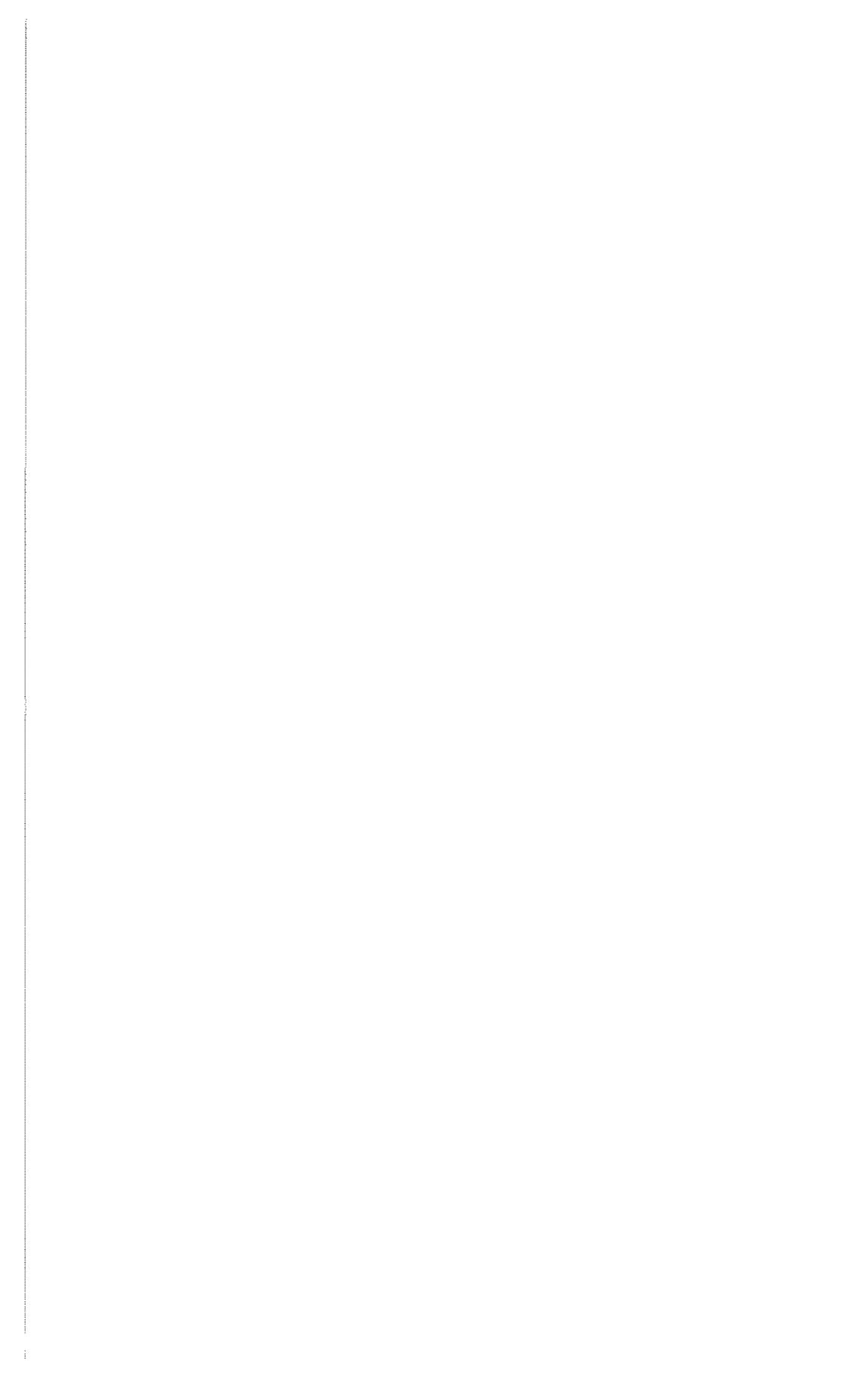
De plus, une étude comparative des résultats obtenus à la fin de la formation par les différents groupes pourrait nous renseigner sur le profil de ceux qui réussissent le mieux dans ce type de démarche.

### **Abstract**

*Two groups of trainees in Gestalt, one clinical and the other psychosocial, were given the IPAT 16PF as well as a self-assessment questionnaire based on the IPAT 16PF scales. Results were analyzed and comparisons made on the basis of sex, education, profession and length of personal therapy. An index measuring the gap between actual 16PF scores and self-assessments was also obtained.*

## Bibliographie

- CATTELL, R., B., EBER, H., W., TATSUOKA, M., M. (1970) : *Handbook for the sixteen personality factor questionnaire (16 PF)*, Institute for Personality and Ability Testing, Inc., .
- CUMMINGS, N., A., LUCCHESI, G. (1978) : *Adoption of psychological orientation : The role of the inadvertent*. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 15, , pp. 323-328.
- ELLIS, A. (1978) : *Personality characteristics of rational-emotive therapists and other kinds of therapists*. *Psychotherapy : Theory, research and practice*, 15, pp. 329-332.
- GINGER, S. (1987) : *La Gestalt, une thérapie du contact*, Homme & Groupes Éditeurs, Paris, .
- KNOBEL, M. (1990) : *Significance and Importance of the Psychotherapist's Personality and Experience*, *Psychotherapy & Psychosomatics*, 53, pp. 58-63.
- LAZARUS, A., A. (1978) : *Styles not systems*. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 15, pp. 359-361.
- LINDER, H. (1978) : *Therapists and theorists : I choose me*. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 15, pp. 405-408.
- PATTERSON, V., LEVENE, H., BREGER, L. (1971) : *Treatment and training outcomes with two time-limited therapies*. *Archives of General Psychiatry*, 25, pp. 161-167.
- SLOANE, R., Bc., STAPLES, F., R., CRISTOL, A., H., YORKSTON, N., J., WHIPPLE, K. (1975) : *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge, Mass : Harvard University Press.
- TREMBLAY, J., M., HERRON, W., G., SCHULTZ, C., L. (1986) : *Relation between therapeutic orientation and personality in psychotherapists*. *Professional Psychology : Research and Practice*, 17, pp. 106-110.
- WEISS, S., L. (1973) : *Differences in goals, interests, and personalities between students with analytic and behavior therapy orientations*. *Professional Psychology*, 4, pp. 145-150.



## VERS UNE ÉVALUATION DE LA SANTÉ SELON UNE OPTIQUE GESTALTISTE:

Proposition d'une grille d'évaluation du contact vital

Marie-Claude Denis

### Résumé

*L'auteure présente une perspective gestaltiste de la santé et de la psychopathologie en tant qu'interruption du flot vital. Les paramètres de la santé du point de vue gestaltiste que sont la présence à soi-même, l'ouverture au monde extérieur et la qualité de l'agir, sont présentés de façon détaillée. Enfin, l'auteure présente un instrument d'évaluation de la qualité du contact vital, fondée sur la narration du souvenir le plus ancien.*

*Les théories doivent être jaugées en rapport avec leur aptitude à être des ferments de vitalité*

(Hubert Reeves, Malicorne)

Un des apports de la gestalt-thérapie a sans doute été le fait qu'elle s'adresse au vivant, à la vitalité de l'individu plutôt que de s'attacher à définir ses zones de maladie. En gestalt, la pathologie se découvre par l'absence de santé.

La tradition issue du monde médical nous avait habitués à définir la santé en termes d'absence de maladie. Or, Perls, Hefferline et Goodman, en amenant la notion de contact, ont posé les premiers jalons d'une définition de la santé qui permet d'aborder la psychopathologie en termes d'absence de santé. Ce renversement de point de vue constitue une ouverture majeure pour la psychothérapie. Déceler en quoi et où la personne n'est pas

tâche qui diffère sensiblement de l'identification de symptômes psychopathologiques aboutissant à un bilan diagnostique.

Dans l'optique gestaltiste, c'est à partir du fonctionnement du cycle vital de la prise de contact (aussi appelé, selon les auteurs, cycle de l'expérience organismique, cycle de contact-retrait, cycle de satisfaction des besoins (voir Ginger, 1987)) que la constatation de maladie s'effectuera. L'observation d'une interruption sur le parcours du flot vital allant de la sensation au post-contact, en passant par la mobilisation de l'énergie, permet de conclure à une dysfonction, à l'emprise d'une «maladie». Le processus inverse s'appuie sur la présence ou l'absence de symptômes pathologiques. En l'absence de ceux-ci, il permet de conclure à la «santé». Mais quelle importance peut avoir cette différence d'optique puisque l'observation devrait normalement conduire aux mêmes constatations? Si, par exemple, la personne en thérapie ne prête pas attention à ses sensations, ou si elle évite de prendre activement contact avec le monde extérieur, ne devrait-on pas en arriver, selon une démarche ou l'autre, à un bilan qui soit compatible, à des constatations qui reflètent la réalité du client? Voir le verre à moitié vide ou à moitié plein ne change pas la réalité du niveau de l'eau...

L'avantage majeur retenu par les tenants du gestaltisme est sans doute le fait que leur point de vue «santé» ouvre directement sur l'intervention appropriée au symptôme. Dans l'approche psychopathologique traditionnelle, une fois le diagnostic arrêté, survient la question : «Quelle serait l'intervention appropriée?» Et la réponse ne va pas de soi avec la manière dont le diagnostic a été posé. À l'inverse, si l'identification du malaise a été faite directement à partir du «comment la vitalité est interrompue», l'attention peut directement porter, dans le cadre de l'intervention, sur le «quoi» du dysfonctionnement, ouvrant ainsi le champ à la créativité du thérapeute pour réactiver la zone endormie ou la fonction ankylosée.

Forts de ce point de vue, les psychothérapeutes humanistes, en particulier les gestaltistes, ont longtemps fait fi de la nosologie psychiatrique et des classifications psychopathologiques dans l'exercice de leur profession. Or, il existe bel et bien des différences essentielles dans le traitement des divers types de personnalités. L'éclairage apporté par le diagnostic psychopathologique permet de saisir avec une meilleure acuité l'expérience du client. On assiste donc, depuis quelques années, à une résurgence de l'intérêt pour le diagnostic en psychologie et en psychothérapie. Cependant, mis à part l'ouvrage récent (1991) de Delisle, *Les troubles de la personnalité, perspective gestaltiste*, les pontages restent encore rares et souvent fragiles entre les conceptions allant de la définition de la santé comme absence de maladie à celle de la maladie comme absence de santé. C'est dans la veine de ce passage que la présente réflexion espère se situer.

## LA SANTÉ EN GESTALT

Arriver à repérer les diverses catégories psychopathologiques dans le cadre même de la théorie gestaltiste nous amène d'abord à établir les dimensions essentielles de la conception de la santé selon cette approche.

Être en santé, être vivant équivaut, en gestalt, à être en contact. Pour Perls, Hefferline et Goodman (1951, 1979), «le contact, c'est la prise de conscience du champ ou la réponse motrice dans le champ» (p.12). Le champ fait référence à tout unifié par l'organisme et l'environnement dans leurs interrelations. L'intérêt de la Gestalt-thérapie est d'avoir ainsi posé la personne dans sa relation vitale essentielle avec l'environnement, situant de la sorte le lieu du «vivant» comme étant à la frontière des deux. Dans la conception gestaltiste, la frontière n'est pas seulement un espace de séparation/différenciation, mais le lieu du contact, de la mise en relation. «Le contact, la prise de conscience et la réponse motrice sont pris ici dans le sens le plus large, pour inclure l'appétit et le dégoût, l'attrait et le refus, la sensation, le sentiment, la manipulation, le jugement, la communication, la lutte, etc. – toutes les relations vivantes qui se situent au niveau de la frontière, dans l'interaction de l'organisme et de l'environnement» (p.12). L'être en vie, pourrions-nous dire, tient à ce réseau interrelationnel.

Être en contact, c'est, d'une part, faire l'expérience de ses propres perceptions, de ses besoins, de ses désirs, de ses pensées, de ses intérêts et de ses émotions de manière fluide, selon un processus de formation et de complétion des gestalten (Korb, Gorrell et Van De Riet, xxxx, p.21). C'est, d'autre part, percevoir l'«autre», l'environnement, dans ses qualités propres. C'est, en troisième lieu, pouvoir engager la relation avec l'environnement. Selon Korb, Gorrell et Van De Riet :

*Le fonctionnement sain implique des interrelations appropriées et dynamiques entre l'expérience que l'individu fait de lui-même, des autres et du monde. (traduction de l'auteur)*

Au chapitre du contact, donc, la santé pourrait se définir par la reconnaissance d'un soi différencié, ouvert et sensible à lui-même comme aux autres et à l'environnement, capable de s'engager dans un rapport d'ajustement créateur, dans un agir fécond en ce qu'il nourrit la vie et lui permet de donner ses fruits. Trois principes prédominent ici :

1. la présence à soi-même ;
2. l'ouverture au monde extérieur (les autres et l'environnement) ;
3. l'agir.

## **La présence à soi-même**

La personne est un individu unique. C'est-à-dire un être différencié, différent, détaché des autres, capable de dire «je» en son nom propre. Un être porteur de besoins individuels, de désirs, d'aspirations, de caractéristiques individuelles lui donnant sa forme propre, son identité.

L'ancrage de toute approche thérapeutique réside dans la reconnaissance de ce fait, de cette différence. La gestalt-thérapie insiste pour que le client dise «je», pour qu'il reconnaisse sa propre expérience. Elle l'incite à nommer ce qu'il fait, ce qu'il éprouve et ressent, ce qu'il pense, ce qu'il veut. La reconnaissance de l'expérience individuelle constitue l'antidote à toute aliénation. C'est l'élément premier de la santé psychique.

Cependant, si la thérapie s'en tenait à cette dimension, le danger serait grand de faire du lieu thérapeutique un lieu de contemplation narcissique qui emprisonne la personne en elle-même, la gardant captive dans sa propre bulle au lieu d'être un lieu tremplin où la personne prend sa place dans le monde, en y apportant sa différence et sa créativité (Denis, 1984). Le second élément essentiel au contact vital semble donc être l'ouverture au monde extérieur.

## **L'ouverture au monde extérieur**

La personne est un être de relation. La gestalt-thérapie a consacré l'expression «organisme dans son environnement», qui désigne la relation nécessaire de la personne avec son milieu ambiant, et ce, à tous les plans bio-psycho-sociaux. La vie ne peut exister pour l'organisme que dans un échange constant avec l'environnement. Un échange qui inclut toutes les dimensions : physique, affective et sociale. La personne ne peut vivre à moins de prises de contact avec ce qui lui est autre. C'est par ce contact fondé sur l'échange et la transformation que s'effectue la croissance.

Cet échange ne peut toutefois être sain que dans la mesure où il s'ajuste au réel. Je veux dire par là qu'il résulte d'un contact vrai entre la personne et ce qui lui est extérieur, ce qui lui est autre, en quelque sorte. Ce type de contact implique qu'elle (la personne) soit vraie avec elle-même, qu'elle sache différencier ce qui lui appartient et ce qui fait le corps de son expérience (caractéristiques du premier élément décrit ci-haut) et qu'elle puisse distinguer l'environnement de façon juste, nette et nuancée. Pour qu'un véritable contact s'effectue, la perception de l'«autre», du «monde extérieur», ne doit pas être déformée par le filtre des besoins ou des désirs du sujet. Le «je» doit pouvoir contacter un véritable «tu», et non une projection de sa propre image.

On parle en gestalt de «bonne forme» ou de «figure nette» pour désigner la précision de la prise de conscience d'un besoin chez le sujet. Mais,

comme l'organisme vivant ne saurait exister sans l'environnement, la figure ne peut prendre forme sans une saisie claire de son répondant extérieur. L'interrelation vitale est étroite. Elle est tissée à partir du champ perceptuel où même et autre se distinguent, où le même se découvre à partir de la différence de l'autre. L'identité se forge à la reconnaissance du vis-à-vis. Le manque, l'absence ne renvoient en eux-mêmes qu'à un inconfort, un mal qui n'a pas de nom tant que l'objet du manque ou de l'absence reste inconnu. La réalité intime, le vécu intérieur, se dessine et prend forme, à proprement parler, dans l'expérience de ce qui est extérieur au sujet. Comme la musique n'existe pas sans le silence, le «soi» n'est pas sans l'autre.

La qualité du contact vital est ainsi directement rattachée à la capacité de percevoir l'«autre», le monde extérieur, comme une entité détachée de soi et dotée de caractéristiques et de traits qui lui sont propres. La justesse de perception de cette réalité «extérieure» à soi sera en partie garante de la précision de la saisie du vécu intérieur. Elle sera en même temps l'assurance d'un véritable rapport. En effet, au sens où l'entendait Perls lorsqu'il déclarait (1969) : "*Awareness is enough*", de cette perception claire de l'autre et de soi naîtront spontanément les possibilités de relations appropriées et nourrissantes. Comme l'écrit Marie Petit (1984):

*Il y a contact lorsque deux figures bien différenciées, chacune définie par ses propres limites, sont réunies à leur périphérie par une relation dynamique. (p.13)*

Une fois arrêtés les deux premiers éléments de la santé psychique pouvant se définir par la présence à soi et l'ouverture aux autres, il reste à examiner l'aspect dynamique de la relation, le caractère vivant du contact : l'agir.

## L'AGIR

Goodman (1979) écrit dans Gestalt-thérapie :

*Quand nous parlons de «contact» ou de «prise de contact» avec les objets, nous évoquons à la fois la prise de conscience sensorielle et le comportement moteur. Il est probable que, chez les organismes primitifs, la prise de conscience et la réponse motrice sont un seul et même acte ; et, même chez les organismes plus évolués, il n'est pas très difficile de voir la relation entre sens et mouvement. (p.10)*

Outre la prise de conscience sensorielle, le contact n'a pas lieu sans une mobilisation du sujet dans l'agir. En présence des deux éléments, organisme et environnement, le processus de différenciation, le maintien du même et l'ouverture au différent, constitue un phénomène actif par lequel la personne se mobilise, s'implique, s'ouvre, digère, se transforme. Un

processus au cours duquel l'environnement aussi agit et se modifie. Le contact est véritablement le fruit de l'interaction entre le sujet et le monde extérieur.

Cependant, cette action se déroulant à la frontière-contact n'est pas garante en elle-même de la santé de l'organisme. Toute interaction de la personne avec le monde extérieur n'assure pas la qualité de sa vitalité. Les phénomènes d'introjection et de projection névrotiques, par exemple, sont issus d'un rapport «malsain» entre le sujet et l'environnement. Le contact s'effectue, mais l'une et l'autre entité ne s'en trouvent pas fortifiées, enrichies. Au contraire, elles y perdent un peu de leur individualité. Elles s'alourdissent l'une de l'autre et rendent par la suite le geste vital moins net, moins efficace. Quel critère permet donc d'évaluer la qualité vitale de l'agir ?

Erich Fromm (1988) tient dans ses causeries publiées sous le titre Aimer la vie, des propos fort éclairants sur l'activité en relation avec la passivité. Son point de vue contribue à préciser la façon d'évaluer l'agir.

*Dans l'usage moderne [affirme-t-il], nous entendons par activité une action avec un effet visible, tandis que la passivité paraît sans but ; elle est une attitude qui ne manifeste aucune dépense d'énergie. [...] Dans la conception classique de l'activité et de la passivité, telle que nous la rencontrons chez Aristote, Spinoza, Goethe, Marx et beaucoup d'autres penseurs des deux derniers millénaires, [...] on comprend l'activité comme une réalité qui exprime les forces habitant l'homme au-dedans, qui donne la vie, qui favorise la naissance des facultés aussi bien corporelles qu'affectives, intellectuelles et artistiques. (p. 53)*

Il retrouve cette conception de l'activité dans la citation suivante de Karl Marx :

*Chacun de tes rapports avec l'homme - et avec la nature - doit être une manifestation précise de ta vie individuelle réelle en correspondance avec l'objet de ta volonté.*

*De la même façon, au sens classique, on ne comprend pas la passivité comme le fait de se tenir assis à réfléchir, à méditer ou à contempler la nature ; mais elle est simple réaction ou simple fait d'être poussé. (p.55)*

Comme il le rapporte, le chien de Pavlov bondit vers l'écuelle quand il entend tinter la cloche. De même,

*[...] un homme ivre est souvent très «actif», il crie, gesticule. Ou encore [...] un homme dans l'état psychotique qu'on ap-*

*pelle la manie. Il est suractif, il se croit capable d'aider le monde entier, il parle, il télégraphie, il s'occupe de mettre de l'animation. Il offre l'image d'une immense activité. Mais nous savons que le moteur de l'activité est l'alcool chez l'un; chez l'autre, le malade maniaque, quelque désordre électro-chimique dans le cerveau. Néanmoins leurs manifestations sont celles d'une activité extrême. (p.56)*

Marx conclut : «L'«activité» comme simple réaction ou comme pulsion sous forme d'une passion est au fond une passivité, même si elle fait grand bruit» :

*Considérez donc l'activité de l'homme qui ne fait que réagir ou qui est seulement poussé, donc de l'homme passif au sens classique du terme ; vous remarquerez que sa réaction ne produit jamais rien de neuf. Elle relève de la routine. La réaction ne fait que réaliser toujours la même chose. La même excitation est suivie de la même réaction. [...] Ici il n'y a pas d'individualité, point de forces qui se déploient, tout semble programmé; à même excitation, même effet. [...]*

*[...] ce n'est pas humain. Car l'homme vivant ne réagit en réalité jamais de la même façon. Il est à tout instant un autre homme. Même s'il n'est jamais entièrement autre, il n'est toutefois jamais le même. (p.56-57)*

Cette définition de l'activité et de la passivité ouvre une voie intéressante pour juger de la qualité de l'agir. Si l'on examine le rapport dynamique s'exerçant à la frontière-contact, l'agir pourrait être évalué comme sain ou vital dans la mesure où il n'est pas «passif». Comme les gestaltistes l'ont fait valoir depuis le début, le rapport organisme/environnement est obligatoire. Il s'agit d'un échange continu, avec ou sans le concours de la volonté individuelle. Mais pour accéder «au vivant, au spécifiquement humain», selon les termes de Fromm, l'agir se doit d'être défini en fonction de la véritable activité personnelle, celle que l'individu mène par opposition à celle qu'il subit. C'est à l'intérieur de ce pôle que se retrouvent les notions de «responsability» et de «self-support» chères à Perls, notions qui sont devenues centrales en gestalt-thérapie.

L'agir sain, donc, serait l'agir «actif», bien enraciné dans l'individualité du sujet. En cela, on rejoint «la conception de l'être humain qui sous-tend la psychologie humaniste dans son ensemble», selon les termes de Marie Petit (1984) :

*Au-delà de la satisfaction des besoins primaires (faim, protection, sexe, etc.) existe un besoin profond de se réaliser, c'est-à-dire d'utiliser pleinement ses facultés créatrices. Celles-ci ne prendront pas forcément la forme de l'expression artistique,*

*mais pourront s'exprimer dans la manière de conduire sa vie, dans les rapports aux autres ou au monde. (p.12)*

Seulement dans la mesure de cette qualité pourrait-on parler d'agir, ou même d'«ajustement créateur», en pensant la créativité, à l'instar de Winnicott (1971) :

*dans son acceptation la plus large, sans l'enfermer dans les limites d'une création réussie ou reconnue, mais plutôt en la considérant comme la coloration de toute une attitude face à la réalité extérieure. Il s'agit avant tout d'un mode créatif de perception [...] qui s'oppose à [...] une relation de complaisance soumise envers la réalité extérieure: le monde et tous ses éléments sont alors reconnus mais seulement comme étant ce à quoi il faut s'ajuster et s'adapter. (p.91)*

J'avais pensé nommer cet agir actif «l'agir fécond» en songeant à la fertilité, la générosité et la productivité qui en découlent. Le contact issu d'une telle action crée du neuf s'ajoutant à la réalité initiale, tant du sujet agissant que du monde, et la transformant. Cet agir est véritablement fructueux en ce qu'il permet la production et le développement de «petits». Il définit le contact vivant, vigoureux. C'est l'agir matrice de la création.

Les trois dimensions de présence à soi, d'ouverture au monde extérieur et d'agir «fécond» pourraient fournir le cadre permettant d'analyser ce qui se passe à la frontière-contact. Une fois celle-ci décomposée en trois éléments, on pourrait songer à examiner la santé ainsi que son corollaire, la psychopathologie, dans une optique essentiellement gestaltiste.

## **LA PSYCHOPATHOLOGIE SELON L'OPTIQUE GESTALTISTE**

Comme l'écrit Delisle (1991), la «perspective gestaltiste aborde la psychopathologie sous l'angle des questions de processus. En d'autres mots, où, quand et comment un trouble ou une dysfonction se manifestent-ils et de quelle façon sont-ils maintenus ?» À la question «où ?» la réponse gestaltiste va de soi : «à la frontière-contact». Pour ce qui est du «quand ?» et du «comment ?», on affirme que le trouble se manifeste «au cours de l'une ou l'autre des phases de certains épisodes de contact» (p. 24-25).

Cependant, comme Robine (1990) l'a bien fait valoir, les mécanismes d'interruption du cycle (confluence, introjection, projection, rétroflexion, égotisme) peuvent mal fonder une psychopathologie en raison du fait qu'ils «peuvent tout autant marquer une auto-régulation saine qu'une pathologie de l'expérience» (p.39-40). Par ailleurs, Delisle affirme en être venu à ne plus utiliser le concept d'interruption, car :

*il touche ses limites quand vient le temps de décrire des modes de comportements aussi complexes et interreliés que ceux qui fondent les troubles de la personnalité. Ainsi, il est difficile d'assimiler de façon pratique l'idée suivant laquelle une personne puisse être «interrompue» entre la symbolisation [awareness] et la mobilisation de l'énergie.*

Robine, pour sa part, concluait son propos en affirmant que «la différence entre une interruption «saine» et une interruption «pathologique» résidera beaucoup plus dans la qualité de conscience (*awareness*) mobilisée que dans la structure même du processus».

Nous revoici donc à la case départ où le contact était défini suivant la prise de conscience sensorielle et le comportement moteur qui l'accompagne. Il conviendrait alors d'examiner le «pathologique» sous l'angle :

1. d'une qualité déficiente d'*awareness* liée à chaque pôle expé-rienciel : intérieur et extérieur (soi et monde ; organisme et environnement), et
2. du rapport moteur existant entre les deux (pouvant jouer d'une position passive à active du sujet).

Cette proposition permettrait de rester au coeur même du «contacter», en rejoignant ce que Delisle appelle les «modes expérientiels».

Elle ouvrirait également des possibilités quant à une évaluation gestaltiste des troubles de la personnalité, alors que chaque dimension (présence à soi, ouverture au monde et agir) pourrait être isolée et examinée à l'intérieur du type de contact engagé par l'individu.

La mise en lumière de ces dimensions rejoint par ailleurs deux séries de polarités parmi celles retenues par Millon (1981) pour l'élaboration de la nosologie psychopathologique qui figure dans le DSM : les polarités soi-autre et passif-actif. Cette parenté pourrait mener à des études empiriques qui, à partir des notions inhérentes à la théorie gestaltiste, ouvriraient la voie à la reconnaissance des typologies reconnues et classifiées dans le DSM.

Cette amorce empirique n'est cependant pas facile en raison de l'absence d'instrument propre à mesurer les dimensions ainsi dégagées. Notre réflexion nous a donc menée à l'élaboration d'un tel instrument qui pourrait être éclairée et soutenue par des observations cliniques. Les données recueillies grâce à cette méthode pourraient être mises en relation avec d'autres outils d'évaluation psychopathologiques conformes aux classifications du DSM, notamment le Millon Clinical Multiaxial Inventory.

# UNE GRILLE D'ÉVALUATION DU CONTACT VITAL

## Le type d'instrument

En examinant le contenu à mesurer, soit les dimensions de la présence à soi, de l'ouverture au monde extérieur et de l'agir, il nous a d'abord fallu déterminer le type d'instrument à utiliser.

Nous avons d'entrée de jeu choisi d'éliminer la forme inventaire ou questionnaire, car ce type de mesure ne donne pas accès à un matériel spontané chez le sujet. Les réponses sont directement encadrées par les questions en plus d'être influencées par divers facteurs de désirabilité sociale. La grille d'analyse applicable au matériel narratif, utilisée par Gendlin (1967) pour son échelle *d'experiencing*, constituait une alternative possible. Ce modèle présente l'avantage de laisser toute la place à l'expérience individuelle et correspond à l'approche phénoménologique utilisée dans la recherche qualitative. De plus, pour le clinicien, il offre la possibilité d'ouvrir sur des données diagnostiques sans nécessairement gêner le cours naturel des entrevues psychothérapeutiques où le thérapeute et le client entretiennent un échange verbal spontané.

## Le matériel d'évaluation

À quel matériel narratif une telle grille convient-elle ? Le contenu normal, régulier d'une entrevue permettrait-il de percevoir le mode expérientiel habituel de la personne ? Comment déterminer le début et la fin de la séquence à analyser ? Existe-il un matériel clinique typique capable d'encapsuler la manière habituelle d'être et de faire de la personne ? En jonglant avec ces diverses questions, l'idée du «plus ancien souvenir», empruntée à la psychologie individuelle adlérienne, s'est imposée.

Alfred Adler (Ansbacher, 1956) avait mis au point un outil privilégié dans sa pratique clinique : le plus ancien souvenir. Il soutenait qu'un seul souvenir suffisait à refléter le monde intérieur de la personne ainsi que les caractéristiques de base de sa personnalité (Bélisle, 1991). Il avançait que le premier souvenir rapporté par le sujet révèle son style de vie, ses valeurs, ses buts, son estime de soi, ses conflits, ses attitudes de base envers lui-même, les autres et la vie en général (Leblanc, 1990). De plus, il estimait que le plus ancien souvenir n'était pas tant un reflet de l'histoire du patient que l'expression de sa réalité actuelle. Ce que la personne choisit de raconter et comment elle le raconte dévoilent son vécu immédiat. En cela, Adler rejoint avec bonheur l'intégration du passé dans l'ici-maintenant faite par les thérapeutes gestaltistes.

Le plus ancien souvenir tel que défini par Adler est un événement précis, ne s'étant produit qu'une seule fois, préférablement avant l'âge de 10 ans,

que le sujet peut clairement visualiser et relater. Il se distingue du rapport qui, lui, renvoie à un rappel d'événements habituels survenus dans l'enfance. Le rapport n'a pas la spécificité du souvenir ancien car les événements remémorés s'y superposent et s'entremêlent.

Plusieurs études en psychologie individuelle confirment la validité clinique du souvenir ancien comme révélateur de la personnalité (Olson, 1979). Il constitue un mode projectif forcément proche de la personne et de sa vie intime. Dans une optique gestaltiste, il me semble qu'on pourrait le considérer à ce titre de la même façon que le rêve ou l'identification projective proposée aux clients lors de certaines expérimentations. Le plus ancien souvenir peut être vu comme une création personnelle, révélatrice de son auteur dans l'ici-maintenant de son vécu. Au-delà de son contenu spécifique, il dévoile comment la personne se relie à elle-même et au monde. Il nous est ainsi apparu comme un matériel d'expérimentation potentiellement riche et révélateur.

## ÉLABORATION DE LA GRILLE D'ANALYSE

Une fois le format de l'instrument déterminé, nous avons abordé l'élaboration de la grille elle-même afin de déterminer les catégories de cotation à l'intérieur de chacune des dimensions.

La première dimension, appelée la présence à soi, permet d'étaler les cotes du point où le sujet ne parle pas de lui dans le souvenir rapporté jusqu'à celui où son vécu intérieur est explicite :

- 1) Au premier niveau, le narrateur est absent ou à peine brièvement mentionné dans la narration.
- 2) Au deuxième niveau, le narrateur est impliqué sur le plan descriptif ou comportemental. Il se décrit dans ses aspects extérieurs ou dans ses comportements observables. Il ne livre aucun aspect de sa vie intérieure.
- 3) À ce niveau, le contenu de l'expérience personnelle apparaît dans la narration, mais le sujet ne discerne pas clairement ses sentiments. Il évoque des impressions, des sensations, des désirs ou des intentions. Son implication personnelle n'est pas évidente dans le propos. Cette cote est la première ouvrant sur une prise de conscience intérieure du sujet.
- 4) Ici, le narrateur est impliqué au niveau affectif. Il manifeste avoir conscience de ce qu'il vit émotionnellement. Il aborde directement le sens émotionnel de son expérience et s'approprie la responsabilité de ses affects.

- 5) Ce dernier niveau est lié aux cas où le sujet élabore sur son vécu affectif. Le ressenti du narrateur occupe une place importante dans le récit. Son expérience affective est explicitée et elle mobilise clairement son énergie.

La deuxième dimension, l'ouverture au monde extérieur, mesure la capacité du sujet à percevoir et à saisir les éléments de la réalité qui lui est extérieure. Les divers niveaux s'échelonnent depuis l'absence complète de l'«autre» (le soi occupe toute la place) jusqu'au point où l'expérience de l'autre est décrite en profondeur. La qualité de conscience de l'autre varie de la simple description comportementale au rapport des réflexions, des sensations, des goûts, de la façon habituelle d'être de l'autre jusqu'à la formulation précise de son vécu affectif. Cette dimension mesure ainsi l'*awareness* de la personne à son environnement, deuxième pôle de l'expérience du contact.

La troisième dimension qualifie l'agir. Les diverses catégories de cette dimension calibrent le comportement du sujet narrateur tel qu'il se décrit dans son plus ancien souvenir. Les cotes vont de la passivité jusqu'à l'engagement personnel dans une activité productive. Sur le continuum, on peut ainsi situer le sujet dans son rapport avec l'environnement: ou bien il est simplement observateur et passif, soumis aux événements imputés à l'environnement, ou bien il agit en fonction de sa propre initiative, en suivant sa motivation personnelle, pour en arriver à la réalisation de ce qu'il a anticipé.

Dès le départ, un travail d'ajustement des catégories de chaque dimension a été effectué sur du matériel expérimental afin d'assurer autant que possible une distribution normale des scores. Ce travail s'est accompagné d'études de fidélité inter-juges visant à garantir la qualité d'étanchéité des catégories dans l'attribution des cotes.

Au terme de cette démarche, nous retrouvons dans le manuel de cotation (à paraître) les balises d'utilisation d'un premier instrument qui pourra servir à mettre en forme des hypothèses de recherche susceptibles d'éclairer certains aspects du contact vital en rapport avec les divers traits psychopathologiques et les troubles de la personnalité.

## **D'UNE POLARITÉ À L'AUTRE**

Selon la technique du travail des polarités en gestalt-thérapie, l'élargissement du champ de conscience se fait par le passage actif d'une polarité à l'autre. Cette modalité permet de rétablir le contact entre les forces opposées (Polster, 1973, p.248). De l'échange engagé surgit un nouvel aménagement, une nouvelle Gestalt, plus riche que la précédente.

Passer, donc, du pôle où la santé est vue comme une absence de maladie, à celui où la maladie se définit par une carence de santé, voilà le travail de polarité qu'il serait maintenant intéressant d'engager. La mise en place d'un instrument adéquat permettra peut-être d'établir de nouveaux relais théoriques d'une position à l'autre.

Dans le premier pôle, je me suis permis de rêver que l'on puisse définir la santé à partir de ses éléments les plus simples... Que l'on puisse retrouver les indications de pathologie à partir de critères nets d'absence de santé...

J'ai rêvé que l'on sache dire les comment du «vivant»...

En passant à l'autre pôle, je rêve de pouvoir, grâce au support de l'empirisme, étayer nos intuitions et notre savoir-faire clinique...

Au bout de la course, je souhaite que nous sachions encore mieux parler de la vie pour finalement mieux la faire vivre.

### **Abstract**

*Presents a gestalt perspective on mental health and on psychopathology, the latter being considered to be an interruption of the "vitality flow". Parameters of mental health, from the Gestalt standpoint are: self-awareness, openness to the outside world and the quality of one's behavioral patterns. A Gestalt approach to the assessment of psychological vitality, based of early recollections is discussed.*

## **Bibliographie**

ANSBACHER, H.L., ANSBACHER, R.R. (1964) : *The Individual Psychology of Alfred Adler*, New York, Harper and Row.

BÉLISLE J., (1991) : *Les narrations sur le vécu parental et les souvenirs d'enfance: effet du thème sur le niveau d'experiencing auprès de personnes âgées*, Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec.

DELISLE, G. (1991) : *Les troubles de la personnalité perspective gestaltiste*. Montréal, Les Éditions du Reflet.

DENIS, M.-C. (1984) : *La psychothérapie: entre narcissisme et création*, Thèse de doctorat inédite, Université Louis-Pasteur, Strasbourg, France.

FROMM, E. (1988) : *Aimer la vie*, Paris, Desclée de Brouwer. Traduction de über die Liebe zum Leben, (1983): Stuttgart, Deutsche Verlags-Anstalt.

GENDLIN, E.T., TOMLINSON, T.M. (1967) : *The process conception and its measurement* in C. Rogers (Ed) *The therapeutic relationship and its impact*, Madison, University of Wisconsin Press.

GINGER, S., GINGER, A. (1987) : *La gestalt une thérapie du contact*, Paris, Hommes et groupes éditeurs.

KORB, M. P., GORRELL, J., VAN DE RIET, V. (1989) : *Gestalt Therapy Practice and Theory*, 2nd edition, USA, Pergamon Press.

LEBLANC, S., (1990) : *L'intérêt social défini en termes de la psychologie individuelle et mesuré à partir du narratif projectif et semi-projectif*, Texte inédit, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec.

MILLON, T. (1981) : *Disorders of Personality: DSM-III Axis-II*, New-York, Wiley.

OLSON, H.A. (1979) : *Early Recollections: their Use in Diagnosis and Psychotherapy*, Bannersstone House, Illinois, Charles C. Thomas publisher.

PERLS, F. (1969) : *Gestalt Therapy Verbatim*, Moab, Utah, Real People Press.

PERLS, F., HEFFERLINE, R., GOODMAN, P. (1979) : *Gestalt thérapie: Vers une théorie du Self: nouveauté, excitation et croissance*, Editions internationales Alain Stanké Ltée, Traduction de *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. (1951)

PETIT, M. (1984) : *La gestalt thérapie de l'ici et maintenant*, Paris, Les éditions ESF.

POLSTER, E., POLSTER, M. (1974) : *Gestalt Therapy Integrated*, USA, Vintage Books Edition.

ROBINE, J.M. (1990) : *Le contact, expérience première, Gestalt*, Cézac, France, Société Française de Gestalt.

ZINKER, J. (1981) : *Se créer par la Gestalt*, Québec, Les éditions de l'homme, Traduction de *Creative Process in Gestalt Therapy* (1977).

## DE LA RELATION CLINIQUE À LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

Essai de clarification des types de relations clinicien-client et des facteurs qui en modèlent la dynamique

Gilles DELISLE

### Résumé

*L'auteur présente les phases de la relation clinicien-client, à partir de la consultation initiale. La phase initiale est surtout marquée par l'analyse de la demande d'aide et donne lieu à une réflexion de type diagnostique et à une ou des décisions cliniques. Puis vient la prise en charge où se noue une relation plus engagée et où le partage de pouvoir est fonction de l'urgence relative et des dispositions psychologiques du client/patient. Un algorithme illustrant ce processus décisionnel est présenté. Enfin, l'auteur présente les caractéristiques de la relation thérapeutique proprement dite, qui se noue lorsque le contexte exige et justifie une intervention à long terme et à visée transformative et développementale. L'importance de trois modes relationnels est discutée; le mode transférentiel, le mode réel et le mode herméneutique.*

### INTRODUCTION

Quelle que soit l'approche à laquelle ils s'identifient et quelle que soit la clientèle auprès de laquelle ils interviennent, tous les psychothérapeutes ont le souci de créer avec leurs clients une relation de qualité. Leurs opinions diffèrent parfois quant aux caractéristiques de cette relation et quant à son importance relative dans le cheminement thérapeutique. Néanmoins, tous s'entendent pour dire qu'une mauvaise relation neutralisera l'effet bénéfique de quelque intervention que ce soit.

La Gestalt-thérapie, quant à elle, s'est articulée en réponse et en réaction au modèle psychanalytique. Se trouvaient alors remis en question, la durée de la «cure», l'importance accordée au transfert, les notions de psy-

de diagnostic, de même que le rôle du thérapeute. Au concept d'*insight*, nous opposons celui d'*awareness*. À celui de transfert, nous répondions contact. L'inconscient devenait plus ou moins le fond et le diagnostic psychopathologique, presque une hérésie.

Puis, Perls fit quelques démonstrations de la méthode. En quelques minutes, nous assistions ébahis à l'apparent dénouement d'années d'impasses. Avec le temps, des programmes de formation à la Gestalt-thérapie furent mis sur pied. Dans la plupart des cas, il s'agissait de la formule de groupes intensifs, accordant une large place à l'expérientiel. Là encore, on retrouvait donc cet accent mis sur l'effet immédiat d'interventions puissantes, permettant d'incontestables décristallisations. C'est dire que, dans la culture gestaltiste, la belle part a surtout été faite à l'immédiateté de l'expérience thérapeutique, ce qui faisait d'ailleurs depuis le début l'originalité et la puissance de notre méthode.

Mais qu'en serait-il des structures psychopathologiques, syntones au moi et manifestées dans une variété de contextes, tels les troubles de la personnalité ? Fallait-il croire que la seule puissance du contact et de l'*awareness* dans l'ici et maintenant allait suffire à opérer des transformations si profondes et d'une telle envergure ?

Avec le temps, les exigences de la pratique clinique ont amené bon nombre de gestaltistes à s'interroger sur les rapports entre leur approche, puissante certes mais peu loquace quant aux enjeux de la psychothérapie à long terme, et le traitement des troubles de la personnalité. S'il est indéniable qu'on peut éliminer un symptôme phobique en quelques minutes, ou transformer l'expérience immédiate de la rétroflexion en expression créatrice, il serait naïf de croire qu'on peut de la même façon opérer les transformations durables qu'exige le traitement des dérèglements de la personnalité, dont nous verrons plus loin qu'ils sont au cœur de la dynamique psychopathologique.

Or la Gestalt-thérapie, grâce au regard qu'elle permet de poser sur le contact et ses dérèglements, sur la fonction régulatrice de l'*awareness* et sur les rapports entre la personne et son environnement, se trouve être précisément une approche capable d'éclairer la pratique clinique contemporaine. À la condition toutefois, nous nous adressons à la relation thérapeutique en elle-même, puisque ce semble être d'abord le rapport qui s'établit entre le thérapeute et son client, qui permet le processus développemental essentiel au traitement des troubles de la personnalité.

Qu'en est-il aujourd'hui de la relation thérapeutique au sens gestaltiste du terme ? Et d'abord, quelle est l'importance relative de cette relation dans le résultat de l'effort thérapeutique ?

Le présent article se veut un essai de clarification de la nature de la relation qui s'établit entre un clinicien gestaltiste et son client. Il reflète

l'enseignement offert par le *Centre d'Intervention Gestaltiste* (CIG) dans son programme de formation clinique, de même que le mode d'approche privilégié par les cliniciens de la clinique de psychothérapie du CIG. On y constatera l'importance accordée à la réflexion diagnostique qui doit précéder l'intervention thérapeutique de même qu'aux axes autour desquels se développe la relation thérapeutique gestaltiste, à long terme et à visée développementale ou transformative.

Je dresserai d'abord un court bilan de l'état de la recherche sur la contribution de la relation thérapeutique au succès de la psychothérapie. Ensuite, je proposerai au lecteur un algorithme simple qui illustre le trajet de la relation entre le clinicien gestaltiste et son client, depuis le premier contact jusqu'au moment où commence l'intervention proprement dite. Puis je décrirai les principales composantes de chacun des types de relations d'intervention. Enfin, j'élaborerai sur la dynamique particulière de la relation qui se noue entre le psychothérapeute gestaltiste et le client dans le cadre de la psychothérapie à long terme, à visée développementale.

## **RELATION THÉRAPEUTIQUE ET EFFICACITÉ EN PSYCHOTHÉRAPIE**

La psychothérapie est une activité professionnelle pour laquelle les mesures d'efficacité continuent de poser aux chercheurs de multiples problèmes. Ce n'est d'ailleurs que depuis 1984 que la communauté des psychothérapeutes peut enfin s'appuyer sur une recherche d'envergure, menée aux États-Unis par le *National Institute for Mental Health*, pour étayer ses prétentions quant à l'efficacité de la psychothérapie.

Dès lors, les principaux courants de recherche en la matière se sont diversifiés et on tente maintenant de répondre à la question qui consiste à savoir comment prédire l'issue d'une psychothérapie. En d'autres termes, quels sont les meilleurs prédicteurs du succès d'une psychothérapie?

Voulant cerner les diverses réponses à cette importante question, les chercheurs ont tenté de mettre au jour les relations pouvant exister entre différentes variables potentiellement prédictrices et le succès relatif d'une psychothérapie.

Les variables associées au client, au thérapeute et à son approche, de même que diverses combinaisons de ces variables ont été soigneusement examinées. Plus récemment, de nombreux chercheurs ont commencé à prêter attention non plus à chacun des interlocuteurs du colloque thérapeutique, mais bien à la qualité de la relation qui se noue entre eux. La question générale qui se pose pourrait être formulée ainsi : quelles sont les propriétés observables d'une relation thérapeutique menant à l'atteinte des objectifs?

À cet égard, voyons ce qui a pu être mis au jour ou proposé comme hypothèses générales de recherche. Et d'abord, posons la question primordiale : existe-t-il un rapport entre la qualité de la relation thérapeutique et le succès de la démarche ?

En 1990, Frank et Gunderson constatent que le développement d'une bonne relation thérapeutique est étroitement lié à l'amélioration du fonctionnement du moi et à la diminution globale de la pathologie. Puis, la recherche de Marziali et Alexander (1991) démontre que la qualité de la relation thérapeutique est un puissant prédicteur du succès de la thérapie. Enfin, Horvath et Symonds publient en 1991 les résultats de leur méta-analyse portant sur 24 recherches et concluent que :

- Dans l'ensemble, on trouve une corrélation modérée mais stable entre la qualité de la relation thérapeutique et le succès de la thérapie.
- La corrélation entre la relation thérapeutique et le succès de la thérapie ne dépend ni de l'approche utilisée, ni de la durée.

Si donc la relation thérapeutique est effectivement liée au succès de la démarche, quelles en sont les composantes déterminantes ?

En 1987, Rinaldi avait constaté, à l'encontre de ceux qui avaient pu croire que la psychothérapie n'était au fond rien de plus qu'un simple appariement de personnalités semblables, que les dyades thérapeutiques se développent à peu près au même rythme, qu'elles mettent en présence des partenaires ayant des personnalités semblables ou différentes.

Puis Saunders et Howard (1989) découvrent que la relation thérapeutique est associée au succès de façon linéaire et curvilinéaire, ce qui permet de croire qu'elle peut être trop forte aussi bien que trop faible. Ce point de vue rejoint en partie, on le verra plus loin, les postulats que nous établirons quant à la relation thérapeutique optimale (RTO).

De plus, la relation thérapeutique semble formée de trois composantes principales qui en modulent la qualité : l'alliance coopérative, la résonance empathique et l'affirmation mutuelle. Encore une fois, on remarquera plus loin combien ces caractéristiques se rapprochent de celles que nous incluons dans le modèle de la RTO.

Pour Dormaar, Dijkman et de Vries (1989), les trois variables qui s'avèrent les meilleurs garants du succès thérapeutique sont la compréhension exprimée par le thérapeute de l'expérience du client, l'accord du client quant à la lecture que fait le thérapeute de son expérience et la perception par le client de la nature consensuelle de la relation.

En effectuant une analyse du pairage client-thérapeute, Talley, Strupp et Morey (1990), découvrent que le succès thérapeutique dépend largement de l'interaction entre le *self-concept* du thérapeute et celui du client : moins les *self-concepts* du thérapeute et du client sont complémentaires, moins le client progresse.

Enfin, pour Piper, Azim, Joyce, McCallum *et al.* (1991), c'est la qualité des relations objectales qui constitue le meilleur prédicteur d'efficacité.

Si donc la qualité de la relation thérapeutique est effectivement un bon prédicteur de l'issue de la démarche et que nous en connaissons les principales composantes, que faire pour en favoriser la consolidation ?

Pour Kantrowitz (1986), plus le thérapeute est conscient de sa propre contribution aux processus transférentiels, moins il est probable que ses limites personnelles exercent un impact négatif sur le cours de la thérapie. Cette formulation est très proche des construits de centration et d'intégrité que nous placerons dans la grille RTO.

Saari (1986), dans une perspective herméneutique, redéfinit le transfert et le contre-transfert comme des patterns relationnels qui doivent être rendus à la conscience, puis assimilés au système de significations. Le processus de la thérapie devient alors une construction commune et interactive de la réalité du client.

Pour Kahn (1987), le thérapeute doit exploiter autant la relation réelle que la relation transférentielle. Si la relation transférentielle permet au thérapeute et au client de comprendre comment le *self* s'est formé, c'est toutefois la relation réelle, dans sa fonction réparatrice, qui permet la croissance du *self*.

Bergner et Staggs en 1987, se sont penchés sur les aspects touchant la symbolique d'accréditation formelle de la thérapie. Dans les rituels d'accréditation, une personne, en vertu de sa position dans la collectivité, en introduit une autre au sein de la même communauté ou en améliore le statut. Pour eux, l'une des propriétés curatives de la psychothérapie est justement cet aspect rituel dans sa capacité à réintroduire la personne au sein de la communauté.

La notion de consensus a par ailleurs fait l'objet de nombreux écrits dans les cercles psychanalytiques ces dernières années et Carone (1987) en parle comme d'un facteur curatif aussi bien que d'un construit théorique central. Le consensus thérapeutique est défini comme une création de la dyade, fondée sur un effort explicite et mutuel en vue de définir les éléments de l'expérience consciente et inconsciente du client et du thérapeute. Cette description nous rapproche de Bouchard et Guérette (1991), selon lesquels c'est la relation herméneutique, qui vise davantage à

construire un ensemble de significations qu'à mettre au jour une «réalité historique», qui est centrale dans le processus de guérison psychique.

Pour Henry, Schacht et Strupp (1990), les cas d'échec thérapeutique sont caractérisés par des comportements interpersonnels de la part du thérapeute qui confirment les introjections négatives du client. La fréquence des commentaires subtilement hostiles et contrôlants est fortement liée à la fréquence des énoncés auto-blâmants de la part du client. Enfin, les thérapeutes ayant eux-mêmes des introjections «non-affiliantes» ont tendance à favoriser la création de relations thérapeutiques problématiques vouées à l'échec. On voit là l'importance des éléments que nous appellerons, dans la grille RTO, intimité, centration et intégrité.

## **UN ESSAI DE CADRAGE DES FACTEURS QUI STRUCTURENT LA RELATION CLINICIEN-CLIENT**

Mais, quand on parle de la relation thérapeutique, de quelle relation s'agit-il ? Parle-t-on aussi bien des premières entrevues que de celles qui ont lieu après plusieurs mois de démarche ? S'agit-il de thérapie à court terme aussi bien qu'à long terme ? Du traitement d'une dépression majeure aussi bien que d'un trouble de la personnalité narcissique ?

On confond trop souvent la relation clinicien-client et la relation thérapeutique. La première est en place dès que les acteurs ont établi un premier contact et elle dure tant que le clinicien est responsable du dossier. La relation thérapeutique, elle, n'apparaît et n'est exploitable que dans un contexte particulier et survit sur le plan symbolique bien au-delà de la relation clinicien-client.

Le client qui consulte un professionnel de la santé mentale fait appel à deux types de ressources et à deux niveaux de compétence : la compétence diagnostique et la compétence thérapeutique. C'est surtout au moment de nouer une relation thérapeutique proprement dite que le clinicien mettra à profit sa compétence à consolider une relation thérapeutique de qualité. Avant de rencontrer le thérapeute gestaltiste, le client doit rencontrer le clinicien a-théorique capable d'établir un diagnostic psychologique et de recommander une intervention appropriée. Voyons donc comment se partagent ces deux ordres de compétences et les actes professionnels qui en découlent.

### **La compétence diagnostique**

C'est celle qui permet au professionnel de la santé mentale de faire l'examen d'une demande d'aide. Il procède alors par étapes dans un processus qui vise à apprécier les composantes de la situation que vit le client,

l'état d'urgence relatif dans lequel celui-ci se trouve, de même que les ressources personnelles qui lui permettront de participer plus ou moins activement à la démarche thérapeutique qu'il est sur le point d'entreprendre.

Ainsi, avant de commencer formellement l'intervention thérapeutique, le clinicien, faisant appel à sa compétence diagnostique, considère la demande qui lui est faite afin de déterminer la meilleure marche à suivre. De cet examen découlera une stratégie d'intervention adaptée aux exigences de la situation du client plutôt qu'aux seules ressources du thérapeute. Voyons les éléments qui sont pris en compte par le clinicien à cette première phase de sa relation avec le client.

Qu'il s'agisse de difficultés relationnelles, de l'apparition d'un trouble anxieux, d'un trouble de l'humeur ou de quoi que ce soit d'autre, le clinicien devrait d'abord s'assurer qu'il n'est pas en présence d'un trouble mental ou psychologique ayant une cause organique, ou d'un état psychotique. La compétence diagnostique du professionnel devrait être suffisante pour lui permettre, au niveau du pré-diagnostic, de dépister les indices d'un trouble organique ou d'un état psychotique. Si son client semble présenter de tels indices, le PSM devrait voir à diriger le client vers des ressources appropriées afin qu'un diagnostic plus complet soit établi.

Dès qu'il est en mesure de croire que ni l'un ni l'autre de ces troubles mentaux ne sont présents, le professionnel de la santé mentale peut procéder à l'examen de la demande d'aide qui devrait comprendre un diagnostic structuré (de type multi-axial par exemple), une évaluation de l'urgence relative que vit le client, de même que des ressources ou dispositions psychologiques de celui-ci. Cet examen permettra de déterminer ultérieurement le mode d'approche le mieux adapté aux ressources du client comme du PSM ainsi qu'au contexte de la demande d'aide.

Voyons brièvement en quoi consistent les variables examinées relativement au diagnostic. Dans le cadre du modèle développé au *Centre d'intervention Gestaltiste*, le professionnel fait appel aux cinq axes du système multi-axial, puis éprouve la cohérence du tableau ainsi obtenu afin de poser son diagnostic.

Avant d'élaborer sur le modèle CIG, rappelons d'abord le sens des axes diagnostiques du DSM-III-R.

Le système diagnostique multi-axial du DSM-III-R est sans doute un cadre conceptuel imparfait et contestable à plusieurs égards (voir notamment Kroll, 1991), mais il a le mérite d'attirer notre attention sur les multiples facteurs en cause dans l'organisation psychopathologique. Il exige que le clinicien examine la situation à la lumière de cinq dimensions appelées axes, et qui visent à rendre compte de la complexité bio-psycho-sociale de la psychopathologie.

On note sur l'axe I le diagnostic qui découle pour l'essentiel du motif de consultation. On y consignera soit un code V, dans les cas où le motif de la consultation n'est pas attribuable à un trouble mental, soit un syndrome clinique (dépression, anxiété, somatisation, etc.).

L'axe II est celui où l'on consigne ses observations quant au trouble ou au style de personnalité du client ce qui, dans le modèle CIG, sous-tend la pathologie, puisqu'on y considère la personnalité comme étant le système psycho-immuno-métabolique, c'est-à-dire l'équivalent psychologique des systèmes immunitaire et métabolique.

L'axe III permet de consigner les données relatives aux facteurs organiques qui pourraient avoir une valeur explicative quant à la psychopathologie, ou encore interagir avec le traitement.

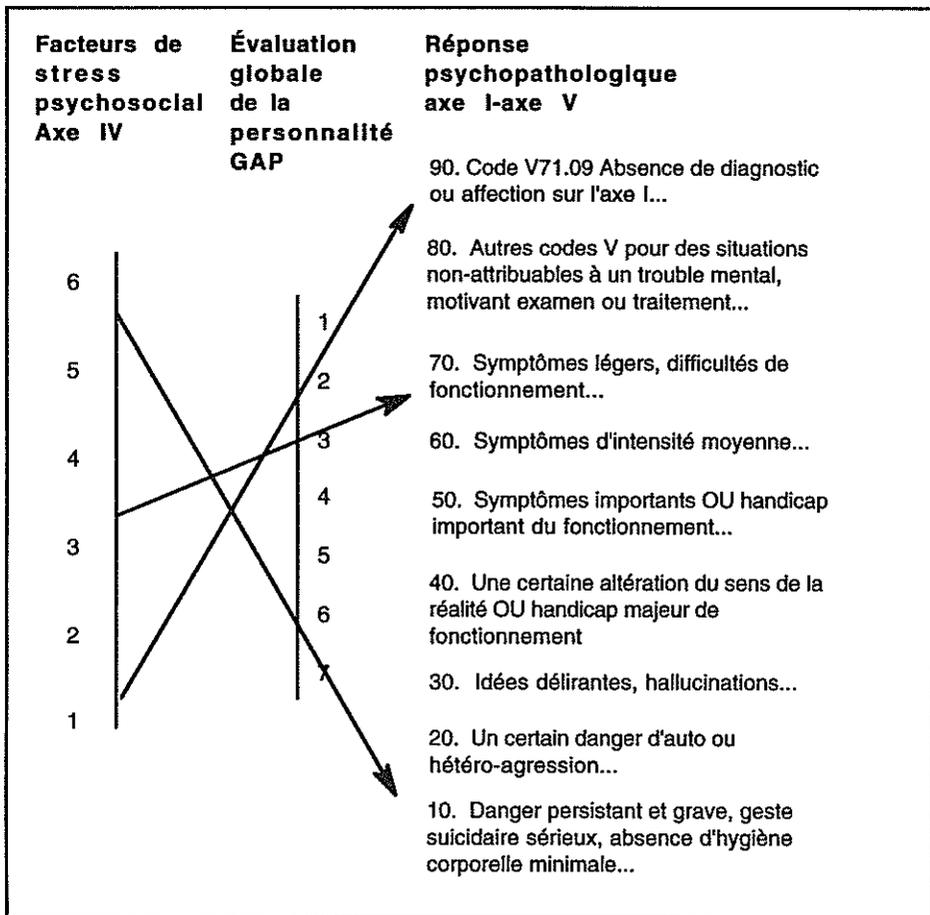
Les facteurs de stress psychosocial présents dans la vie du client seront notés sur l'axe IV. Enfin, sur l'axe V, on procédera à une évaluation globale du fonctionnement du client. Dans le cadre du modèle CIG, cette évaluation prendra plutôt la forme d'une «évaluation globale de la personnalité» (Spitzer, 1986).

La mise en rapport des observations figurant sur les différents axes devrait nous permettre de tester la vraisemblance de notre diagnostic. En effet, comme le montre la figure 1, le niveau de fonctionnement de la personnalité médiatise les rapports entre le stress et le syndrome clinique<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Pour une analyse détaillée de ce modèle, voir Delisle, 1991.

**Figure 1 : La fonction médiatrice de la personnalité par rapport au stress**



En parallèle avec cette évaluation des axes bio-psycho-sociaux, le clinicien doit apprécier le caractère plus ou moins urgent de la situation que vit le client. En particulier, il évalue le risque éventuel d'auto-agression (suicide, auto-mutilation) et d'hétéro-agression. Cette évaluation se distingue de celles faites au moment du pré-diagnostic et du diagnostic multi-axial en ce qu'elle devra permettre, non seulement de préciser le diagnostic, mais aussi de choisir un mode d'intervention approprié au contexte.

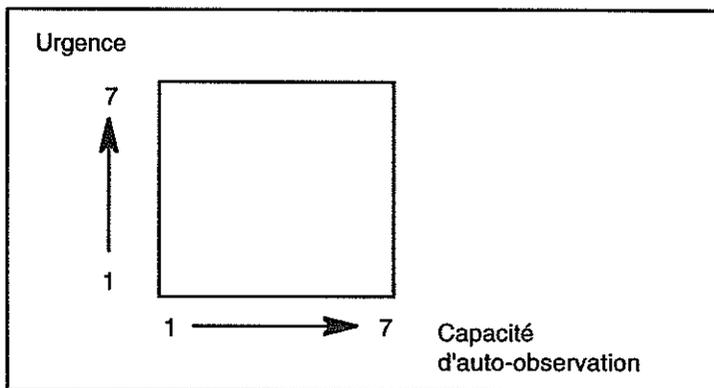
Enfin, indépendamment du diagnostic multi-axial, le clinicien évalue les dispositions psychologiques du client au moment où celui-ci fait sa demande d'aide, en fonction de trois caractéristiques dont il devra tenir compte dans le choix d'un mode d'intervention. L'évaluation de la capacité d'auto-observation devrait permettre au professionnel de la santé mentale

d'apprécier jusqu'à quel point le client est disposé à s'observer et capable de le faire plutôt que d'examiner les comportements et attitudes d'autrui.

L'évaluation du locus de contrôle aux fins de ce type de diagnostic devrait quant à elle permettre d'apprécier jusqu'à quel point le client s'estime responsable de ce qui lui arrive. Enfin, l'évaluation de la capacité d'abstraction vise à mesurer le degré auquel le client est capable de généraliser et de transférer ses observations sur divers plans de l'expérience. C'est en quelque sorte l'aptitude à la communication polysémique (pouvant prendre plusieurs sens simultanés) qui est ainsi soupesée.

Après avoir procédé à l'évaluation de l'urgence relative et des dispositions psychologiques du client, le clinicien devrait pouvoir situer celui-ci sur une intersection donnée entre deux continua qui pourront influencer le choix d'un mode d'intervention.

**Figure 2 : Les continua urgence-conscience**

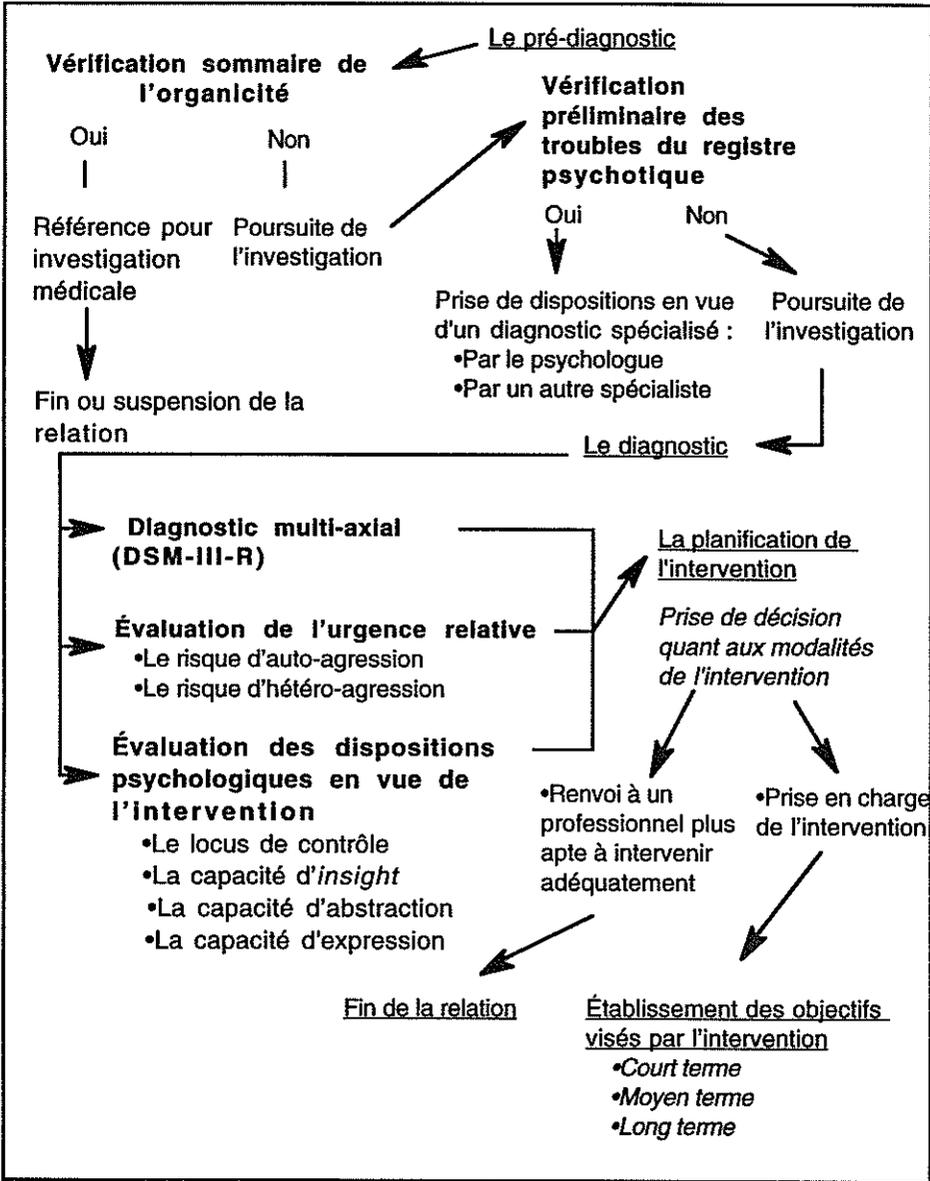


Il va sans dire que plus l'urgence est élevée et moins la capacité d'auto-observation est grande, plus l'intervention en est une de prise en charge. À l'inverse, quand il n'y a pas ou plus d'urgence et que la capacité d'auto-observation est élevée, les conditions optimales d'une intervention fondée sur le contact et l'*awareness* se trouvent réunies.

## La planification de l'intervention

Le diagnostic est maintenant complété et le clinicien peut désormais procéder à l'établissement des objectifs visés par l'intervention et prendre une décision quant aux modalités de celle-ci. Soit il se chargera lui-même de l'intervention, soit il devra envoyer son client voir un collègue plus apte à entreprendre le type d'intervention qu'exige la situation. La figure 4 résume la démarche diagnostique que nous venons de présenter.

Figure 4 : La trajectoire de la relation clinicien-client



## **LES TYPES DE RELATION D'INTERVENTION**

S'il choisit d'entreprendre lui-même l'intervention, le clinicien pourra être appelé à jouer différents rôles, que ce soit au début, au milieu ou à la fin de la démarche. Voyons donc les différentes relations d'intervention qui peuvent se nouer à ce stade-ci entre le professionnel et son client.

### **La relation de contention**

La relation de contention est celle qui s'impose lorsqu'un client se trouve dans une situation d'urgence maximale et que ses capacités d'auto-direction et de maîtrise sont minimales. On pense aux projets suicidaires et aux projets imminents d'auto ou d'hétéro-agression. Le professionnel qui a connaissance de telles conditions a le devoir d'intervenir en utilisant la juste contrainte, de façon à protéger l'intégrité de son client ou de l'entourage de celui-ci.

### **La relation de prescription**

Comme son nom l'indique, la relation de prescription est celle où le professionnel, sans aller jusqu'à prendre physiquement le client en charge, assume momentanément à sa place les fonctions décisionnelles. Il n'y a pas de projet clair mais l'état du client et la situation qu'il affronte sont tels qu'il existe un risque appréciable pour son intégrité physique, psychologique, ou pour l'intégrité physique de ses proches. Toutefois, le client est en mesure de comprendre les directives du clinicien et de s'y soumettre.

### **La relation d'aide-conseil**

Ici, la situation exige que le professionnel propose une certaine orientation et qu'il donne un avis. Le client est capable d'en tenir compte raisonnablement.

### **La relation thérapeutique**

La relation thérapeutique développementale et transformative est celle qui peut s'établir entre un client/patient et son thérapeute lorsque le diagnostic multi-axial a permis :

- D'exclure une cause organique au motif de consultation (axe I).
- D'éliminer la présence d'une psychose qui permettrait de rendre compte des symptômes du client/patient (axe I).

- De cerner un syndrome clinique non-psychotique (axe I) ou le «motif nécessitant une consultation et non-attribuable à un trouble mental» (code V).
- De cerner le trouble ou le style de personnalité (axe II) et d'exclure :
  - un trouble de la personnalité antisocial ;
  - un trouble de la personnalité schizotypique.
- De préciser la nature et l'intensité des facteurs de stress psychosocial (axe IV).
- De déterminer la force du système psycho-immuno-métabolique (personnalité) au moyen du GAP.
- De conclure que la configuration multi-axiale n'est pas telle que le client représente dans l'immédiat un danger pour lui-même ou pour son entourage.
- De conclure que le client dispose des ressources psychologiques minimales pour lui permettre de profiter d'une psychothérapie développementale :
  - capacité (et non disposition) d'auto-observation ;
  - capacité d'abstraction.

En général, la relation thérapeutique à long terme vise à permettre au client qui a réussi à se libérer des troubles de l'axe I, de développer et de renforcer sa personnalité en tant que système psycho-immuno-métabolique. Elle se mesure en années et vise la transformation ou le développement intégral de la personne. Si on la compare, comme le fait Bugental (1987), à la psychothérapie à court terme, on constate de nombreuses différences. Le tableau 1 illustre le contraste entre les deux types d'interventions. Dans le cadre de cet article, notons surtout que si, dans la thérapie à court terme, la relation n'est travaillée que dans la mesure où elle nuit au processus, dans la thérapie de long terme, elle est au coeur même du processus. Plus encore : la relation est la thérapie.

**Tableau 1 : Une comparaison des dynamiques thérapeutiques à court et à long terme. (Tiré de The Art of the Therapist, James F. T. Bugental, Norton, New York, 1987).**

<u>Court terme</u>		<u>Long terme</u>
Semaines	<i>Les attentes face à la durée de la thérapie</i>	Années
Objectivation	<i>La direction de l'influence thérapeutique</i>	Subjectivation
Adaptation/ajustement	<i>Les buts de la thérapie</i>	Transformation
Le comportement en tant que mesure d'adaptation	<i>La cible du changement</i>	L'expérience de soi et de l'environnement
Explicite	<i>Le mode de communication</i>	Implicite
Les renforcements	<i>Les leviers de changement</i>	L'accroissement de l'awareness
La relation aide au changement mais joue un rôle secondaire.	<i>Le rôle de la relation thérapeutique</i>	La relation est au coeur du processus de changement; transfert et contre-transfert.
La causalité	<i>Le modèle explicatif de la situation actuelle</i>	L'intentionnalité
La réalité est celle qui est observée en général dans la culture ambiante et qui fait l'objet d'un consensus.	<i>La place et le sens de la «réalité»</i>	La réalité est celle qui est éprouvée, perçue, émergente et personnelle.

## LES DIMENSIONS DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE À LONG TERME, À VISÉE DÉVELOPPEMENTALE

À quoi ressemble donc cette relation qui se noue entre un professionnel de la santé mentale désormais devenu psychothérapeute gestaltiste, et son client? Quelles sont les dimensions qui permettent d'en définir les conditions de qualité, d'un point de vue existentiel-humaniste et d'un point de vue gestaltiste?

D'abord, le thérapeute tient un double rôle : il est à la fois un participant engagé dans une relation avec un interlocuteur intime et un observateur-commentateur de cette relation. À ce titre, il reçoit (on dirait parfois qu'il encaisse) les affects dirigés sur lui par le client. En revanche, il agit lui aussi dans cette relation. Il écoute, certes, mais il parle aussi, bouge, sourit, rit, questionne, répond. Il est parfois (souvent ?) ému et passe par toute la gamme des émotions en tant que participant... mais il n'est pas un participant ordinaire et il n'est pas que participant.

En plus de son engagement interactionnel, le thérapeute garde toujours une part de sa conscience ou de son *awareness* centrée sur l'observation du processus auquel il participe et qu'il nourrit. Alors même qu'il s'impatiente, s'émeut, s'attendrit et soutient le contact ou le rompt, alors même qu'il confronte le client, le frustre ou le gratifie, il s'observe en train d'interagir avec cet Autre qui attend de lui qu'il remonte sa mécanique brisée tout en ne la changeant pas trop.

Enfin, cristallisation de son double rôle de participant et d'observateur, il commente le processus dans lequel il est engagé. Il le fait dans une perspective herméneutique (Bouchard et Guérette, 1991) mettant activement le client, lui aussi participant-observateur, à contribution. Ensemble, ils créent la trame d'une histoire à nulle autre pareille, récit unique dont la véracité historique n'importe plus qu'en tant que ferment d'une autre réalité, expérientielle celle-là. Le processus même de cette création commune en est un de réparation et se rapproche beaucoup de la notion de consensus dont parle Carone (1987).

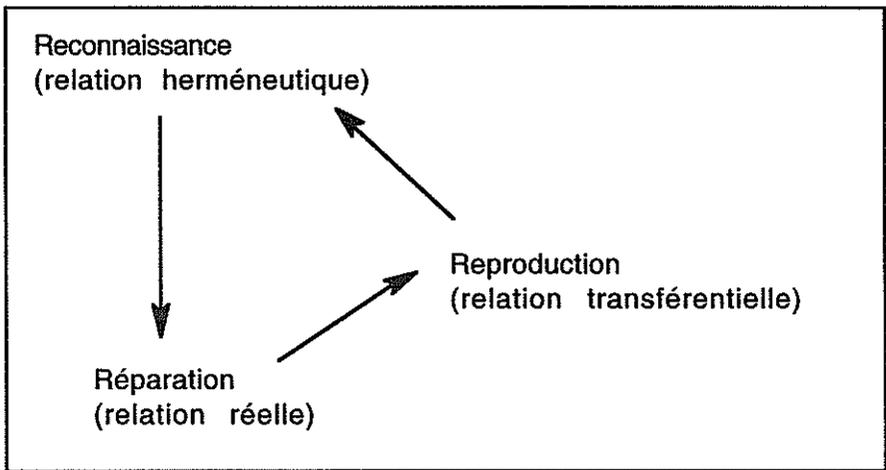
À travers les rôles que doit jouer le thérapeute se profile le triple enjeu de la relation : reproduction, reconnaissance, réparation. Il va de soi que la finalité de la relation thérapeutique n'est certes pas la reproduction des impasses du client. Mais ce n'est pas non plus la seule reconnaissance de ces impasses. La destination de l'itinéraire thérapeutique, c'est la réparation. Non pas la «mécanique-réparation» par laquelle l'un des partenaires est le bénéficiaire de l'action réparatrice de l'autre, mais bien cette action

convergente sans être toujours conjointe, d'où renaissent la cohérence, la continuité, l'altérité.

Mais comment réparer ce qui n'existe pas ou n'existe plus? Comment cultiver ici ce qui fut planté ailleurs? Le jouet brisé, refoulé au grenier, doit d'abord être rappelé, puis retrouvé, dépoussiéré, manié. Souvent, on se rappelle vaguement qu'il était cassé, mais on ne sait plus très bien comment. On essaie de le faire fonctionner et alors, on retrouve la fêlure, le bris. On le descend à l'atelier et, toujours ensemble, on le répare.

Dire ce qui précède, c'est aussi affirmer le caractère indispensable de trois niveaux de relation. Deux d'entre eux ont de tout temps polarisé les thérapeutes de diverses obédiences : le niveau de la relation transférentielle et celui de la relation réelle. Le troisième, le niveau de la relation herméneutique, est moins connu mais au risque de simplifier, on pourrait dire qu'il constitue un pont entre les deux autres. En fait, les trois niveaux de la relation thérapeutique sont imbriqués, se télescopent l'un dans l'autre et ne sont dissociables que pour les besoins de l'analyse.

**Tableau 2 : Les trois niveaux de la relation thérapeutique et les enjeux de la psychothérapie**



## La relation transférentielle

Les psychothérapeutes humanistes, gestaltistes en tête, ont toujours été plus ou moins embêtés par l'incontournable nature transférentielle de la relation thérapeutique. Intéressés davantage à restaurer la santé qu'à réduire la pathologie (ce qui revient au même mais illustre une différence d'approche), nous avons eu tendance à considérer la relation transférentielle comme une manifestation pathologique à redresser par l'entremise de son contraire, le contact. En d'autres termes, visant la relation réelle, cer-

tains d'entre nous ont réduit l'intérêt porté à la relation transférentielle en la confinant au rôle de symptôme de la pathologie et de témoin, par la négative, des progrès de l'action thérapeutique.

Pourtant, cette relation «comme si» porte l'histoire si précieuse de l'inachevé et de l'inassouvi. Sans elle, la reproduction dont il était question plus tôt n'est plus possible. Sitôt que le client amorce la manoeuvre visant à s'amarrer au thérapeute de la seule façon qu'il connaisse, il se trouve confronté à l'exigence implicite d'une réparation immédiate, donc potentiellement superficielle, de ce qui s'est moulé au fil du temps...

Comme le suggère Kahn (1987), si la relation réelle est la seule qui puisse réparer le *self*, c'est toutefois la relation transférentielle qui dévoile la blessure à réparer.

Pour que la relation transférentielle puisse se nouer, le client doit se trouver devant un interlocuteur moins «typé» que le sont ses objets internes. C'est dire que le thérapeute doit être suffisamment polymorphe pour permettre au client de reproduire avec lui les trajets et les impasses qui lui sont familiers et qui d'ailleurs l'ont mené jusqu'à lui. Toutefois, le thérapeute gestaltiste ne se fait pas obligation de neutralité. D'ailleurs, dans une position de face à face, seul à seul, peut-on vraiment parler de neutralité ? Dans la relation thérapeutique à long terme, le gestaltiste adopte en début de démarche une position attentive (et non attentiste), sobre mais intègre, de cette intégrité qui refuse le maquillage de l'expérience et qui ne dissimule pas le thérapeute au regard de l'autre. Cette sobriété attentive, c'est l'embryon de la relation à venir qui, elle, s'élaborera, se différenciera et permettra au thérapeute de jouer successivement ou conjointement ses rôles de participant, d'observateur et de commentateur.

Cette sobriété est aussi rétroflexion de la part du thérapeute. Permettre l'arrimage transférentiel suppose que le thérapeute, tout en étant en posture aiguisée d'*awareness*, rétrofléchisse provisoirement les élans correcteurs qu'il pourrait avoir. Dans le cadre de la relation thérapeutique réparatrice, inutile de vouloir «rétablir les faits». Inutile et nuisible. Si le thérapeute se révèle incapable de soutenir provisoirement cette élaboration transférentielle, le client se trouvera privé plus tard du sentiment d'être enfin connu et reconnu et la thérapie n'aura été rien d'autre qu'une «belle expérience de contact».

## **La relation herméneutique**

Il s'agit de cette part de la relation où le thérapeute et le client participent à une création commune, celle du sens de la réalité expérientielle du client. Ici, la thérapie est vue comme une entreprise de co-écriture dont les co-auteurs seront d'autant plus fertiles et leur création, d'autant plus riche, que leur relation favorisera cette créativité. Plus : cette relation elle-même se construira et se moulera au sens co-produit. Elle sera l'herméneutique vi-

vante et incarnée par le sens agi autant que dit (Bouchard et Guérette, 1991).

Il ne s'agira pas d'expliquer mais de comprendre ou com-prendre. Ainsi, la relation herméneutique est celle qui porte le méta-commentaire du thérapeute et, au fur et à mesure qu'elle s'élabore, celui du client. C'est en elle que vit et grandit la quête de sens chère à Frankl. C'est par elle qu'est honorée la valeur de l'expérience immédiate, aussi banale qu'elle puisse sembler. Alors que la relation transférentielle répète et reproduit, que relation réelle répare et restaure, la relation herméneutique éclaire l'ensemble du processus et le rend dans son intégralité à la conscience des inter-locuteurs. En ce sens, elle est une forme noble de l'*awareness* précieuse aux yeux du gestaltiste. C'est en elle que se trouvent fertilisées la centration du thérapeute et son expérience de fascination face au client.

Le devoir herméneutique appelle le thérapeute à un raffinement constant de sa conscience (*awareness*) ; conscience de son propre processus en relation, aussi bien que de celui du client, échange polysémique où le «Je-Cela» se fond au «Je-Tu». Mais dans la relation thérapeutique, pour devenir ferment de transformation, ce qui est connu doit être dit. Le thérapeute doit donc aussi cultiver l'amour des mots, la passion de la juste nuance. La tristesse n'est pas la mélancolie, qui elle-même n'est pas la nostalgie. Sur le cycle de contact, la crête d'énergie n'apparaît qu'une fois saisie, identifiée, nommée (j'ai déjà écrit «symbolisée», ce qui a fait s'étrangler quelques collègues de France...) la sensation. Le mot juste fixe en figure, l'instant de la reconnaître et de l'ancrer, l'expérience, qui autrement ne serait que défilement fugitif d'images, de ressentis.

## La relation réelle

Deux personnes face à face. Égales en dignité bien que différentes sur le plan des ressources et du rôle qui leur sera imparti, elles devront se rencontrer, parler ensemble par toutes leurs fonctions de contact, dialoguer. La restauration de ce dialogue et l'accueil de ce qu'il porte d'énergie imprévue sont au coeur de la visée thérapeutique. La relation réelle est donc celle qui porte le projet de restauration de la capacité de contact du client. Celui-ci, mis en présence du thérapeute, doit rencontrer une personne qui soit non seulement capable de tolérer la charge transférentielle tout en la commentant, mais aussi en mesure de l'aider à «métaboliser» cette charge et à la transformer en énergie de contact. Le thérapeute doit être celui qui, enfin, fournit la réponse autre. Celui qui guide le dénouement des impasses du client de façon incarnée et personnelle.

Si la thérapie qui ne permet pas ou n'aborde pas l'élaboration transférentielle se confine au rôle d'expérience de contact, celle qui refuse la relation réelle rejette en même temps le changement et n'est plus, finalement, que commentaire blasé sur un scénario usé.

C'est par l'intégrité personnelle du thérapeute que la psychothérapie est relation, que la relation est réelle, et que cette réalité est réparation. C'est lorsque le thérapeute honore le courage de son client en risquant lui-même l'intimité nécessaire à l'acte réparateur, que la psychothérapie passe de l'archéologie à l'architecture, de la compréhension de ce qui a été à l'édification de ce qui devient.

La relation réelle s'exprime dans le contact et par les fonctions de contact. Là où la relation herméneutique est quête de sens, elle est quête de complétion. C'est sans doute cette relation que Perls cherchait à créer et à mettre en relief. Bien qu'indispensable au processus thérapeutique, elle est insuffisante. Elle est la santé manifestée, mais non toute la santé. Elle représente une partie du tout. Ce n'est pas à nous qu'il faudra expliquer que le tout n'est pas réductible à ses parties...

## **LES AXES DE DÉVELOPPEMENT DE LA RELATION**

Mais comment faire pour favoriser le développement optimal des trois niveaux de la relation thérapeutique ? Depuis 1991, nous mettons à l'épreuve, au CIG, une grille de lecture de la qualité d'une relation thérapeutique qui soit l'expression vivante des trois niveaux de relations et des trois enjeux du projet thérapeutique. Nous l'avons appelée la relation thérapeutique optimale. Il s'agit de cinq axes qui traversent la relation et qui, tout comme les axes du diagnostic, interagissent entre eux. Chacun se présente comme un continuum où l'optimal est centré et où les écarts à cet optimal se mesurent en excédent ou en déficit.

En bref, il s'agit des continua d'intimité, d'intégrité, de prise de risque, de centration et de fascination. Pour chacune des dimensions, il est possible d'être en déficit ou en excès. De plus, nous tentons de déceler les comportements et attitudes du thérapeute qui interagissent avec l'optimisation de chaque dimension. Nous partons du postulat selon lequel, si le thérapeute sait exploiter les possibilités d'accroître le niveau d'intimité dans la relation et d'intégrité dans le contact, s'il est capable de prendre des risques assimilables par le client tout en aidant celui-ci dans sa propre prise de risques, s'il est capable de contrôler sa centration autant que sa fascination dans l'ici et maintenant, alors les trois niveaux de relation interagiront de façon optimale.

Lors d'un premier stage d'essai sur le thème regroupant des psychothérapeutes gestaltistes de France et du Québec, nous avons pu mettre à l'épreuve les composantes de cette grille de lecture, l'utilisant à la fois comme outil de consolidation de la relation thérapeutique et comme grille d'auto-supervision. Les résultats ont été très encourageants et nous comptons répéter l'expérience. D'abord, il paraît possible d'augmenter de façon appréciable la qualité de la relation thérapeutique au moyen de ces

continua. Ensuite, la grille semble constituer un très bon outil d'observation pouvant permettre un *feed-back* pondéré.

De plus, l'expérience semble indiquer que les fluctuations dans les dimensions de la relation thérapeutique optimale peuvent servir d'indices précieux dans le diagnostic des troubles de la personnalité et des dérèglements du *self*. En d'autres termes, les diverses personnalités exerceraient des pressions différentielles sur les continua de la grille. Ainsi, la personne dépendante «tirerait» dans le sens d'un excès d'intimité (appelé intrusion dans la grille), d'une insuffisance d'intégrité (appelé corruptibilité), et d'une insuffisance de prise de risques (pusillanimité). Le décodage de l'expérience des partenaires au moyen de cette grille de lecture fournirait donc des leviers précieux, non seulement en ce qui a trait au diagnostic, mais surtout quant aux directions susceptibles d'optimiser l'intervention.

Dans une prochaine publication, nous élaborerons sur chacun des cinq continua qui fondent la relation thérapeutique optimale et nous présenterons les résultats d'une tentative de standardisation et de validation de la grille d'observation.

### **Abstract**

*Outlines the phases of the relationship between clinician and client, from the initial encounter. The initial phase is essentially devoted to analytical and diagnostic processes, leading to clinical decisions about the upcoming treatment. Then comes the actual clinical intervention where the distribution of power between client and therapist is a function of the relative urgency of the client's condition and of his psychological resources. A simple algorithm illustrating the early decisional process is presented. Finally, the long term, developmental therapeutic relationship is discussed in terms of three modes of relating: the transferential mode, the reality mode and the hermeneutic mode.*

## **Bibliographie**

ALLEN, Jon G.; TARNOFF, Gerald; COYNE, Lolafaye. (1985) : *Therapeutic alliance and long term hospital treatment outcome*, Menninger Foundation, Topeka, KS, *Comprehensive Psychiatry*; Mar Apr Vol 26(2) 187-194.

BARR, Judy Z. (1987) : *The therapeutic relationship model: Perspectives on the core of the healing process*. Private practice, Norwalk, CT, *USTRansactional Analysis Journal*; Oct Vol 17(4) 134-140.

BERGNER, Raymond M.; STAGGS, Jeffrey. (1987) : *The positive therapeutic relationship as accreditation*. Illinois State U, Normal, USPsychotherapy; Fal Vol 24(3) 315-320.

BOUCHARD, Marc-André; GUÉRETTE, Louis. (1991) : *Notes sur la composante herméneutique de la psychothérapie*. Revue québécoise de psychologie, Vol. 12, no. 2, 19-33.

BRASWELL, Lauren; et al. (1985) : «*Involvement*» in cognitive behavioral therapy with children: *Process and its relationship to outcome*. North Memorial Medical Ctr, Minneapolis, MNCognitive Therapy and Research; Dec Vol 9(6) 611-630.

BUGENTHAL, James F.T. (1990) : *The Art of The Therapist*. Norton Professional Books, New York.

BURTON, Arthur. (1979) : *The mentoring factor in the therapeutic relationship*. Psychoanalytic Review; Vol 66(4) 507-517.

CALVERT, Sharon J.; BEUTLER, Larry E.; CRAGO, Marjorie. (1988) : *Psychotherapy outcome as a function of therapist patient matching on selected variables*. U Arizona, USJournal of Social and Clinical Psychology; Vol 6(1) 104 - 117.

CARONE, Beth J. (1987) : *Consensus in the therapeutic relationship*. Northwestern Memorial Hosp Rehabilitation Program, Inst of Psychiatry, Chicago, ILPsychoanalytic Psychology; Win Vol 4(1) 33-44.

DELISLE, Gilles. (1991) : *Les troubles de la personnalité; perspective gestaltiste*. Les Éditions du Reffet. Montréal.

DORMAAR, J. Maarten; DIJKMAN, Chantal I.; DE VRIES, Marten W. (1989) : *Consensus in patient therapist interactions: A measure of the therapeutic relationship related to outcome*. U Limburg, Maastricht, NetherlandsPsychotherapy and Psychosomatics; Vol 51(2) 69-76.

FOON, Anne E. (1986) : *Locus of control and clients' expectations of psychotherapeutic outcome*. Australian National U, CanberraBritish Journal of Clinical Psychology; Sep Vol 25(3) 161 -171.

FOON, Anne E. (1985) : *Similarity between therapists' and clients' locus of control: Implications for therapeutic expectations and outcome*. Australian National U, CanberraPsychotherapy; Win Vol 22(4) 711-717.

FRANK, Arlene F.; GUNDERSON, John G. (1990) : *The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome*. Brookside Hosp, Nashua, NH, USArchives of General Psychiatry; Mar Vol 47(3) 228-236.

FRIESWYK, Siebolt H.; et al. (1986) : *Therapeutic alliance: Its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research*. Special Issue: Psychotherapy research. Menninger Foundation, Topeka, KS Journal of Consulting and Clinical Psychology; Feb Vol 54(1) 32-38.

GINGER, Serge; GINGER, Anne. (1987) : *La Gestalt, une thérapie du contact*. Hommes et Groupes. Paris.

GOLDFRIED, Marvin R.; GREENBERG, Leslie S.; MARMAR, Charles. (1990) : *Individual psychotherapy: Process and outcome*. State U New York, Stony Brook, USAAnnual Review of Psychology; Vol 41 659-688.

GRUNES, Mark. (1984) : *The therapeutic object relationship*. New York U, Postdoctoral ProgramPsychoanalytic Review; Spr Vol 71(1) 123-143

HENRY, William P.; SCHACHT, Thomas E.; STRUPP, Hans H. (1990) : *Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome*. Vanderbilt U, Ctr for Psychotherapy Research, Nashville, TN, USJournal of Consulting and Clinical Psychology; Dec Vol 58(6) 768-774.

HORVATH, Adam O.; SYMONDS, B. Dianne. (1991) : *Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta analysis*. Simon Fraser U, Faculty of Education, Burnaby, BC, CanadaJournal of Counseling Psychology; Apr Vol 38(2) 139-149.

HURLEY, Anne D.; HURLEY, Frank J. (1987) : *Psychotherapy and counseling: II. Establishing a therapeutic relationship*. Massachusetts Hosp School, CantonPsychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews; Apr Vol 6(4)(4(4) sic) 15-20.

JORDAN, Peter K. (1989) : *The Relationship Chart: A recording and therapeutic process*. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy; Jun Vol 10(2) 85-91.

KAHN, Edwin. (1987) : *On the therapeutic value of both the "real" and the "transference" relationship: A reply to John Shlien*. City U New York, Queensborough Community Coll, USPerson Centered Review; Nov Vol 2(4) 471-475

KANTROWITZ, Judy L. (1986 ): *The role of the patient analyst "match" in the outcome of psychoanalysis*. Boston Psychoanalytic Society & Inst, MA Annual of Psychoanalysis; Vol 14 273-297.

KANTROWITZ, Judy L.; KATZ, Ann L.; GREENMAN, Deborah A.; MORRIS, Humphrey; et al. (1989 ): *The patient analyst match and the outcome of psychoanalysis: A pilot study*. Boston Psychoanalytic Inst, MA, US Journal of the American Psychoanalytic Association; Vol 37(4) 89-919.

KIESLER, Donald J.; WATKINS, Lucy M. (1989 ): *Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy*. Commonwealth U, Richmond, US Psychotherapy; Sum Vol 26(2) 183-194.

KLEE, Michelle R.; ABELES, Norman; MULLER, Robert T. (1990 ): *Therapeutic alliance: Early indicators, course, and outcome*. Kalamazoo Consultation Ctr, MI, US Psychotherapy; Sum Vol 27(2) 166-174.

KOSCH, S. Graham; REINER, Charles A. (1984 ): *The co therapy relationship: Mutuality, agreement and client outcome*. U Connecticut School of Medicine, Farmington Journal of Contemporary Psychotherapy; Fal Win Vol 14(2) 145-157.

KROLL, Jerome. (1990 ): *The Challenge of The Borderline Patient*. Norton. New York.

LAMBERT, Michael J. (1989 ): *The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome*. Special Issue: Psychotherapy process research. U, Provo, UT, US Clinical Psychology Review; Vol 9(4) 469-485.

MARZIALI, E. (1984 ): *Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome*. Clarke Inst of Psychiatry, Psychotherapy Research Section, Toronto, Canada Journal of Nervous and Mental Disease; Jul Vol 172(7) 417-423.

MARZIALI, Elsa; ALEXANDER, Leslie. (1991 ): *The power of the therapeutic relationship*. U Toronto, Faculty of Social Work, ON, Canada American Journal of Orthopsychiatry; Jul Vol 61(3) 383-391.

NURCO, David N.; SHAFFER, John W.; HANLON, Thomas E.; KINLOCK, Timothy W.; et al. (1988 ): *Relationships between client/counselor congruence and treatment outcome among narcotic addicts*. U Maryland School of Medicine, Baltimore, US Comprehensive Psychiatry; Jan Feb Vol 29(1) 48-54.

O'MALLEY, Stephanie S.; SUH, Chong S.; STRUPP, Hans H. (1983 ): *The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a*

*process outcome study.* Vanderbilt UJournal of Consulting and Clinical Psychology; Aug Vol 51(4) 581-586.

PHILLIPS, James. (1980 ) : *Transference and encounter: The therapeutic relationship in psychoanalytic and existential psychotherapy.* Yale U School of MedicineReview of Existential Psychology and Psychiatry; Vol 17(2 3) 135-152.

PIPER, William E.; AZIM, Hassan F.; JOYCE, Anthony S.; MCCALLUM, Mary; et al. (1991 ) : *Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome.* U Alberta, Edmonton, CanadaJournal of Nervous and Mental Disease; Jul Vol 179(7) 432-438.

RINALDI, Robert C. (1987 ) : *Patient therapist personality similarity and the therapeutic relationship.* Psychotherapy in Private Practice; Sum Vol 5(2) 11-29.

SAARI, Carolyn. (1986 ) : *The created relationship: Transference, countertransference and the therapeutic culture.* Loyola U, School of Social Work, ILClinical Social Work Journal; Spr Vol 14(1) 39-51.

SAUNDERS, Stephen M.; HOWARD, KENNETH I.; ORLINSKY, David E. (1989 ) : *The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness.* Northwestern U, Evanston, IL, USPsychological Assessment; Dec Vol 1(4) 323-330.

SCHMIDT, Michael M.; MILLER, William R. (1983 ) : *Amount of therapist contact and outcome in a multidimensional depression treatment program.* U New Mexico, AlbuquerqueActa Psychiatrica Scandinavica; May Vol 67(5) 319-332.

STILES, William B.; SHAPIRO, David A.; FIRTH COZENS, Jenny A. (1990 ) : *Correlations of session evaluations with treatment outcome.* Miami U, Oxford, OH, USBritish Journal of Clinical Psychology; Feb Vol 29(1) 13-21.

SWEET, Andrew A. (1984 ) : *The therapeutic relationship in behavior therapy.* Behavior Therapy Inst of Colorado, DenverClinical Psychology Review; Vol 4(3) 253-272.

TALLEY, P. Forrest; STRUPP, Hans H.; MOREY, Leslie C. (1990 ) : *Matchmaking in psychotherapy: Patient therapist dimensions and their impact on outcome.* Vanderbilt University Coll of Arts & Sciences, Ctr for Psychotherapy Research, Nashville, TN, USJournal of Consulting and Clinical Psychology; Apr Vol 58(2) 182-188.

TRACEY, Terence J. (1988 ) : *Relationship of responsibility attribution congruence to psychotherapy outcome.* U Illinois, Champaign, USJournal of Social and Clinical Psychology; Vol 7(2 3) 131-146.

WAMPOLD, Bruce E.; KIM, Kay hyon. (1989 ) : *Sequential analysis applied to counseling process and outcome: A case study revisited*. U Oregon Coll of Education, Div of Counseling & Educational Psychology, Eugene, USJournal of Counseling Psychology; Jul Vol 36(3) 357-364.

WEISSBERG, Josef H.J. (1986 ) : *The therapeutic relationship in brief focal psychotherapy*. Journal of the American Academy of Psychoanalysis; Apr Vol 14(2) 203-212.

WINSTEAD, Barbara A.; DERLEGA, Valerian J.; LEWIS, Robin J.; MARGULIS, Stephen T. (1988 ) : *Understanding the therapeutic relationship as a personal relationship*. Old Dominion U, Norfolk, VA, USJournal of Social and Personal Relationships; Feb Vol 5(1) 109-125.



# LE CORPS EN GESTALT : CORPS INTERDITS ... OU INTERDITS ?

Serge GINGER

## Résumé

*L'auteur, qui privilégie une Gestalt-thérapie très corporelle, aborde la question des interdits concernant le corps dans plusieurs formes de psychothérapie d'orientation psychanalytique. L'implication du corps dans la mobilisation limbique et l'exploitation judicieuse du contre-transfert corporel permet une lecture polysémique de l'expérience. Les limites déontologiques et les limites stratégiques de l'exploitation du corps en psychothérapie sont précisées. Enfin, l'auteur dénonce la connotation de sexualité et de "péché" conférée au toucher, et ce en dépit de nombreux travaux sur les processus d'attachement qui en ont montré le caractère développemental d'ensemble. Enfin, il invite les thérapeute à se former à l'art du toucher et à approfondir la gestion de leur propre énergie sexuelle.*

Texte d'une communication prononcée par l'auteur au 3<sup>e</sup> Congrès international de somatothérapie tenu à Strasbourg en mai 1991.

## INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, je privilégie une Gestalt-thérapie très «corporelle», où les mouvements et contacts des corps ne sont pas interdits, mais encouragés dans leur triple dimension de véhicule des émotions, de métaphore et de langage-cela, que la thérapie (en fait, toujours «individuelle») soit pratiquée en situation duelle ou en situation de groupe.

Il ne s'agit pas pour autant de proposer des «jeux» ou «exercices» artificiels ou préparés d'avance, mais bien d'exploiter les attitudes courantes, les gestes et «micro-gestes» inconscients, toute la vie expressive spontanée des corps : celui du client , mais aussi bien sûr, celui du thérapeute.

Nous allons nous interroger aujourd'hui sur quelques points particuliers:

- Qu'en est-il du «double interdit du toucher» préconisé par Anzieu?
- Le corps comme «moteur» et approfondissement de la thérapie par la «mobilisation limbique» du cerveau.
- L'intervention et la non-directivité: mes mouvements ou mes gestes sont-ils aussi inducteurs que mes paroles?
- L'exploitation thérapeutique du contre-transfert corporel. Lecture polysémique et «ajustement créateur».
- Quelles sont les limites imposées au contact, au «corps-à-corps thérapeutique»? Limites stratégiques et limites déontologiques. Pourquoi parler? Pourquoi se taire? Pourquoi bouger? Pourquoi rester figé?
- Le toucher et la sexualité. La «pulsion d'agrippement», la pulsion d'attachement.

Mais tout d'abord, une question: la Gestalt est-elle une thérapie «psycho-corporelle»<sup>6</sup>, une «somatothérapie» ou encore, une «psychothérapie à médiation corporelle et émotionnelle»? C'est là ce qu'on entend dire le plus généralement.

Laura Perls (co-fondatrice de la méthode, avec son mari Fritz Perls) affirme:

*Il y a un point que je ne soulignerai jamais assez : le travail corporel fait partie intégrante de la Gestalt-thérapie. La Gestalt est une thérapie holistique, ce qui signifie qu'elle prend en compte l'organisme total et pas simplement la voix, le verbe, l'action ou quoi que ce soit d'autre.*<sup>7</sup>

*[...] J'utilise toute sorte de contact physique si je pense que cela peut faciliter un pas chez le patient dans son awareness de la situation présente [...]. Je n'ai pas de règle particulière en ce qui concerne les patients hommes ou femmes. Je peux allumer une cigarette, nourrir quelqu'un à la cuiller, arranger les*

---

6 Voir notre communication au 1<sup>o</sup> Congrès international de Somatothérapie, publiée dans le n<sup>o</sup> 2 de la Revue (mars 1989).

7 Laura PERLS, interviewée par Edward ROSENFELD, in *The Gestalt Journal*. Vol 1. 1978.

*cheveux d'une fille, tenir la main ou serrer un patient sur mon giron, s'il me semble que ce peut être le meilleur moyen d'établir une communication inexistante ou interrompue. Je touche aussi les patients et les laisse me toucher pour expérimenter un accroissement de leur awareness corporelle [...]*

Et elle ajoute : «Il semble y avoir une grande divergence d'opinions et beaucoup d'anxiété au sujet de l'acceptabilité du contact physique en thérapie [...]»<sup>8</sup>

Laura Perls ne sépare pas la Gestalt de l'expression artistique<sup>9</sup> et corporelle. Elle a d'ailleurs, parallèlement à sa formation psychanalytique, suivi une formation artistique (musique et danse) ainsi qu'une formation spécifique à diverses techniques corporelles (Alexander, Feldenkrais, eurythmie de Rudolf Steiner, etc.).

En pratique aujourd'hui, l'attention au corps est permanente chez tous les Gestaltistes (qui observent posture, respiration, regard, voix, micro-gestes, etc.). Cependant, nombre d'entre eux n'interviennent guère directement sur le corps du client et ne mobilisent que peu leur propre corps.

Fritz Perls lui même - qui venait de quitter la psychanalyse pour la Gestalt - maintenait, au début de sa pratique, ses clients allongés sur le divan (tout comme le faisait son maître Wilhelm Reich). Par la suite, il était âgé et ne quittait guère son fauteuil.

De son côté, Isadore From, l'un des premiers disciples des Perls, considère la Gestalt comme une thérapie «dialogique», essentiellement basée sur le dialogue verbal. D'autres Gestaltistes connus (tant aux Etats-Unis qu'en France) n'utilisent que rarement le corps sur un mode actif ou interactif: ils préfèrent l'observer et l'interpeller verbalement.

De fait, les principes théoriques fondamentaux et la méthodologie spécifique de la Gestalt n'impliquent pas l'obligation d'une mobilisation corporelle: l'approche globale phénoménologique et existentielle, la théorie du *self*, le repérage des perturbations du cycle de contact et des «résistances»<sup>10</sup>, ne nécessitent nullement l'intervention active du corps.

---

8 Laura PERLS, au IV<sup>e</sup> Congrès de l'Académie américaine de Psychothérapeutes (New-York, 1959), Congrès réunissant des thérapeutes de renom de cinq orientations différentes.

9 En fait, la Gestalt est aussi une «art-thérapie».

10 que les Polster préfèrent, à juste titre, nommer «mécanismes d'auto-régulation à la frontière-contact».

Cependant on se prive alors, à mon avis, d'un levier thérapeutique puissant qui contribue à l'intensité et à la profondeur du travail, permettant à la fois d'en accroître l'efficacité et d'en diminuer la durée.

Aussi, la grande majorité des praticiens actuels en Gestalt accordent-ils une place privilégiée au vécu corporel du client - ainsi, d'ailleurs, qu'à celui du thérapeute lui-même. Ils s'intéressent aussi bien à la sensorialité réceptive («Que ressens-tu en ce moment?») qu'à l'activité motrice de l'organisme («Je te propose de te lever et de faire quelques pas...») et ils n'hésitent pas à se mouvoir eux-mêmes (modifiant, le cas échéant, la distance matérielle ou établissant par moments un contact corporel - pouvant aller jusqu'à la tendresse thérapeutique ou la confrontation physique).

## LE CORPS MENT AUSSI

Le langage du corps est souvent profond, riche et nuancé. De là à soutenir un «credo» à la mode - que l'on entend encore trop souvent - selon lequel «le corps ne ment jamais», il y a un large pas que je me garderai de franchir !

Mes paroles peuvent mentir délibérément ou bien trahir ma pensée malgré moi... mais mon corps peut en faire autant de son côté!

- Je peux «bomber le torse» pour camoufler ma peur ou ma timidité;
- verser des «larmes de crocodile» pour apitoyer mon vis-à-vis;
- travestir mon agressivité derrière un sourire avenant.
- Je peux rougir sans être profondément ému;
- ou manifester une érection sans être amoureux (et réciproquement !... ce qui est plus gênant ! ... et aussi fréquent!).
- Je peux souffrir le martyr pour une épine superficielle ou pour une dent cariée, et ignorer le développement d'une tumeur cancéreuse silencieuse...

Se fier au corps n'est donc ni plus, ni moins raisonnable que de se fier à la parole du client...

Mais pourquoi négliger cette source permanente et considérable de messages complémentaires fournis par le corps - qu'ils soient congruents ou discordants avec les messages verbaux explicites ?

Pour le Gestaltiste, le langage du corps a l'avantage d'être enraciné dans l'ici et maintenant, alors que la parole s'égaré volontiers dans «l'ailleurs et l'avant», plus préoccupée du quoi que du comment.

Les sentiments évoqués retentissent le plus souvent sur la voix, la respiration et la posture. Le corps et les mots entrent en résonance, rebondissant l'un sur l'autre dans une rétroaction mutuelle amplificatrice...

## **LES «JEUX» OU «EXERCICES»**

Comme on le sait, la Gestalt se pratique aussi bien en cure individuelle qu'en situation de groupe. Dans ce dernier cas, les possibilités d'utilisation du corps sont multipliées. En situation duelle, en effet, l'interaction corporelle directe entre le thérapeute et son client est plus limitée - à la fois pour des raisons matérielles et pour des raisons psychologiques ou déontologiques (risque d'une connotation sexuelle ambiguë dans des manifestations éventuelles de tendresse; frein à la confrontation agressive).

De nombreux «jeux» ou «exercices» corporels d'échauffement ou d'amplification peuvent, en revanche, être proposés en groupe selon la situation qui émerge spontanément. Bien entendu, ces «exercices» ne peuvent être programmés avec précision à l'avance: il est essentiel, en effet, qu'ils répondent à l'atmosphère et aux préoccupations du moment.

Ils peuvent concerner l'ensemble du groupe, ou bien un client en particulier, et viser des objectifs très divers d'expérience, suivie de prise de conscience: vécu d'abandon, de lâcher-prise, de tendresse, d'enfermement, d'affrontement, de risque, de confiance, de limites, etc.

On pourra ainsi, par exemple :

- Proposer à quelqu'un de chercher «sa meilleure place» dans la salle par rapport à l'ensemble;
- réaliser une «sculpture de groupe» avec le corps des participants pour traduire son vécu subjectif de sa famille;
- expérimenter des rencontres les yeux fermés;
- défendre physiquement «son territoire»;
- porter un participant, le faire «voler», le bercer ou l'emprisonner;
- l'inciter à tester sa confiance en se laissant tomber dans les bras des membres du groupe;
- l'amener à éprouver sa méfiance en s'isolant volontairement, etc.

Plusieurs dizaines de tels «jeux», qui visaient initialement à repérer les difficultés dans l'ajustement créateur entre l'individu et son environnement, sont devenus courants, et sont d'ailleurs repris hors de leur contexte d'origine, parfois sans justification méthodologique, voire à titre de simple divertissement ! Il s'agissait, en principe, de mettre en relief les processus de contact, de retrait, d'évitement, de résistance ou de conflit à notre frontière-contact et de rendre ainsi plus explicite ce qui était implicite.

Ferenczi écrivait déjà en 1931:

*Certes, Freud a raison de nous enseigner que l'analyse remporte une victoire lorsqu'elle réussit à remplacer l'agir par le remémoré; mais je pense qu'il y a également avantage à susciter un matériel agi important qui peut être ensuite transformé en remémoration.*

On relève aussi l'importance de ce matériel corporel agi chez plusieurs auteurs de l'École anglaise de psychanalyse (issue en grande partie de l'École hongroise) et notamment chez Winnicott, dont le «cousinage» idéologique avec Perls a été maintes fois souligné. Je pense notamment aux techniques de *holding* (façon dont la mère tient son bébé, le porte) et de *handling* (façon de le soigner, de le manipuler).

L'haptonomie de Frans Veldman développe aussi la thérapie par le toucher et propose un certain nombre de techniques courantes en Gestalt.

On retrouve fréquemment le thème du corps chez le psychanalyste D. Anzieu, lui-même nettement marqué par l'École anglaise. Il écrit, par exemple :

*Aujourd'hui, le grand absent, le méconnu, le dénié [...] dans le psychologisme de beaucoup de thérapeutes [...], c'est le corps comme dimension vitale de la réalité humaine, comme donnée globale pré-sexuelle et irréductible, comme ce sur quoi s'étaient toutes les fonctions psychiques.* <sup>11</sup>

...ce qui ne l'empêche pas d'édicter le «double-interdit du toucher» (auquel il a semble-t-il lui-même renoncé aujourd'hui!).

---

11 voir Didier ANZIEU : «Le Moi-peau» in *Le dehors et le dedans*, Nouvelle Revue de Psychanalyse, N° 9, 1974, repris dans son excellent ouvrage : *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 1985.

## LE THÉRAPEUTE AUSSI EST INCARNÉ

Il s'agit donc de nous intéresser non seulement au corps du client, mais aussi à celui du thérapeute.

Je rappelle à ce propos la célèbre boutade provocatrice de Lévitky : «La Gestalt est une thérapie centrée sur... le thérapeute!». Autrement dit, le thérapeute est - à tout instant - vigilant à son propre ressenti dans le champ client-thérapeute, il est dans l'*awareness* de son contre-transfert, et notamment de son contre-transfert corporel (thème développé par Ferenczi et Mélanie Klein ainsi que par Laura Perls). Il serait d'ailleurs paradoxal d'encourager le client à une expression totale et unifiée de tout son être, en restant soi-même cantonné dans une expression limitée à l'échange verbal!

Je ne suis pas passif, donc, mais je ne suis pas pour autant «directif»: j'interviens, mais je le fais dans le sens proposé par le client (explicitement ou implicitement). J'interviens en paroles, mais aussi par le silence; j'interviens par mes attitudes, par ma posture, mais aussi par l'immobilité, aussi bien que par le mouvement ou les gestes délibérés.

Je voudrais souligner ici que, paradoxalement, l'intervention non verbale est généralement moins inductrice que l'intervention verbale et donc, plus respectueuse de l'autonomie du client. En effet, ce dernier est libre d'en faire la «lecture» qui lui convient.

Ainsi, par exemple, si je recule d'un pas à un moment donné, le client peut :

- s'avancer pour maintenir la même distance;
- se reculer au contraire à son tour par «mimétisme»;
- se sentir «abandonné»;
- se sentir au contraire plus libre et jouir d'un espace retrouvé;
- ne pas réagir du tout et ne pas le remarquer... ou faire semblant de ne pas le remarquer;

et ainsi de suite ...

En d'autres termes, il est libre de réagir à son gré à cette modification de la situation que j'ai créée. Je ne suis pas «neutre» évidemment, et j'ai fait ce geste :

- soit intuitivement (compte tenu de mon contre-transfert de l'instant),
- soit dans le cadre d'un plan concerté, d'une stratégie thérapeutique délibérée.

Mais, quelle que soit la situation, la polysémie de la lecture corporelle permet l'ajustement créateur du client, sous sa propre responsabilité. Cela, bien davantage que si je lui exprimais par exemple : «Là, tu me donnes envie de prendre de la distance!»

## LE CORPS COMME LANGAGE, DANS UNE PERSPECTIVE HOLISTIQUE

Ainsi, nous nous intéressons au corps :

- Comme véhicule des émotions (respiration, rougissement, transpiration, micro-gestes inconscients, etc.), c'est-à-dire au corps expressif;
- mais aussi au corps comme métaphore, permettant de rendre plus explicite par une mise en action (*enactment*) ce qui est perçu implicitement: «je te sens loin»; «elle m'a quitté, mais je ne la rejette pas entièrement: je voudrais garder certains aspects d'elle - que je peux symboliser par divers objets, ici et maintenant...»;
- enfin, au corps comme langage impliquant un dialogue des corps. Si on me parle en chinois, je ne vais pas répondre en anglais! Si le corps de l'autre me parle, je lui réponds avec le mien.

Il ne s'agit donc pas de parler du corps, mais bien de parler avec son corps, par son corps, de parler «de corps à corps» (comme on parle «de cœur à cœur»); la Gestalt a maintes fois souligné la valeur mobilisatrice du «discours direct».

Je souligne qu'il ne s'agit donc pas généralement d'une séquence de travail spécifique - encore moins d'un «exercice» corporel ou d'un «jeu» ! Il y a là un malentendu fondamental par rapport à l'esprit même de la Gestalt - qui rappelle sans cesse l'unité du corps et de l'esprit, son unicité: il ne s'agit donc pas à certains moments de «faire du travail corporel» et à d'autres moments, d'engager un échange verbal, mais bien - à tout instant - de partager à la fois sur le plan verbal, sur le plan émotionnel et corporel, dans un «tissage» permanent entrecroisé.

## LE CORPS ET LE CERVEAU

Il faut souligner que le langage corporel touche les zones profondes du cerveau : l'hémisphère droit est relié de manière privilégiée (par la «voie perforante») aux zones limbiques des émotions et des apprentissages, tandis que le langage verbal touche essentiellement l'hémisphère gauche et les zones corticales, plus superficielles.

L'enregistrement durable d'une expérience implique ce que j'appelle la mobilisation limbique, largement favorisée par une mobilisation corporelle. La verbalisation demeure cependant indispensable pour «titrer» l'expérience et pouvoir la retrouver (de même qu'on va titrer un document avant de le mettre en mémoire dans l'ordinateur, ou étiqueter les tiroirs où l'on a rangé son matériel afin de pouvoir y accéder au besoin). Faut de quoi le vécu corporel et/ou émotionnel est bien enregistré, mais n'est pas exploitable à la demande. D'où l'importance d'un temps de rétroaction verbale. Un travail émotionnel non suivi d'un partage verbal laisse souvent peu de traces durables et exploitables, tandis qu'un travail verbal non accompagné d'une participation émotionnelle et corporelle entraîne peu de modifications profondes du comportement.

Nous savons tous que le toucher est le premier de nos sens, développé déjà *in utero*; c'est aussi celui qui occupe la plus grande surface de notre corps et mobilise de loin le plus grand nombre de terminaisons nerveuses. Tandis qu'on peut vivre aveugle ou sourd, on ne survit plus dès qu'un septième de la peau est détruite. Rappelons que sur notre cortex, l'homunculus réserve un tiers de la surface totale pour la main et les doigts (le pouce à lui seul occupe la même surface que l'ensemble des jambes) et un tiers pour le visage (dont la moitié pour la bouche). Le toucher reste le sens essentiel de la première enfance, avant l'acquisition de la parole (enfants) et il le demeure chez beaucoup de personnalités archaïques (psychotiques ou *borderlines*). D'ailleurs, même les psychanalystes traditionnels estiment qu'avec ce type de clients, il convient de lever «l'interdit du toucher» (Groddeck, Anzieu, Racamier, Pasini, Lebovici), voire d'utiliser intensément ce dernier (massages, bains, *packs*, etc.). Freud écrivait déjà, dans *Dora* : «Celui dont les lèvres se taisent, bavarde avec le bout des doigts; il se trahit par tous ses pores» et dans les *Trois Essais* : «Le moi est avant tout un moi corporel». Pour Winnicott, «Le vrai *self* provient de la vie des tissus corporels et du libre jeu des fonctions du corps, y compris celui du cœur et de la respiration».

L'étroitesse des liens qui unissent la peau et le cerveau ne saurait d'ailleurs surprendre personne puisque ces organes sont issus tous deux, en grande partie, du même feuillet initial embryonnaire: l'ectoblaste, qui constitue ultérieurement l'épiderme, mais aussi l'essentiel des autres organes des sens (la bouche, le nez, les oreilles et les yeux) et bien sûr, l'ensemble du système nerveux.

Ce rapport entre l'extérieur et l'intérieur, la forme et le fond, est au coeur même de la Gestalt.

## LE CORPS ET LA CULTURE

Il faut dénoncer avec force la connotation de sexualité et de «péché» conférée au toucher dans notre culture judéo-chrétienne : toucher l'autre est souvent perçu non pas comme une marque d'intérêt, de tendresse ou d'affection mais comme une atteinte à son intégrité. Ces préjugés sont enracinés et perdurent malgré les nombreux travaux sur l'attachement (Bowlby, Montagnier, Harlow, Kohler, etc.)<sup>12</sup> qui ont amplement montré que le contact cutané - non seulement le toucher sélectif (caresse de la main), mais le toucher global (étreinte du corps entier) - est un besoin fondamental, inné chez tout mammifère, qu'il est nécessaire au plein épanouissement du petit, indispensable aussi pour une vie sexuelle ultérieure équilibrée. Il importe donc que les thérapeutes soient formés à l'art du toucher - ainsi qu'à une saine «gestion» de leur propre sexualité<sup>13</sup>, car si le refoulement de la sexualité peut engendrer une névrose (Freud), j'estime que son «défoulement» anarchique peut conduire à la psychose (dépersonnalisation, entraînant une décompensation).

«Inter-dire», c'est «inter-agir» ou «inter-venir»: ce n'est pas empêcher la relation, mais bien au contraire la favoriser. «Interdire» veut dire «communiquer», «parler entre» deux personnes (en vieux français, on disait d'ailleurs «entre-dire»). On constate là le même glissement de sens étymologique que dans «agresser» (de «ad-gressere»: aller vers l'autre) ou «affronter» (faire face), témoignant de la constance des pulsions agressives dans l'inconscient collectif des peuples latins.

Anzieu, quant à lui, distingue «l'interdit» endogène (intérieurisé par introjection précoce - du registre de la loi) et «l'interdiction» exogène (externe - du registre des règles): ainsi, l'interdit de l'inceste ne serait pas du même ordre que... l'interdiction de stationner !

Je me méfie autant du tabou du corps (entretenu par nos deux religions actuelles: le catholicisme et la psychanalyse) que de la mystique et du fétichisme du corps (développé à partir de certains courants de végétothéra-

---

12 Rappelons aussi les travaux d'Hermann (psychanalyste de l'École hongroise et superviseur de Perls sur la «pulsion d'agrippement» (1930) et «d'emprise». Pour lui, les états-limites seraient dus à une alternance brusque et répétée de "cramponnements" et "décramponnements".

13 Plusieurs enquêtes américaines et canadiennes font état de... 15 à 20 % de passages à l'acte sexuels entre des thérapeutes de toute obédience (dont une majorité de psychanalystes) et leurs client(e)s !

pie ou de bio-énergie) qui prétendent que «le corps ne ment jamais» et qu'il contient toute notre vérité, etc.

Le corps aussi a sa symbolique et il ne faudrait pas considérer le langage comme seule source d'accès à la symbolisation (Gentis). Il y a un code social des gestes (cf. *La clef des gestes* de Desmond Morris). Ainsi, selon qu'on est en France, aux États-Unis ou en Iran, des gestes simples prennent un sens très différent, voire opposé.

Par exemple :

- lever le pouce exprime le succès dans divers pays et représente une insulte sexuelle majeure, en Iran;
- relever légèrement la tête veut dire «non» en Iran;
- faire un «O» avec le pouce et l'index signifie «OK» ou «bravo» aux États-Unis... et «nul» dans d'autres pays, etc.

Passer du langage verbal au langage corporel codé est loin d'être toujours un appauvrissement: il peut aussi bien s'agir d'un approfondissement et d'un enracinement.

C'est ainsi que je veux entendre, pour ma part, la symbolique du message de l'Incarnation: car après tout, c'est le Verbe qui s'est fait chair... et non l'inverse !

### **Abstract**

*The author favors a type of Gestalt therapy which is strongly focused on the body and discusses some of the taboos concerning the body in psychoanalytically oriented therapy. The involvement of the body in limbic arousal and a judicious awareness of physical counter-transference promote a poly-semantic integration of experience. Methodological and ethical issues are discussed as the author criticizes the aura of sexuality and "sin" that has come to surround touching. Therapists are encouraged to develop their skills in the "art of touching" and their capacity for self-management of sexual energy.*

## **Bibliographie**

ANCELIN-SCHUTZENBERGER A. et SAURET M.J. (1977) : *Le corps et le groupe* (les Nouvelles Thérapies de groupe : de la Gestalt à la bio-énergie, aux groupes de rencontre et à la méditation, Toulouse, Privat, 335 p.

ANZIEU, Didier (1985) : *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 235 p.

BENNANI, J. (1980) : *Le corps suspect*, Paris, Galilée.

DESCAMPS, Marc-Alain (1986) : *L'invention du corps*, Paris, PUF, 191 p.

DOLTO, Boris (1976) : *Le corps entre les mains*, Paris, Hermann.

DROPSY, Jacques (1984) : *Le corps bien accordé*, Paris, l'Epi.

FAST, J. (1971) : *Le langage du corps*, Paris, Stock.

GENTIS, Roger (1979) : *Leçons du corps*, Paris, Flammarion, 234 p.

GINGER, Serge et Anne (1987) : *La Gestalt, une thérapie du contact*, Paris, Hommes et groupes, 496 p.

GINGER, Serge (1989) : *La Gestalt est-elle une thérapie psycho-corporelle ?* In: *Somatothérapie*, n° 2, mars, p. 34-38.

KEPNER, J. (1986) : *Body Process : a Gestalt Approach to Working With the Body in Psychotherapy*, Cleveland, 140 .

## CRISE, GESTALT ET PARADOXE

François CHANEL

### Résumé

*Cet article témoigne de l'utilisation fructueuse de la théorie et des techniques gestaltistes dans un contexte d'intervention en situation de crise. Il décrit d'abord les caractéristiques et le fonctionnement d'un centre de crise en santé mentale. Puis il montre en quoi la gestalt semble particulièrement adaptée et utile dans ce type de contexte. Les concepts d'alliance et d'objectifs thérapeutiques, de vécu subjectif du temps, de mécanisme de résistance et de paradoxe sont abordés, en relation avec l'intervention de crise.*

Le mot *crise* (du grec *krisis* : phase décisive) a une résonance particulière dans notre société. Nous le rencontrons si fréquemment, associé aux qualificatifs les plus divers dans toutes sortes de contextes, que l'on ne peut douter qu'il symbolise un phénomène important. On l'utilise en général pour signifier l'intensité et l'urgence d'une situation, le tout sur un fond plus ou moins explicite de catastrophe imminente.

Le domaine de la santé mentale n'échappe évidemment pas à ces tendances. Le ministère de la Santé du Québec et des services sociaux a mis sur pied depuis quelques années des «centres de crise». L'État se dote ainsi de structures pour répondre à ce phénomène au niveau du public qui, en bout de ligne, en est le protagoniste. Ces centres de crise ont été créés pour décharger les urgences des hôpitaux (principalement psychiatriques), où les personnes traversant de telles situations finissaient souvent par se retrouver, contribuant ainsi à l'engorgement de ces ressources coûteuses (les seules immédiatement accessibles en tout temps). De plus, puisque la condition de malade constitue un préalable aux soins hospitaliers, ces mêmes personnes recevaient une réponse médicale à leur souffrance.

Depuis 1986, une dizaine de ces centres ont été ouverts dans l'ensemble de la Province. Chacun a une filiation et une philosophie qui lui est propre.

Certains sont en effet directement rattachés à un hôpital ou un centre local de santé communautaire (CLSC), d'autres sont indépendants.

Les réflexions qui suivent sont inspirées par plusieurs années d'intervention dans un centre de crise. Celui-ci mis, sur pied par les organismes communautaires du secteur, se veut depuis ses débuts aussi ouvert et accessible que possible à la population qu'il dessert.

La clientèle se compose d'adultes de 18 à 65 ans dont environ la moitié a, ou a eu, des contacts plus ou moins prolongés avec la psychiatrie, l'autre moitié faisant plutôt face à des crises psycho-sociales situationnelles. Les événements déclencheurs sont de tous ordres (séparations, maladies, pertes d'emploi, de logement, conflits familiaux, changements de médication, etc.). Les réactions qu'ils provoquent sont tout aussi diverses (idées suicidaires ou tentatives de suicide, anxiété, phobies, agressivité, état dépressif, hallucinations, etc.).

La philosophie communautaire dont s'inspire ce centre de crise le place résolument en dehors du modèle médical (sans pour autant exclure une collaboration régulière et fructueuse avec les institutions psychiatriques) et en fait un terrain propice à l'intervention gestaltiste. En effet, certains des principes de base de l'approche gestaltiste se marient avec l'orientation de ce centre :

- Accent mis sur les parties saines et fonctionnelles de la personne que nous nous attacherons à réactiver et à utiliser.
- Relation intervenant-client vécue comme une rencontre authentique entre deux personnes dans l'esprit de la rencontre «je-tu» telle que définie par Buber.
- Client considéré comme un décideur actif, responsable de ses choix et de sa propre vie.

Précisons ce que nous entendons par «situation de crise» dans une perspective psycho-sociale :

À chaque instant de notre vie s'établit implicitement un équilibre dynamique entre les situations auxquelles nous sommes confrontés et les moyens dont nous disposons pour y faire face.

Une crise est une rupture temporaire, et souvent brusque, de cet équilibre. Elle est déclenchée par un événement extérieur qui trouve une résonance subjective particulière chez une personne en fonction de son histoire, de ses forces, de ses limites. Il s'agit d'un processus normal, indispensable au développement et pouvant permettre l'accession à des états d'équilibre plus stables intégrant de nouveaux éléments à notre personnalité.

Cependant, la nature et l'intensité d'une crise sont variables. Un trop grand déséquilibre peut conduire à la paralysie de ressources et de capacités d'adaptation qui avaient pourtant déjà été actualisées par le passé. Cette paralysie se produit précisément au moment où la personne aurait le plus besoin de tous ses moyens. Elle se trouve alors en proie à une anxiété et à une souffrance parfois intolérables et elle a un urgent besoin de soutien.

Le centre de crise a pour vocation de répondre à ce besoin lorsque le degré de désorganisation est tel que la personne ne sait plus trouver en elle-même ou dans son entourage les ressources pour faire face à sa réalité.

Dans ce contexte, il existe des différences considérables avec le travail en pratique privée. Le centre de crise est un service public et gratuit financé par le gouvernement. Il ne s'écoule que quelques heures entre une demande d'aide et une rencontre avec la personne. L'intervention téléphonique est offerte vingt-quatre heures sur vingt-quatre, ainsi que l'hébergement. Nous proposons un suivi à court terme qui ne dépasse pas deux à trois mois. Par ailleurs, à l'intérieur de ce délai, il n'y a pas de limite à la fréquence des rencontres, qui peut être élevée au besoin. Ces rencontres peuvent avoir lieu au centre, mais aussi au domicile de la personne ou dans tout autre lieu approprié. Elles peuvent être individuelles, mais aussi familiales ou de réseau.

Il est donc important de travailler avec des objectifs clairs, explicites et opérationnels (et bien évidemment ajustables au fur et à mesure que le suivi progresse). Ces objectifs visent en priorité un ou plusieurs symptômes ou syndromes cliniques et non la modification des structures de la personnalité. Cependant, certaines modifications surviennent parfois comme conséquences de l'effet «catalytique» de la période de crise. En effet, au cours de cette période, une intervention minimale peut produire des résultats maximaux étant donné l'énergie considérable déjà mobilisée dans le processus.

Dans tous les cas, l'objectif global minimal est la résolution de la crise en cours et le retour au niveau de fonctionnement existant avant la période de crise.

Après cette brève présentation du contexte, voyons maintenant en quoi une réponse gestaltiste à de telles situations de crise peut se révéler particulièrement pertinente :

La Gestalt est une méthode qui permet au thérapeute d'être actif et pragmatique quand les circonstances l'exigent. Face au degré élevé de souffrance et d'urgence clinique, ces deux qualités sont précieuses : le thérapeute peut s'intéresser en priorité aux tendances directement liées au problème immédiat, prendre position, souligner les points positifs de la situation, pousser la personne à explorer comment elle peut modifier la réalité qui l'entoure ou la place qu'elle y prend. Dans ce contexte de crise, plu-

tôt que de laisser le client nouer avec lui une relation complexe et multi-forme, il peut s'efforcer d'apparaître aux yeux du client comme une personne présente, compréhensive, fiable et compétente et travailler à maintenir cette seule polarité relationnelle en figure. Le client qui vit une situation de crise doit pouvoir croire à l'engagement du thérapeute et à sa capacité de l'aider. Une attitude de neutralité, même bienveillante, à ce moment précis ne suffit pas à créer une alliance thérapeutique et peut même alimenter l'anxiété du client.

En d'autres termes, le thérapeute gestaltiste intervenant en situation de crise favorise d'emblée et activement l'établissement d'une alliance positive et coopérative avec son client. Il est cependant à noter que, ce que d'aucuns appelleraient un transfert positif, ne sera pas utilisé comme outil thérapeutique. Au contraire : une fois les effets recherchés d'alliance et de soulagement obtenus, ce *transfert* sera progressivement modéré et même découragé. Ceci afin d'éviter, d'une part, qu'une dynamique d'introjection excessive empêche la personne de s'approprier le processus de changement en cours, et d'autre part, que la relation thérapeutique coopérative ne devienne si gratifiante qu'elle favorise le maintien de la situation problématique. Il est utile à cet égard d'évoquer la fin du suivi clairement et dès que possible, soit aussitôt que l'alliance thérapeutique est suffisamment solide pour le supporter. Cela permet un rééquilibrage de l'introjection sélective positive, le thérapeute apparaissant ainsi au client non plus seulement dans la polarité du «bon parent» qui l'accueille, mais également dans celle du «parent frustrant» qui va retirer progressivement son support, forçant ainsi le passage du soutien par l'environnement au soutien autonome. Cette précaution s'avère, à l'expérience, extrêmement utile pour prévenir nombre de difficultés liées à la fin du suivi.

Il y a donc là une gymnastique subtile où la centration sur les cycles d'expériences liés aux émotions envers le thérapeute, sur les fonctions de contact, sur l'expérience qui en est faite ici et maintenant, constitue un cadre de référence solide et efficace pour gérer la relation thérapeutique et lui permettre de garder le cap, malgré la tempête.

Un autre phénomène très fréquemment observé au cours d'une période de crise mérite notre attention. Il s'agit d'une altération marquée de la notion subjective du temps qui peut se manifester jusqu'au plan physiologique par différentes perturbations des rythmes biologiques, notamment une absence plus ou moins complète ou une inversion des cycles de sommeil et de veille, une perturbation des cycles d'alimentation : anorexie ou boulimie, et même hyperventilation ou tachycardie. Au plan psychologique, cet état se manifeste par le sentiment, fort et incontrôlable, que la situation actuelle va durer toujours. Sentiment qui résiste cruellement à toute tentative cognitive de démonstration du contraire.

Paradoxalement, la personne cherche alors désespérément à s'abstraire de cette situation présente insupportable tout en étant pénétrée de ce

sentiment profond et définitif que le futur ne sera pas différent du présent. Ou encore que ce futur n'aura plus aucun point commun avec le présent, ce qui a le même effet d'écarter toute possibilité de résolution réaliste.

Parfois, cette impression a pu se développer lentement, avec les années, au cours d'une histoire de vie confirmant réellement ou symboliquement l'absence de dénouements positifs. D'autres fois, ce sentiment d'impuissance s'installe brutalement et temporairement, à la suite d'une perte réelle ou symbolique. Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'une perception accablante et potentiellement dangereuse que l'intervenant doit s'employer à défaire. Il est donc utile d'amener la personne à reconnaître dès le départ la situation telle qu'elle est, plutôt que de continuer à déplorer ce qui n'est pas ou à imaginer ce qui devrait être. Or, le thérapeute gestaltiste est justement entraîné à favoriser la centration sur ce qui est plutôt que sur ce qui «devrait» être.

De par sa perspective théorique et ses modes d'interventions, le thérapeute gestaltiste est particulièrement familier avec la réalité tri-dimensionnelle de l'ici et maintenant : émotive, cognitive et sensori-motrice. C'est même là son terrain de prédilection. Et comme nous venons de le montrer, c'est également le terrain où l'intervention en situation de crise est la plus pertinente et la plus fructueuse. Mais, du point de vue du client, c'est précisément le terrain le plus anxiogène, le plus douloureux, et celui qu'il cherche le plus activement à éviter. Le thérapeute utilisera diverses stratégies (que nous aborderons plus loin), pour inviter son client à risquer d'éprouver plus pleinement son expérience immédiate. Plus attentif au processus qu'au contenu, il peut alors guider la personne vers l'approfondissement de son expérience vécue.

Pendant la prudence et le discernement sont de rigueur. Par exemple, avec une clientèle pré-psychotique ou *borderline*, les interventions visant à intensifier l'expérience immédiate, quand celle-ci est faite d'angoisse et de confusion, peuvent être tout à fait contre-indiquées. De manière plus générale, il est indispensable de s'assurer que la personne dispose des ressources nécessaires pour faire face à la démarche que nous l'invitons à entreprendre. À cet égard, la collaboration du réseau de la personne, le service de soutien téléphonique vingt-quatre heures et l'hébergement offerts au centre de crise permettent un travail intense tout en minimisant le risque.

Nous avons fait état des difficultés qu'éprouve le thérapeute à amener le client à prendre le risque de vivre pleinement l'expérience pénible qu'il traverse. Pour surmonter ces difficultés, il conviendra d'être particulièrement attentif aux mécanismes de résistance mis en oeuvre. Une période de crise constitue, là aussi, un moment très particulier au cours duquel ces mécanismes sont, soit dévastés et inopérants, laissant la personne à nu et excessivement vulnérable, soit au contraire exacerbés, la conduisant à une attitude rigide et figée où le plus léger mouvement est perçu comme ris-

quant d'augmenter la souffrance (ou encore une alternance entre ces deux états). Dans tous les cas les facultés d'adaptation sont paralysées.

Historiquement et philosophiquement centrée sur les aspects sains et fonctionnels de l'individu, la perspective gestaltiste ne considère pas ces mécanismes de résistance (à propos desquels elle a élaboré un modèle qui lui est propre) comme des entraves au bon fonctionnement de la personne ou au bon déroulement du processus thérapeutique. Le thérapeute ne s'évertue pas à les dénoncer ou à les combattre, mais au contraire il cherche à les reconnaître, à les valider et à encourager leur utilisation consciente aux moments propices. Ils sont alors considérés comme des mécanismes d'adaptation. Comme leur nom l'indique, ces mécanismes permettent de résister, de délimiter et de défendre un territoire contre un environnement parfois menaçant. En d'autres termes, c'est grâce à eux que l'on sait dire non.

À ce titre il importe, particulièrement en période de crise, donc d'incertitude et de choix (la notion même de choix impliquant absolument la capacité de dire non), que ces mécanismes soient actifs et efficaces. Un choix exercé par le client, en l'absence de ces mécanismes de résistance et d'adaptation, ne peut être que celui du thérapeute et non celui du client. Ce qui est d'ailleurs parfois pertinent et nécessaire au début d'une intervention, lorsque le thérapeute est garant de la sécurité de la personne pendant un temps aussi court que possible.

Donc, si ces mécanismes sont inopérants, il est souhaitable d'aider la personne à les restaurer. Et c'est ce que le thérapeute va faire.

Précisons cependant que cette démarche conduit souvent rapidement à une activation massive et rigide des mécanismes de résistance dès que le client se sent «un peu mieux». La souffrance diminue effectivement, mais ses capacités d'adaptation demeurent faibles. Les proches ont parfois du mal à tolérer cette organisation défensive qui leur semble inadéquate et qu'ils tentent d'invalider. Il est cependant contre-indiqué de faire ce que le bon sens pousse alors l'entourage à faire : convaincre le paranoïaque qu'il n'y a aucun complot contre lui, le déprimé que tout va bien dans sa vie objectivement, etc.

Bref, attaquer de front ces mécanismes de résistance est voué à l'échec. Il me paraît en effet plus intéressant d'adopter une position à côté (para) de l'opinion (doxa) de la personne plutôt que contre cette opinion. À côté pouvant signifier tantôt «en dehors», à un niveau de réalité différent comme Watzlavick *et al.* (1975) le décrivent très bien, tantôt «coude à coude» avec le client, si le thérapeute se place non pas face à lui, mais à ses côtés, un peu en retrait. Il fait alors face avec lui à cette réalité. Il adopte superficiellement le point de vue du client (il peut même prendre une position encore plus radicale ou défensive que lui) afin de supporter de

l'intérieur l'émergence à la conscience des distorsions émotionnelles, cognitives ou même sensori-motrices qui colorent son contact avec la réalité.

Cette approche «paradoxe» présente des avantages particuliers dans un contexte d'intervention en situation de crise. Au cours de cette phase décisive, elle constitue un levier puissant. Par des recadrages originaux, inattendus, qui restituent une *gestalt*, elle ouvre la porte à une réorganisation majeure de la réalité, et ceci est particulièrement vrai à un moment où cette réalité est vécue comme chaotique, profondément angoissante. La forme, la configuration précédente est déstabilisée. Les tentatives de recristallisation dans l'ancien système ont échoué. Comme pour le chimiste à la recherche d'une nouvelle structure cristalline, les recadrages sont autant de catalyseurs que le thérapeute laisse interagir avec la matière. De ces interactions peut naître un alliage plus fort.

On reproche facilement à celui qui utilise le paradoxe de manipuler son client comme une matière inerte. Je réponds que la matière n'est pas inerte. Elle est active et elle a ses lois que ni le thérapeute ni le client, pas plus que le chimiste, ne peuvent contourner. La nouvelle configuration qui émerge était présente de façon «énergétique» avant l'interaction client-thérapeute et, au cours de cette interaction, ses potentialités s'actualisent.

Cette dimension paradoxale est profondément ancrée dans l'histoire même de la *gestalt*. Dans son style lapidaire habituel, Perls (1951) affirme que «toute intention visant au changement produira l'effet contraire», et Beisser (1970) abonde dans ce sens en écrivant que «le changement intervient lorsque l'on devient ce qu'on est, et non lorsque l'on tente de devenir ce que l'on n'est pas».

Des stratégies diverses peuvent être utilisées dans cette perspective. Les plus courantes sont l'identification, la validation et l'intensification d'un symptôme ou d'un mécanisme de résistance encombrant. Ceci doit évidemment être accompagné d'un recadrage souvent délicat qui, pour être efficace, doit à la fois fournir un point de vue nouveau, inéluctable (au sens où il ne pourra plus être ignoré, même après que le thérapeute se soit retiré), et un sens profond auquel la personne adhère.

Voici l'exemple de Madame D... qui servira à illustrer ces propos :

#### *Description de la crise*

Depuis des mois, D... pleure tous les jours, et depuis quelques semaines, plusieurs heures par jour. Elle s'isole de plus en plus et pense constamment à sa mère décédée il y a trois ans avec un mélange de culpabilité et de grande tristesse. Elle réussit cependant à maintenir son activité professionnelle. Dans un accès de rage totalement inusité, elle se jette sur sa colocataire et l'agresse

physiquement. Se sentant «devenir folle», elle décide de consulter le lendemain.

### Commentaire

*La situation amenant la consultation est l'aboutissement d'une tension qui s'accumule depuis longtemps. L'élément déclencheur est probablement anodin et sans signification particulière.*

### *Histoire pertinente*

Jeune femme de 25 ans. Dernière d'une famille de 7 enfants, elle a habité seule avec une mère alcoolique pendant plusieurs années. Celle-ci était très démunie et devenait excessivement possessive et cruelle lorsqu'elle buvait. D... se devait à la fois de la protéger et de subir ses abus. Elle a réussi à déménager, mais quelques mois plus tard sa mère est morte. D... apparaît alors comme la «femme forte» de la famille et manifeste peu d'émotions lors du décès.

### *Demande explicite de la cliente*

Apprendre à vivre avec la culpabilité héritée de la relation avec sa mère. Apprendre à dire non à son entourage, mieux définir son territoire et le défendre.

### *Plan d'intervention*

Intégration des deux parties polarisées ou *clivées* symboliquement, mais aussi réellement bonne mère (sobre), et mauvaise mère (saoule).

### *Intervention*

Six rencontres étalées sur deux mois. Au cours de nos rencontres se dégagent pour D... trois parties d'elle-même :

Une première (qu'elle visualise à sa droite et qui l'attire vers le bas) lui a permis de survivre jusqu'à maintenant en lui répétant qu'elle ne doit pas penser de mal de sa mère.

Une autre (à sa gauche et qui la tire vers le haut) l'exhorte depuis environ un an à reconnaître que sa mère était détestable.

Et enfin une troisième (debout derrière elle), très rationnelle, rappelle aux deux autres, expériences à l'appui, que ces deux mères ne peuvent en aucun cas faire un.

Un contact puis un dialogue avec ces parties sont encouragés d'abord ici et maintenant puis sont prescrits en dehors des entrevues.

Sa colère, jusqu'alors chargée de culpabilité et rétrofléchie, est validée comme une source d'énergie constructive et un signal indiquant qu'elle passe à l'action et reprend le contrôle sur sa propre vie.

### *Résultats*

D... cesse de pleurer après quelques rencontres.

Elle peut parler avec sa soeur des aspects bons de sa mère sans se sentir opprimée. Elle peut penser aux aspects mauvais de la mère avec plus de tristesse que de culpabilité.

Elle relate qu'à plusieurs occasions, elle a exprimé son désaccord fermement, calmement ou avec colère, à un entourage surpris.

Elle décide de mettre un terme à la relation avec sa colocataire (qui est son ancienne conjointe) où elle reproduit les scénarios de victime et de culpabilité mis en place avec sa mère.

Après six rencontres, D... ne se présente plus à ses rendez-vous et ne retourne pas mes appels.

Nous retrouvons dans cet exemple les principaux points évoqués plus haut : une situation d'angoisse et de souffrance qui semble vouée dans l'esprit de la cliente à durer toujours, une alliance thérapeutique établie dès la première rencontre, des objectifs clairs et opérationnalisés.

Pour atteindre ces objectifs, nous proposons à la cliente de faire vivre ici et maintenant au cours de l'entrevue les différentes parties d'elle-même qui s'affrontent et d'entrer en contact avec elles. En effet, une grande partie de son énergie était précisément consacrée à contenir et à invalider successivement chacune d'elles. Donc, pour favoriser leur intégration, nous avons avancé l'idée inverse : qu'elle reconnaisse, différencie et valide chaque partie (alors restaurée comme défense saine contre l'angoisse provoquée par les autres parties) et qu'un dialogue s'instaure entre elles, qui favorisera cette intégration au sein d'une personne unique et soulagée de ces conflits permanents.

Quant au résultat, il est clair que certains symptômes ont disparu : D... ne pleure plus, elle n'est plus angoissée lorsque sa soeur lui parle de sa mère, elle met fin à une relation abusive. Ces changements sont réels, rapides et observables. Cependant, il est difficile de conclure quant à leur permanence puisque la cliente a rapidement interrompu le suivi dès que la situation s'est améliorée. Cela n'est pas rare et constitue parfois un aspect frustrant de l'intervention à court terme en situation de crise.

Heureusement, il arrive également que le suivi soit mené à terme et que les objectifs fixés au départ soient atteints. La démarche conduit alors, soit à un retour à l'état d'équilibre précédant la crise (disparition des symptômes, retour au fonctionnement antérieur), soit à un état plus stable (fonctionnement plus élaboré prévenant un retour à un état de crise similaire), ou à la décision d'entreprendre une thérapie à plus long terme auprès d'une autre ressource afin de mieux saisir ce qui a provoqué cette crise aujourd'hui résorbée, et d'éviter qu'une autre se produise dans les mêmes circonstances.

En conclusion, sans nier la responsabilité du thérapeute d'élaborer une intervention aussi efficace et complète que possible, rappelons-nous que celui-ci doit également, dans ce contexte, faire preuve d'une grande confiance dans la capacité de chaque individu à mesurer l'aide dont il a besoin et celle qu'il peut accepter ou refuser à chaque moment de sa vie.

### **Abstract**

*This article deals with the judicious application of Gestalt theory and techniques in the context of crisis intervention. It outlines the characteristics of a mental health crisis center. It goes on to demonstrate the usefulness of a gestalt approach to crisis intervention and management. It then focuses on the issues of working alliance, therapeutic objectives, the altered experience of time during the crisis, resistance and creative adjustment and the uses of paradox.*

## **BIBLIOGRAPHIE**

BEISSER, A.(1970) : *The paradoxical theory of change*, Gestalt Therapy Now, Palo Alto, Science and Behaviour Books.

DELISLE G. (1991) : *L'avenir de la gestalt ou la gestalt a-t-elle un avenir ?*, Non publié.

PERLS, F S. (1969) Gestalt Therapy Verbatim. The Gestalt Journal. Highland.

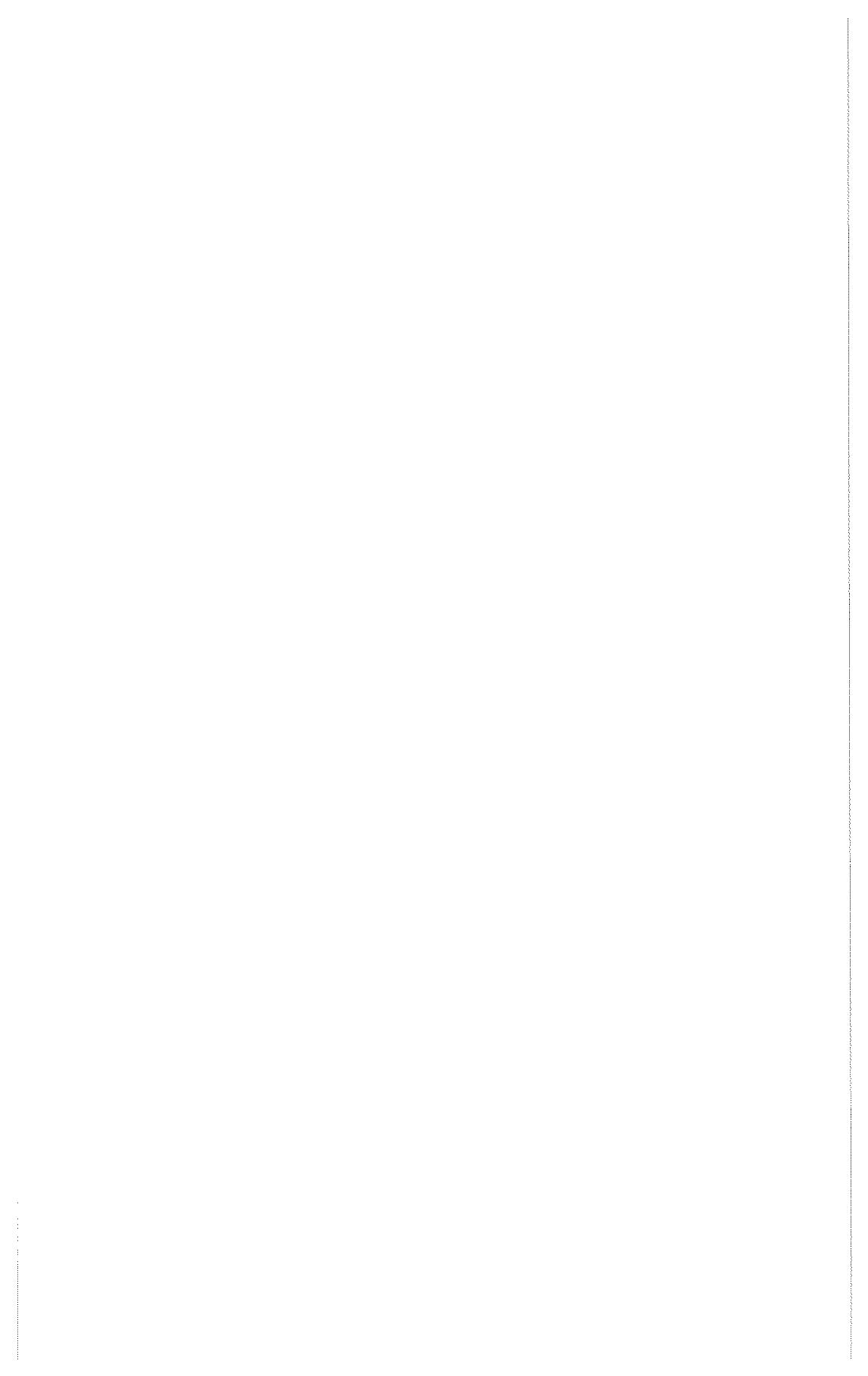
PERLS, F S. HEFFERLINE, R & GOODMAN, P. (1951). *Gestalt Therapy*. USA.

POLSTER, E. POLSTER, M. (1973) *Gestalt Therapy Integrated*. Brunner/Mazel. New York.

SELTZER Leon F. (1985) : *The role of paradox in Gestalt theory and technique*, The Gestalt Journal, vol.VII, n°2, 31-42.

WATZLAVICK P., WEAKLAND J., FISH R. (1975) : *Changements, Le seuil*.

ZINKER, J. (1978) *Creative process in Gestalt Therapy*. Random House. New York.



## LA GESTALT THÉRAPIE ET LA THÉORIE DES RELATIONS D'OBJET

Un air de famille

Roland BURGALIÈRES

### Résumé

*Cet article trace de nombreux parallèles et relève plusieurs similitudes de fond et de forme entre les principes et les méthodes de la psychothérapie gestaltiste et de la thérapie des relations d'objets. L'auteur s'appuie essentiellement sur l'ouvrage de Cashdan (1988) et sur les textes fondamentaux de la Gestalt-thérapie, datant de 1947 à 1969 dont il tire de nombreuses citations, à l'appui de sa démonstration.*

Régulièrement, que ce soit dans le milieu de la psychothérapie ou dans des magazines tels que *l'Express*, le *Nouvel Observateur*, des journaux comme *La Presse*, la Gestalt thérapie est citée comme une approche sympathique, un peu loufoque, aux origines théoriques nébuleuses et un peu faméliques, faisant partie des choses gentiment désuètes, datant d'une époque révolue (les hippies, Woodstock, mai 68, les bas nylon avec couture, etc.). Il faut bien que jeunesse se passe, semblent-ils dire ! Tout cela sous-entendant que ce n'est pas très sérieux, et que ça ne pèse pas lourd.

Voici donc un petit article qui, je l'espère, changera un peu cette image et peut-être même, fera justice à l'actualité toujours très fraîche de cette «charmante vieille dame». Dans un livre publié en 1988, *Object Relations Therapy* de Sheldon Cashdan, j'ai trouvé une foule de citations<sup>14</sup> qui me paraissaient très gestaltistes. À un tel point que je me demandais si Fritz Perls ne faisait pas, il y a trente ou quarante ans, de la théorie des relations d'objet avant la lettre comme ce bon monsieur Jourdain faisait de la prose

---

<sup>14</sup> ...la plupart en anglais et traduite par moi avec, bien sûr, les risques inhérents à ce genre d'entreprise.

sans le savoir. Précisons que la théorie des relations d'objet est à la psychanalyse ce que le téléphone cellulaire est aux communications : la fine pointe du progrès.

Intrigué, j'ai décidé de lire les trois ouvrages dans lesquels Perls, d'une part et Perls, Hefferline et Goodman d'autre part, définissent les fondements théoriques de la Gestalt thérapie : *Le Moi, la Faim et l'Agressivité* de Perls (1947); *Gestalt therapy* de Perls, Hefferline et Goodman (1951); *Gestalt therapy verbatim* de Perls (1969), tout en faisant un parallèle avec le livre de Cashdan sur la théorie des relations d'objet et la forme de thérapie qui en découle. J'ajoutai à ces lectures un article paru dans *The American Journal of Psychiatry* en janvier 1987 et intitulé : *Heinz Kohut's Self Psychology, an overview*, de H. S. Baker et M. N. Baker, et le livre de M.-A. Bouchard, *De la phénoménologie à la psychanalyse* (1988).

Pour commencer, voici quelques-unes des citations de Cashdan (1988) qui ont déclenché ma curiosité :

*On tend à penser que l'esprit et les structures psychiques [...] se développent à partir d'interactions entre les êtres humains plutôt que de tensions issues du système biologique. C'est le besoin de créer et de maintenir des relations qui mobilise les humains, plutôt que celui de réduire des tensions. En d'autres mots c'est le besoin de contact humain qui constitue le premier facteur [...] (p.11, préface).*

*Ce livre décrit un style de traitement dans lequel l'emphase est placée sur la relation entre le thérapeute et le client. Au lieu de mettre l'accent sur le transfert, les mécanismes de défense, «l'insight», la thérapie est centrée sur la façon dont «la relation qui prend place dans le bureau» est utilisée pour traiter la pathologie du client. Le but ultime de la thérapie est d'utiliser la relation entre le thérapeute et le client comme une marche qui amène vers une meilleure [...] et de promouvoir des changements positifs dans la perception que le client a de son «soi» (p.12, préface).*

*Quelle forme prendra une telle thérapie ? [...] Elle mettra une emphase majeure sur les pathologies de la relation. Le client ne souffre pas de symptômes mais bien, comme le dit Kaiser, de «troubles du contact». Au lieu de souffrir d'une incapacité à concilier des pulsions internes, il y a une incapacité à s'engager avec les autres dans une relation soutenue et/ou gratifiante [...] (p. 27).*

*Une attention primordiale sera donnée à la relation au thérapeute. Non seulement elle prend place dans l'espace phénoménologique de «l'ici et maintenant», mais elle contient éga-*

*lement beaucoup des éléments critiques qui sont opérants dans les relations du client avec d'autres personnes. Par conséquent, la relation thérapeute-client sera vue comme une expression «in vivo» de ce qui est pathologique dans la vie du client (p. 28).*

*Ce sont les modifications concrètes dans la relation thérapeute-client qui sont responsables de quelques changements durables qui surviendront [...] (p. 82).*

*L'interprétation dilue l'impact émotif de ce qui est en train de se passer. Les bénéfices qui découlent de la compréhension du comportement d'une personne sont fades en comparaison de l'apprentissage émotif qui doit prendre place à cette étape de la thérapie (p. 120).*

*Au lieu de s'occuper de généralités ou de réactions hypothétiques qui appartiendraient à d'autres, le thérapeute se sert de l'expérience qu'il a de son client comme d'une source d'information (p. 133).*

Difficile d'être plus gestaltiste que ça ! Voici deux autres exemples de similitudes :

*Parfois l'humour et le côté enjoué du monde intérieur du thérapeute peuvent faire partie de la thérapie et poursuivre l'action thérapeutique (p. 153).*

*Quand la relation existante devient le moyen par lequel des changements significatifs prennent place, il y a une tension créatrice dans l'air (p. 162).*

Humour, jeu, tension créatrice... Voyons ce que disaient Perls, Hefferline et Goodman (1951) :

*La psychothérapie proposée dans les chapitres précédents met l'emphase sur [...] promouvoir le pouvoir créatif qu'a le client de réintégrer les parties de lui qui sont dissociées (p. 283).*

*L'excitation persiste et augmente durant la séquence d'ajustement créateur, et est à son plus haut au moment du contact final (p. 466).*

*Nous parlons de l'ajustement créateur comme étant la fonction essentielle du soi (ou encore mieux, le soi est le système d'ajustement créateur) (p. 295).*

Quand Cashdan parle d'humour, d'enjouement et de tension créatrice, on pense aussi à Joseph Zinker qui a écrit, en 1977, un livre intitulé *Creative process in Gestalt Therapy*. Mais tout ceci est peut-être un peu superficiel, rapprochement en trompe l'oeil, que sais-je ? Alors, tentons d'aller voir un peu plus loin, par exemple dans *Le moi, la faim et l'agressivité* (Perls, 1947).

On trouve au début de ce premier ouvrage de Perls ce qui sera également l'un des fondements de la théorie des relations d'objet, (T.R.O.) les rapports polarisés tels : bon/mauvais. Perls commence par un chapitre intitulé, «la pensée différentielle», concept qu'il attribue au philosophe Friedländer.

*Dans son ouvrage, L'indifférence créatrice, Friedländer pose la théorie que tout événement peut-être rattaché à un point zéro à partir duquel se développe une différenciation en opposés (p. 19).*

Perls enchaîne en disant :

*L'exemple le plus évident dans la sphère psychologique nous est fourni par le système plaisir/souffrance (p. 20).*

*Penser en terme d'opposés est la quintessence de la dialectique (p. 21).*

Le chapitre 7 s'intitule «Le bon et le mauvais».

*Penser en terme de «bon» et de «mauvais», d'estimation, d'éthique, de morale, ou de tout autre nom donné à ces évaluations, joue un rôle important dans l'esprit humain (p. 63).*

La théorie des relations d'objet part du même endroit : le fameux dilemme du rapport bon/mauvais. Melanie Klein en situe l'origine dans le rapport conflictuel des instincts de vie et de mort. Fairbairn lui, la place dans l'expérience de la bonne et de la mauvaise mère. Kernberg parle de *bipolar intrapsychic representations*, dont la coloration affective peut être positive ou négative. Kohut quant à lui, estime que l'enfant se développe en s'appropriant des *Self Objects* qui, eux aussi, ont une saveur parfois positive, parfois négative.<sup>15</sup>

Perls ne fait pas preuve d'originalité en abordant les rapports plaisir/souffrance, bon/mauvais. Mais là où il devance peut-être les autres,

---

<sup>15</sup> Ce résumé des positions développementales des principaux auteurs du courant des relations d'objet est tiré de l'ouvrage de Cashdan, *op. cit.*

c'est en leur accordant un rôle central et en développant différentes stratégies thérapeutiques pour harmoniser ces rapports antagonistes. Dans sa pratique comme dans sa théorie, Perls accordera une place privilégiée aux polarités et aux oppositions. Il le fera dans une mise en scène évidente : la présence permanente d'une chaise vide qui représente l'autre partie de la polarité. Le ou la cliente devra se déplacer pour, allant d'une chaise à l'autre, donner la parole aux oppositions qui l'habitent : bon/mauvais; courageux/lâche; joyeux/triste; top dog/under dog; etc. Il le souligne dans *Gestalt Therapy Verbatim* (1969).

*J'ai besoin de six choses pour fonctionner. Mon habilité, des kleenex. Et il y a la «chaise brûlante» (hot seat) [...] et la chaise vide qui permettra de mettre en scène beaucoup de votre personnalité et de celle des autres [...] (p. 76).*

Perls (1947) aborde les rapports bon/mauvais sous un angle phénoménologique et, ce faisant, il commence à décrire ce qui est un objet partiel, en passe de devenir un objet-soi. Cependant son intérêt reste au niveau du processus et non pas au niveau de la structure.

*Ce moralisme - la discrimination entre le bon et le mauvais - apparaît dès la prime enfance (p. 64).*

*La psychanalyse parle d'une période dans la vie de l'enfant qu'elle appelle le stade ambivalent [...] Quelles sont les formations de figure/fond qui amènent l'ambivalence ? Un enfant ne peut concevoir sa mère comme étant un individu, ni en posséder une connaissance ou une compréhension complète. Seuls les éléments du monde dont nous avons besoin deviennent une «figure», émergeant clairement du chaos environnant. En conséquence, seuls existent pour l'enfant les aspects de la mère qui lui sont nécessaires. Pour le nourrisson, ainsi que Freud nous l'a montré, le monde est quelque chose de charnu, fournisseur de lait. Ce quelque chose s'appellera plus tard le sein de la mère. Au fur et à mesure de son développement et de l'accroissement de ses besoins, l'enfant découvre et fait entrer dans son monde un nombre accru d'aspects de sa mère (p. 64-65).*

Partant d'un point de vue phénoménologique Perls décrit là, à travers la formation d'une figure/fond (le sein/la mère), ce qui se nomme un objet partiel dans la théorie des relations d'objet. Cet objet est appelé à devenir, dans une perspective phénoménologique, une mère dans sa totalité ou, dans le langage des relations d'objet, un objet-soi.

Dans le chapitre 9 sur les résistances sensori-motrices Perls ajoute :

*La description de l'hyperesthésie (la promptitude à être blessé) serait incomplète si l'on ne mentionnait la projection de la blessure : qui est facilement blessé, offensé, présente une tendance tout aussi forte mais inhibée, à infliger de la douleur. Cela s'exprime souvent d'une façon détournée. Les caractères mélancoliques, par exemple, aiment à faire en sorte que les autres se sentent malheureux et admettent souvent qu'ils réussissent assez bien à faire que les autres se sentent lâches, gênés et irrités (p. 188).*

Cela n'a-t-il pas un petit air d'identification projective ? Perls est conscient du processus qui fait qu'une personne induit et fait porter à autrui des sentiments qu'elle a en elle-même. Là encore, il s'intéresse davantage au travail thérapeutique qu'à la description du mécanisme de défense. Plus loin nous voyons apparaître une première définition du «soi» (événements spatio-temporels) qui sera élaborée dans *Gestalt Therapy* (1951). Ce «soi» qui est aux prises avec la pénible dualité bon/mauvais et les différents mécanismes qu'il utilise pour tenter de gérer ce conflit.

Perls (1947) précise :

*En disant que nous sommes des «événements spatio-temporels» à l'intérieur des champs mouvants de notre existence, [...] (p. 224).*

Dans le dernier chapitre, «Docteur Jekyll et Mr Hyde», il évoque les conséquences catastrophiques de l'idéalisme :

*Le Dr Jekyll constitue la représentation archétype d'un idéal, mais ce n'est pas un être humain. Le bon et le mauvais sont totalement séparés, tout le mal est projeté dans Mr Hyde.*

Cashdan (1988) reprend le même exemple dans le dernier chapitre d'*Object Relations Therapy*, qu'il consacre aux contes pour enfants afin d'illustrer le clivage et la projection du «mauvais» dans une autre personne. Il se sert également de l'exemple de Dr Jekyll et Mr Hyde ! Mais plus étonnant encore, il commence son chapitre ainsi :

*La notion de double trouve ses racines dans le mythe allemand du doppelgänger [...].*

Dans *Gestalt Therapy Integrated*, (Polster et Polster, 1973), on trouve à la page 83 :

*Il y a beaucoup d'histoires qui parlent de la coupure entre l'homme qui s'observe et lui-même. Celles de Poe sur William Wilson et Schubert intitulées Die Doppelgänger [...]*

En somme, dans le premier ouvrage de Perls, on retrouve les thèmes présents aujourd'hui dans la théorie des relations d'objets : le rapport fondamental bon/mauvais; une description de ce qui pourrait être un objet partiel, puis un objet-soi; ainsi qu'un processus qui ressemble beaucoup à l'identification projective. De plus, on y trouve une première définition du soi qui est en concordance avec les définitions actuelles de la théorie des relations d'objet. Tout cela, en 1947 ! Il y est aussi question des différents moyens pouvant conduire à une intégration des parties séparées. Ce que Perls nomme un phénomène d'idéalisme. Le moi qui projette des parties de lui, parce que vécues comme menaçantes, est nécessairement en déséquilibre puisque des parties qui lui appartiennent sont déposées en dehors de lui. En substance, Perls en 1947 semble déjà travailler avec ce qui fait la structure théorique de la thérapie des relations d'objet, telle que Cashdan la décrit en 1988.

Dans *Gestalt Therapy* (Perls, Hefferline et Goodman, 1951), le soi est clairement défini dans une perspective phénoménologique. Le soi existe à la frontière contact.

*Le soi est la frontière contact en action; son activité est la formation de figures et de fonds (p. 281).*

*Le soi, système de contact, intègre toujours des fonctions de perception, de proprioception, des fonctions motrices et musculaires, et des besoins organiques (p. 428).*

*En tout premier lieu dans les fonctions de contact, les sensations sont, la plupart du temps, considérées comme le soubassement du soi ou de «l'âme»; il en est ainsi parce que les sensations sont toujours spontanées [...] (p. 431).*

Quelques vingt-cinq ans plus tard, voyons comment Kohut définit le soi dans son sens large :

*Le soi est, dans le sens large du terme, le centre de l'univers psychologique de l'individu, c'est ce à quoi le «je» réfère quand il dit, je ressens telle et telle chose, je fais telle et telle chose. Nous pouvons dire que la nature de ce que le soi ressent et des actions qu'il entreprend est la conséquence de ces expériences (p. 5).*

En thérapie des relations d'objet, on utilise principalement deux mécanismes pour traduire les pathologies du soi : le clivage et l'identification projective. On retrouve sensiblement les mêmes mots chez Perls, Hefferline et Goodman (1951) :

*Nous travaillons avec l'intuition première de la Gestalt-psychologie : la relation de la figure et du fond; l'importance*

*d'interpréter la cohérence ou le clivage d'une figure en termes du contexte global de la situation actuelle (p. 285).*

Puisque c'est le soi qui agit à la frontière contact dans la création des figures, s'il y a clivage, c'est un clivage du soi. Clivage du soi ! Gestalt thérapie ou théorie des relations d'objet ? Pour ce qui est de l'identification projective, les auteurs en soulignent la présence dans leur ouvrage. On retrouve également des ressemblances évidentes en ce qui a trait à la primauté du contact dans l'expérience humaine, et donc à la pertinence de travailler au niveau des problèmes de contact, tel qu'en parle Cashdan, trente-cinq ans plus tard. Le chapitre «La structure de la croissance» de l'ouvrage de Perls *et al.* (p. 273) commence par la définition de la frontière contact, puis du contact, suivi de cette réflexion :

*[...] toute expérience est ultimement un contact (p. 275).*

*La thérapie consiste alors à analyser la structure interne de l'expérience actuelle, avec le degré de contact qu'elle comporte [...]. En travaillant sur l'unité ou le manque d'unité de la structure de l'expérience qui se produit «ici et maintenant», il est possible de rehausser les relations dynamiques de la figure et du fond jusqu'à ce que le contact soit intensifié, la conscience plus vive et le comportement énergisé (p. 278).*

Cashdan (1988) dit :

*C'est le besoin de contact humain qui constitue en d'autres mots l'intention première dans la perspective des relations d'objet (p. 11).*

Marc-André Bouchard dans *De la phénoménologie à la psychanalyse* (1988) souligne :

*Or la théorie du soi Perls-Goodman s'est précisément attardée à décrire le processus de croissance et d'ajustement créateur, délaissant volontairement l'étude de la formation des structures stables (endopsychiques, selon Fairbairn) au sein de ce qu'ils appellent l'organisme. Les deux modèles se présentent donc comme essentiellement complémentaires (p. 136).*

Marc-André Bouchard, à ce moment, fait davantage référence au modèle du soi de Fairbairn. Toutefois, il nous semble que sa réflexion s'applique d'une façon plus large à la Gestalt-thérapie et à la thérapie des relations d'objet. L'une est attachée au processus, l'autre aux structures. Pour les deux, la relation et le contact sont le coeur de la vie humaine, et la thérapie a pour but de traiter les pathologies au niveau du contact, et ce, à travers l'expérience immédiate de la relation au thérapeute.

En 1988, Michael Miller, dans l'introduction de *Rêve et existence* de Perls, répond de façon directe à la question que l'on se pose ici : Perls faisait-il de la thérapie des relations d'objet sans le savoir tout en faisant de la Gestalt ? En fait, les similitudes que note Miller, l'amènent à dire que la théorie des relations d'objet est une redécouverte de la Gestalt-thérapie, elle même découverte par Perls.

*L'autre jour je lisais une copie pré-lancement du manuscrit du Dr Michael Robbins, un analyste connu, qui traite de la psychothérapie avec les «personnalités primitives», personnalité limite, personnalité narcissique et personnalité de type schizoïde. Beaucoup de professionnels pensent que ces types de personnalité ont dépassé les types névrotiques pour devenir les pathologies les plus caractéristiques de nos jours. L'auteur dans son texte défend l'idée qu'une approche analytique orthodoxe basée sur les conflits internes, les mécanismes de défense, qu'une thérapie dont le but est de mettre à jour les forces de l'inconscient ne marche pas avec de tels types de personnalité. Il veut revoir le modèle analytique traditionnel afin de tenir compte de l'interaction entre: le soi et les autres, au lieu de se limiter au monde intérieur d'un seul individu. Il définit l'introjection et la projection comme des constructions mentales constamment en chantier à travers les relations courantes d'un individu, plutôt que des résidus figés provenant de la petite enfance. Il a un ton existentialiste quand il suggère que le manque d'authenticité est le résultat d'une distorsion que l'on s'impose afin de répondre aux attentes des autres plutôt que d'écouter notre propre vérité. Il aborde avec respect la perte de créativité qui résulte de la formation des symptômes, c'est-à-dire qu'il en perçoit les racines dans un acte d'adaptation créateur, bien que douloureux de la part de l'enfant, afin de garder le contact avec un milieu familial qui est essentiel à sa survie, même s'il est perturbé. Il donne la priorité au vécu du client plutôt qu'à l'interprétation du thérapeute. Et il refuse de réduire la relation entre le thérapeute et le client à une simple opération de transfert.*

*Cet article couche pratiquement, noir sur blanc, dans le langage psychanalytique des relations d'objet, tous les principes de bases de la Gestalt-thérapie tels qu'élaborés par Fritz Perls, Laura Perls et Paul Goodman, il y a 40 ans. Perls avait peut être raison quand il disait que tout ce qu'il avait fait, c'était simplement de les redécouvrir, car il semble qu'aujourd'hui ils sont à nouveau redécouverts par d'autres.*

Dans la première partie de *Rêve et existence*, il y a la transcription de trois conférences que Perls donnait avant de commencer des ateliers sur les rêves. On y retrouve, brossées à grands traits, les notions théoriques de

base de la Gestalt-thérapie. Mais on y retrouve également un certain nombre de concepts et de définitions qui apparaissent dans le livre de Cashdan et la théorie des relations d'objet.

Dans les pages 6 et 7, Perls parle d'organisme, de relation organisme/environnement, de frontière entre les deux, du soi à la frontière entre l'organisme et l'environnement. Puis, apparaît la notion de polarité qui prend place à la frontière contact par l'identification et le rejet. Le monde se divise alors en bon et mauvais, le bon est ce qui est en dedans, le mauvais ce qui est en dehors. Selon Perls, nous «n'aimons pas une personne». C'est un phénomène très rare. Nous aimons plutôt une certaine qualité dans cette personne, qui est, soit identique, soit complémentaire à notre comportement.

N'est-ce pas là le rôle d'un self-object ? Perls décrit le clivage d'une façon phénoménologique, mais aussi comme un moyen de garder son équilibre en mettant à distance des sentiments, des émotions vécues comme inacceptables.

*Vous en arrivez au point où vous commencez à comprendre ce qui se passe dans la pathologie. Si certaines de nos pensées, de nos sentiments nous sont inacceptables, nous voulons nous en désapproprier (p. 11).*

*Il y en a beaucoup de ces façons de tenter de rester intact, mais cela se fait toujours au prix d'une désappropriation d'importantes parties de nous-mêmes (p. 11).*

Il est clair pour Perls que le travail va consister à se réapproprier ce qui est clivé, ce qui nous laisse fragmenté. Il le dit de façon plus spécifique dans le cadre du travail sur les rêves.

*[...] Toutes les différentes parties du rêve sont des fragments de notre personnalité. Puisque notre but est de faire de chacun une personne plus unifiée [...] (p. 67).*

*Nous devons nous réapproprier ces projections, ces parties fragmentées de nous-mêmes, afin de posséder à nouveau les potentiels dissimulés qui apparaissent dans le rêve (p. 67).*

Perls définit ensuite un des buts de la Gestalt-thérapie :

*[...] Nous avons un but très précis en Gestalt-thérapie [...] Le but est de mûrir, de grandir. (p. 26).*

*Ma formulation est: mûrir est transcender le support environnemental pour aller vers un support personnel (p. 28).*

Voici une définition qui vient de la théorie des relations d'objet (Baker et Baker, 1987) :

*[...] L'individu en santé développe des structures endopsychiques fiables, stables qui assument une grande partie des fonctions qui auparavant étaient dévolues à des self-objects extérieurs (p. 2-3).*

Dans les deux cas, le soi acquiert son autonomie en devenant de moins en moins dépendant d'un support extérieur. Cashdan nomme quatre identifications projectives qui vont faire leur apparition dans la thérapie (chap. 3). Puis, il parle de la phase de confrontation durant laquelle le thérapeute va devoir refuser clairement de jouer le rôle qu'on lui demande de jouer (chap 6). C'est le cul-de-sac !

Perls lui, (1969) parle de l'impasse :

*Nous trouvons l'impasse. Prenez bien note du mot. L'impasse est un moment crucial dans la thérapie, le moment crucial dans la croissance. Les Russes appellent l'impasse «le point malade» (p. 28).*

*L'impasse est une position dans laquelle le support environnemental ou un support interne désuet ne vient plus à la rescousse, et où un self-support authentique n'a pas encore été mis en place (p. 28-29).*

*Ce que nous cherchons c'est le mûrissement de la personne, en enlevant les obstacles qui l'empêchent de se tenir debout. Nous tentons de l'aider à faire la transition du support environnemental au self-support. Essentiellement nous le faisons en trouvant l'impasse. À l'origine l'impasse se produit lorsqu'un enfant ne peut recevoir de support de l'environnement et qu'il ne dispose pas encore de moyens qui lui sont propres (p. 36).*

Quand Cashdan parle des rapports entre le client et le thérapeute, quand il décrit la mise en jeu des identifications projectives jusqu'à la confrontation, cela n'est pas sans rappeler ce qu'en disait Perls en 1969 :

*Disons que le client m'utilise, moi le thérapeute, comme un écran de projection, et il attend de moi ce qu'il ne peut mobiliser en lui. Et dans ce processus nous faisons une découverte particulière, aucun de nous n'est complet, chacun de nous a des trous dans sa personnalité (p. 36).*

Les trous dont parle Perls, trous qui motivent le client à toutes sortes de tentatives de manipulation, font penser à cette phrase de Baker et Baker (1987) :

*L'expérience de la fragmentation ou de la dépression amène le soi, en tant qu'initiateur de l'action, à faire quelque chose pour mettre fin à cet état intolérable (ou à développer des mécanismes de défense contre ces états afin de restaurer une expérience du soi qui soit cohérente, pleine, vigoureuse) (p. 5).*

Perls décrit les comportements manipulateurs que le client aura appris dans son enfance. Il les attribue surtout aux failles de l'éducation parentale : répondre toujours aux demandes de l'enfant, au lieu de le frustrer par des refus appropriés, ce qui l'amènerait à développer son autonomie. Sa description des manques du client (holes) et de son attente à l'effet que le thérapeute soit porteur des qualités manquantes, revient à ce que décrit la théorie des relations d'objet au sujet de l'identification projective. Il s'agit de demander à l'autre d'être porteur d'une qualité, d'une émotion, qui est vécue comme manquante à cause du clivage. Ces trous, faits de manque, sont toujours visibles. Ils sont toujours présents dans les projections du client sur le thérapeute, qui laissent entendre que celui-ci doit avoir toutes les qualités qui manquent à la personne.

Perls place ces comportements manipulateurs également au cœur de la relation client/thérapeute. Bon observateur, il évoque les mêmes comportements que Cashdan classifie comme les quatre grandes identifications projectives.

*Jouer des rôles afin de manipuler l'environnement est caractéristique du névrotique, caractéristique de son immaturité (Perls, 1969, p. 35).*

*Alors au lieu d'utiliser son potentiel pour se développer il l'utilise pour contrôler les adultes, pour contrôler le monde (p. 32).*

Comment contrôle-t-il le monde ? Comment contrôle-t-il l'environnement ? Il demande du support. Qu'est-ce que je dois faire Maman, je ne sais pas quoi faire. Il joue le bébé qui se lamente.

*Chaque fois que vous jouez l'impuissant vous créez une dépendance, vous jouez le jeu de la dépendance (p. 33).*

La dépendance est la première identification projective citée par Cashdan. Ou alors comme le dit encore Perls, l'enfant flatte la personne dans le sens du poil afin que l'autre soit content de lui-même et qu'il donne quelque chose en retour. Cashdan au sujet de l'identification projective qu'il appelle *ingratiatio* :

*Il y a là un message caché qui affleure. C'est la métacommunication «Tu me dois quelque chose» (p. 15).*

Perls nous dit :

*Le client fera tout ce qu'il peut afin que le thérapeute se sente inadéquat {...} (p. 36)*

Alors le client demande au thérapeute de plus en plus d'aide... jusqu'à ce qu'il arrive à lui faire perdre les pédales... ou alors si le thérapeute n'est pas coopératif il arrivera à faire en sorte qu'il se sente pour le moins inadéquat.

Enfin, selon Cashdan, on arrive à l'identification projective du pouvoir. Cette mise en scène consiste à faire en sorte que les autres se sentent démunis et incompetents dans la relation.

Écoutons Perls :

*Et afin de manipuler les autres nous devenons des maniaques du contrôle et du pouvoir, nous utilisons toutes sortes de stratagèmes je vous en ai donné quelques exemples, jouer à l'impuissant, à l'imbécile {...} (p. 39)*

La seule identification projective que Perls n'évoque pas est celle que Cashdan appelle la séduction sexuelle. Étant donnée la propension qu'avait Perls à faire lui-même de la provocation sexuelle et du passage à l'acte assez systématique, on peut supposer qu'il n'était pas prêt à regarder cela de façon très lucide.

Après les manipulations, après l'impasse, Perls évoque l'évolution de la thérapie :

*Il doit découvrir que toute cette énergie qui est utilisée pour manipuler les autres peut être utilisée pour développer ses potentiels {...} (p. 38).*

On retrouve donc dans cet ouvrage les notions d'objet-soi, de stratégies manipulatoires qui s'adressent au thérapeute, et d'impasse. Ces mêmes notions apparaissent dans le livre de Cashdan . On trouve aussi la notion de clivage, puis celle de croissance (growth) qui se fait en passant d'un besoin de support extérieur maximal, vers un mode de support qui devient plus intériorisé et qui rend moins dépendant en terme de survie de l'environnement. Cette notion de *growth* est aussi présente aujourd'hui dans la théorie des relations d'objet, et dans les mêmes termes que ceux de Perls, qui cite aussi dans cet ouvrage trois des quatre grandes identifications projectives décrites par Cashdan. Gestalt-thérapie, théorie des relations d'objet, «Les deux modèles se présentent donc comme essentiellement complémentaires» dit Marc-André Bouchard

J'aurais tendance, étant donné la chronologie des livres cités dans ce travail, à abonder dans le sens de Michael Vincent Miller, «Il semble que cer-

taines personnes sont en train de redécouvrir ce qui fait la base théorique de la Gestalt-thérapie». Cette redécouverte se fait par les structures comme le souligne Marc-André Bouchard pour déboucher sur une thérapie qui, comme en fait foi la lecture de Cashdan, est une petite soeur qui ressemble à s'y méprendre à la Gestalt-thérapie.

Si la Gestalt-thérapie est parfois considérée comme un gadget californien, et si vingt-cinq ou trente ans plus tard on la redécouvre avec une ingénuité telle qu'on en oublie la source, c'est peut-être en premier lieu, dû au manque de connaissance des livres de Perls et de ses descendants, par ceux-là mêmes qui disent la pratiquer. Et sans partie pris «d'école», si on le lisait un peu plus, on pourrait peut-être rendre en partie à César ce qui lui appartient. Cela nous permettrait peut-être de réaliser que ce cher Perls tient encore très bien la route. La preuve : on ressort un modèle très similaire mais sous une autre marque !

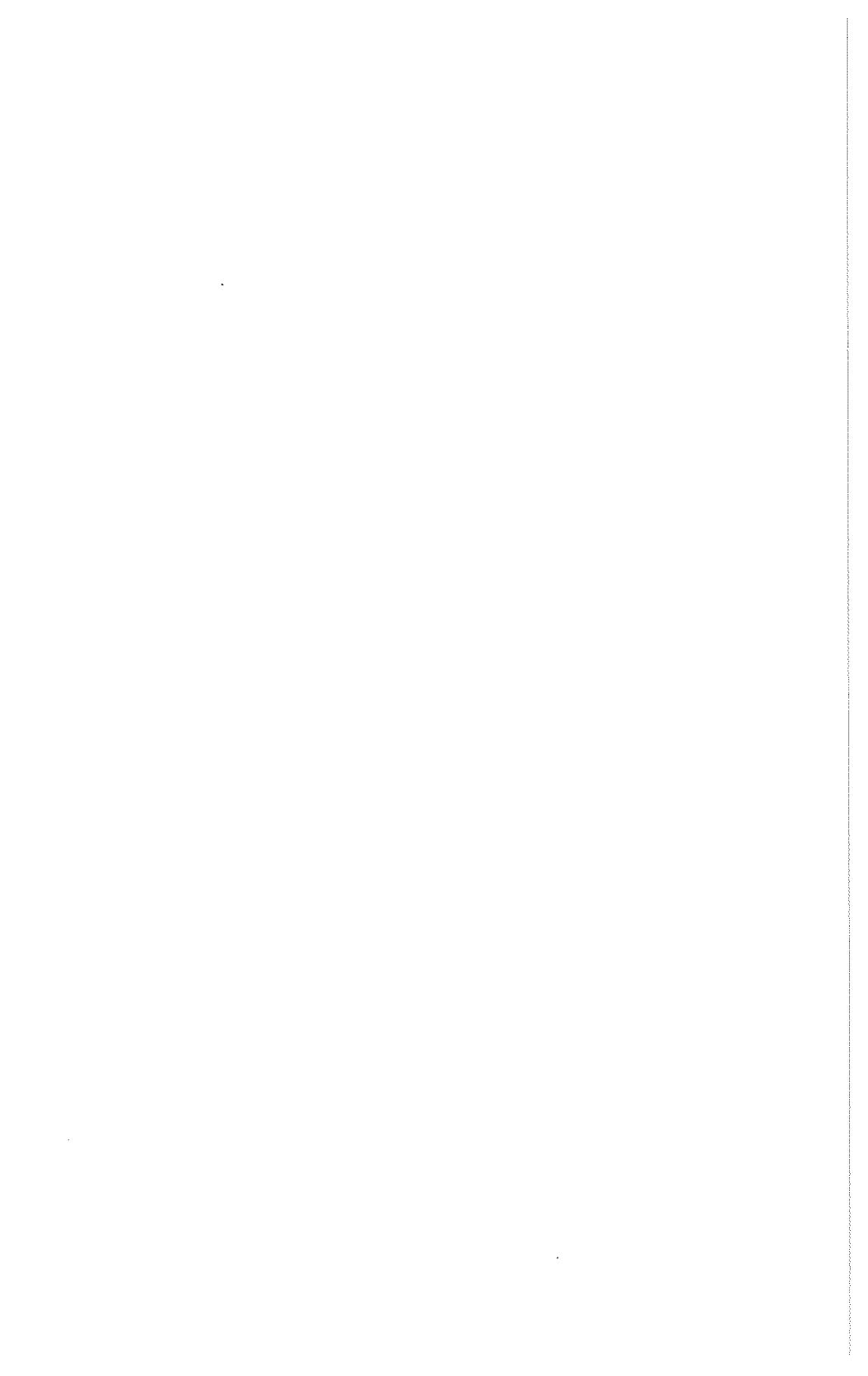
### **Abstract**

*This article outlines many striking theoretical and methodological similarities between Object Relations Therapy and Gestalt-therapy. Drawing essentially from Cashdan (1988) and three fundamental texts on Gestalt-therapy, spanning the years 1947-1969, the author quotes extensive sections in his demonstration of those fundamental similarities.*

## **Bibliographie**

- BAKER, H S. BAKER, M N. (1987). *Heinz Kohut's Self Psychology: An Overview*. The American Journal of Psychiatry.
- BOUCHARD, M A. (1988) *De la phénoménologie à la psychanalyse*. Pierre Mardarga. Liège.
- CASHDAN, S. (1988). *Object Relations Therapy. "Using the Relationship"*. W.W. Norton & Company. New York.
- PERLS, F S. (1947) *Le Moi, la Faim, et l'Agressivité*. Tchou. Paris.
- PERLS, F S. HEFFERLINE, R & GOODMAN, P. (1951). *Gestalt Therapy*. USA.
- PERLS, F S. (1969) *Gestalt Therapy Verbatim*. The Gestalt Journal. Highland.
- POLSTER, E. POLSTER, M. (1973) *Gestalt Therapy Integrated*. Brunner/Mazel. New York.

ZINKER, J. (1978) Creative process in Gestalt Therapy. Random House. New York.



## NOTES BIOGRAPHIQUES

Roland BURGALIÈRES

Roland Burgalières est praticien et formateur en Trager et psychothérapeute gestaltiste en pratique privée. Il est diplômé du *Centre d'intervention gestaltiste*.

François CHANEL, B. SP. Psy. Ed.

François Chanel est psycho-éducateur et psychothérapeute en milieu privé et en Centre de crises. Il est diplômé du *Centre d'intervention gestaltiste*.

Janine CORBEIL, L. Ps

Janine Corbeil est psychologue clinicienne et diplômée du *Gestalt Institute of Cleveland*. Elle est la fondatrice du *Centre de croissance et d'humanisme appliqué* et formatrice invitée de plusieurs instituts de formation au Québec et à l'étranger. Elle est l'une des pionnières de la Gestalt tant au Québec qu'en Europe francophone.

Gilles DELISLE, M. Ps.

Gilles Delisle est psychologue clinicien et diplômé du *Gestalt Training Center* de San Diego. Il est le fondateur du *Centre d'intervention gestaltiste* et est formateur invité au *Metanoia Institute* de Londres, à l'*École parisienne de Gestalt*, de même qu'à l'institut *ASPIC* de Rome. Il prépare un doctorat sur les troubles de la personnalité.

Marie-Claude DENIS, Ph. D.

Marie-Claude Denis est psychologue clinicienne et professeure au département de psychologie de l'*Université du Québec à Trois-Rivières*. Elle est aussi co-directrice du *Service universitaire de consultation psychologique* de l'UQTR. Elle est diplômée du *Gestalt Institute of Houston*.

Serge GINGER, M.A.

Serge Ginger est psychologue clinicien et fondateur de l'*École Parisienne de Gestalt* ainsi que de la *Société Française de Gestalt*. Il est l'auteur du livre *La Gestalt, une thérapie du contact*. Régulièrement invité à donner

des stages de formation à l'étranger, il est notamment formateur invité au *Centre d'intervention gestaltiste*. Récemment, il fondait la *Fédération internationale des organismes de formation à la Gestalt*, dont il est le président.

Line GIRARD, M. Ps.

Line Girard est psychologue clinicienne à la clinique de psychothérapie du *Centre d'intervention gestaltiste* où elle offre également des services de supervision et participe aux activités de formation clinique. Elle possède une expérience de l'intervention en clinique psychiatrique et dans le réseau des affaires sociales.

Marta MANIKOWSKA, Ph. D.

Marta Manikowska est psychologue clinicienne à la clinique de psychothérapie du *Centre d'intervention gestaltiste* où elle agit également à titre de coordonnatrice de la recherche et participe aux activités de formation. Elle intervient également en milieu psychiatrique.