

Revue
québécoise de

GESTALT

*Détresse
et empathie*



Les Éditions de l'AQG

VOLUME 6 • 2003

MISSION DE LA REVUE QUÉBÉCOISE DE GESTALT:

Éditée par l'Association Québécoise de Gestalt à l'intention de toute personne intéressée à la théorie, à la recherche et à la pratique de la Gestalt, la Revue québécoise de Gestalt a pour mission: de mettre en valeur l'originalité et la richesse de la pratique gestaltiste québécoise et favoriser la recherche et la réflexion théorique qui s'y rattachent; d'être un lieu de dialogue qui permet et stimule les échanges et les débats sur des thèmes pertinents à la théorie et à la pratique de la Gestalt; de favoriser la croissance et l'avancement de la Gestalt et de ses praticiens; de stimuler l'écriture au sein de la communauté gestaltiste québécoise.

COMITÉ DE RÉDACTION:

Janine **CORBEIL**
Marie-Claude **DENIS**
Marc-Simon **DROUIN**
Louise **MIRON**
Danielle **POUPARD**
Marité **VILLENEUVE**

COORDONNATRICE DE LA PUBLICATION:

Nicole **FORTIER**, coordonnatrice

MISE EN PAGE:

Infographie DN

COÛT*:

Individu 25,00 \$
Institution 40,00 \$

* Frais de livraison en sus.

**La Revue québécoise de Gestalt est publiée par
L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE GESTALT.***

* ISSN 1206 5978

Dépôt légal – Bibliothèque national du Québec, 2000

Dépôt légal – Bibliothèque national du Canada, 2000

Copyright 2000. Revue québécoise de Gestalt

Revue
québécoise de
GESTALT



Les Éditions de l'AQG

Volume 6 • 2003

La Revue québécoise de GESTALT

Volume 6 • Automne 2003

MOT DE LA PRÉSIDENTE DE L'AQG	5
ÉDITORIAL	9
LES QUINZE ANS DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE GESTALT	11
Janine CORBEIL	
UNE PIONNIÈRE DE LA GESTALT NOUS A QUITTÉS. HOMMAGE À ÉLAINE KEPNER	21
Janine CORBEIL	
À L'ENCONTRE DU STRESS, DE LA FATIGUE ET DE L'ÉPUISEMENT, UNE VIE PLEINEMENT SAINES	33
Danielle POUPARD	
LA FATIGUE DE COMPASSION CHEZ LES INTERVENANTS QUI TRANSIGENT AVEC LA VIOLENCE FAMILIALE ET CONJUGALE	63
Janine CORBEIL	
L'EMPATHIE EN GESTALT THÉRAPIE : QUELQUES CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET ÉTHIQUES	85
Marc-Simon DROUIN	
DÉPRESSION, RÉGRESSION ET PROPOSITION D'OUVERTURE MULTIMODALE DE L'EXPÉRIENCE DÉPRESSIVE	107
Pierre VAN DAMME et Marc-Simon DROUIN	
L'ETHNOCULTUREL, DE L'EXPÉRIENCE À L'INTERVENTION.....	133
Jorge VASCO	
DANIEL STERN: UNE THÉORIE DU DÉVELOPPEMENT POUR LA GESTALT?	153
Traduit par Janine CORBEIL	
NOTES BIOGRAPHIQUES	175

Mot de la présidente

Ce numéro de la Revue paraît alors que l'Association québécoise de Gestalt fête son quinzième anniversaire. La revue a été un point marquant dans notre histoire comme d'autres faits saillants qui ont contribué à créer une association pleine de vitalité et de pluralité. Par l'entremise de la Revue, cet événement sera inscrit dans la mémoire de notre communauté.

Nous avons souvent honoré les personnes qui sont les artisans de l'enseignement de la Gestalt au Québec. Je souhaiterais ici souligner le travail des militants qui ont permis à l'Association d'exister, de se développer et de demeurer toujours aussi vivante après quinze années d'existence. Quinze ans déjà, il me semble que ce n'est pas si loin. Je me souviens des tous débuts.

Lorsque j'étais étudiante en 2^e année au CIG, Gilles Delisle nous avait fortement incité à assister au 10^e anniversaire de la conférence du *Gestalt Journal*, sur la théorie et la pratique de la Gestalt thérapie. On y retrouvait des noms prestigieux – Joseph Zinker, les Polster, etc – qui côtoyaient nos gestaltistes québécois – Janine Corbeil, Gilles Delisle, Ernest Godin, John Kennedy et Oscar Hamel, tous fiers représentants d'une école de formation. Ceux-là mêmes qui ont formé nos membres d'aujourd'hui. Lors de ce colloque, une invitation s'adressait particulièrement à ceux qui étaient intéressés à la création d'une association gestaltiste québécoise. La première réunion eu lieu le 12 juin 1988 à l'hôtel Quatre Saisons de Montréal. Le groupe de démarrage était formé par Richard Hatto, Marc Parent, Linda Lagacé, Gérard Bouffard, Jaqueline Coté-Brisson et moi-même.

Je me souviens de ces rencontres mensuelles; nous devions préparer le premier colloque annuel tout en organisant la première assemblée générale et la création de l'Association. La réponse fut positive et l'AQG a pris son envol avec Richard Hatto comme premier président. Il y en a eu bien d'autres depuis, je les remercie pour avoir tenu le phare et permis à notre association de continuer sa route. J'en profite aussi pour souligner le travail de toutes les personnes qui, à un moment ou l'autre, ont fait parti du conseil d'administration. Je ne pourrais pas les désigner toutes, elles sont trop nombreuses mais je les salue puisqu'elles demeurent pour la plupart actives au sein de notre association.

Plusieurs facettes se sont développées depuis, en commençant par Émergence. Le journal est toujours là, mené par un comité dynamique qui s'alloue les services de différents journalistes au sein de notre association. Nous l'attendons tous avec impatience pour le lire avec plaisir toujours renouvelé. Il est un moyen de communication et de ressourcement de par la qualité des textes que nous y retrouvons. Après Émergence, ce fut les soupers-causeries qui connurent un franc succès à ses débuts. Il y en avait à Montréal, Trois-Rivières, Québec et Sherbrooke. Je me souviens en particulier d'un souper avec Anne et Serge Ginger, de France. Il y avait près de 60 personnes présentes lors de cet événement. C'était les années de gloire pour cette activité. Elle nous a permis de découvrir et d'échanger sur la pratique et la théorie de la gestalt thérapie dans le champ d'intervention de nos collègues. Encore à Montréal, plus de 25 personnes ont applaudi les deux dernières présentations.

Puis vient le centre de documentation, avec l'achat de livres et de périodiques. Il offre un vaste choix de références et de lectures intéressantes et enrichissantes. Nous retrouvons même des vidéos sur certaines conférences d'ouverture des colloques de l'AQG ou de lancement de la Revue. Francois Chanel s'en occupe depuis près de 7 ans déjà, nous le remercions pour son engagement et sa fidélité.

En 1995, Gilles Delisle et Lyne Girard ont proposé à l'AQG de prendre le relais pour éditer la Revue Québécoise de Gestalt. Le Conseil d'administration de l'époque avec Valmond Losier comme président, accepte généreusement. En 1996, l'AQG relève le défi et ajoute à son organigramme un comité de rédaction de la Revue Québécoise de Gestalt. Ce fut un travail de collaboration entre les membres du CA et du comité de rédaction. En tant que coordonnatrice, je me rappelle le recrutement des premiers écrivains et le désir de mettre en marche l'habitude d'écriture au sein de notre communauté. Nous avons eu beaucoup de plaisir à préparer des activités de levée de fond tels que les feux d'artifice et les encans chinois. La créativité de nos membres fut chaudement appréciée. Après sept ans, la revue s'auto-finance, cela est bien au-delà de nos espérances. Souhaitons donc que le goût de l'écriture se maintienne. Le support des ateliers de Marité Villeneuve touche de plus en plus d'écrivains en herbe et permet d'approfondir le désir d'écrire. Aujourd'hui, la revue est viable et bien installée au sein de notre vie associative. Bravo à l'équipe qui en assure la réalisation, coordonnée par Nicole Fortier.

Dans les deux dernières années, une équipe coordonnée par Richard Fillion a mis l'AQG sur la carte virtuelle. Grâce à Sylvie Leclair, notre webmaster qui a créé notre site WEB, nous sommes

maintenant présents sur l'autoroute des communications. Nous disposons aussi d'une ligne de discussion pour nos membres, coordonnée par Lyne Sarrazin. Je vous invite à visiter notre site WEB à l'adresse aqg.ca et à vous en servir comme tremplin publicitaire. Vous y trouverez : le répertoire des membres, les annonces de nos activités et des hyperliens avec d'autres regroupements gestaltistes.

Depuis peu, nous avons la chance de compter sur un nouveau comité, le comité scientifique. Il réunit les membres seniors et d'autres participants qui représentent la relève de la gestalt au Québec.

Comme vous pouvez le constater, nous avons un organigramme impressionnant. Je ne sais pas quel autre défi pourrait être relevé si ce n'est celui de garder en santé et en lien tous ces comités et tous les individus impliqués. Il est certain qu'une Association aussi dynamique crée un sentiment d'appartenance qui assure un membership stable. Nous en sommes rendus à cette étape. L'Association a atteint une certaine maturité due en grande partie à la vitalité de ses membres. Nous sommes des gens de parole qui avons su retrousser nos manches pour construire, avancer et aller de l'avant. Chacun d'entre nous avons participé à notre façon à maintenir la flamme de la Gestalt au Québec.

Voilà, c'est le temps maintenant de découvrir le 6^e numéro de la RQG. Elle vous introduit dans l'univers de différents collègues-écrivains. Je vous invite à les lire pour vous ressourcer bien sûr et aussi pour activer en vous le processus de réflexion que nous offre la lecture de chaque numéro de la revue. J'irais plus loin : aller parler, questionner les auteurs, ils en seront heureux. Écrire est un acte de générosité et de dépouillement, prenez soin de vos auteurs et côtoyez-les, ils vous donneront peut-être l'envie d'écrire à votre tour. Je souhaite longue vie à la revue et à l'Association.

Diane Dulude, présidente de l'AQG.

Éditorial

Chère lectrice, cher lecteur,

Le comité de rédaction est heureux de vous présenter, pour le quinzième anniversaire de l'Association Québécoise de Gestalt, un autre numéro de la Revue qui saura, nous l'espérons, nourrir votre réflexion et soutenir votre pratique.

Rassemblés autour du thème *Détresse et Empathie*, les articles de cette revue abordent certains aspects du mal être dépressif et la force curative du lien thérapeutique. Ce numéro de la revue vous invite à considérer, tantôt d'un point de vue théorique, tantôt d'une manière appliquée, diverses dimensions de la relation avec sa propre vie et celle des autres, du rapport à soi et au monde. Il s'intéresse à la problématique des clients, mais aussi à celle des intervenants au cœur de la relation thérapeutique.

D'entrée de jeu, Janine Corbeil place cette parution dans son contexte historique en évoquant les quinze ans de l'Association Québécoise de Gestalt. Dans le second article, elle tisse un autre fil de notre histoire en rendant hommage à l'une des pionnières de la Gestalt qui nous a quittés, Elaine Kepner.

Les deux articles suivants abordent des maux sournois qui s'insinuent à même la volonté de bien faire et qui induisent un état de détresse : le stress et la fatigue de compassion. Dans le premier, Danielle Poupard axe la réflexion du côté santé en traitant des écueils du stress où notre régime de vie moderne peut conduire. Elle y partage son expérience professionnelle quant aux moyens de les éviter, soit-on client ou thérapeute. Dans le second, Janine Corbeil traite de la fatigue de compassion éprouvée par les intervenants qui transigent avec des problématiques lourdes. Elle y présente les symptômes physiques et psychiques de ce mal de l'empathie ainsi que les moyens pour le prévenir.

Pour aider à saisir plus à fond le phénomène de l'empathie, Marc-Simon Drouin offre ensuite à notre réflexion quelques considérations cliniques et éthiques liées à cet art thérapeutique. Il traite de l'empathie dans diverses traditions en psychothérapie et la situe au sein des préoccupations gestaltistes.

Viennent ensuite deux articles où se dégage clairement l'importance de l'interrelation client/thérapeute : celui de Pierre Van Damme et Marc-Simon Drouin traitant de l'expérience dépressive et celui de Jorge Vasco plongeant au cœur du vécu ethnoculturel. Le premier examine diverses facettes de l'expérience dépressive et expose une proposition de traitement multimodale illustrée par une vignette clinique. Le second s'attache aux dimensions croisées des identités en jeu dans le contexte de l'intervention multiculturelle.

Finalement, la revue présente la traduction d'un article de Marion Gillie paru dans le *British Gestalt Journal* où l'analyse du monde intersubjectif du nourrisson faite par Daniel Stern est examinée en lien avec les principes gestaltistes. Cet article pourrait être propice à nous faire avancer vers une théorie gestaltiste du développement... Que pourrait-on demander de plus pour fêter nos quinze ans?

À chacune et à chacun, le comité de rédaction souhaite une lecture heureuse de ce nouveau numéro !

Les quinze ans de l'AQG

Janine CORBEIL, L.PS.¹

INTRODUCTION

L'Association Québécoise de Gestalt (AQG) célébrera à l'automne 2003 le quinzième anniversaire de son existence. Au Québec, quelques centaines de psychologues se sont formés à la théorie et à la pratique gestaltistes depuis trente ans.

À cette occasion, il nous a semblé opportun de présenter à la communauté des psychologues du Québec un bref aperçu de cette importante branche de la psychologie existentielle/humaniste fondée par Frederick S. et Laura Perls.

ORIGINES DE LA GESTALT THÉRAPIE

Les premières racines de la Gestalt thérapie

Le très riche milieu culturel de l'Allemagne d'avant la Deuxième Guerre mondiale servit de terreau à ce qui allait devenir la Gestalt-thérapie.

1. Laura Perls fait son Doctorat en psychologie de la Gestalt (de la forme) à l'Université avant-gardiste de Francfort, où Kurt Golstein, Max Wertheimer et Martin Buber enseignent jusqu'à la venue d'Hitler. La psychologie de la Gestalt avait formulé le principe de la priorité de la forme. La Gestalt-thérapie ajoutera que ce sont nos besoins qui sont les organisateurs des formes que nous percevons et qui orientent nos actions dans l'environnement. Elle transposera également aux situations existentielles des humains la loi de la prégnance, tendance naturelle à compléter les formes, en expliquant les répétitions névrotiques par un besoin de compléter des situations inachevées du passé.
2. F.S. Perls est neuro-psychiatre ; il entreprend une psychanalyse avec Karen Horney, puis, avec Wilhelm Reich. La notion d'analyse caractérielle de Reich marquera sa compréhension de la résistance

1. Ce texte a été présenté à Psychologie Québec, magazine de l'OPQ, à l'occasion du quinzième anniversaire de la fondation de l'AQG. (Vol.20, no4, p.20-21). Nous le présentons ici dans sa version complète.

en psychothérapie, et la dimension corporelle de la Gestalt s'inspirera en partie de la notion de l'armure caractérielle reichienne.

3. Au cours d'un séjour à Francfort, F.S. Perls travaille dans le laboratoire de Kurt Goldstein où il rencontre Lore Posner (qui deviendra Laura Perls), assistante de Goldstein. L'approche organismique de Goldstein est au centre de la théorie de la thérapie gestaltiste. Perls adopte le principe de l'organisation auto-régulatrice de l'être humain.
4. Les deux Perls rencontrent à Frankfurt Paul Tillich, Martin Buber, philosophes existentiels avec lesquels ils se trouvent des affinités et dont ils suivent les séminaires (Perls, L.,1993).

La période d'incubation de la théorie en Afrique du Sud

La thérapie gestaltiste, ou Gestalt-thérapie ou GT prend forme en Afrique du Sud, alors que Laura et Frederick S. Perls y sont exilés durant la Deuxième Guerre mondiale. Ils y séjournent durant treize ans et, éloignés de leur milieu culturel d'origine, ils continuent de réfléchir et d'écrire *en toute liberté* avouera Laura Perls.

Au cours de ce séjour, ils écrivent en collaboration et publient leur premier livre, *Ego, Hunger and Aggression* publié pour la première fois en 1947. Ils y énoncent déjà une théorie de la résistance comme étant de nature orale par opposition à la théorie freudienne, qui voyait la résistance comme étant anale.

À la conférence sur la psychanalyse qui a lieu en Tchécoslovaquie en 1936, F.S. Perls fait une présentation intitulée *Oral Resistances*. Ses idées n'y sont pas acceptées (The Gestalt Journal, 1978).

La naissance publique de la Gestalt

C'est avec l'arrivée de Frederick et Laura Perls à New York que la Gestalt prend son essor public.

Les Perls avaient été formés comme psychanalystes en Allemagne et se considéraient comme tels; ce n'est qu'à la publication de *Gestalt Therapy*, à New York en 1951, écrit en collaboration avec R. Hefferline et P. Goodman, qu'ils se dénomment thérapeutes gestaltistes (The Gestalt Journal, 1978).

À leur arrivée à New York en 1946, 1947, encouragés par des gens comme Erich Fromm, Karen Hornay, les Perls commencent une pratique qui devient vite florissante. Après la publication de *Gestalt Therapy*, ils se retrouvent avec un premier groupe de formation de

quarante praticiens. Il y a à cette époque un grand besoin de formation pratique pour les cliniciens d'alors, « qui connaissent beaucoup de théories, mais fort peu de l'art de la pratique » (Kepner, 1980). L'enseignement en groupe et les démonstrations données par les maîtres constituent une innovation historique dans la méthodologie d'enseignement de la psychothérapie et vont combler une importante lacune.

CE QU'EST, EN BREF, LA GESTALT THÉRAPIE

Les assises philosophiques

Comme toute théorie de la personnalité, la Gestalt-thérapie possède des assises philosophiques. Ces assises sont existentielles, humanistes et phénoménologiques.

La Gestalt est existentielle en ce qu'elle s'inspire de la pensée philosophique développée en Europe au début du XX^e siècle par des philosophes comme Martin Buber, Paul Tillich et J.-P. Sartre, entre autres. Elle conçoit l'être humain comme étant capable de faire ses choix. Pour le changement psychologique, elle mise davantage sur la part de responsabilité individuelle plutôt que sur l'aspect déterministe de l'être humain. La thérapie a pour but de permettre à une personne d'élargir le plus possible son éventail de choix.

Comme le dit J.-P. Sartre, l'homme est condamné à choisir ; s'il refuse de le faire, c'est qu'il choisit de ne pas choisir.

Tout comme l'approche rogérianne entre autres, elle est humaniste car elle professe une vision positive de l'être humain et croit en sa capacité fondamentale de s'auto-guérir et de se développer de façon optimale. En termes gestaltistes, on dit que l'être humain tend à obtenir la meilleure forme (psychique) possible. De plus, elle voit l'empathie comme lien humain essentiel et facteur indispensable à la guérison. Les résistances psychiques ont, à la base, une fonction auto-régulatrice. Elles peuvent être créatrices, c'est-à-dire favoriser une relation la plus harmonieuse possible entre l'individu et son environnement. Elles sont qualifiées de pathologiques lorsqu'elles sont anachroniques. Elles correspondent alors, dans la perspective gestaltiste, à un mode d'ajustement qui fut créateur autrefois dans le développement de l'individu, mais qui ne correspond plus aux besoins de la situation actuelle. L'enfant qui a appris à s'effacer pour répondre aux normes parentales peut découvrir, lorsque devenu adulte, qu'il lui est désormais permis de se montrer ; qu'il est même parfois nécessaire de le faire

Elle est phénoménologique par son humble soumission à l'observation des faits plutôt qu'à une théorie rigide qui organiserait les données observées. L'expérience personnelle, intime du client ainsi que la façon avec laquelle elle s'exprime, est considérée comme prioritaire et constitue le point de départ de toute intervention. L'observation précise de ce qui se passe devient la clé d'un dialogue possible sans jugement de valeur préalable, où les deux protagonistes, thérapeute et client, ont accès au même phénomène observable. La distance hiérarchique entre thérapeute et client y est minimisée, et la résistance au changement, amenuecée.

Les postulats psychologiques de la Gestalt-thérapie

L'holisme

La Gestalt est d'abord et avant tout holistique. Les éléments d'une entité forment un tout entre eux, une gestalt; c'est l'organisation de ces éléments entre eux qui définit l'entité. Perls donne l'exemple des trois côtés d'un triangle: si on sépare les trois côtés, il n'y a plus de triangle. *Au clair de la lune* chanté en do ou en fa donnera la même mélodie; même si les éléments sont devenus différents, l'organisation des éléments entre eux est demeurée la même.

Ce principe était très important pour F.S. Perls dès ses premiers écrits. Il voyait vraiment l'être humain comme un tout composé de différents éléments et était réfractaire à tout réductionnisme. L'approche gestaltiste se base sur l'unité de l'être humain: corporelle, émotive, mentale, cognitive, comportementale, ceci, dans un contexte social donné. Toutes les parties se coordonnent, s'organisent et se soutiennent entre elles avec une complète collaboration au profit de l'organisme dans son ensemble (Perls, F.S. 1947,1969). Un symptôme est une réponse au besoin de l'organisme. De plus, la dimension corporelle en thérapie devient très importante.

Le lien organisme/environnement

Un individu et son environnement sont interreliés de façon organisationnelle. L'oranger exposé dans ma fenêtre pourra devenir une jolie plante ornementée de minuscules petites boules orangées; il ne produira jamais de véritables oranges comme son frère qui a poussé dans un jardin de Séville. Le Self se développe et se crée dans et à partir d'un environnement donné; cet environnement contribue à le façonner et est, en retour, modifié par lui. Pour rendre compte de cette réalité si fondamentale, nos concepts sont inadéquats: il n'y a

pas de Self en soi; ainsi, lorsqu'on parle du développement de l'enfant, il faudrait parler du développement d'un Self-dans-l'environnement (Wheeler,2000).

La frontière est la paroi d'échange entre l'individu et son milieu, ce milieu étant appelé *le champ*. Le *contact à la frontière* suppose la conscience (awareness) de l'objet ainsi que la réponse motrice dans ce champ. Guidé par ses besoins, l'individu repère dans son environnement les éléments (i.e. les formes, figures) que son organisation perceptuelle met en relief. Il agira en conséquence et la santé psychique s'évalue par la clarté de la figure perçue et de l'action motrice qui s'ensuit (PHG,1951). Une pathologie individuelle se comprend en fonction du système dans lequel l'individu vit.

Le ici et maintenant

La capacité de rester dans le ici et maintenant correspond à une discipline mentale d'inspiration orientale. Autour de nous, les nombreuses méthodes de méditation utilisent ces pratiques. Lorsque le client se rend indûment anxieux en ruminant son passé où en s'inquiétant à l'excès pour son avenir, une discipline d'arrêt de la pensée, au moyen de laquelle il se ralentit et ne porte attention qu'à ce qui est momentanément présent, contribue à diminuer l'anxiété.

Ce principe fut malheureusement trop souvent mal interprété au cours de l'histoire de la thérapie gestaltiste. Certains imitateurs de F.S. Perls ont voulu comprendre que le passé devait être mis de côté, et le futur, oublié. D'après un auteur, cette interprétation erronée correspondait à une philosophie hédoniste (d'irresponsabilité) qui eut pour un temps une certaine vogue dans la culture environnante (Staemmler, Fr.-M.,2002). Quelques mises au point se sont imposées dans les écrits par la suite. Polster nous rappelle que le présent est le maillon entre le passé, qui fait indéniablement partie de nous, et le futur, que nous anticipons et préparons (Polster,1985).

Lorsqu'un client évoque un souvenir de son passé, il le fait avec un ensemble émotif et corporel qui lui, est présent. C'est ce présent qui deviendra la clé d'accès à ce qui est important pour ce client dans ce passé. On parle alors de situations inachevées du passé qui ont besoin d'être complétées.

Le contact, élément vital essentiel de l'organisme, et impliquant awareness (conscience, attention), énergie et action suivie de retrait a forcément lieu dans le présent. Une fois le besoin satisfait, ce qui était figure se relègue à l'arrière-plan. Par opposition à cette notion centrale du contact, la dimension relationnelle implique une continuité qui se nourrit du passé et tisse le futur. Des auteurs (Yontef,

1993) ont remis à l'avant-plan la dimension dialogique et relationnelle du processus thérapeutique, ou encore souligné l'importance de l'engagement à long terme comme condition essentielle à toute création (Perls, L. 1993).

La dimension corporelle

W. Reich a fait l'hypothèse d'une résistance à l'analyse qui s'exprime dans le corps, résistance qu'il proposait d'observer *telle qu'elle apparaissait* au cours de l'analyse. Il insistait sur le pendant physiologique des émotions.

F. Perls, qui entreprend une analyse avec W. Reich, y découvre une méthode radicalement différente de ce qui existait alors, méthode directe d'observation et d'intervention qui le fascine et suscite l'enthousiasme des deux Perls. Cependant, l'approche corporelle de la Gestalt diffère sensiblement de l'approche d'inspiration reichienne. On peut distinguer deux points importants de divergence.

1. L'apport de l'euthonie, méthode d'harmonisation des mouvements qu'a étudiée L. Perls. Pour cette auteure, ce qui a été assimilé dans le corps sert de soutien au contact. C'est ce qu'elle nomme le système interne de soutien (Perls, L. 1993). Le but de la thérapie consiste à rendre accessible à la conscience l'énoncé existentiel que le langage corporel communique. La prise de conscience est pré-requise au changement (Corbeil, 1998).
2. La posture de base de la Gestalt-thérapie est de nature Zen ou, de façon plus générale, bouddhiste (Vanden Eynde, 1999). Ces affinités de base se confirment lors d'une expérience de F. Perls dans un temple Zen, lors de son voyage au Japon au milieu des années 1960. Ce qui se clarifie surtout, c'est la position antérieure de Perls sur le changement. On parle de la théorie paradoxale du changement: ce dernier se produit lorsqu'une personne devient *d'abord* ce qu'elle est et non pas lorsqu'elle *essaie* de devenir ce qu'elle n'est pas (Beisser, 1970).

Le rêve et l'univers de l'imaginaire

Pour la Gestalt-thérapie, le rêve constitue une mine d'or d'exploration du vécu psychique. Pour Perls, il était un matériel de prédilection qu'il explorait à la façon d'une mise en scène théâtrale.

Dès la fin de son adolescence, Perls étudie le théâtre avec Max Reinhardt, metteur en scène important en Europe à ce moment.

« Reinhardt mettait l'accent sur l'engagement total de l'acteur dans son rôle, sur la réalité interactionnelle de son jeu, sur l'harmonie de la gestuelle et des voix et sur la vérité de son langage corporel » (Jacques, 2000).

Cette expérience le marque profondément et nourrit chez-lui son intérêt pour le théâtre ainsi que sa façon de concevoir le matériel onirique. L'invention de Perls consiste à considérer ce matériel comme une projection et chaque élément du rêve représente une partie du rêveur qu'il devra apprivoiser dans le but d'élargir ses frontières et d'unifier ses parties divisées. Le rêve se joue comme une pièce de théâtre et c'est par ce jeu, incluant les dimensions reinhardtiennes mentionnées plus haut, que le rêveur pourra s'approprier des parties de lui jusque-là oubliées, niées ou conflictuelles.

Par ailleurs, l'influence de Moreno est indéniable par le style psychodramatique avec lequel les personnages sont joués.

Le rêve éveillé donne également accès à des parties de soi qui sont dans l'ombre ou oubliées. Il fournit une clé qui ouvre sur les besoins négligés.

La notion de soutien

Le soutien psychologique et social est indispensable au changement psychologique. Ce soutien est à la fois interne : les acquis, les compétences personnelles, etc... et externe : le soutien du thérapeute, d'un groupe, d'un réseau. À ses débuts, F.S. Perls, voulant faire connaître sa méthode, faisait des démonstrations à de larges auditoires. Ces auditoires étaient constitués de praticiens qui avaient, pour la plupart, suivi une psychothérapie. La propagation des vidéos de F.S. Perls a contribué, pour un temps, à faire croire que le changement psychologique pouvait être miraculeux. Beaucoup d'auteurs ont écrit sur les conditions qui facilitent la façon respectueuse et éclairée du changement psychologique chez les clients. On insiste pour parler du changement qui se fait pas-à-pas et non pas de façon brutale et d'un seul coup. (Zinker, 1977).

La Gestalt aujourd'hui

Le premier institut de formation à la Gestalt Thérapie a été fondé en 1952, à New York par les Perls, P. Goodman, P. Weisz et quelques autres. Le deuxième fut fondé l'année suivante à Cleveland, Ohio. Depuis, des instituts se sont développés dans presque tous les pays d'Europe et d'Amérique Latine. Chaque pays possède au moins une revue portant sur la Gestalt-thérapie.

La Gestalt au Québec

Les premiers gestaltistes du Québec se sont formés aux États-Unis dans les années 1970 et sont allés offrir de la formation par la suite

en Belgique et en France. De plus, cela fait plus de trente ans qu'ils ont fondé des instituts de formation ici, au Québec. Don Horne, en 1972-1973, fonde le Gestalt Institute of Quebec. Puis, Suzan Saros en a pris la relève en fondant le Gestalt Counselling and Training Center, qui a dispensé de la formation pendant plus de vingt-cinq ans. (Vu le décès récent de Suzan Saros, on ne sait si ce centre continuera ses activités).

Le premier centre francophone, appelé Centre de Croissance et d'humanisme appliqué (CCHA) fut fondé par moi-même en 1974 (Corbeil, 1992). Il avait comme objectif d'offrir de la formation aux intervenants en santé mentale ainsi que des fins de semaine de sensibilisation à la Gestalt, ouvertes à une population québécoise plus large. En 1989, le CCHA est passé aux mains du Centre de psychologie humaniste de la Rive-Sud, qui a offert le même programme pendant quelques années.

En 1976, Ernest Godin et Louise Noiseux ont mis sur pied, à Montréal, le Centre québécois de Gestalt (CQG), qui a offert pendant quelque temps un programme de formation à la Gestalt-thérapie (Corbeil, 1992). Plus récemment, John Kennedy et Oscar Hamel ont également offert à Québec un programme de formation à la Gestalt.

Le Centre d'intervention gestaltiste (CIG) a, quant à lui, vu le jour grâce à Gilles Delisle en 1981 ; il propose une formation à la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet (PGRO).

À Sherbrooke, Johanne Hamel s'occupe d'un programme de formation sur la Gestalt et la thérapie par l'art.

La durée des programmes de base se situe généralement entre 350 et 500 heures.

Les praticiens qui ont complété cette première formation post-universitaire de base (généralement de trois ans) s'inscrivent pour la plupart dans des programmes de formation avancée, que ce soit en approche corporelle (Corbeil, 1998), ou sur les liens entre la Gestalt-thérapie et le relations d'objet (Delisle, 2002), ou encore sur la thérapie des pathologies limites (Gagnon, 1999).

Les programmes de formation à la Gestalt se déroulent en groupe et comportent cette originalité commune aux programmes de formation à la psychologie humaniste et largement mise de l'avant par les Perls: l'intégration de la partie didactique et de la dimension expérientielle. « Au-delà des contenus théoriques, les objectifs andragogiques consistent en ce que la personne apprend à s'utiliser elle-même: il s'agit de lui offrir un soutien institutionnel, un milieu de vie, un endroit, qui souvent redonnent la vie; de lui enseigner des

manières de nourrir le changement, et ce, nous l'espérons, pour le reste de sa vie.» (Corbeil, 1991)

L'AQG (*Association québécoise de Gestalt*)

Le Québec est la seule province du Canada qui possède sa propre association de Gestalt. L'AQG a été fondée en 1988 et compte environ cent vingt membres. Elle a pour objectif d'offrir un soutien professionnel à ses praticiens en même temps qu'un réseau d'échange et un milieu professionnel/personnel nourrissant.

Elle publie une revue, la *Revue Québécoise de Gestalt* depuis 1992, portant sur la théorie et la pratique de la Gestalt ainsi qu'un bulletin trimestriel de nouvelles, *Émergence* (emergence@aqg.ca). Elle offre également des soupers-causeries, des séminaires, ainsi qu'un colloque annuel qui a lieu à l'automne. Par ailleurs, l'AQG a récemment mis sur pied un comité scientifique dont la mission consiste à promouvoir le développement théorique de la Gestalt-thérapie.

Afin de permettre aux professionnels qui sont intéressés à la Gestalt sans en être diplômés de participer aux activités, l'AQG offre une catégorie d'inscription permettant de devenir membre associé, parallèlement aux membres titulaires.

Coordonnées :

Association québécoise de Gestalt, C.P. 428, succursale Delorimier, Montréal H2H 2N7; Tél: (514) 971-7838; site Web: www.awg.ca

Bibliographie

- BEISSER, A. (1970). *The Paradoxical Theory of Change* dans Joen Fagan & Irma Lee Shepherd (Eds) *Gestalt Therapy Now*. Harper Colophon Books, New York.
- CORBEIL, J. (1991). Un programme de formation à la Gestalt. *Revue Québécoise de Psychologie*, vol. 12, n° 2.
- CORBEIL, J. (1992). Histoire de la Gestalt au Québec. *Revue Québécoise de Gestalt*, Vol. 1, n° 1, Les Éditions du Reflet.
- CORBEIL, J. (1994). Wilhelm Reich et deux de ses héritiers: la Bio-énergie et la Gestalt-thérapie. *Gestalt*, 7, 61-81. France.
- CORBEIL, J. (1998). La Gestalt et le corps. *Revue Québécoise de Gestalt*, 2 (2), 40-58. Montréal.
- DELISLE, G. (2002). De la Gestalt-thérapie à la PGRO. *Revue Gestalt*, 22, 87-104. Paris.
- GAGNON, J. (1999). Prendre forme en relation: fondements pour une compréhension gestaltiste des pathologies limites. *Cahiers Gestalt Thérapie*, 6, 65-115.

- JACQUES, A. (2000). *Une histoire de la Gestalt-thérapie*. France, L'expressimie, Bordeaux.
- KEPNER, E. (1980). Gestalt Group Process. In B. Feder et R. Ronald (Eds), *Beyond the Hot Seat*. New York, Bruner/Mazel.
- PERLS, F. S. (1947,1969). *Ego, Hunger and Aggression*. New York, Vintage Books.
- PERLS, F. S., GOODMAN, P., HEFFERLINE, R. (1951). *Gestalt Therapy: Excitment and Growth in the Human Personality*. New York, Delta Book.
- PERLS, L. (1978). A Conversation with Laura Perls. *The Gestalt Journal*, 1 (1), 8-32.
- PERLS, L. (1993). *Vivre à la frontière*. Montréal, Les Éditions du Reffet.
- POLSTER, E. (1985). *Imprisoned in the Present*. *The Gestalt Journal*, 8, 1, 5-22.
- STAEMMLER, FR.-M. (2002) The Here and Now. *British Gestalt Journal*, 11, (1) England, 21-31.
- VANDEN EYNDE, R. (1999). Buddhism and Gestalt. *The Gestalt Journal*, XXII, (2), 89-101.
- WHEELER, G. (2000). Esquisse d'un modèle de développement en Gestalt. *Revue Québécoise de Gestalt*, 4, 59-83. Montréal.
- YONTEF, G. (1993). *Awareness, Dialogue and Process: Essays on Gestalt Therapy*. Highland, N. Y, The Gestalt Journal Press.
- ZINKER, J. (1977). *Creative Process in Gestalt Therapy*. New York, Brunner/Mazel,.

Une pionnière de la Gestalt nous a quittés

Janine CORBEIL

INTRODUCTION

Elaine Byrd Kepner, Ph.D., psychologue, est décédée le 10 décembre 2002 à Cleveland, É.U., à l'âge de 82 ans.

Elaine fut, avec Miriam et Erving Polster, Bill Warner et quelques autres, une des fondatrices du Gestalt Institute de Cleveland (GIC).

Elaine a eu une contribution marquée au développement de la Gestalt-thérapie au Québec. Elle est bien connue d'un certain nombre de gestaltistes du Québec puisqu'elle a enseigné à Montréal dans le programme de formation à la Gestalt offert au Centre de Croissance et d'Humanisme Appliqué (CCHA) pendant environ treize ans. On peut estimer qu'entre cent-trente et cent-cinquante intervenants ont eu l'occasion de travailler avec elle.

Elaine fut pour moi non seulement une excellente collaboratrice et collègue, mais aussi un mentor et finalement, une amie très chère.

Cet article se propose d'honorer l'héritage qu'Elaine Kepner a laissé, par son cheminement original, à la Gestalt-thérapie dans son ensemble, et en particulier de rappeler ce qu'elle a transmis aux gestaltistes du Québec.

UNE PREMIÈRE RENCONTRE : UN VENT FRAIS VENU DE L'OUEST

La première image que j'ai eue d'Elaine me revient en ce moment. Une image qui remonte au printemps 1974 alors que j'aborde la dernière partie de ma formation au GIC. Nous sommes un petit groupe en compagnie de Bill Warner au milieu d'une réflexion intense. Elaine, qui revient d'un séjour de quelques années en Californie, à Esalen et au Gestalt Institute de San Francisco, s'introduit dans notre groupe pour saluer son ami Bill. Je la vois pour la première fois ; elle regarde Bill avec un visage ouvert et rieur, elle porte une robe estivale imprimée de bleu et de vert, couleur de ses yeux.

Je me souviens que cette féminité attrayante et enjouée faisait contraste avec l'état d'intensité profonde où je me trouvais quelques instants plus tôt. Je crois que je me suis demandée comment on pouvait être aussi léger et gestaltiste en même temps.

En grande exploratrice de nouvelles frontières qu'elle a toujours été, Elaine rapportait à sa famille d'origine, le GIC, une perspective qui venait de l'Ouest. Un vent fait d'air et d'eau. Le GIC était déjà lui-même très innovateur dans cet Ohio des années 1960-1970. Plusieurs des membres fondateurs du GIC devaient cacher à l'Université où ils enseignaient (départements de psychologie et de psychiatrie) leur appartenance à cet Institut.

Elaine apportait une vision de la Gestalt où le lien corps/esprit, bien qu'étant en soi au cœur de la théorie, ouvrait sur des implications peu familières et étonnantes. Je me souviens d'un jour où nous avons fait sous sa direction des exercices de méditation et de concentration corporelle; nous étions allongés sur la moquette, écoutions une musique Nouvel Age sans doute. Elaine nous invita à laisser entrer cette musique en nous par les pieds! Dans ma conception autant musicale que psychologique d'alors, c'est avec les oreilles que nous avons accès à la musique. Que faire avec l'audition par les pieds? Elaine nous ouvrait à des mondes différents de celui tout bien construit que j'avais habité jusque-là.

De son périple en Californie, Elaine avait rapporté, entre autres, la méthode *Arica*, une méthode que les gens de l'Institut de San Francisco étaient allés étudier au Chili et avaient importée en Californie.

Ce programme intensif de développement humain d'une durée de plusieurs mois consistait en un ensemble d'exercices Sufi, de méditation, de *chanting*, de danses Sufi, etc... le tout ayant pour but d'ouvrir à des réalités nouvelles, de modifier les états de conscience.

Rétrospectivement, je peux apprécier tout le doigté et toute la conscience et compétence professionnelles qu'elle mettait à nous initier à ces nouvelles façons d'être.

UNE EXPLORATRICE-NÉE RENCONTRE SON DESTIN

James Hillman dit que, pour suivre sa voie, une personne a besoin et de caractère, et d'être reconnue. Elaine avait du caractère. Elle eut aussi beaucoup de soutien et de reconnaissance pour l'exploratrice qu'elle allait devenir.

Elle a toujours aimé les explorations en dehors des frontières connues. Dans son caractère, on pouvait déceler une prédilection marquée pour la marginalité. De façon évidente et instinctive, les idées toutes faites et avalées sans examen critique préalable ainsi que les gens qui s'y complaisaient l'horripilaient. En cela, elle corres-

pondait au portrait type des fondateurs de la Gestalt, des êtres marginaux, voire, anarchiques, comme F. S. Perls et Paul Goodman.

Dans une partie de ses mémoires manuscrites, Elaine reconnaît trois influences cruciales majeures dans sa vie. Trois figures masculines aimantes, des hommes qui adorent l'aventure et lui montrent le chemin. Il y eut son père, l'Amiral Richard Byrd et Frederick S. Perls.

Son père fut le premier qui lui a donné le goût du voyage et de la découverte. Ce dernier adorait voyager, alors que la mère détestait ces voyages; le père amenait sa fille Elaine dans ses différents périple à travers les États-Unis. Cette complicité avec son père fait partie des beaux souvenirs d'enfance qu'Elaine, à la fin de sa vie, aime relater.

À seize ans, elle allait rencontrer l'Amiral Richard Byrd à Boston (ou à Washington, ce n'est pas clair) et est tombée amoureuse de lui. Il semble que ce grand explorateur, le premier à avoir exploré l'Antarctique, se soit donné la peine d'écouter les ambitieux projets de cette jeune fille. Elaine a travaillé un temps pour lui et a même navigué avec lui. Elle lui confiait qu'elle voulait écrire une biographie sur lui, devenir psychologue, etc... Pour elle, cette présence d'un homme de plus de vingt ans son aîné fut une validation de sa féminité autant que de sa personne.

La troisième influence est celle qui amène cette fois Elaine à la Gestalt. C'est la rencontre avec F.S. Perls. Ce dernier a tout pour susciter l'intérêt d'Elaine. Dans les entrevues enregistrées qui servent de mémoires, elle établit un parallèle entre l'Amiral Byrd et F.S. Perls: un goût de l'aventure et du risque explorateur.

L'Amiral Byrd avait nourri son besoin de faire du bien pour l'humanité. Il lui parlait souvent des organisations caritatives qu'il aidait. F.S. Perls est un soignant, un psychiatre qui navigue dans des eaux peu connues parfois tumultueuses; il est contestataire jusque dans la façon de se vêtir. En plus, il accorde à Elaine une attention psychologique particulière, de celles que l'on n'oublie jamais. La curiosité de Fritz pour les idées nouvelles surtout si elles sont reliées au bien-être des êtres humains attire également Elaine.

C'était vers 1952; Fritz donnait quelques ateliers de Gestalt à l'Université de Cleveland alors qu'Elaine était étudiante au Doctorat. Marjorie Creelman, Erving Polster, Elaine Kepner et quelques autres qui fonderont le Gestalt Institute of Cleveland y assistèrent. Polster qualifie ces rencontres de confirmation de ce qu'il pensait et faisait déjà. Comme si tout se mettait en place, écrira-t-il. (Polster, E., 1979, *The Gestalt Journal*) Comme tous les autres, Elaine est conquise par

l'approche de Perls, approche qui offre le soutien psychologique requis sans complaisance aucune. « Nous devenions nous-mêmes nos propres investigateurs » (Extraits des mémoires manuscrites, 2000). Pour une insubordonnée comme Elaine, avoir accès au phénomène de ce qui se passe en elle et le comprendre soi-même plutôt que de se faire analyser et dire par quelqu'un d'autre ce qui en est devait être très satisfaisant.

Elaine Kepner l'innovatrice tient à souligner à plusieurs reprises (dans ses écrits autant que dans ses mémoires) l'approche, révolutionnaire pour l'époque, que Perls avait développée dans sa façon de travailler avec les clients. Il faisait en plus, écrira-t-elle, quelque chose qui n'avait jamais été fait dans le passé : de la psychothérapie d'individus dans un groupe. « C'était la première fois que l'on pouvait voir ce sur quoi on avait lu, mais que l'on n'avait jamais vu auparavant. Il s'agit d'un enseignement qui marque indéniablement un tournant dans toute l'histoire de la psychothérapie » (Kepner, E., 1980).

LA RÉALISATION DES PROJETS : UNE EXPLORATRICE STRUCTURÉE

Quelques années plus tard, j'ai eu l'occasion de découvrir une autre polarité d'Elaine Kepner. Je n'avais plus affaire à la personne quelque peu ésotérique (pour moi, à l'époque) que j'avais rencontrée dans un premier temps à Cleveland, mais à la psychologue structurée, de culture occidentale, qui avait fait son Doctorat à Case Western University alors qu'elle avait charge de trois enfants.

À cette époque, Elaine a développé son approche aux groupes et aux systèmes. Son nouveau défi a été d'établir la transition de la psychothérapie individuelle et de groupe à la consultation pour les systèmes sociaux. Elle publie un chapitre dans *Beyond the Hot Seat* intitulé *Gestalt Group Process* (Kepner, E., 1980 dans B. Feder & R. Ronall, Eds.). En collaboration avec son mari, Richard Bekhard, professeur au M.I.T., et spécialiste des entreprises de type familial en Amérique du Nord et du Sud, elle s'intéresse à l'étude des entreprises familiales et y apporte la perspective de la Gestalt. Elle s'intéresse à développer des nouvelles connaissances et des nouvelles habiletés chez les psychologues qui passent de la tradition clinique individuelle à la pratique de consultants en entreprise, là où une lecture des problèmes doit s'opérer à de multiples niveaux (Day, J.D., & Kepner, E., 1998) Au GIC, elle et des collègues (John Carter, Carolyn Lukensmyer, Leonard Hirsch, Ed. Nevis) mettent sur pied un programme de formation à la consultation en entreprise. Ce programme, le OSD

(Développement des organisations et des systèmes), ouvre au GIC en 1976.

Cette même année (1976), je reçois un téléphone d'elle, me demandant si je veux l'assister dans le programme de formation à la GT que le GIC doit entreprendre en Belgique. Un de leurs anciens étudiants, Michel Katzeff, veut instaurer un programme de formation à la Gestalt dans son pays et demande l'appui du GIC à cet effet. Elaine prend ce programme en charge. L'ouverture d'esprit qui la caractérise la rend très sensible aux différences culturelles et aux chocs qui peuvent en résulter. Elle estime qu'il est impérieux pour les participants de travailler le plus possible dans leur langue maternelle. À plusieurs reprises pendant trois ans, nous travaillons en tandem dans ce programme. Nous sommes passées de l'ésotérisme de la première heure à quelque chose de remarquablement bien structuré. Cependant, la curiosité d'Elaine pour un territoire nouveau demeure toujours. Nous sommes ici dans une culture qui lui est étrangère et son ouverture et son empathie pour comprendre le type de résistances au changement qui s'y manifestent l'intéressent au plus haut point. Cette expérience est pour nous une importante source d'apprentissage. Nous découvrons, parfois avec étonnement, toujours avec intérêt, combien, en dépit de la même langue, les barrières opposées au changement se profilent et se modèlent différemment d'une culture à l'autre. Les mots, même en français, n'ont pas toujours la même implication, ni surtout le même poids.

Plus tard, Elaine m'accompagnera dans le programme dont j'aurai charge à Nantes.

Entre temps, nous avons travaillé ensemble dans le programme de formation que je dirigeais à Montréal pour les intervenants d'ici.

Parmi les participants qui entreprenaient une formation au CCHA, un certain nombre travaillaient en milieu institutionnel : psychologues en milieu carcéral, scolaire, en andragogie, aux programmes des ressources humaines des entreprises, etc... Il m'apparaissait important que ces participants aient une sensibilisation à la dimension organisationnelle impliquée dans leurs interventions. De plus, il était également important à mes yeux que ceux qui travaillaient comme psychothérapeutes aient une ouverture à la dimension groupale : il est toujours souhaitable que les intervenants se familiarisent avec le travail en groupe puisque la psychothérapie de groupe est un complément souvent nécessaire à la psychothérapie individuelle. Par-dessus tout, mes contacts avec Elaine avaient mis en évidence plus que jamais la dimension systémique intrinsèque de la GT.

Elaine vint donc donner, dans le programme de formation du CCHA, des sessions sur les processus gestaltistes de groupe.

Étant une intégration des principes et des pratiques de la GT et de la dynamique de groupe, cette approche se préoccupe du développement de l'individu dans le groupe *simultanément* au processus de groupe en cours. Ces deux dimensions sont interactives en ce sens que les émotions et les comportements de l'individu varient suivant la dynamique du groupe à l'intérieur duquel il se trouve, et que, inversement, le groupe n'est pas qu'une collection d'individus: il offre un environnement psycho-social puissant qui affecte en retour les sentiments, les attitudes et les comportements des individus (Kepner, E., 1989, dans B. Feder et R. Ronall, Eds.).

Elle arrivait à Montréal avec son schéma théorique de base. Avant tout cependant, elle s'enquêrait de là où le groupe en était dans son histoire et ses caractéristiques. Nous construisions ensemble un plan adapté à ce groupe précis pour une session de cinq jours. Ce plan comprenait ses exposés théoriques sur les caractéristiques et l'évolution d'un processus groupal, ainsi que sur les lectures possibles à différents niveaux d'une manifestation quelconque dans un groupe. Les pratiques avaient pour but d'illustrer les types d'interventions souhaitables en fonction de l'évolution du groupe.

Cette insistance à adapter les stratégies d'intervention gestaltistes au milieu institutionnel répondait à un besoin de l'époque dont elle et le GIC se préoccupaient.

C'était il y a trente, trente-cinq ans, l'époque où l'expansion de la Gestalt en était encore à ses premiers pas et où la méthode du un-à-un dans un groupe se révélait fort peu appropriée pour les milieux institutionnels. Certains participants d'un groupe de croissance ou même de formation, ayant fait d'importantes découvertes personnelles, partaient répandre la bonne nouvelle un peu partout dans tous les milieux possibles. Ainsi, il s'était trouvé des cas où de jeunes néophytes, frais émulus d'une École de formation à la Gestalt, avaient invité des gérants de banque à taper dans des coussins à l'occasion d'une journée de ressourcement! La Gestalt risquait de devenir un épouvantail pour certaines personnes.

Dans cette formation aux processus de groupe, Elaine insistait beaucoup pour expliquer que l'intervention de groupe en milieu institutionnel n'est pas de la psychothérapie: ni de groupe, ni individuelle. Elle était consciente que de dire cela alors que l'on fait autre chose dans un groupe de formation n'est guère pédagogique. Dans ses interventions lors des sessions de thérapie, elle tendait à favoriser

des interventions de type groupal. Je retrouvais là une Elaine que j'avais rencontrée quelques années auparavant à Cleveland alors que son apport offrait encore une fois quelque chose de déstructurant pour les participants.

Suivant la meilleure tradition gestaltiste, nous construisions des mises en situation sur l'animation des groupes et des pratiques d'animation à partir de jeux de rôles. Les participants avaient à passer par l'épreuve du feu et de l'eau au cours de leurs pratiques, mais que de vitalité et de plaisir dans ces pratiques parfois excentriques ! Que d'apprentissages également malgré l'extravagance apparente de ces « groupes ». Un jour, les participants avaient choisi de prendre les rôles de patients d'une clinique externe de psychiatrie. Les pauvres « co-thérapeutes » ne pouvaient évidemment qu'être mis en échec par un « groupe » aussi chaotique. Les participants décidèrent alors de prendre plutôt les rôles d'une équipe de soignants, ceci, de façon à faciliter la tâche de leurs collègues qui avaient à les animer : ils prirent les rôles de psychiatre, infirmière, travailleur social, psychologue, etc... Comme résultat, ce fut le désastre ! En même temps, que de moments inoubliables !

Le grand apprentissage demeurait que ce fameux processus de groupe, malgré le chaos et contre toute apparence, prenait inéluctablement place, telle une force en soi qui avance et tend vers son but théorique ultime, c'est-à-dire la meilleure forme possible, sa complétude.

LA GESTALT D'ELAINE KEPNER

F.S. Perls avait opéré un ravissement certain chez ceux qui l'avaient rencontré à l'époque. Sa façon d'entrer en relation thérapeutique avec eux correspondait à une découverte cruciale pour la psychothérapie. E. Polster confie au *Gestalt Journal* qu'il avait rencontré un génie ; un vrai, dit-il, et en direct (Polster, E. & M., 1979, *The Gestalt Journal*, Spring).

Elaine Kepner était de cette mouvance. Pionnière à plus d'un titre, non seulement s'est-elle engagée sur les traces du grand innovateur, mais elle faisait en même temps un Doctorat en psychologie, ce qui n'était pas courant pour une femme des années 1950.

Après quelques années au Gestalt Institute de Cleveland cependant, son instinct explorateur la pousse vers la Californie. Elle quitte le GIC de même que son poste de professeur à l'Université, ne sachant pas si elle le retrouvera au retour. L'avant-garde psychologique et culturelle de San Francisco et de la Californie, qui forme la tête

chercheuse du mouvement du potentiel humain et de la contre-culture des années 1960 l'attire. Elaine se retrouve au milieu du mouvement féministe et du mouvement radical en psychothérapie.

Pendant, l'attrance pour le nouveau n'est qu'une première étape de son périple. Toujours, Elaine manifeste le souci d'intégrer le nouveau aux racines déjà solidement établies. Ce trait est manifeste dans ses écrits autant que dans ses allées et venues.

La psychologie féministe de l'époque s'inspire de l'approche de la thérapie radicale. La biologie n'est pas la destinée. Un ensemble de conditions sociales, économiques et politiques contribuent à fabriquer la psychologie des femmes. On parlera plutôt de la psychologie du dominé, théorie développée en psychologie sociale.

Pour Elaine Kepner, la psychothérapie est un système à frontières ouvertes. Le créateur d'une théorie psychothérapeutique s'inscrit dans une culture dont il ouvre les frontières. Il sert de pont entre la culture d'où il provient et les nouveaux horizons qu'il a découverts et où il amène les clients jusque-là enfermés à l'intérieur de leur système (introjections, projections, réflexions, etc...). Ainsi, la théorie freudienne répondait aux névroses d'une société où la sexualité était réprimée. Par ailleurs, la vision perlsienne de l'autonomie totale et absolue de l'individu ne correspond plus aux besoins d'une société qui se doit d'être écologique pour survivre. Elle ne répond surtout pas aux problèmes des femmes, écrit Elaine, qui ont besoin de se relier pour vivre en harmonie avec elles-mêmes et avec leur environnement. Elaine propose un nouveau schéma de développement qu'elle applique à la psychologie des femmes. Il s'agit d'un modèle qui permet de préciser le niveau de conscience du processus d'identité chez elles. (Kepner, E., 1978. *Psychotherapy: A Socio-Cultural Influence Process*. Staten Islands, NY Association for the Philosophy of Sciences, Psychotherapy and Ethics inc.).

L'INFLUENCE D'ELAINE KEPNER SUR L'ÉVOLUTION DE LA GESTALT

Elaine Kepner est probablement la première gestaltiste à avoir exposé et développé aussi clairement la dimension systémique intrinsèque à la Gestalt en même temps que l'intégration avec les principes de la dynamique de groupe et de la psychologie sociale. Pour elle, le lien organisme/environnement n'était pas qu'un principe: ce qui se passait chez un individu était *toujours* lu en fonction du champ dans lequel cet individu opérait à ce moment précis. Elle fut ainsi une précurseur des nouvelles théories sur le développement du soi,

théories qui, en remettant de l'avant le principe de base du lien organisme/environnement, se relie à la dimension de l'intersubjectivité. Cette perspective est maintenant reprise dans des écrits comme ceux de Wheeler (1991) et de Yontef (1993).

Cela veut dire qu'elle a eu également une influence importante sur mon intégration de la Gestalt. Quand je l'ai invitée à venir enseigner dans le programme de formation à la Gestalt offert au CCHA, je souhaitais par ce moyen assurer une importante qualité à l'enseignement qui y était donné. Elle et quelques autres (Loïs Meredith, Joseph Zinker) ont contribué à cette qualité; ils m'ont également beaucoup enrichie.

Après avoir travaillé avec Elaine Kepner, j'ai trouvé indispensable d'aller prendre une formation en thérapie familiale. La fonction systémique des symptômes des clients, la lecture de ceux-ci à partir champ psychologique où ils s'étaient développés, tout cela me semblait incontournable.

Au cours de toutes ces années, notre relation s'est développée avec un plaisir évident de part et d'autre.

UNE EMPREINTE PERSONNELLE

Durant les pauses, et lors de longues marches entre les sessions, nous aimions échanger nos idées sur la Gestalt, sur la psychologie en général, sur celle des femmes en particulier, sur la vie, sur nos vies, sur les problèmes politiques de l'heure. Je garde de toutes ces années, celles de Belgique, France, Montréal, New York, Cleveland, Cape Cod, un très heureux souvenir. Trait typique de ses intérêts diversifiés, elle m'a offert un jour mon premier jeu de cartes de Tarot en même temps qu'un livre sur les femmes à la direction d'entreprises. Plus âgée que moi, ayant plus d'expérience et de connaissances, non seulement elle m'écoutait avec intérêt et enthousiasme, mais en plus, elle était un éclairer, m'ouvrait des horizons nouveaux à plusieurs niveaux.

À l'exception de la dernière année pendant laquelle elle était trop malade, Elaine a continué de m'envoyer ses écrits, de me parler de ses dernières idées ou encore, de m'expédier des textes écrits par d'autres dans un désir évident d'échanges, toujours.

À LA DÉCOUVERTE CONSTANTE DE MONDES NOUVEAUX

On dit que les gens meurent comme ils ont vécu. Il est difficile de trouver plus claire illustration de cet énoncé que dans la fin d'Elaine Kepner.

Toujours à la recherche d'horizons à explorer, elle avançait régulièrement de nouveaux propos sur les théories qu'elle avait elle-même autrefois préconisées. Allergique à tout réductionnisme, elle était devenue très critique de ceux qui s'enfermaient à l'intérieur de la Gestalt qu'elle considérait comme rudimentaire. Elle se retournait, entre autres, vers les nouvelles perspectives que la neuro-psychologie, ou les théories sur le développement du langage offraient, ceci, dans le but d'étayer la théorie gestaltiste. Par ses investigations du côté des théories sur les états de conscience, elle était à la recherche d'une méta-théorie qui relierait la Gestalt à de plus grands ensembles. Inlassablement en somme, le démon de la créativité la poursuivait !

La dernière nuit de sa vie ne fait pas exception. On raconte qu'elle s'est réveillée et a dit à l'infirmière qui l'accompagnait que l'on ne devrait pas s'inquiéter pour elle, qu'elle avait tout organisé et que tout irait bien. Puis, avec une voix plutôt joyeuse, elle s'est mise à dialoguer avec des personnages qu'elle était seule à voir et à entendre. Il semble que ces personnages l'invitaient à participer à une danse ou à une fête. Elaine s'est ensuite éteinte tout simplement. Elle est partie comme elle a vécu : soucieuse des autres et enthousiaste à l'idée d'avoir enfin accès à ces mondes nouveaux qu'elle avait déjà entrevus et qui l'avaient toujours fascinée.

CE QU'ELLE LAISSE DERRIÈRE ELLE

La nuit qui a suivi l'annonce de son décès, j'ai rêvé qu'elle était morte, mais qu'elle était vivante en même temps. Je crois que c'est ce qu'elle demeure pour moi : une personne vivante dont je peux encore entendre la voix cristalline, dont l'immense générosité m'habite encore et que je me trouve privilégiée d'avoir eue comme mentor, collègue et amie très fidèle. Notre collaboration, professionnelle à l'origine, s'est transformée en une complicité, une amitié qui m'ont été d'un précieux soutien tant personnel que professionnel.

Elaine parle des trois principaux hommes qui ont marqué sa vie professionnelle : son père, l'Amiral Byrd et F.S. Perls. À l'époque où elle a vécu, les modèles féminins de développement de carrière n'existaient guère. On doit lui reconnaître le mérite et l'originalité d'avoir su transformer au féminin ces modèles masculins. Elle l'a fait avec le soutien psychologique et financier de sa mère qui l'a aidée à payer ses études de Doctorat. Cette générosité dont elle dit avoir bénéficié, elle l'a à son tour amplement distribuée, et j'en fus une des héritières.

Elaine Kepner a eu trois enfants:

- Allen Kepner, psychologue qui vit et travaille en Californie ;
- Judy Maistrellis, avocate, qui vit et travaille à Annapolis ;
- James Kepner, psychologue, de Cleveland. Membre du GIC inc.; il a publié deux livres :

Body Process: A Gestalt Approach to Working with the Body in Psychotherapy (1987). Gestalt Institute of Cleveland Press, New York, Londres.

Healing Tasks: Psychotherapy with Adult Survivors of Childhood Abuse (1995). Jossey-Bass Publishers. San Francisco.

James a travaillé au CCHA durant quelques années (1979, 1980, 1981). Il y donnait des sessions sur la dimension corporelle en GT.

Bibliographie de quelques écrits d'Elaine Kepner

Elaine a beaucoup écrit. Ceux qui l'ont connue savent qu'elle écrivait sans cesse. Malheureusement, peu de ses écrits sont, à cette date, accessibles dans des publications. Ils se présentent la plupart du temps sous forme de manuscrits, de conférences, de cours qu'elle donnait ici et là, d'essais qu'elle fignolait sans cesse sur une théorie renouvelée de la Gestalt.

Tout comme pour Laura Perls, il faudra quelqu'un un jour pour éditer les plus importants de ces écrits.

En voici cependant une liste partielle :

KEPNER, E., et al. (1970). *Community, Creativity, Collaboration: a New Training Model in Mental Health*. Case Western Reserve University, Cleveland.

KEPNER, E. (1978). *Psychothepapy: A Social-Cultural Process*. Staton Islands, N.Y. Association for the Philosophy of Sciences, Psychotherapy and Ethics inc.

KEPNER, E., (1980) *Gestalt Group Process*. Bud Feder et Ruth Ronall (Eds.) *Beyond the Hot Seat*, New York, Brunner and Mazel.

KEPNER, E. (1989). Revisioning and Rebounding Gestalt Theory: Toward the Development of a New Theory Base. *Gestalt International Study Seminar*, Wellfleet House, August, 16-20.

KEPNER, E., (1998). Le processus gestaltiste de groupe. (Traduction de Janine Corbeil). *Cahiers de Gestalt Thérapie*, 4, 7-33.

KEPNER, E, et DAY, J.R. (1998). Psychologists Transtioning to an Organizational Context: A Gestalt Approach. *The Ohio Psychologist*, Mars, Ohio, U.S.A.

À l'encontre du stress, de la fatigue et de l'épuisement, une vie pleinement saine !

Danielle POUPARD

RÉSUMÉ

Le monde de travail contemporain, ses innombrables contraintes ainsi que les changements incessants qu'il entraîne pose des défis de taille à ceux et celles qui y œuvrent. Ceci contribue à la montée constante dans leurs rangs du stress, de la surcharge et des arrêts de travail dus à l'épuisement. Tout au long de sa pratique, l'auteur s'est intéressée à cette thématique et à sa polarité, une vie saine et créatrice. Elle exprime dans cet article sa vision et son expérience professionnelle des indicateurs du stress, de la surcharge et de l'épuisement et des réactions diverses qu'ils engendrent chez les individus. Elle partage ensuite sa perspective holistique et ses modes d'intervention fondés sur la thérapie Gestalt auprès de ses clients, sans oublier de s'adresser également aux intervenants eux-mêmes.

INTRODUCTION

L'idée d'écrire cet article est venue de la suggestion de collègues suite à l'atelier que j'avais animé au colloque de notre association en septembre 2002 sur ce thème. En clin d'œil à la fable de La Fontaine, je m'étais amusée à formuler : « Un mal qui répand la terreur, mal que le ciel en sa fureur inventa pour punir les crimes de la terre, le **stress**, puisqu'il faut l'appeler par son nom faisait aux **humains** la guerre. Ils n'en mourraient pas tous, mais tous étaient frappés ». L'actualité de ce thème ou de ce mal du siècle, en Occident à tout le moins, ne fait pas l'ombre d'un doute.

Bien qu'on nous ait fait miroiter une société du loisir dans laquelle nous vivrions libres et heureux en ce millénaire, cela ne s'est pas encore manifesté jusqu'à maintenant, bien au contraire. Le monde que nous connaissons est celui du travail précaire, des mises en disponibilité, de coupures de postes assorties de surcharge pour ceux et celles qui demeurent en emploi.

De plus, l'avènement de l'ordinateur, du télécopieur et de l'internet, bien qu'il ait augmenté la rapidité des communications, a paradoxalement doublé les tâches de ceux et celles qui doivent assurer cette plus grande circulation d'informations de tous ordres. Force est de se rendre compte que les conditions de travail se sont détériorées et ce en dépit des connaissances et du volume d'expériences que nous avons accumulés durant la deuxième moitié du vingtième siècle.

Que les lecteurs se rassurent, je n'ai pas l'intention de faire de cet article un essai sociologique sur les changements sociaux, ou sur le sens du travail dans *nos sociétés modernes que régit la mondialisation*, bien que ces phénomènes ne soient pas sans avoir leur part de responsabilité dans l'accroissement des éléments stressseurs qui nous environnent. Il n'est pas possible par ailleurs de faire abstraction des organisations sociales dans lesquelles nous et nos clients évoluons pour le travail, les déplacements et la satisfaction de nos besoins tant de consommation que de relations. C'est d'ailleurs souvent au confluent du monde personnel et du monde social – dans les relations qui leur sont inhérentes – qu'une bonne partie de notre stress trouve sa source (notre joie de vivre également d'ailleurs).

Je désire plus simplement partager ce que j'ai acquis de connaissances et d'expériences à partir de ma pratique et des cheminements que mes clients épuisés ou surmenés ont parcourus avec mon accompagnement. La qualité holistique de la Gestalt thérapie est pour moi fondamentale et la prégnance du rapport corps-esprit qu'Elaine Kepner, entre autres, m'a enseignée lors de ma formation à Cleveland se manifeste constamment dans l'intervention auprès de victimes du stress et de l'épuisement. Heureusement, ces *victimes*, j'en ai la conviction et la preuve, peuvent reprendre la maîtrise de leur vie et en améliorer la qualité.

Les thèmes que j'aborde ici font l'objet de recherches en plusieurs domaines comme l'ergonomie, la psychologie ou la médecine du travail¹; ils suscitent par ailleurs une foule d'articles de magazines et de petits guides qui offrent une abondance de conseils anti-stress. Je ne prétends donc pas innover totalement ou réinventer la roue; j'espère tout au plus que mes réflexions servent de rappel et peut-être de réveil pour ramener à votre attention l'importance pour vous-mêmes et pour vos clients de prendre en charge la qualité de votre vie et de la leur afin d'en tirer joie et plaisir.

1. Voir Neboit, M. et Vézina, M. *Stress au travail et santé psychique* ainsi que Foucher, R., Savoie, A. et Brunet, L. *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail*.

Les recherches ont amplement démontré que les intervenants de la relation d'aide, dont la majorité de nous faisons partie, constituent des candidats de choix à la fatigue et à l'épuisement. Notre désir de prendre soin et de réparer peut nous conduire à nous surcharger émotionnellement et physiquement au point de vivre de la démotivation, du désenchantement et de l'essoufflement si ce n'est carrément la nécessité de prendre un temps d'arrêt. Je traiterai donc, entre autres, des risques de notre métier et particulièrement des moyens de prévention et des antidotes dont nous disposons pour le vivre avec plaisir et non pas en ployant sous le poids et la lourdeur qu'il peut comporter.

Trois thèmes sont traités successivement dans cet écrit: le stress proprement dit, la qualité de vie et l'épuisement.

Je préfère parler de qualité de vie que de gestion du stress (on gère tout de nos jours!); selon la Gestalt, c'est la responsabilité de chacun d'entre nous, intervenant et/ou client de prendre soin de sa vie et d'en améliorer la qualité. À l'assaut du premier thème, celui du stress et de ses avatars.

1. LE STRESS

Quelques mots de définition et de précision

Si l'on s'amusait à le répertorier, on s'apercevrait que **stress** est un des mots les plus employés dans les conversations quotidiennes qu'il nous est donné d'entendre autant au travail que dans nos activités sociales. « Cela m'a stressé-e, mon patron me stresse; ces réunions sont stressantes ».

Le premier à avoir utilisé le mot stress est un neurologue qui a travaillé pendant des années dans son laboratoire de l'Université de Montréal, Hans Selye. Le chercheur de réputation internationale désigne sous ce vocable un syndrome général d'adaptation, c'est-à-dire les manifestations réactionnelles d'un agent agressif sur l'organisme. Il y a des événements et des situations porteurs de stress (les stresseurs) d'une part, et d'autre part, la pression engendrée dans l'organisme qui génère une tension (astreinte). On trouve dans le volume de Bourque et Lelord la définition suivante:

... le stress est un formidable processus autant biologique que psychologique, permettant à l'individu de mobiliser au maximum ses capacités d'adaptation, chaque fois que dans son environnement apparaissent une contrainte, une menace, un danger, une nouveauté ou une incertitude.... On comprend donc bien que le principe de la gestion du stress est d'aider les individus à mieux maîtriser ce

processus pour qu'il reste dans les limites acceptables, c'est-à-dire là où peuvent coexister performance et bien-être (1999, p. 102).

En fait, toute situation crée en nous un certain degré d'activation, de mobilisation. Dans certains cas, elle constitue une stimulation, un défi source de plaisir ; d'autres événements sont plus difficiles à affronter et suscitent de l'anxiété, voire de la souffrance, particulièrement si on ne peut les conjurer ou les éviter mais uniquement les subir.

Les capacités d'adaptation de l'être humain sont assez grandes et parfois même étonnantes. Cependant, le niveau de stress peut augmenter imperceptiblement, car si chaque événement peut se gérer facilement s'il est considéré de façon isolée, leur incidence individuelle s'additionne et graduellement en arrive à dépasser notre seuil de tolérance. Ce niveau de stress produit alors une surcharge qui se manifeste de différentes façons selon les personnes.

Les signaux indicateurs d'un excès de stress, d'un danger de surcharge.

Il y a un large répertoire de signaux indicateurs de stress, chaque personne ayant ses favoris, si l'on peut dire. Les énumérer n'a pas autant d'importance que d'y être vigilants, une fois qu'on ait identifiés leur manifestation.

Au **plan physique**, quels sont les symptômes fréquemment rencontrés ? Allons-y de la tête aux pieds, tout simplement.

Commençons par les maux de tête, migraines, étourdissements, yeux fatigués, sinusites, maux d'oreilles, dents serrées, grincements de dents la nuit, tension dans la tête, serrements dans le cou, bourdonnements d'oreilles, otites...

Viennent ensuite les difficultés respiratoires, les rhumes à répétition, bronchites, les crises d'asthme en rafale. Le système digestif écope aussi de sa part de problèmes, tels maux de cœur, indigestions, colon irritable, et autres problèmes intestinaux. Et ainsi de suite, sans oublier les tensions musculaires ressenties particulièrement dans le cou, les mâchoires, les yeux, les épaules, le dos, les jambes...

Si on prend le temps de l'écouter, le corps (celui de nos clients et le nôtre) est d'une éloquence impressionnante. Il tente d'attirer notre attention par des malaises répétés ou récurrents. Et, pas de langue de bois dans son cas ; le style est clair. Quelques exemples : j'en ai plein le dos ; je me casse la tête ; cela me donne des boutons, ou de l'urticaire, ça m'a coupé le souffle, je ne peux le voir, je me sens à côté de mes souliers...

Le **système nerveux surchargé** donne également des signaux d'alarme. Migraines, tensions en divers lieux du corps, distractions, oublis (de clés, de dossiers, de rendez-vous), baisse de la concentration, difficultés de sommeil, accès de panique, tendance à surcharger ses horaires sans temps de battement, ambivalence et indécision, accélération de la cadence : parler vite, marcher vite, petits accrochages en voiture figurent parmi ceux-ci.

Certaines **manifestations émotives** témoignent du trop-plein que nous supportons tant bien que mal. Elles indiquent que nos seuils ou nos limites sont atteints et même dépassés. C'est le cas des crises de larmes, de certaines manifestations démesurées d'impatience et d'irritabilité, des sorties colériques, de peurs incontrôlables devant des situations nouvelles, de la panique, de l'anxiété toujours présente qui ouvre la porte à l'angoisse et peut donner lieu à la détresse. La récurrence d'idées noires et de pensées négatives indique que notre seuil de résistance est en baisse...

Pour nous, les *intervenants en relation d'aide*, les signaux énumérés plus haut sont assurément des manifestations connues. Certains indicateurs se retrouvent plus fréquemment dans le contexte de ces professions qui sont confrontées à des problématiques et à des situations de vie difficiles auxquelles il n'est pas aisé de trouver des issues porteuses d'un meilleur équilibre.

En début de carrière, le désir d'aider et le dévouement nous conduisent à ne pas nous préoccuper suffisamment de nos propres limites d'une part et des frontières intervenant-client de l'autre. Par exemple, on accepte d'allonger les journées et surtout les soirées pour ne pas perdre de clients potentiels. Il est tentant de passer de l'aide à la prise en charge, surtout face à des personnes démunies ou dépendantes ou encore qui sont accablées par des situations de vie intenable. Dans un article écrit il y a déjà 25 ans simplement intitulé, *La Gestalt*, j'écrivais :

Le bon thérapeute est comme un entraîneur. Il donne le support suffisant et nécessaire pour que la personne prenne conscience d'elle-même, pour qu'elle essaie de changer, de croître. Il frustre aussi en invitant le client à sortir de ses vieilles routines, pénibles à quitter. (1978, p. 76).

Le désir de manifester nos capacités et notre compétence entre également en ligne de compte. Les enjeux émotifs auxquels nous sommes confrontés ou dont nous sommes témoins causent par ailleurs leur lot d'inquiétudes et de remises en question.

Plusieurs cliniciens et cliniciennes en pratique privée ont, en plus de leurs activités professionnelles, à s'occuper de l'organisation et de

l'administration de leur bureau, fonctions souvent nouvelles pour eux. La rémunération par honoraires plutôt que par le biais d'un salaire régulier n'est pas sans créer son lot d'inquiétudes au moment d'une baisse de clientèle ou encore des vacances d'été. À ne pas oublier l'isolement que peut ressentir l'intervenant et cela en dépit de la qualité intime des relations qu'il établit avec ses clients. Les lecteurs pourront ajouter leurs propres signes indicateurs à ce répertoire.

Ce survol des signaux d'ordre physique, nerveux et émotif de l'augmentation de stress a pour but de rendre mes lecteurs davantage conscients de leur présence dans la vie de leurs clients. Cette prise de conscience est selon moi l'étape préalable à toute démarche de retour à un meilleur équilibre.

RÉACTIONS DIVERSES À LA PRESSION ET AU SURMENAGE

Les façons de réagir à l'excès de stress sont presque aussi uniques que les êtres humains ne le sont. Elles se manifestent dans tous les systèmes de l'unité corps-esprit, entre autres par des excès de nourriture, d'alcool, de café ou de tabac (ou de substance qui se fume), des difficultés de sommeil ou de l'insomnie, de la fébrilité et un manque de concentration, des pensées ou des craintes que l'on rumine constamment, des mains moites ou tremblantes. On peut également remarquer une perte d'appétit, de la difficulté à se lever le matin, de l'irritabilité et de la colère mal dirigée, des problèmes d'estomac ou d'intestin, de la faiblesse, des étourdissements, une respiration plus courte et assortie de fréquents soupirs, des maux de tête (les migraines en particulier) et bien sûr l'expérience d'une baisse d'énergie et de la fatigue excessive ou persistante.

Une cliente observait qu'elle frôlait le surmenage lorsqu'elle se mettait à augmenter la cadence, le rythme de ses activités, un peu comme si elle allait à la cinquième voire à la dixième vitesse! Une fois consciente de cette accélération, elle pouvait alors rétrograder et revenir graduellement à une vitesse plus appropriée, la troisième par exemple.

Types A et types B

Un autre comportement adopté par les hyper-stressés (un peu comme la cliente de la 10^e vitesse) est de tenter de faire plus de choses ou d'activités en moins de temps, en plus, pour certains, d'avoir plus de mal à s'arrêter ou à ralentir. Le temps est précieux, diront-ils, pas une minute à perdre! En fait, leur rythme ressemble à celui d'un mécanisme qui s'est emballé. C'est le cas de ceux que l'on nomme

les types A, connus pour être des candidats de choix pour l'avènement d'une crise cardiaque ou une thrombose de l'artère coronaire. Comme l'explique Dennis Jaffe² ce sont les cardiologues Meyer Friedman et Ray Rosenman qui les premiers identifièrent ce type de personnalité ainsi que le type B, son opposé.

Le surmenage nerveux et les impératifs de temps permanents maintiennent les individus de type A dans un état d'éveil psychophysiologique constant. Ils essaient de faire plusieurs choses à la fois, vivant par leur montre et leur calendrier.

Ceci provoque une tension musculaire, particulièrement autour du visage, une agitation nerveuse, une élocution rapide et des doigts qui pianotent. Ils mangent et marchent rapidement, trouvant difficile de rester assis à ne rien faire. Leur esprit n'est jamais dans le présent mais toujours préoccupé par la tâche à venir...

Que ces individus l'admettent ou non, il est évident qu'une colère et une hostilité considérables se cachent derrière le comportement de type A. Ils sont souvent irrités et frustrés par l'attente, l'inattendu et par le travail imparfait des autres.

Ils jouent toujours pour gagner et se méfient des motivations de ceux qui les entourent. (Jaffe, 1981, p. 130).

L'individu qui correspond au type B est, par contre, plus réaliste dans sa perception du temps. Il est plus calme et davantage capable de se détendre, de profiter de la vie et du contact avec les autres. Il est un bon membre d'équipe, capable de prendre plaisir à l'activité ou au loisir dans lequel il est inscrit.

Jaffe ajoute que non seulement le schéma B est plus sain mais qu'en outre, un plus grand nombre de personnes dont les caractéristiques personnelles y correspondent, accèdent à des positions élevées. Il semblerait que les A, à cause de leur manque de souplesse et leur incapacité à bien travailler avec les autres, stagnent au niveau moyen. La plupart d'entre nous nous situons entre les A et les B, pouvant glisser plus près du comportement de type A si la pression interne ou externe augmente ou revenir aux caractéristiques du type B après une période d'accalmie ou de transformations de son style de vie.

Le D^r Bensabat parle également d'un type C, qu'il décrit comme introverti et obsessionnel, qui intériorise sa réaction au stress. Selon lui,

[I]ls seraient plus prédisposés à la dépression nerveuse, aux rhumatismes, aux infections à l'allergie et peut-être même au cancer en liaison avec une baisse plus importante des défenses immunitaires. (Bensabat, 1980, p.62)

2. Voir *La guérison est en soi* de Dennis Jaffe pp.129-133 et *Stress* du D^r Soly Bensabat avec la collaboration du P^r Hans Selye pp. 61-63.

Plusieurs affections dont les appellations se terminent en *ite*: dermatite, sinusite, laryngite, bronchite, otite se présentent et souvent à répétition; elles peuvent exprimer la réaction de notre unité corps-esprit face à l'assaut d'un nombre important de situations et/ou d'éléments chroniques porteurs de stress.

La liste pourrait s'allonger pour inclure le fruit de vos propres observations et celles de vos clients. À mon avis, son intérêt consiste à nous mettre et à notre suite nos clients, sur la piste d'un excès de tension ou du surmenage avant qu'ils aient pu faire d'irrémediables ravages. Il est alors temps de mettre l'accent sur des actions qui favorisent la diminution du niveau de tension et de stress et ensuite de s'occuper du maintien de sa qualité de vie (en fait celle de son unité corps-esprit).

Situations et événements porteurs de stress dans la vie personnelle et de travail

Chaque individu perçoit la présence d'une situation de façon personnelle, ainsi un changement ou une activité imprévu en stimulera un alors que cela sera perçu par un autre comme une contrariété. Cependant, certains événements qui surviennent dans notre vie personnelle d'une part, et dans notre vie de travail de l'autre, sont reconnus pour être porteurs de stress (et par conséquent d'une demande égale d'adaptation). Des recherches ont permis d'élaborer des échelles d'événements stressants. Certaines conditions chroniques rencontrées dans notre travail ou dans notre vie personnelle contribuent également à l'augmentation du niveau de stress que nous éprouvons jour après jour.

Il est intéressant et instructif d'inventorier les situations vécues par une personne dans le cours d'une période de sa vie récente, la dernière année par exemple. Le résultat numérique permet de quantifier le niveau de stress ressenti par l'organisme et de le situer sur une échelle percentile. On s'apercevra alors du niveau de risque encouru d'éprouver des difficultés, des problèmes de santé, de surcharge ou de connaître un épuisement. À titre d'exemple, j'ai reproduit l'inventaire ci-dessous qui répertorie les événements porteurs de stress au plan de la vie personnelle.

CHANGEMENTS DANS LA VIE PERSONNELLE

L'inventaire qui suit est basé sur les épisodes ou les événements reliés à la vie personnelle des gens qui stimulent des réactions de stress. Pour chacun des événements que vous avez vécus durant les 12 derniers

mois, écrivez le score d'ajustement dans la colonne **OUI**. Puis considérez si chaque événement qui vous est arrivé a eu sur vous un grand impact (par exemple, vous a pris par surprise ou vous a laissé sous le choc et incertain du geste à poser). Pour chaque événement que vous jugez avoir eu un grand impact dans votre expérience de stress, écrivez également le score d'ajustement de cet événement dans la colonne **GRAND IMPACT**.

Événement	Score d'ajustement	Oui	Grand impact
1. Mort du conjoint (e)	86		
2. Divorce/bris de la famille	77		
3. Séjour en prison, condamnation	75		
4. Séparation conjugale	70		
5. Grossesse non désirée	70		
6. Mort d'un membre de la famille	69		
7. Mise à pied ou chômage	68		
8. Tentative de suicide d'un membre de la famille proche	66		
9. Endettement au-delà de ses moyens de rembourser	66		
10. Alcoolisme chez un membre de la famille proche	65		
11. Fausse-couche	65		
12. Maladie ou blessure nécessitant une hospitalisation	65		
13. Avortement	63		
14. Emprisonnement d'un membre de la famille proche	61		
15. Nouveau problème relié à l'usage d'alcool ou de drogues	59		
16. Sérieuse maladie chez un membre de la famille immédiate	59		
17. Difficultés sexuelles	57		
18. Mort d'un(e) ami(e) proche	55		
19. Augmentation soudaine du nombre de chicanes avec le conjoint	55		
20. Période sans chez-soi	51		

Événement	Score d'ajustement	Oui	Grand impact
21. Se séparer d'une personne importante	51		
22. Mariage	50		
23. Diminution importante de la vie sociale	49		
24. Grossesse (ou celle de la conjointe)	49		
25. Problème avec les enfants	49		
26. Début d'un mauvais état de santé prolongé	48		
27. Nouvel emploi dans un nouveau domaine de travail	46		
28. Départ de la maison d'un des enfants	44		
29. Augmentation soudaine des chicanes dans la famille	43		
30. Addition d'un membre de la famille proche	43		
31. Achat de sa propre maison; emprunt	40		
32. Déménagement dans une nouvelle maison	40		
33. Participation à une bataille physique	38		
34. Le conjoint a commencé ou cessé le travail	34		
35. Infraction mineure à la loi	34		
36. Nouvel emploi dans la même ligne de travail	31		
37. Changements d'horaires ou de conditions du présent emploi	31		
38. Aller à l'extérieur pour des vacances	27		
39. Querelles avec les voisins	26		
40. Relations amicales avec de nouveaux voisins	18		
	Score Total		Score grand impact

Percentile	Score total	Score grand impact
10	37	8
20	64	11
30	93	14
40	120	40
50	142	50
60	170	58
70	206	83
80	254	120
90	327	209

Si votre score est au-dessus du 50^e percentile, il est conseillé de prendre le temps de vous ajuster aux expériences de changement, surtout celles qui ont eu un grand impact, avant d'entreprendre de nouvelles.

Adapté d'un instrument développé par R. Cochrane et A. Robertson. "The Life Events Inventory: A measure of the relative severity of psycho-social stressors", *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 1973, pp. 135-139.

Des outils de ce genre permettent de devenir plus alertes à nos seuils de tolérance et à nos capacités de supporter les charges de tension et d'émotions.

Il existe également un inventaire des *changements au travail* conçu particulièrement en fonction de travailleurs et de gestionnaires en butte à des changements organisationnels. Je n'ai pas repéré d'outil conçu pour les *travailleurs autonomes* que sont la majorité d'entre nous. L'enquête faite par Carl Goldberg³ auprès de 52 psychothérapeutes d'expérience (33 psychologues, 15 psychiatres, 4 travailleurs sociaux) offre l'intérêt d'avoir rapporté par ordre d'importance les dilemmes et les préoccupations qu'ils ont rencontrés dans leurs années de pratique. Qu'il s'agisse de changements porteurs de stress ou d'éventuelles sources d'anxiété et de malaise. Voici les six premiers éléments de préoccupation qui ont été rapportés par les thérapeutes interrogés: les problèmes financiers et les conditions de travail, le stress clinique du travail avec les patients, les politiques professionnelles et les questions légales, le contre-transfert, les thématiques morales et éthiques, les limites théoriques de la formation. Il s'agit de sources d'inquiétude qui sont parfois temporaires mais qui peuvent devenir permanentes et d'autant plus lourdes.

3. Voir Goldberg, C. 1992 *The seasoned psychotherapist: Triumph over adversity*. New-York, Norton and Company.

Les chercheurs ont d'autre part identifié des *conditions chroniques de stress* que l'on peut retrouver au travail. Ce sont des pressions quotidiennes telles que : une abondance de travail à accomplir en trop peu de temps ou le contraire, des conflits entre unités ou équipes de travail, un manque de soutien de la part des collègues de travail, des commentaires donnés seulement quand le résultat est insatisfaisant, un manque de clarté des standards et des responsabilités, et ainsi de suite...

La vie personnelle recèle aussi sa part de conditions stressantes telles que le bruit, la pollution, la loi et l'ordre dans la société, la possibilité ou la déclaration d'une guerre (d'une brûlante actualité), des préoccupations économiques.... Ces conditions chroniques font également l'objet d'inventaires susceptibles de rendre les répondants plus éveillés à ce qui contribue à augmenter le degré de pression qu'ils ressentent. Éliminer complètement ces conditions est irréaliste ; il est cependant en notre pouvoir de les maintenir à tout le moins à un niveau acceptable.

2. MAINTENIR SA QUALITÉ DE VIE OU LA RETROUVER : UNE VIE PLEINE ET SAINE

Après avoir visité la galerie **des dangers** constituée de tous ces signaux avertisseurs d'un excès de stress et des réactions qui leur sont assorties, nous débouchons sur un lieu plus verdoyant, le jardin-sanctuaire de la vie à soi, une vie en santé où il y a équilibre entre le faire et l'être. Il n'y a pas que métro, boulot, obligations familiales, dodo et quelques petites folies ici et là pour passer à travers, qui composent le menu de ce mode de vie *détendu*. C'est plutôt une façon d'être où l'on est centré à l'intérieur de soi et en contact avec les autres et l'environnement naturel qui nous entoure. On pourrait dire que l'énergie circule en nous de façon aisée ou encore que nos cycles de formation et de destructions de gestalts sont fluides, alternant entre le pré-contact, le contact, l'action et le retrait.

Cette dernière phase du *retrait, de la pause ou du repos* est, je me permets de le souligner, d'une importance cruciale, même si c'est souvent celle que l'on escamote. L'énergie humaine, quoique renouvelable n'est pas illimitée (contrairement à ce que certains d'entre nous semblent penser).

Dans *The anxiety and phobia workbook* (2000, p. 90), au chapitre qui traite de relaxation, il est question de *downtime*, que je traduirais par temps libre ou temps de répit. C'est une sorte d'espace-temps ouvert pour assimiler ce qui a été vécu, se reposer et renouveler son énergie. L'auteur identifie trois formes de ces temps libres : le repos, la récréa-

tion (au sens double de loisir et de re-création) et le temps consacré aux relations. D'ailleurs, une des recommandations que je fais à mes clients stressés à l'excès qui commencent l'apprentissage d'une meilleure qualité de vie est la suivante, celle d'*alterner l'activité et le repos!* Cette suggestion vaut aussi bien pour de courtes périodes que pour des segments de demi-journées ou encore de semaines ou de trimestres. Les pauses sont essentielles un peu partout dans nos vies et nous permettent de reprendre notre souffle – entre deux clients, après un long moment de concentration, entre deux respirations, entre deux réunions, entre deux saisons (une longue fin de semaine par exemple). Les vacances constituent une forme de pause ou de retrait essentielle au ressourcement de chacun de nous. Enfiler les étapes de travail sans ce nécessaire répit n'est pas faire preuve de sagesse mais d'un mépris pour nos constitutions d'humains. Ceci nous rapproche de la nécessité d'être à l'écoute de nos besoins et de leur porter attention. Nous savons par notre expérience de gestaltistes que c'est le fait d'habiter et de sentir notre corps et ses messages qui est la cheville ouvrière de ce *processus de prise en charge* de notre être et de sa santé. Nous sommes effectivement responsables en large part de la qualité et de la santé de notre vie et cela en dépit des avatars du bagage génétique dont nous avons hérité et des risques reliés à l'environnement dans lequel nous vivons. Il incombe à chacun d'entre nous de se donner un style de vie qui lui convienne, corps, âme et esprit. Nous aidons nos clients à s'approprier davantage de leur vie et à devenir responsables d'eux-mêmes. Les éléments principaux de cette *prise en charge de soi* et de sa santé sont les suivants :

Exercice et/ou activité physique

En 2000, la majorité des travailleurs sont sédentaires et assis derrière un bureau ou devant un écran d'ordinateur et font des activités qui mobilisent d'abord leurs capacités intellectuelles. Il est donc indispensable de mettre à son agenda des périodes où le corps est en mouvement et s'active.

À cette rubrique figurent les sports individuels ou d'équipe, ballon-volant, ski, planche à ski ou à voile, tennis, le vélo, les activités aérobiques, les arts martiaux ; le choix est vaste et chacun peut y trouver son compte. Les randonnées en nature constituent un moment d'accalmie et d'oxygénation incomparable.

Nutrition

Il s'agit tout d'abord de se donner de bonnes *habitudes alimentaires*, de manger des aliments de qualité, dont la préparation et la cuisson

sont soignées. Il m'arrive fréquemment de demander à mes clients s'ils prennent le temps de manger trois repas par jour. Je me souviens d'une infirmière qui m'avait avoué que l'heure du dîner était un moment plus tranquille et qu'elle pouvait pendant ce moment faire ses tâches plus tranquillement ! Sa tendance à l'anorexie était alors apparue au grand jour. À l'occasion, on peut ne pas s'arrêter longtemps pour le repas mais s'assurer d'avoir mangé de façon équilibrée est un impératif presque absolu. Même un ordinateur ou une machine ont besoin d'alimentation pour fonctionner ! Le fait de sortir du lieu de travail à l'heure du lunch et de mettre le nez à l'extérieur pour une courte promenade permettent à l'organisme de se réoxygéner et de respirer autre chose que l'air recyclé de la plupart des espaces de travail.

Les vitamines et les suppléments minéraux, quoique présents dans une alimentation saine, deviennent utiles dans des moments où les ressources physiques et psychiques sont mises à plus forte contribution.

Certains aliments sont connus pour leur effet excitant comme les breuvages contenant de la caféine (colas, café, thé) ; à cela s'ajoutent le sucre, le chocolat, les boissons gazeuses, les fritures et les charcuteries. Dans un article portant sur le stress et l'alimentation, on peut lire :

Le corps a besoin d'un surcroît d'énergie pour digérer les nourritures qui l'embarrassent ; ce problème disparaît quand on mange bien. Le travail supplémentaire exigé de l'appareil digestif peut se traduire par de l'agressivité, un mauvais sommeil, de l'inconfort, de mauvaises dispositions pour faire de l'exercice, autant d'états qui n'aident en rien ceux que le stress malmène déjà. (Revue Santé, septembre 1993, pp. 28-31)

La documentation disponible en fait d'alimentation favorisant la santé est facilement accessible, à commencer par le guide alimentaire canadien. La popularité des chaînes de bouffe rapide, qui offrent des aliments riches en calories mais pauvres en valeur nutritive montre par ailleurs, qu'il est tentant de recourir à ces expédients et de négliger de se donner un soutien nutritif approprié.

Les techniques de relâchement et de détente

C'est un volet très important et d'autant plus quand le niveau de stress augmente ; curieusement, c'est justement la période où, se sentant pressé(e) par le temps, on espace les sessions d'entraînement physique et on met de côté les moments de relaxation et de détente.

Comme je me plais à le répéter, *la respiration* procure un soutien interne important et tout à fait gratuit. S'appuyer sur l'énergie qu'apporte la respiration profonde n'exige que d'y porter attention. Tous ceux et celles qui pratiquent le yoga, le Tai-Chi ou une variété ou l'autre des arts martiaux connaissent la respiration abdominale et ses bienfaits. Il est facile de la pratiquer chez soi ou au bureau entre deux activités (quelques minutes suffisent).

Il s'agit en premier lieu de mettre son attention sur sa respiration sans la modifier (en position allongée ou assise), de la laisser se ralentir et s'amplifier en accordant une quantité égale de temps à *l'expiration* qu'à l'inspiration. La respiration est semblable à une vague lente qui va et vient en marquant une pause après l'expiration (encore une, et très importante en plus!). Une façon de bien la percevoir est de poser sa main sur son abdomen pour sentir qu'il se soulève à l'inspir et s'abaisse à l'expir. Pour ces moments de respiration attentive, je suggère de laisser le souffle sortir par la bouche plutôt que par le nez comme à l'habitude; de cette façon, il est plus facile de sentir la longueur que peut avoir une expiration dans laquelle on se vide véritablement de l'air déjà respiré devenu gaz carbonique. Lors de l'atelier que j'ai animé l'automne dernier au colloque de l'AQG, j'ai proposé aux participants ce simple exercice qu'ils avaient sûrement déjà fait antérieurement; plusieurs ont retrouvé avec plaisir cet outil si facile d'emploi mais qu'on oublie trop souvent!

La connaissance et l'utilisation de *techniques de relaxation* pour se détendre et retrouver le calme intérieur est également un outil indispensable pour nos clients anxieux et stressés dont le cerveau est constamment en marche et qui n'arrivent pas à le quitter pour habiter davantage leur corps. On peut définir la relaxation comme une façon de ramener ou de maintenir le système nerveux autonome à un fonctionnement plus calme, c'est-à-dire celui du système parasympathique. Deux méthodes sont principalement utilisées pour y arriver: celle de Jacobson, dite la méthode active, invite le client à passer en revue chaque partie de son corps en la ressentant, puis en la contractant pour ensuite la relâcher le plus complètement possible. Le training autonome de Schultz, pour sa part, dit relaxation passive, utilise des suggestions verbales invitant à ressentir de la chaleur, de la lourdeur et de la détente dans les diverses parties du corps.

La pratique d'une technique de relaxation demande un certain suivi, surtout au début de son apprentissage. Il importe de s'y adonner chaque jour jusqu'à obtenir une sensation de détente bienfaisante au sortir de la période de pratique avant de pouvoir passer à 2-3 fois/semaine.

La *méditation* est souvent associée, avec raison, au développement d'une démarche spirituelle. C'est en effet une démarche de concentration qui permet d'apaiser le rythme de notre activité mentale pour se centrer sur un point et s'y ramener sans cesse ; c'est l'être, l'esprit ou le soi qui peut alors se manifester. Selon les formes de méditation, il peut s'agir de se centrer sur un mantra, une image ou la respiration. J'utilise cette dernière lorsque je propose à mes clients d'apprendre à méditer pour *vider leur mental* et revenir au centre d'eux-mêmes dans l'épaisseur du présent.

D'autres formes de délassément ou de retour au calme sont également à notre disposition, qu'il s'agisse de massages, de séances de yoga ou encore d'étirements, de biofeedback, de bains flottants ou de soins de toutes sortes en centres de santé. Quelques jours dans un centre de santé ou encore à Saint-Benoit du Lac peuvent être une véritable cure de revitalisation pour une personne alourdie de stress et de fatigue.

Il m'importe de rappeler les vertus relaxantes de certaines images que l'on peut *visualiser* pour retrouver un état de bien-être intérieur ; il peut s'agir d'un paysage de bord de mer au lever ou au couchant du soleil, d'un pré verdoyant, d'une cheminée où brûle un feu de bois. Des boutiques offrent de grands posters évoquant le calme et la tranquillité.

Sous cette rubrique se situe l'habitude de *finir les choses en suspens*. Le corollaire qui vient tout de suite à l'esprit est de ne pas en mener trop large en même temps pour ne pas se retrouver comme un jongleur trop ambitieux qui échappe ses quilles. Et quel soulagement de pouvoir mettre un crochet à côté de la tâche terminée !

Dans le travail auprès des personnes au bord de l'épuisement ou en période de repos, il importe de les aider à mener à leur conclusion les situations inachevées qu'elles traînent derrière elles. La Gestalt thérapie est particulièrement appropriée pour entreprendre cette mise à jour qui rend disponible dans la vie présente l'énergie résiduelle accrochée aux gestalt fixes ou non terminées.

Evidemment, les habiletés de *centration* et *d'attention à l'expérience présente* et immédiate constituent un soutien important qui favorise l'utilisation mesurée de notre réservoir interne d'énergie sans risquer le gaspillage que peut engendrer la spéculation sur ce qui arrivera dans le futur.

Conscience et connaissance de soi

À mettre beaucoup de temps et d'énergie dans la vie et les projets professionnels, on en vient à se perdre de vue. Qui suis-je, quels sont

mes *intérêts*, mes *goûts*, mes *préférences*, les petites choses qui me font plaisir? Est-ce que la vie que j'ai correspond à mes besoins et mes valeurs et quels sont-ils?

Nous aidons souvent nos clients à renouer contact avec eux-mêmes. Leurs capacités sensorielles internes comme externes ne sont qu'en veilleuse, prêtes à servir d'antennes. J'aime bien parler d'un retour à soi, un peu comme si on revenait à la maison pour se fréquenter. C'est un objectif de resensibilisation qui est alors à poursuivre, celui d'écoute de notre boussole intérieure qui nous informe de *nos besoins*, pas de ceux des autres ou de leurs attentes. On peut développer l'habitude de se consulter d'abord, de faire appel à sa « fonction Je » avant de faire un choix, d'accepter ou de refuser un projet ou une activité, que ce soit au travail ou dans la vie sociale.

En écho à cette conscience des capacités et des besoins se trouve celle de nos *limites*. Il est impératif de sentir où se trouve le point-limite, où c'est suffisant, assez sans être trop ; sans cette conscience, on est semblable à un véhicule sans freins ! Notre individualité fait de nous un être avec des contours et des limites précis, ce qui n'empêche pas que nous puissions nous dépasser à l'occasion. Sentir où sont ces limites est un outil indispensable pour avoir une vie de qualité et éviter la surcharge et l'épuisement.

À ce chapitre, il convient aussi d'ajouter un élément de première importance, à savoir l'authenticité et *l'affirmation de soi*. Me montrer tel(le) que je suis, entrer en contact directement et de façon claire tout en respectant mon interlocuteur ou mon environnement apporte force et tranquillité intérieure. Le développement de leurs capacités d'affirmation fait souvent partie de mon travail avec mes clients surmenés. Ils ont grandement besoin de sentir ce qui leur convient ou non et de pouvoir l'exprimer. Je leur apprend à *demande* (des clarifications, du soutien...), à *dire non* (par exemple à des échéanciers trop serrés, des conditions de travail inacceptables), à *recevoir* (des compliments, de l'appui, de la reconnaissance), à *manifeste de la détermination*. Exercer ces compétences me permet de prendre ma place, celle qui me convient ici et maintenant.

Un autre item d'importance pourrait porter le titre *d'organisation personnelle*, en fait l'organisation de son temps et de ses dépenses d'énergie. Il réfère à l'établissement de priorités qui respectent ses besoins et ses limites personnelles, l'harmonisation des agirs avec les objectifs qu'on s'est fixés, la gestion de son temps tout en tenant compte de son propre rythme. C'est justement ici que se place *l'alternance entre l'activité* et les moments de *repos ou de répit*, question de recharger ses batteries avant d'entreprendre un autre bout de route.

Je tiens à souligner à tout prix l'importance de *s'accorder des petits plaisirs* et des petites folies, du genre de ceux qui ne prennent que quelques minutes ou qui ne coûtent rien (ou presque) et remplissent le corps et l'âme de bien-être et de joie. Il faut penser à de petites choses, comme porter un vêtement réconfortant, s'acheter une revue dont on a envie, téléphoner à un ami, s'accorder le temps d'un café au lait, de sentir l'odeur d'un lilas en fleurs ou de la pelouse après la pluie... À plusieurs, on arriverait vite à constituer une liste de deux pages!

Dans notre métier d'intervenants et de thérapeutes, nous recevons et entendons beaucoup de récits, d'expériences et d'émotions de toutes sortes de nos clients. Pour assurer l'équilibre de nos échanges, nous avons besoin de canaux d'expression, que ce soit le chant, la peinture, l'écriture, le mouvement, la cuisine ou une autre forme de création.

Un deuxième volet du maintien de la qualité de vie touche davantage le contact avec notre environnement physique et social. Il s'agit de la *création et de l'utilisation de systèmes de soutien*. De quoi s'agit-il au juste, vous demandez-vous? Peut-être en utilisez-vous sans le savoir! Comme êtres fondamentalement interdépendants, nous vivons grâce aux échanges avec le monde qui nous entoure et nous permet de trouver réponse à nos besoins.

Faire la carte des éléments de soutien qui vous sont nécessaires et de ceux auxquels vous avez accès dans les diverses sphères de votre vie est une activité de mise à jour plus importante que celle de votre véhicule. J'ai animé un atelier de fin de semaine qui portait le titre **Orchestrer sa vie**; un des exercices proposés aux participants consistait à illustrer, à faire le schéma de leur carte de soutien dans leur vie présente aux plans physique, affectif, social, culturel, professionnel et spirituel. Ils y répertoriaient les ressources et les personnes auxquelles ils avaient accès et selon le cas, celles qui leur faisaient défaut.

En tout temps mais encore à plus forte raison dans les moments où les difficultés et les demandes sont plus grandes, la présence et la disponibilité de sources de soutien peut faire une grande différence en ce qui a trait à la qualité de vie d'une personne.

Enfin un dernier point à considérer pour maintenir un niveau de stress soutenable est celui de *l'organisation du travail*, particulièrement la modification des normes, des politiques et des procédures qui sont sources de stress. C'est le secteur sur lequel il est souvent plus difficile d'intervenir pour nos clients, encore que certains changements puissent être suggérés et souvent entérinés par la direction. Pour les travailleurs autonomes tels que le sont plusieurs d'entre

nous, la marge de manœuvre est plus large à ce sujet. Des réaménagements simples et concrets permettent d'alléger le poids de notre travail.

3. L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL (Burnout)

Ce phénomène, que certains nomment syndrome, est connu et étudié depuis les années 1970. Sa progression a dans notre monde contemporain des allures d'épidémie, et ceci dans une grande diversité de milieux de travail. Elle coïncide avec la rationalisation des effectifs qui a sévi dans les entreprises depuis une dizaine d'années et provoqué une augmentation de la tâche des *survivants* qui avaient conservé leur poste. Pines, Aronson et Kafry le décrivent ainsi :

L'épuisement et la lassitude sont des états de fatigue physique, émotionnelle et intellectuelle, se traduisant généralement par un affaiblissement physique, une exténuation émotionnelle, des sentiments d'impuissance et de désespoir, ainsi que par le développement chez le sujet d'une attitude négative aussi bien vis-à-vis de lui-même que de son travail, de la vie et des gens. Ce sont, en bref, les manifestations des sentiments de détresse, d'insatisfaction et d'échec dans la quête d'idéaux. En phase aiguë, l'épuisement et la lassitude atteignent un point de rupture au-delà duquel le sujet perd toute sa capacité d'affronter et de tirer plaisir de son milieu. (1982)

Malgré l'augmentation du phénomène de l'épuisement dans notre monde post-moderne, les préjugés sont encore véhiculés dans de nombreux milieux à ce propos. On y voit une forme de fuite ou d'évasion, alors que les personnes qui en ont fait l'expérience peuvent rendre compte de moments de détresse et de grande souffrance qu'ils ont vécu pendant ce temps de vie.

Dans son livre sur le burn-out, Jacques Languirand écrit :

Il entre dans le burn-out un certain désabusement face au monde. En même temps qu'un sentiment d'impuissance devant la tâche à accomplir – « ... je n'y arriverai jamais ! » – ou devant les situations qui se présentent et sur lesquelles on projette son propre état de mal-être – « ... à quoi bon, puisque c'est toujours à recommencer » ... Mais il entre surtout dans le burn-out un certain désabusement par rapport à soi, qui s'exprime par une autocritique culpabilisante. Le burn-out représente en fait un flirt avec la dépression. (1987).

Christina Maslach et Susan E. Jackson (1981) ont construit le MBI (Maslach Burnout Inventory) pour évaluer 3 aspects de ce syndrome, à savoir l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le non-accomplissement personnel (et dans le travail auprès des autres). Elles définissent l'épuisement comme :

« Un syndrome d'épuisement émotif et de cynisme survenant fréquemment chez les individus qui œuvrent auprès des personnes » (traduction libre de l'auteure).

Quelles sont les *caractéristiques*, si elles existent, des personnes susceptibles de vivre un épuisement (burnout) ? Peu de gens peuvent se targuer d'être inépuisables, bénéficiant d'une grande résistance physique ou d'une force de caractère à toute épreuve. Une accumulation imprévue d'événements difficiles, de changements peut avoir raison des plus coriaces, surtout si leurs réserves d'énergie étaient à la baisse. Dans un article au sujet de l'épuisement professionnel publié en mai 2001, la chercheuse rattachée au Centre de santé publique du Québec, Louise St-Arnaud, déclare :

Plutôt que de nous demander ce qui ne va pas chez ceux qui tombent, nous pourrions nous demander ce qui ne va pas chez ceux qui tiennent bon ! Pour fonctionner dans le monde actuel, il faut être carrément hyperactif, cumuler demandes excessives au travail et à la maison, courir et encore courir... On trouve moyen de s'adapter tant bien que mal à cette course folle et même d'en tirer fierté. Mais à quel prix ? (L'Actualité, mai 2001)

Je partage tout à fait ce point de vue. Une vie saine n'est pas une course contre la montre, un défi au danger. Ceux et celles qui tentent de répondre à ces inhumaines exigences s'aperçoivent à leurs dépens de leurs limites bien humaines et apprennent dans le meilleur des cas à les respecter par la suite.

J'ai dénoté certaines caractéristiques ou des attitudes, corroborées pour la majorité par la littérature sur le sujet, qui se retrouvent chez ceux et celles qui arrivent *au bout du rouleau*. La liste qui suit n'est pas exhaustive et tous ses éléments ne se manifestent pas obligatoirement :

- les personnes qui se considèrent plus ou moins consciemment comme des surhommes ou des sur-femmes et sont justement peu au fait de leur limites physiques, émotives et de celles de leur système nerveux.
- ceux et celles qui accumulent plusieurs situations inachevées sans prendre action pour les mener à terme ; leur énergie disponible pour faire face à leur réalité présente s'en trouve d'autant réduite.
- ceux et celles qui ne savent pas dire non ou qui n'osent pas mettre clairement leurs limites, par exemple refuser ou recadrer une échéance trop serrée.
- ceux et celles qui ont beaucoup de capacités et d'habiletés et se croient obligés de les utiliser constamment malgré la fatigue.

Il m'arrive de dire à un/e client/e : « Ce n'est pas parce que tu es capable de faire quelque chose que tu dois accepter cette activité sans avoir pris le temps de te consulter.

- les très grands idéalistes qui mettent corps et âme dans un projet jusqu'à s'oublier.
- les hyper responsables : ils sont préoccupés de rencontrer leurs engagements ou ceux qu'on leur a imposés même quand ceux-ci les conduisent à dépasser leurs limites. Les hyper responsables ont parfois tendance à prendre sur eux la responsabilité de l'ensemble d'une situation plutôt que de s'en tenir à la part qui leur revient et de laisser aux autres personnes qui y jouent un rôle la portion qui leur revient.
- ceux et celles qui ne savent pas ou ne veulent pas déléguer, peu enclins à faire confiance ou convaincus que la tâche ne sera pas aussi bien accomplie que par eux : « Ça va aller plus vite si je m'en occupe », se disent-ils. Ils ne demandent pas d'aide ou ne le font que rarement (car ils devraient être capables de tout faire par eux-mêmes).
- les perfectionnistes, très à l'écoute des exigences et des obligations, autant de celles qui proviennent de l'extérieur que des standards et des pressions qu'ils s'imposent inlassablement.
- les personnalités anxieuses, qui craignent les changements et ont peu développé leurs mécanismes d'ajustement créateur. Lorsque plusieurs changements ou situations nouvelles surviennent, elles sont rapidement dépassées.
- les personnes atteintes de *l'hyperactivité au travail*. Dans une conférence prononcée en novembre dernier à propos de l'hyperactivité au travail, Jacques Rhéaume en décrit le processus ainsi :

Voyons comment l'hyperactivité de défense intervient. Le travail est investi. L'idéal est présent : les travailleurs veulent réaliser un travail d'excellence. En même temps, les effectifs sont réduits, résultats de *rationalisations* liées aux restrictions budgétaires ou aux développements technologiques ou aux exigences de productivité. La charge de travail des *survivants* augmente. Le rapport aux collègues est marqué de rivalité, de compétition, d'individualisme. L'aboutissement du travail est peu ou pas reconnu... Et alors se produit l'imprévisible : au lieu d'un désinvestissement ou d'un retrait relatif, c'est l'hyperactivité au travail, comme façon de se protéger ou défendre le métier menacé qui apparaît, pour plusieurs... Il ne faut pas prêter flanc et risquer la marginalisation ou la médiocrité de l'ordinaire. Militant, intellectuel, artiste,

consultant: il faut malgré tout rencontrer les exigences d'être un bon militant, un bon chercheur, un bon consultant, un artiste de talent même si les conditions requises ne sont plus là... Pour sauver un idéal au travail malgré tout, pour des référents de plus en plus abstraits et virtuels... jusqu'à épuisement peut-être. Un épuisement fort prévisible si toutes ces conditions se confirment (2002, pp. 10-11).

Avant que soit atteint le point de rupture dont parlent les auteurs, il y a une période de surcharge ou de surmenage que l'intéressé ne perçoit pas toujours clairement et pendant laquelle le niveau de stress augmente alors que les capacités d'adaptation diminuent d'autant. L'organisme a reçu les signaux et tenté de les transmettre mais on a fait la sourde oreille ou nié la gravité de la situation. Certains font alors une demande d'aide *préventive*, comme cette femme dont le patron avait modifié la tâche de façon telle qu'elle était amenée à faire des activités en dehors de son champ de compétences, ce qui minait sa santé et sa confiance en elle-même. D'abord immobilisée par la crainte de lui donner raison et aussi par le risque d'insécurité financière, elle réfléchit et décida de quitter l'entreprise dans laquelle elle œuvrait depuis 18 ans plutôt que de prendre un congé de maladie. Cette décision, geste d'autonomie par excellence, s'avéra pour elle libératrice et constructive. Elle se rendit compte que la vie professionnelle était possible en dehors de son ancien milieu de travail; elle apprit en outre qu'une étude de climat organisationnel y avait été faite et décrivait une situation peu encourageante. C., une jeune femme de maintenant 40 ans (elle m'avait consultée il y a plus de 15 ans alors qu'elle fréquentait l'université) revient en thérapie à la suggestion de son médecin, qui veut de plus lui prescrire des antidépresseurs, ce qu'elle n'est pas disposée à faire pour le moment. Elle-même s'aperçoit qu'elle ressent une fatigue persistante, éprouve parfois des problèmes de sommeil et a des accès de larmes à certains moments. En ce qui la concerne, le trop-plein n'est pas d'ordre professionnel mais d'un cumul d'éléments stressants dans sa vie personnelle, dont le soin de deux jeunes enfants et la maladie de sa mère atteinte de cancer. C. se sentait à la croisée de la dépression et de l'épuisement au moment où je l'ai revue; elle avait grandement besoin de reprendre contact avec ses besoins et exprimer le trop-plein d'émotions qu'elle n'arrivait plus à contenir et qui se transformait en anxiété.

Certaines personnes, lorsque leurs conditions de travail incluent cette possibilité, vont prendre une période de congé sans solde ou recourir au traitement différé; dans ce deuxième cas, elles acceptent

une rémunération plus basse pendant quelques années pour obtenir un congé de 6 mois par exemple. Il s'agit en quelque sorte d'un retrait préventif qui permet un répit et un retour à soi salutaires.

Lorsque les gens épuisés viennent consulter, il arrive souvent que le point de rupture se soit déjà produit et que leur médecin leur ait signé un arrêt de travail. Ils sont parfois déroutés, un peu étonnés de ce qui leur arrive. Le médecin qui a suggéré ou signé le congé est habituellement la personne qui recommande que son patient entreprenne un suivi thérapeutique.

L'épuisement se déclare de diverses façons et peut prendre des formes diverses selon les individus. Certains essaient de continuer à fonctionner tant bien que mal ; ils tentent de récupérer en se reposant la fin de semaine sans vraiment y parvenir. Ils recommencent une nouvelle semaine sans avoir pu se délester de la fatigue qui persiste et leur enlève leur entrain. Et puis arrive le moment où le point critique est atteint : impossible de continuer, de se présenter au travail. Une visite chez le médecin confirme qu'un arrêt de travail s'impose. Plus le surmenage et le niveau de tension sont importants, plus le temps de récupération nécessaire s'allongera.

L'épuisement professionnel quoique distinct de *la dépression*, est souvent confondu avec cette dernière, probablement à cause de manifestations semblables telles que la fatigue, l'anxiété et l'insomnie, diminution de l'appétit et du dynamisme en général. On peut dire que ces points communs se retrouvent d'autant plus chez l'épuisé que l'accumulation de facteurs de stress s'est intensifiée chez lui. Un changement d'organisation de la vie ainsi que le repos, l'aide, un séjour à la campagne amènent souvent un soulagement important bien que graduel. La dépression peut se manifester à la suite d'événements comme un deuil, une perte importante mais elle touche l'être dans son âme et son identité, elle est intra-personnelle. Il faut le reconnaître, la frontière est parfois ténue et lorsqu'un travailleur obtient un congé de la part de son médecin, il est souvent assorti d'un diagnostic de dépression, ce qui ne fait qu'embrouiller les choses pour lui.

Pines, Aronson et Kafry sont, à mon avis plus éclairants :

L'épuisement est un concept socio-psychologique. Par ce fait, il diffère des autres concepts comme la dépression clinique. Dans le cas de cette dernière, l'individu et son passé sont l'origine des symptômes et l'objet du traitement thérapeutique. Dans le cas de l'épuisement, il faut chercher dans le milieu les antécédents des symptômes et le mode de traitement. Conséquemment, une telle épreuve est

considérée comme étant de nature sociale plutôt qu'individuelle, à l'exception des cas extrêmes où l'épuisé sombre dans la dépression. (1982, pp. 51-52)

Dans un premier temps, c'est la période du repos complet et du recours à un rythme de vie plus au ralenti. Cependant, il y a un prérequis qui paraîtra évident mais ne va pas toujours de soi : celui d'accepter de se mettre en congé sans se culpabiliser ou se faire des reproches. Cette attitude d'acceptation est à favoriser chez les personnes qui consultent suite à un constat d'épuisement. On s'occupera de les aider à lâcher prise et à se mettre en congé – repos, siestes, bonne alimentation, un peu d'activité physique (rien de trop rigoureux pour commencer). La priorité va donc à se reposer encore et encore et à prendre soin de soi tout doucement. Cela constitue déjà là tout un programme pour une personne sensible aux demandes des autres au point d'entendre celles qui ne sont pas formulées et qui n'ose pas exprimer clairement ses limites. Porter attention à ses besoins et ses envies, si furtives soient-elles, est la priorité à cette étape. Ce n'est pas le moment de se consacrer rapidement à des projets d'aménagement ou de rénovation de la maison ou du chalet ou de se mettre à la disposition de ses vieux parents ; je recommande de ne pas escamoter le temps de la chaise-longue ou du hamac !

Diane Bernier a effectué une recherche fort intéressante pour laquelle elle a rencontré une quarantaine de personnes ; parmi ces dernières se trouvaient des intervenants sociaux et également d'autres professionnels. Ces personnes ont vécu une période d'épuisement professionnel qui les a amenés à un arrêt temporaire de travail. En cours de recherche, il lui est devenu apparent que le « processus de résolution de la *Crise du Burnout* passe par des phases qui se déroulent dans un certain ordre. » (1994) Elle a identifié six étapes dont la première est justement la reconnaissance du syndrome ; la deuxième correspond à un retrait du monde du travail, le plus souvent sous forme de congé de maladie ou parfois d'une forme de traitement différé où le salarié peut, à la condition d'accepter une rémunération moins élevée pendant quelque temps, bénéficier d'un congé de quelques mois. Les quatre dernières étapes sont : la restauration des capacités, le questionnement sur les valeurs, l'exploration des possibles et enfin la rupture : occasion de transformation.

En ce qui me concerne, je ne perçois pas toujours des phases aussi précises. Je cherche en premier lieu à aider la personne épuisée à utiliser son congé de la façon la plus réparatrice et transformatrice possible. Pour y parvenir, j'alterne entre un rôle de guide et de théra-

peute. Cette étape correspond à ce que Diane Bernier appelle la restauration des capacités, le passage d'un déficit d'énergie à une graduelle récupération des forces physiques et psychiques.

À mesure que la récupération progresse, ce qui nécessite un laps de temps différent selon la gravité de l'épuisement, la personne commence à voir d'une autre manière ce qu'elle a vécu avant son congé et à remettre en question les exigences excessives qu'on lui dictait ou celles qu'elle s'imposait, à prendre conscience des attitudes et des comportements qui lui ont nui et qu'elle aura à modifier. Ces prises de conscience interviennent à toutes sortes de niveaux de fonctionnement de l'être épuisé et blessé ; ce qui avait été nié ou atténué depuis des semaines ou des mois au niveau de tensions avec les collègues ou le patron, de modifications d'objectifs, de cumul de tâches et d'absence de reconnaissance est graduellement ressenti plus justement et soulève un degré élevé d'émotions. Notre attention et notre intervention doivent se porter alors à faciliter l'expression et la résolution de situations inachevées qui impliquent des interlocuteurs contemporains ou reliées à périodes de vie plus anciennes. Il ne faut cependant pas laisser pour compte le soutien à la gestion du congé lui-même que la personne en déficit d'énergie doit accomplir tant bien que mal : visites au service de santé, paperasses administratives, communication avec la compagnie d'assurance.

Un processus de remise en question et de réaménagement des habitudes de vie, des valeurs et de façons de faire est aussi à l'œuvre pendant que notre client avance dans sa récupération. Je pense au cheminement d'une cliente en fin de parcours thérapeutique dont le degré d'épuisement était si intense qu'au début de son congé et pendant des semaines, elle devait rester couchée dans le noir à se reposer une grande partie de la journée. L'organisation domestique lui pesait beaucoup et elle n'obtenait pas beaucoup d'aide de la part de son conjoint, du fils de ce dernier et de leur fille à moins de le demander à répétition. Elle a graduellement cessé de s'occuper du ravitaillement et de la cuisine de la maisonnée ainsi que du ménage malgré sa tendance à tout nettoyer et sa déception de constater le peu de soutien de la part de son réseau social immédiat. L'hyper responsable qu'elle avait été jusqu'alors, toujours capable de prendre en charge était mise en échec ! Elle a progressivement développé la capacité de sentir ses limites et de les exprimer. Son parcours a été long et semé de difficultés dont un premier retour au travail dans le même secteur de l'organisation qui n'a pas tenu, faute entre autres d'un soutien adéquat au moment du retour. Cette fois elle était devenue plus sensible aux facteurs de stress qu'elle avait auparavant

encaissés sans y prendre garde mais ses minces réserves d'énergie ont été rapidement à sec. Après une deuxième période de congé de maladie et une nouvelle remontée, semée de péripéties dont un sevrage des anti-dépresseurs qui n'a pas fonctionné et a plutôt indiqué une intolérance à ces médicaments, elle a dû attendre la fin d'une grève des employés de son syndicat pour qu'on lui trouve un poste adéquat avant de retourner chez son employeur. À la fin de son congé, alors qu'elle avait retrouvé sa forme et ses moyens, c'est elle qui gérait son dossier avec la conseillère de la compagnie d'assurance ! Pendant cette période d'attente, son processus de récupération complété, elle s'est inscrite à un cours de peinture, à la faveur duquel elle s'est trouvé un nouvel intérêt pour ne pas dire une nouvelle passion. Sa perception du travail et l'importance qu'elle lui accorde a énormément changé depuis son long burnout; celui-ci n'est plus le centre de sa vie et le lieu où elle répond aux attentes mais une activité parmi d'autres à laquelle elle n'accorde qu'une partie de son énergie. Après un retour progressif de quelques semaines, elle a choisi de reprendre un travail dans un nouveau secteur à raison de 4 jours/semaine.

La longueur du retrait du travail varie selon les degrés d'épuisement et les mesures de récupération et de soutien dont la personne bénéficie autant de la part de l'employeur que dans sa vie personnelle. La moyenne est habituellement d'environ 3 à 4 mois mais dans certains cas cela peut nécessiter plus d'un an. Je remarque que les clients maintenant plus à l'écoute d'eux-mêmes, perçoivent assez bien à quel moment leur organisme (corps-esprit) a récupéré suffisamment pour leur permettre de reprendre graduellement leur activité professionnelle.

Le retour au travail se fait de plus en plus selon une formule de retour progressif, qui commencera par exemple par une présence de 2 jours/semaine au travail pendant 2 semaines puis 3 jours/semaine pendant les deux semaines qui suivent jusqu'au retour complet. Pendant les rencontres avec les clients à cette étape, je me préoccupe de consolider avec eux les changements d'attitudes et d'habitudes qu'ils ont faits et de vérifier de quelle façon ils abordent leur retour en emploi. L'affirmation de leurs besoins d'appui, de reconnaissance et de leurs limites est à l'ordre du jour des préparatifs de retour en emploi. Il importe pour eux de tenir en respect leurs anciennes tendances à accepter de lourdes charges et des délais trop courts.

La réinsertion dans le milieu de travail nécessite de reprendre contact avec les lieux et les collègues, ce qui n'est pas sans causer anxiété et inquiétude surtout si l'absence a été prolongée. Vont-ils

poser des questions à propos du congé? Que suis-je prêt(e) à partager? Me jugeront-ils et comment? Quel soutien me donneront-ils? Sentir de la compréhension et du soutien de la part de ses coéquipiers et de son employeur est un élément qui facilite une rentrée réussie de la personne qui revient au travail. Il reste cependant beaucoup de progrès à faire à ce propos dans les entreprises.

Une fois que le retour et les réaménagements qu'il entraîne ont été effectués commence une étape d'entretien et de maintien des nouvelles habitudes et façons d'aborder le travail ainsi que la vie en général. On revient alors aux cinq volets de la prise en charge de soi décrits plus haut; il s'agit d'en faire dorénavant les points de repère de son style de vie. Je dis souvent à mes clients qu'ils sont les PDG de leur entreprise personnelle et que le maintien de sa vitalité leur appartient!

CONCLUSION

J'ai survolé dans ces pages un vaste et presque inépuisable sujet, celui du stress et du surmenage qui peuvent se solder par l'épuisement professionnel, une forme de peste contemporaine qui fait des ravages importants dans nombre de milieux de travail et entraîne des coûts personnels, émotifs et sociaux qui ne font qu'augmenter. De plus en plus de professionnels et de chercheurs tentent d'explorer des pistes de compréhension et de solution aux difficultés de concilier performance et santé au travail, de conjuguer vie de famille et activité professionnelle.

Face à ces enjeux complexes, je prends le parti de prôner une approche de santé globale qui tient compte des capacités de prise en charge des individus quant à leur qualité de vie tout en reconnaissant l'importance des améliorations organisationnelles et sociales. Je crois que la Gestalt, sa vision de l'ensemble corps-esprit et ses façons d'intervenir auprès des personnes et leurs processus en devenir peut apporter beaucoup à la restauration et au maintien de leur santé et de leur créativité.

Bien que votre formation d'intervenants vous aie donné l'occasion de développer vos capacités d'écoute de ce qui se manifeste ou s'immobilise en vous, il peut arriver qu'une surcharge vous fasse dériver votre boussole interne. Il est bien difficile, me semble-t-il, de s'occuper d'un autre ou de l'accompagner si on est soi-même en déficit d'énergie et de ressort. Je souhaite que mon intérêt et mon plaisir de ramener mes clients vers leur propre qualité de vie tout en prenant soin de la mienne soit communicatif!

Abstract

In 2003, the challenges of the workplace and of modern or post-modern living are innumerable and account for a heightened level of stress, strain and overtiredness. The author has been interested in that issue of and its polarity, a healthy and creative life, for most of her career as a Gestalt therapist. She shares in this article her views about stress, strain and burnout, the alarm signals, the reactions different people manifest and the work she does with her clients. In a holistic perspective, she addresses her interventions to the body-mind unit that is a human being to help her clients develop better coping styles towards stress before it becomes excessive and overwhelming. She also pays attention to the professionals of the helping professions, such as Gestalt therapists.

Bibliographie

- ADAMS, J. (1981) *Understanding and managing stress*. University Associates.
- BERNIER, D. (1994) *La crise du burnout*. Montréal: Stanké.
- BENSABAT, S. et SELYE, H. (1980). *Stress: de grands spécialistes répondent*. Paris: Hachette.
- BOURNE, J. E. *The anxiety and phobia workbook*. (2000). Oakland: New Harbinger Publications Inc.
- BOURQUE, J.-J. et LELORD, F. (1999) *L'âme de l'organisation*. Montréal.
- CORBEIL, J. et POUPARD, D. (1978). *La Gestalt. Santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique*, Vol. III, N° 1, 61-84.
- FOUCHER, R., SAVOIE A. et Brunet L., éditeurs (2003) *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail*. Montréal: Éditions Nouvelles AMS.
- GOLDBERG, C. (1992) *The seasoned psychotherapist*. New York: W.W. Norton & Company.
- JAFFE, D. (1980) *La guérison est en soi*. Paris: Robert Laffont.
- LA FONTAINE, Jean de. (1947) *Fables. Les animaux malades de la peste*. Paris: Éditions G. P.
- LANGUIRAND, J. (1987). *Prévenir le Burn-out*. Montréal: Éditions Héritage.
- MASLASCH, C et JACKSON, S. (1981) *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press Inc.
- MCCAMY, J. C. et PRESLEY, J. (1975) *Human Life Styling*. New-York: Harper and Row.
- NEBOIT, M. et VÉZINA, M., éditeurs (2002) *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse: Octares.
- MUCKLE, Y. (2001) Burnout: Dévorés par le boulot? *L'Actualité*, Mai, 22-36.
- PINES, Ayala M., ARONSON, D. et KAFRY, D. *Burnout: se vider dans la vie et au travail*. Montréal: Le Jour, Actualisation.

RHÉAUME, J. (2002) *L'hyperactivité au travail*. Conférence prononcée en novembre dans le cadre d'une journée consacrée à *Santé mentale et organisation du travail: la place de la subjectivité*. Colloque de l'Institut de psycho-dynamique de travail du Québec.

ROLLOT, F. (2003). *Le grand méchant stress*. Montréal: Éditions de l'homme.

Guides anti-stress

BORREL, M. (2002) *Anti-stress*. Paris: Hachette pratique.

BREALEY, E. (2002) *Se débarrasser de son stress en 10 min. par jour*. Paris: Marabout.

CHOQUE, S. et J. 1993 *Guide anti-stress: le bien-être des soignants*. Paris: Éditions Lamarre

GOSSELIN, R. et SOULIÈRES, A (2003) *Au secours, les pistons vont sauter*. Montréal: Éditions Québecor.

POWELL T. (1997) *Libérez-vous du stress*. Montréal: Sélection du Reader's Digest Canada.

RENAUD, J. (1990) *Guide anti-stress*. Paris: Marabout.

La fatigue de compassion chez les intervenants qui transigent avec la violence familiale et conjugale¹

Janine CORBEIL

RÉSUMÉ

La fatigue de compassion, ou état de stress post-traumatique (STSD) est reconnue depuis peu (DSM-IV, 1995) comme pouvant affecter non seulement les victimes directes d'actes criminels, mais aussi ceux qui les soutiennent, dont les intervenants. Après avoir défini quelques termes comme l'empathie, le contre-transfert et l'épuisement professionnel, l'auteure rend compte du phénomène de la fatigue de compassion (STSD) chez les intervenants qui travaillent en violence conjugale et familiale. L'exploration a été faite au moyen d'un questionnaire et d'entrevues de groupe enregistrées auprès d'intervenants qui avaient été en formation/supervision avec l'auteure.

L'article présente également une liste des symptômes physiques, professionnels et psychiques qui, d'après les recherches, caractérisent la fatigue de compassion, de même que les divers moyens de la prévenir.

Mots clés

Contre-transfert, empathie, épuisement professionnel, état secondaire de stress post-traumatique (STSD), fatigue de compassion, Gestalt, violence familiale et conjugale.

INTRODUCTION

Une expérience de supervision de quelques années avec des intervenants qui travaillent en violence familiale et conjugale avait permis de prendre conscience de la dureté des problématiques auxquelles ces personnes avaient à faire face. Dans le contexte de la supervision, on parle des clients et de soi en rapport avec ceux-ci ; peu

1. Publié dans « Intervenir auprès des conjoints violents » sous la direction de Jacques Broué et de Clément Patenaude. Éditions Saint-Martin (1999).

d'espace demeure disponible pour vraiment aborder le problème de la fatigue, de l'état de stress dans lequel ces intervenants se trouvent pour la plupart. Voilà sans doute un premier indice, un symptôme même de la fatigue dont nous parlerons dans ce chapitre.

Il fallut une rencontre spécifique avec ces intervenants pour nous permettre d'aborder le problème du stress que leur travail leur infligeait. Nous voulions savoir si, comme personnes et comme professionnels, elles, ils, étaient affectés par la dureté des problèmes auxquels leur tâche les confrontait. Comme le dit Figley, prendre soin des autres se paie. « *There is a cost to caring* ». Prendre soin de personnes dangereuses pour elles-mêmes et pour les autres, qui sont par surcroît extrêmement dépourvues de moyens, coûte encore plus cher. C'est ce que nous verrons dans les pages qui suivent.

Avant d'entreprendre la description des indices de la fatigue de compassion dont ces intervenants sont affligés, un aperçu historique de même que quelques précisions sur les termes employés s'imposent.

APERÇU HISTORIQUE

C'est en 1980 que l'American Psychiatric Association (APA), dans le DSM-III, classifia le PTSD, *Post Traumatic Stress Disorder*, ou état de stress post-traumatique, comme un trouble spécifique en soi. La caractéristique essentielle de ce trouble est « le développement de symptômes typiques faisant suite à un événement psychologiquement traumatique, généralement hors du commun ».

En 1995, le DSM-IV fournit une définition plus étendue de ce qui constitue une expérience traumatique. Cette nouvelle définition englobe désormais les personnes qui sont reliées à une victime d'expérience traumatique. Ainsi, apprendre qu'une expérience traumatique, comme la nouvelle d'une mort violente, des menaces de mort, un suicide ou tout autre événement traumatisant, soit arrivée à des proches ou à des personnes auxquelles on est relié constitue *en soi* une expérience traumatique.

Par ailleurs, une expertise sur la psycho-traumatologie durant la dernière décennie s'est développée. Quelques auteurs se sont penchés sur les conséquences immédiates et à long terme des événements traumatiques. Ces études ont permis de jeter une lumière non seulement sur les séquelles et les symptômes dont les victimes de violence et leurs proches sont affligés mais aussi de découvrir l'impact sur les intervenants de travailler avec des problématiques de violence. Pour ces auteurs, ce qu'ils nomment la fatigue de compassion est équivalent au STSD, *Secondary Traumatic Stress Disorder*, État secondaire de

stress post-traumatique, ou, STS, Stress traumatique secondaire, état dont sont affligés ceux qui, sans être directement impliqués dans l'événement traumatique, en subissent l'impact comme une onde de choc.

QUELQUES DÉFINITIONS

Contre-transfert et empathie

Il y a parfois confusion entre ces termes et les définitions multiples de chacun. Pour la compréhension immédiate de ce qui suit, quelques définitions sommaires s'imposent.

On rencontre plusieurs définitions du contre-transfert. Traditionnellement, on le conçoit comme une distorsion de la part du thérapeute de l'expérience du client, cette distorsion étant due aux expériences passées inconscientes du thérapeute. Johansen, cité par Figley (1995), apporte une définition plus large et voit que ce phénomène englobe toutes les réactions émotives du thérapeute vis-à-vis son client, peu importe leurs sources. Elles incluent les expériences traumatiques vécues par le client et absorbées par le thérapeute.

Dans cette perspective, les réactions du thérapeute aux expériences traumatiques du client sont une conséquence naturelle du traumatisme primaire ; elles sont dues à la capacité de soigner (*caring*), d'empathiser et sont une condition *essentielle* à la guérison de la victime (Figley, 1995).

Le terme *empathie*, d'origine grecque, *sentir avec*, signifie la capacité de ressentir ce que l'autre ressent (Le Petit Robert). Ce terme a été étudié depuis le début du siècle et fut objet de recherche dans le courant de la psychologie humaniste surtout. La littérature contemporaine comporte sans doute une bonne douzaine de définitions de ce terme. Rogers (1967) peut être considéré comme le principal porte-parole de cette notion ; il a mis en évidence l'importance de l'empathie dans la relation thérapeutique. Il la considère comme une condition essentielle à la relation et à la guérison thérapeutique (1985, p. 181) et la définit comme la « capacité de sentir le monde intérieur du client » (1967, p. 93). Hycner en parle comme du « entre deux », le « between » de Buber : « ... un mouvement aller et retour entre soi-même et l'autre, i.e., pour le thérapeute, la capacité de voir l'univers de l'autre à partir de son point de vue propre en même temps qu'à partir du point de vue du client » (1988, p. 41).

Telle que définie par Rogers et Hycner, comme capacité de sentir à tout moment les états émotifs changeants du client, de vivre avec délicatesse à l'intérieur de ce dernier, c'est à dire sans envahissement

(Rogers, 1980), l'empathie devient non seulement un ingrédient essentiel de la psychothérapie, mais, par là même, une condition de malaise psychologique chez le soignant qu'il est impérieux de surveiller. Carkhuff (1969) et les successeurs de Rogers ont publié des recherches sur la façon de la mesurer de même que sur ses effets thérapeutiques. On peut également la concevoir comme la capacité non seulement de comprendre ce que l'individu verbalise mais aussi ce qui est enfoui, au-delà de ce qui est accessible à la conscience immédiate du client. Kohut (1984) et les post-kohutiens ont mis de l'avant l'importance de l'empathie comme élément essentiel de l'action thérapeutique. Kohut en parle comme d'une ressource aussi indéniable que nos cinq sens et qui, comme ces derniers, peut être développée.

**Épuisement au travail, ou professionnel (burnout),
État secondaire de Stress post-traumatique (STSD)
et fatigue de compassion (compassion fatigue)**

Même s'il y a des ressemblances entre le burnout et la fatigue de compassion et si les deux peuvent parfois se confondre ou même coexister chez la même personne, les auteurs soulignent des différences qu'il est important de rappeler. L'épuisement professionnel est le résultat de tensions prolongées au travail (Cherniss, 1980). Il se développe progressivement et s'aggrave avec le temps. On assiste alors à une érosion de l'idéalisme et à une diminution de la qualité de la performance. Il a une qualité de chronicité alors que la fatigue de compassion est de nature plus aiguë. Cette dernière peut surgir soudainement. Les gens qui en souffrent se sentent psychologiquement isolés même de ceux qui peuvent les aider. Ils souffrent d'états de confusion, de sentiments d'impuissance. L'émergence des symptômes peut être sans rapport avec une cause extérieure immédiate; par ailleurs, la récupération est plus rapide que dans le cas de l'épuisement professionnel.

Le terme *fatigue de compassion* a été utilisé par Joinson en 1992. Figley, l'auteur dont nous nous inspirons principalement pour cette partie du texte, nous révèle que les infirmières et les autres professionnels concernés aiment bien ce terme. Ils le préfèrent au terme *réaction post-traumatique secondaire*, terme qu'ils trouvent négatifs, alourdi d'un sens pathologique alors que *fatigue de compassion* leur semble très près de la réalité qu'ils vivent quotidiennement. D'après les auteurs, les réactions excessives des victimes directes ou indirectes d'actes traumatisants sont des réactions *normales* à des situations *anormales*. En psycho-traumatologie, cette perspective est essentielle. Une

collègue retournait au travail à peine quelques mois après avoir perdu deux membres de sa famille dans un accident d'auto. Soudain, devant un client récalcitrant, elle s'est mise à crier après. Des collègues vinrent à son secours (et au secours du client). Rétrospectivement, elle admettait que le comportement de ce client pouvait être irritant, mais que sa réaction était disproportionnée. Voilà un exemple de réaction normale à une situation anormale et dont la cause réside ailleurs que dans l'événement déclencheur.

Qui est vulnérable à la fatigue de compassion, se demandent les auteurs? Ceux qui sont capables d'empathie et ceux que la vie professionnelle confronte de façon incessante à des expériences traumatiques chez leurs clients. Les intervenants qui traitent des conjoints violents sont confrontés de façon constante aux expériences traumatisantes des familles qui vivent sous l'emprise de la violence. Si, de surcroît, des enfants sont impliqués, le traumatisme absorbé par l'intervenant sera d'autant plus sévère car les recherches mettent en évidence la plus grande vulnérabilité des intervenants qui font face à la violence faite aux enfants. Il va sans dire que plus l'intensité des situations est grande et dramatique, plus les intervenants seront à risque. Pour les auteurs, l'empathie constitue la ressource la plus importante pour venir en aide aux victimes d'événements traumatiques. C'est par leur capacité de s'identifier au vécu intérieur de la personne traumatisée que ces intervenants peuvent aider le plus. Le prix à payer, c'est d'absorber soi-même le traumatisme (Figley, 1995). Les intervenants qui ont eux-mêmes vécu des expériences traumatiques dans leur passé seront évidemment vulnérables à la fatigue de compassion. S'ils font le tour de ces expériences traumatiques et parviennent à en sortir psychologiquement, ils pourront être des personnes ressources importantes et leurs expériences traumatiques elles-mêmes leur donneront une expertise inégalée. Une psychologue qui était en supervision avait un flair inouï pour détecter les enfants battus chez les familles qui consultaient au CLSC où elle travaillait. Il se trouvait que cette psychologue avait été elle-même battue par sa mère durant son enfance. Son mal de vivre était sans doute à l'origine de ses études en psychologie. Après plusieurs années d'études et de psychothérapie pour elle-même, elle était devenue une ressource importante au sein de son équipe pour les enfants battus ou victimes d'abus.

RENCONTRE AVEC LES INTERVENANTS

Nous avons rencontré un groupe de femmes et d'hommes qui travaillent depuis dix ou quinze ans avec des groupes d'hommes violents

(et plus récemment pour deux d'entre eux, avec un groupe de femmes violentes) de façon à évaluer avec eux le degré de fatigue de compassion auquel elles, ils étaient rendus.

Nous avons commencé par nous enquérir de leurs premières impressions lorsqu'ils furent confrontés à la violence de ces hommes.

Les premières impressions sont souvent les plus claires. Par la suite, un mécanisme de désensibilisation, d'ajustement de l'organisme à son environnement, fait que la conscience de celles-ci s'estompe, ce qui, par ailleurs, fait partie des dangers auxquels les soignants seront exposés.

Quelles sont les premières impressions de ces intervenants lorsqu'ils, elles, ont commencé à travailler avec des hommes violents ?

La première impression en est une de peur. Peur de la violence masculine sous toutes ses formes. Lorsqu'un intervenant fait face pour la première fois à un groupe d'hommes violents, c'est avec ses préjugés sur les hommes en général et sur les hommes violents en particulier qu'il ou elle entre dans le groupe. « J'étais terrifié, dit l'un d'entre eux. Mon conditionnement de gars m'avait appris que des gars, c'est violent ». Avec le recul, après dix à quinze années de pratique, ces personnes sont en mesure de se rendre compte que leurs peurs étaient reliées aux expériences antérieures de leur enfance et de leur jeunesse. Les hommes, qui ont tous plus ou moins été agressés par un gang un jour ou l'autre quand ils étaient enfants, avaient peur d'être victimes d'agression de la part du groupe d'hommes qu'ils avaient à rencontrer pour la première fois. Les femmes avaient surtout peur de la violence verbale : être méprisées, traitées de tous les noms, etc... Elles voient maintenant que cette peur était reliée à leurs expériences antérieures avec les formes de violence familiales aux filles, ainsi qu'avec leur père. Certains ne se souviennent même pas de leurs premières impressions ! Ils ont beau chercher, ces premières impressions semblent avoir été scotomisées ! Certains savent maintenant qu'ils, elles pouvaient à peine porter attention au contenu de la session tellement leur énergie était centrée sur leur nervosité et leur peur. Certains appréhendaient leurs propres réactions une fois au milieu du groupe. « Vais-je être capable de rester ? Est-ce que devant le récit de situations violentes, je ne vais pas déguerpir » ? À noter que la peur est honteuse surtout pour les hommes. Un *vrai homme* ne doit jamais avoir peur. Souvent, de plus, dans les situations corsées, par exemple lorsqu'un client fébrile en manque de Métadone est très agité et agressif, c'est un intervenant masculin que l'on ira chercher pour faire face à la situation. Nous verrons plus loin que le

camouflage de tous ces sentiments constitue un facteur de risque supplémentaire pour les intervenants.

Une autre émotion est celle de l'impuissance. Cette impression d'être démuni ou dépassé devant la gravité du cas revient périodiquement et fait partie des facteurs qui contribuent à l'épuisement des intervenants. Au début, elle est d'autant plus importante et cause de tensions que les personnes ne se sentent pas encore équipées aux niveaux théorique et pratique pour intervenir adéquatement et efficacement.

Les intervenants se souviennent aussi de l'impression d'urgence qu'ils vivaient. C'était à l'époque où les approches, toutes nouvelles elles-mêmes, mettaient beaucoup de pressions sur l'intervenant pour que « la violence cesse immédiatement, coûte que coûte ». Depuis, l'expertise dans ce domaine a acquis droit de cité tout comme s'est développée une meilleure compréhension de la dynamique de l'homme batteur. On peut également évaluer avec plus d'exactitude le degré de risques qu'une personne représente, ce qui permet de tenir compte de façon plus éclairée du rythme de changement psychologique de chacun et d'entrevoir le contexte à l'intérieur duquel ce changement pourrait se dérouler. Au début, ce sentiment d'urgence se double d'une incapacité à prendre du répit: les intervenants sont sollicités, ou plutôt se sollicitent eux-mêmes, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Même durant la fin de semaine, certains se souviennent d'avoir fait maints téléphones, d'avoir convoqué des rencontres avec les policiers, etc...

L'impression d'être imprégné même physiquement est parfois très forte. La visualisation des situations concrètes évoquées par les clients semble une caractéristique de certains intervenants et demeure active tout au long de leur pratique. Certains se sentent imprégnés olfactivement: « Au début, confie une intervenante, je transportais les odeurs du lieu de travail jusque chez-moi. Ça me restait dans le nez et j'ai été quelques semaines sans pouvoir manger. J'avais la nausée ». Cette imprégnation olfactive semble un phénomène que l'on rencontre chez un certain nombre d'intervenants. Une collègue me confiait un jour qu'en sortant d'un groupe, des odeurs de certains participants lui restaient dans le nez. Cela pouvait être pour elle le signal de quelque chose d'important dans la relation à la personne concernée. Richard Kishur, cité par Figley (1995), a étudié les données résultant d'entrevues faites auprès des membres des familles où il y avait eu une victime d'acte criminel. Il utilise un langage métaphorique pour parler de cette transmission du traumatisme qui s'opère à la façon de la division cellulaire par croisements symétriques durant l'embryogénèse. Il le nomme *effet chiasmatisque*,

terme qui, pour lui, rend le plus fidèlement compte de la corrélation entre la qualité et la quantité des symptômes chez les victimes de crimes et chez ceux qui les soutiennent.

Les victimes d'actes criminels tout autant que ceux qui les supportent souffrent des mêmes symptômes; de plus, ces derniers perdurent bien au-delà de la crise initiale. Ce sont: la dépression, l'isolement social, le bris de la routine quotidienne, la méfiance et les sentiments de persécution (p. 65).

Les intervenants parlent d'un manque de perspective qui fait qu'ils finissent par se sentir attaqués de toutes parts dans les périodes où le stress est plus intense.

À ce jour, après plusieurs années de pratique, quels sont les aspects les plus traumatisants de leur expérience professionnelle? Autant le récit des actes effectués par l'homme violent que l'évocation de ce dont il fut victime lui-même au cours de son enfance. Même après s'être construit une certaine auto-protection avec l'expérience et les années, même après en avoir vu d'autres, comme on dit, même après plusieurs années de thérapie personnelle, ces personnes avouent qu'elles ne peuvent lire plus de deux histoires de cas d'affilée. Ce qui est traumatisant, c'est l'histoire de ces hommes, de ces femmes qui furent des enfants maltraités, abusés, abandonnés. « Ce sont des histoires d'horreur, disent-elles. Ça dépasse l'imagination. Le degré de cruauté évoqué dépasse souvent ce que l'on ne pourrait jamais imaginer »!

Dans le but d'évaluer où elles en sont par rapport au stress inhérent à leur travail, ces personnes se sont administrées le questionnaire d'auto-évaluation de fatigue de compassion développé par Figley (1995). Elles ont pris conscience qu'elles se sentent parfois ou très souvent isolées, ont des périodes où elles souffrent d'insomnie, se trouvent irritables, qu'il leur arrive d'avoir des trous de mémoire, de sursauter au moindre bruit; elles ont souvent des images reliées aux traumatismes, ou parfois le sentiment que leur travail nuit à leur santé, se disent souvent préoccupées par leurs clients; il leur arrive d'avoir peur d'être contaminées par ceux-ci; certaines se sentent à bout de force, déprimées, sans espoir devant la complexité des problématiques et la pauvreté des moyens. Elles se voient toutes comme des personnes très sensibles, qui ont besoin d'amis intimes, ce qui ne semble pas toujours facile et ont à peu près toutes, à un moment ou l'autre, éprouvé le besoin de « travailler » les expériences traumatiques de leur enfance. L'examen de leurs réponses a permis à certains répondants de découvrir qu'ils étaient à un très haut degré de risque.

CONDITIONS QUI CONTRIBUENT À AUGMENTER LE STRESS CHEZ LES INTERVENANTS

- N'avoir pas assez ou trop peu de collègues avec lesquels échanger ou même tout simplement ventiler.
- L'absence de répit dans le travail, par exemple, avoir de temps en temps des cas moins lourds ou de nature différente.
- L'absence d'un groupe de pairs avec lesquels on peut non seulement échanger sur les cas mais aussi parler de sujets plus légers qui nous rappellent que la terre tourne encore et que le soleil est toujours là-haut.
- L'absence ou le manque de disponibilité d'amis avec lesquels on peut dire un mot ou deux sur les horreurs de la journée. Un intervenant confie qu'il a cessé depuis longtemps d'ouvrir la bouche sur le sujet parce que c'est plus douloureux d'ouvrir et de se faire rabrouer que de ne rien dire du tout. Les interlocuteurs sont réticents à entendre parler de violence conjugale. Ils changent de sujet ou bien rétorquent: « Qu'attends-tu pour cesser de travailler dans ce domaine? »
- Le manque de soutien d'un conjoint capable d'entendre ou de recevoir le trop plein de la lourdeur encaissée durant le jour. Il peut s'agir d'un conjoint qui est lui-même débordé par le poids psychologique de ses propres cas et qui ne peut en prendre davantage le soir venu. Nous touchons là à un phénomène de saturation. En dépit du niveau de confiance qui peut exister à l'intérieur d'un groupe, on sent parfois une lassitude à raconter. S'agirait-il tout simplement d'un souci de ne pas surcharger l'autre ou d'un besoin de se protéger soi-même? On sait que d'évoquer les événements les fait revivre, parfois avec la même intensité que lorsque ces derniers eurent lieu. Eux parlent d'accumulation, phénomène dont parlent les auteurs qui ont étudié la fatigue de compassion. Comment partager sans surcharger les autres, et comment éviter en même temps ce sentiment d'isolement si commun et si dangereux pour ces intervenants?
- Autre facteur de saturation, le client de trop. La pression que ceux et celles qui ont développé une expertise reçoivent du milieu est forte: y aurait-il des disponibilités pour un client de plus? Mary S. Cerney, dans un chapitre intitulé *Treating the « Heroic Treaters »* (Guérir le guérisseur héroïque) écrit: « L'état de ces patients, l'intensité de leur souffrance, celle de leur famille, les

pressions des collègues, toutes ces demandes peuvent être si pressantes que le thérapeute se dit: "après tout, seulement un de plus", et c'est là que ça craque.» (Cerney, M.S., in Figley, Ed. 1995).

- L'élément systémique joue un rôle psychique important. La victime peut être tellement surchargée et ce, depuis si longtemps, qu'elle a développé *une belle indifférence*, un détachement qui lui évite sans doute la désintégration psychique, mais cette charge sera portée et subie par l'intervenant. Une intervenante raconte l'histoire d'une cliente participante à un groupe de thérapie pour femmes violentes. Cette participante a été violente à plusieurs reprises dans sa vie; elle a également été violée à plusieurs reprises. À la suite du dernier viol, elle s'est habillée de poignards tout autour de la taille pour déambuler la nuit au milieu d'une rue achalandée de la ville. Tout le monde lui criait des insultes, la klaxonnait, etc... Elle racontait cet épisode récent avec le plus grand détachement, comme s'il s'était agi pour elle de raconter qu'elle était allée prendre un café au resto du coin. L'intervenante confie qu'en rentrant chez-elle après sa journée de travail, elle a « littéralement sauté ». « Je hurlais, je criais à mon copain: c'est fou, je n'en peux plus, etc... ». Elle a mis quelque temps à se calmer.

Face à une intensité qui dure, l'être humain se désensibilise. C'est un mécanisme de protection qui en même temps représente un piège. En effet, notre sensibilité fournit une information qui nous permet de nous protéger des agents agressants du milieu. Quand cette sensibilité s'amenuise, l'organisme continue de recevoir les coups sans toutefois les ressentir, ce qui représente, de toute évidence, un danger. Il arrive que les intervenants s'interrogent sur leur apparente capacité à encaisser. Un intervenant qui travaille en violence conjugale et familiale est témoin d'un incident violent sur la rue alors qu'il circule en auto et se dirige chez-lui après sa journée. Il observe le tout avec une apparente indifférence, tourne le bouton de sa radio et écoute avec plaisir un air de musique qui lui plaît comme si de rien n'était. Aurait-il dû, pu, faire quelque chose? Bien entendu que non. Cependant, sa réaction ou son absence de réaction l'inquiète. « Quel être humain suis-je en train de devenir », s'interroge-t-il?

LA PRÉVENTION DE LA FATIGUE DE COMPASSION

Janet Yassen (1995) préconise une perspective écologique s'adressant à tous les niveaux du problème et parle de trois types de prévention: primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire est la prévention à long terme. Elle vise les changements sociaux qui contribueront à l'élimination des causes de la violence interpersonnelle. Elle facilite la recherche sur ces problématiques et sur les causes à l'origine de la violence conjugale, et contribue à la conscientisation des phénomènes de violence.

La prévention secondaire développe des stratégies sociales et psychologiques pour venir en aide aux protagonistes de la violence familiale, par exemple par la mise sur pied de centres d'hébergement pour femmes battues, de centres de traitement pour hommes batteurs, par la formation des intervenants à tous les niveaux qui ont à transiger avec ce phénomène social, etc...

La prévention tertiaire s'occupe plus spécifiquement du soin des traitants eux-mêmes. « ...À moins de planification, de préparation et de soins appropriés prodigués aux intervenants pour prévenir les effets de la fatigue de compassion, ils tomberont malades ainsi que ceux qui les entourent et ceux dont ils ont la charge professionnelle » (Yassen, J., *Preventing Secondary Traumatic Stress Disorder*; dans Figley, 1995).

Voici, en résumé, les recommandations préventives que donne Janet Yassen :

Du point de vue physique :

- L'exercice physique de façon à maintenir la santé à un niveau optimal. L'exercice augmente l'endurance, la clarté d'esprit et la sensation générale de bien-être. Certains auteurs préconisent des soins additionnels comme les massages, les bains chauds, un environnement doux et agréable à vivre. Surtout, la sensibilité à son propre corps et à ses limites. Je recommande une forme de visualisation active de façon à éloigner les personnes ou les images toxiques envahissantes. L'importance de cette discipline est directement proportionnelle au degré de toxicité du client ou de la situation.
- Un sommeil suffisant. Un des intervenants a découvert que l'insomnie est pour lui signal de danger. À une époque où il faisait beaucoup d'insomnie, il a eu un accident d'automobile où il aurait pu mourir.
- Une alimentation saine. Beaucoup de professionnels, faute de temps, prennent la mauvaise habitude de non seulement manger n'importe quoi, mais aussi d'engouffrer quelque chose en vitesse entre deux réunions ou dans le trajet d'auto entre deux endroits. Il semble également qu'un certain nombre d'intervenants développent l'habitude de la consommation d'alcool ou de drogues dans le but de diminuer la tension que leur travail leur inflige.

Du point de vue psychologique :

- Un bon équilibre de vie. L'auteure rappelle qu'il est important d'avoir une vie qui comporte une certaine diversité d'activités en même temps qu'un rythme modéré. Bien entendu, cela ne veut pas dire qu'il n'y a jamais de périodes stressantes ; cela implique plutôt que le travail doit être assorti d'intérêts extérieurs, d'activités sociales, de temps pour soi, de récréations ;
- activités de relaxation et méditation. Cette partie doit être intégrée à la vie quotidienne. Des études ont démontré les effets bienfaisants de la méditation sur le corps : sur la tension artérielle, la respiration, le rythme cardiaque et la musculature ;
- activités de contact avec la nature. Faire un jardin peut redonner la vie, marcher dans le bois permet de se recentrer ;
- activités d'expression créatrice. Faire de la peinture, de la couture, de la musique, toute activité de ce genre qui répond à un besoin naturel, permet de sortir des problèmes, et régénère ;
- développer des habiletés spécifiques comme l'entraînement à l'affirmation, l'apprentissage des techniques de réduction de stress, etc...
- être présent à soi (self-awareness). Ce qui implique de se suivre, d'évaluer aussi objectivement que possible ses ressources et ses vulnérabilités, de repérer les cas qui sont trop difficiles pour soi, qui nous interpellent trop, ceci, sans auto-dépréciation ou fausse honte. Cela implique également la capacité de savoir quand il est temps d'aller chercher de l'aide ;
- l'humour. Pas celle qui se fait aux dépens des autres, pas le cynisme, mais la capacité de ne pas trop se prendre au sérieux.

Du point de vue social :

Le soutien de l'environnement est crucial dans la prévention de la fatigue de compassion. Il est de la plus grande importance de posséder un réseau social adéquat, un milieu qui partage nos valeurs, qui comprend ce que l'on fait ; un réseau de personnes disponibles et capables d'accueillir nos doutes et états d'âme, où l'on se sent à l'aise de parler, crier, protester ;

- la demande d'aide, ne perdant pas de vue que la capacité de chercher de l'aide est un signe de maturité.
- l'activisme social ; s'impliquer dans un programme social ou communautaire pour une cause reliée ou pas au contenu du travail peut également contribuer à sortir du sentiment d'impuissance, à nourrir un certain espoir que quelque chose peut être fait.

Du point de vue professionnel :

- L'équilibre dans le travail. Équilibre dans la nature des cas. Toutes les données portant sur le vécu des intervenants en charge de problématiques lourdes, que ce soit celle des personnes en phase terminale, ou celles des problématiques de violence, insistent sur la nécessité de ne pas consacrer la totalité de son temps professionnel à ces cas. Il est important d'avoir une variété de cas ainsi que de s'impliquer dans d'autres types d'activités professionnelles ;
- Le respect des frontières. Des limites de temps, ce qui implique la capacité de se réserver du temps chez-soi où la vie personnelle, familiale passe en premier. Un client déprimé, peu satisfait de son travail et de lui-même était incapable d'un bon rendement au bureau ; il apportait du travail à la maison, travail qu'il ne parvenait pas à faire, et, se sentant coupable de prendre quelques verres de scotch au lieu de se mettre à l'ouvrage, il souffrait d'insomnie, ce qui, de toute évidence, l'empêchait d'être efficace le lendemain au bureau...

Les frontières personnelles sont également importantes non seulement pour soi mais aussi pour les clients. Les clients abuseurs ou abusés ont été victimes d'abus de leurs frontières ; une bonne part de leur thérapie consiste à apprendre à établir des frontières pour eux-mêmes ainsi qu'à respecter celles des autres.

- Le réalisme et l'humilité, disent les auteurs. L'intervenant en violence familiale a un rôle social extrêmement important à jouer, rôle qui comporte une énorme responsabilité collective et professionnelle. Il glose quotidiennement avec le danger, et le danger est grand qu'il se prenne à l'occasion pour un héros. Cependant, personne d'entre nous ne peut remplacer les parents que nos clients n'ont jamais eus, ni faire que la guerre ou l'Holocauste n'aient jamais eu lieu.
- La supervision, la thérapie, la consultation et la formation. Peu importe l'ampleur de l'expérience professionnelle, il est toujours recommandé de retourner régulièrement consulter. Cette façon de prendre de la perspective sur les clients est d'autant plus nécessaire que les problématiques sont lourdes et difficiles à assimiler.

La Gestalt parle du mécanisme de confluence, ce mécanisme par lequel les frontières entre deux individus sont diluées. Utilisée de façon saine, ce mécanisme constitue une ressource indispensable au travail thérapeutique. De façon à aider le client violent, l'intervenant doit pouvoir s'identifier à lui. Il doit *devenir* ce client pour un temps. Il doit en même temps ne pas se perdre de vue. Comme le dit

clairement Latner en parlant du mécanisme de confluence, le vécu du client dans ce mécanisme est à l'avant-scène alors que le thérapeute garde à l'arrière-plan, sans le perdre de vue, son vécu à lui (Latner, 1975). Cette gymnastique psychique exige non seulement un travail personnel préalable à l'intervention, mais aussi un retour constant à la consultation.

Par ailleurs, de façon à se protéger des agressions du milieu, l'intervenant doit utiliser beaucoup de mécanismes de survie, mécanismes qui finissent par se retourner contre lui-même. L'être humain et son environnement sont en constante interaction. Cette rencontre « perceptuelle/structurante » (PHG, 1951) exige un ajustement constant. Goodman définit la névrose comme « un ajustement créateur à un environnement maladif ». La désensibilisation (Corbeil & Poupard, 1978) permet de tolérer l'intensité émotionnelle de la violence constante avec laquelle l'intervenant est en contact parce qu'il finit par ignorer jusqu'à quel point il en est affecté. Malheureusement pour lui, cette violence finit par l'imprégner à son insu. Elle ressortira sous la forme des symptômes mentionnés plus haut. Le manoeuvre soumis à des décibels trop intenses en usine finit par ne plus entendre les sons agressants mais il en perd l'ouïe progressivement.

On parle aussi du mécanisme de la rétroflexion, mécanisme qui nous permet de nous observer et à la base de la capacité d'insight du thérapeute. Poussé à l'excès, ce mécanisme finit par paralyser l'être humain, en l'occurrence, l'intervenant, et donner des symptômes psycho-somatiques (Polster & Polster, (1973). Lors de sessions de supervision, j'entendais parfois ces intervenants dire sur eux-mêmes quelque chose comme : « J'ai certainement beaucoup de problèmes personnels pour m'intéresser à une problématique aussi morbide ». Ce langage d'auto-questionnement est indispensable à toute démarche thérapeutique (Latner, (1973) ; utilisé à l'excès, il peut engendrer un malaise iatrogénique stérile et paralysant. Il véhicule un message de double-contrainte qui n'est pas sans danger pour la santé physique et morale. D'une part, il est vital de traiter ces hommes batteurs le plus tôt et le mieux possible, et d'autre part, on est peut-être névrosé soi-même de s'intéresser à cette problématique de violence ! Hycner écrit que « la cause principale de la plupart des psycho-pathologies peut se retrouver dans le manque de confirmation, confirmation dont nous avons tous besoin dans la tâche qui nous incombe de devenir des êtres humains » (Hycner, 1985).¹ L'intervenant a un

1. The underlying basis for most non-organic psychopathology is the lack of confirmation that all of us suffer in this endeavor called becoming a human being. Unlike animals, who are what they are unquestionably, the human being needs to be confirmed (The Gestalt Journal, Spring 1985).

important besoin d'être confirmé thérapeutiquement et socialement dans la lourde tâche à laquelle il fait face. La lecture de ce qui précède permet de constater que la liste des doubles-contraintes ou des situations paradoxales dans lesquelles l'intervenant est coincé est grande ; elle risque donc d'opérer une sérieuse brèche dans la confirmation de soi dont il aurait besoin. Mentionnons brièvement quelques-unes des autres contraintes auxquelles il fait face : il travaille sous pression, doit faire vite et bien, mais sera mis sur la sellette s'il fait une erreur. De façon à éviter les erreurs, qui ont des conséquences graves, il doit être compétent mais bénéficie de moins en moins de formation et d'encadrement professionnel étant donné les coupures de budget, de personnel, etc...

Les recherches montrent que les intervenants qui consultent et continuent de se former sont beaucoup moins susceptibles d'épuisement que ceux qui ne le font pas. Elles montrent également que le soutien d'une équipe de travail qui accepte, entend, reçoit les réactions de l'intervenant quelles qu'elles soient, fait que ce dernier se sentira moins isolé et plus en harmonie avec lui-même.

CONCLUSION

Le problème de la violence familiale n'est reconnu que depuis vingt ans. Dutton (1995), spécialiste de la psychologie de l'homme batteur, écrit qu'à l'époque où il était jeune professeur de psychologie sociale à l'université, il donnait des cours sur la violence sociale sans qu'il ne soit jamais question, ni dans les textes ni même dans son esprit, de la violence entre intimes. Le mouvement féministe fut le premier à porter ce problème social à l'avant-scène. *The Battered Woman* fut publié par Lenore Walker en 1979, et Strauss, Gelles & Steinmetz (1980) commencèrent également à lever le voile sur ce problème psycho-social tout aussi répandu qu'ignoré jusque là. Ce n'est que vers la fin des années 1970 que les cliniciens et les chercheurs commencèrent à étudier le problème de l'homme batteur lui-même et à vouloir le traiter. C'est donc dire que ceux qui y travaillent font œuvre de pionniers comme font œuvre de pionnières les sociétés qui s'en préoccupent. En 1994, le gouvernement canadien publiait une enquête sur la violence envers les femmes. Maintenant que la conscience sociale est éveillée à ce problème, c'est quotidiennement que nous sommes interpellés, via les médias, par les tragédies dont les familles, les femmes, les enfants, sont victimes.

C'est donc sur un volcan que les intervenants en violence familiale et conjugale se trouvent. Ils sont investis d'une responsabilité sociale et professionnelle grandissante dans un champ de pratique encore

jeune dont nous ne venons que de percevoir l'ampleur du danger. Cette ouverture à un problème psycho-social de fond comporte encore beaucoup d'inconnues cependant, une des conséquences étant que les intervenants dans ce domaine ont parfois de la difficulté non seulement à ce qu'on les écoute mais même à ce que l'on comprenne et à ce qu'ils comprennent eux-mêmes le sens de leur investissement professionnel. Faut-il ajouter qu'ils sont en plus eux-mêmes victimes de violence de la part de la clientèle, et même, comme nous l'avons vu récemment dans les journaux, passibles de poursuites judiciaires et d'emprisonnement si jamais ils font une erreur? L'augmentation inéluctable de la violence familiale par la brèche que les coupures budgétaires opèrent aux niveaux primaire et secondaire de la prévention de la violence exerce une pression de plus en plus forte sur les intervenants et l'épuisement professionnel s'ajoutera à la fatigue de compassion. Les institutions publiques souffrent ces années-ci d'une augmentation remarquable de congés pour épuisement professionnel ou fatigue de compassion. Une collègue œuvrant dans un CLSC me confiait qu'elle était la seule de son équipe à ne pas être en congé pour épuisement professionnel ou à revenir d'un tel congé. La pression qu'elle subissait était énorme et elle était consciente du danger qu'elle courait. Si tous les soignants tombent malades, qui prendra soin des victimes directes d'actes criminels ou de la violence familiale?

Les recherches sur les réactions traumatiques secondaires datent d'à peine dix ans. Les premières remontent aux années 1988 et la transmission du traumatisme de la victime directe aux victimes indirectes, en l'occurrence aux intervenants, est un phénomène que l'on vient de découvrir et donc encore passablement incompris. Des auteurs qui se sont interrogés sur ce mécanisme de transmission ont tenté de l'expliquer par la notion de contre-transfert; d'autres l'ont assimilé au phénomène d'épuisement au travail, syndrome encore difficilement identifiable lui-même; d'autres l'ont vu comme un phénomène de contagion, contagion dont les soignants devraient se protéger comme de toute contagion; d'autres ont parlé de contamination.

L'ensemble des recherches dans trois secteurs de la psychologie, en psycho-traumatologie, celles sur l'empathie et sur l'épuisement professionnel, contribue à éclairer la problématique du syndrome de la fatigue de compassion. Cette dernière étant aussi importante que peu connue, il nous a semblé opportun de donner en annexe les deux tableaux des symptômes aux plans personnel et professionnel que Janet Yassen présente au chapitre 9 de *Compassion Fatigue* édité par Figley en 1995.

Tableau 1²**IMPACT DU TRAUMATISME SECONDAIRE AU PLAN PERSONNEL**

Intellectuel	Émotif	Comportement	Spirituel	Interpersonnel	Physique
Difficultés de concentration	Sentiment d'impuissance	Incapacité de lâcher	Remise en question du sens de la vie	Retrait	Choc
Confusion	Anxiété	Impatience	Perte d'objectifs	Perte d'intérêt pour l'intimité et la sexualité	Pouls accéléré
Sensation d'être perdu, désorienté	Culpabilité du survivant	Irritabilité	Absence de satisfaction de soi	Isolement des amis	Transpiration
Perte de la recherche de sens et de l'estime de soi	Retrait	Retrait	Absence marquée d'espoir	Réactions	Difficultés respiratoires
Préoccupations et imageries traumatiques	Perte de sensation	Imprévisibilité	Colère contre Dieu	Attitude parentale sur-protectrice et obsédée par l'agression	Réactions somatiques
Apathie	Peur	Régression	Remise en question des croyances religieuses antérieures	Projection de la colère et du blâme	Douleurs diverses
Rigidité	Sentiment d'être démuné	Troubles du sommeil		Intolérance	Étourdissements
Agitation des pensées	Tristesse	Problème d'appétit		Isolement affectif	Système immunitaire affecté
Pensées auto ou allo-destructrices	Dépression	Cauchemars			
Doutes sur soi	Humeurs changeantes	Hypervigilance			
Perfectionnisme	Sentiment d'être dépassé, dégonflé	Réactions nerveuses			
Minimisation		Utilisation de moyens négatifs pour s'en sortir comme la drogue ou l'alcool			
		Propension aux accidents			
		Égarements d'objets			
		Comportements auto-destructeurs			

2. Source: Janet YASSEN – Preventing Secondary Traumatic Stress Disorder in Compassion Fatigue (1995) (p. 184), New York: Ch. R. Figley. Traduction de l'auteure.

Tableau 2³ IMPACT DU TRAUMATISME SECONDAIRE SUR LE PLAN PROFESSIONNEL

Accomplissement de la tâche	Moral	Interpersonnel	Comportement
Diminution de la qualité	La confiance diminue	Retrait de la relation	Absentéisme
Diminution de la quantité	Perte d'intérêt	aux collègues	Épuisement
Motivation médiocre	Insatisfaction	Déclin de la qualité	Erreurs de jugement
Évitement de tâches	Apathie	des relations	Irritabilité
Augmentation des erreurs	Sentiment d'être démoralisé	Piètre communication	Manque de ponctualité
Développement du perfectionnisme	Incapacité d'apprécier	Impatience	Comportements
Obsession des petits détails	le positif	Conflits avec le personnel	irresponsables
Détachement	Négligence des besoins personnels	Trop longues heures de travail	Sentiment d'incomplétude

Traduction: Janine Corbeil

3. Source: Janet YASSEN - Preventing Secondary Traumatic Stress Disorder in Compassion Fatigue (1995) (p. 191). New York: Ch. R. Figley. Traduction de l'auteure.

L'objectif premier de cet exposé était de sensibiliser les personnes concernées à l'importante problématique des traumatismes secondaires : aux dangers encourus, aux symptômes qu'ils occasionnent et aux moyens de les prévenir. Une élaboration théorique plus poussée sur les notions d'empathie, de confluence et de contre-transfert, ou sur tout autre mécanisme psychique impliqué dans la transmission du traumatisme constituerait la suite logique de ce chapitre. La piste de l'empathie semble au cœur du processus d'identification de l'intervenant aux difficultés rencontrées par ses clients. O'Leary (1993, 1997) parle de la distinction à faire entre confluence et empathie. À ce stade-ci de la réflexion, nous proposons de considérer le phénomène du contre-transfert et de l'empathie comme se situant sur continuum dans la relation thérapeute/client, et formant les ingrédients essentiels du processus thérapeutique ; la dimension empathie entre en jeu quand les frontières intra-psychiques de l'intervenant sont claires alors que la dimension contre-transférentielle comporte une zone d'ombre plus ou moins importante chez l'intervenant.

Notre intérêt portait sur la fatigue de compassion, mais cette réflexion nous a permis de côtoyer de près le phénomène de l'épuisement professionnel. Il semble plausible que les deux états puissent cohabiter chez le même intervenant, tout comme un problème de diagnostic différentiel risque de se poser dans certains cas. Les deux phénomènes auraient intérêt à être examinés l'un par rapport à l'autre.

La violence familiale et conjugale est désormais sur la place publique et il sera difficile de la retourner là où elle s'était tapie depuis toujours, dans le placard secret des drames familiaux. Tout comme le formulent certains clients lorsque leur cheminement thérapeutique leur fait rencontrer les monstres oubliés, il est impossible de rebrousser chemin : le seul choix qui reste est d'avancer. La formation, la thérapie et l'encadrement professionnel des intervenants travaillant dans le domaine de la violence entre intimes est de rigueur et la seule voie d'accès au cheminement amorcé.

Abstract

Research has recently found out that not only direct victims of traumatic experiences, but those around them who support them (therapists included) have been recognized as being equally susceptible to compassion fatigue or PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) (DSM-IV, 1995).

The present article gives an account of the impact on psychotherapists of dealing with marital and family violence. This exploration was made by a questionnaire and through group taped interviews performed with psychotherapists who had previously been in training/supervision with the author.

Based on recent researches on the impact of working with family violence, this article presents a description of the various symptoms (physical, psychological, professional) affecting psychotherapists working with these problems as well as various means of preventing those symptoms.

Key Words

Burnt out, compassion fatigue, counter-transference, empathy, family and marital violence, Gestalt, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).

Bibliographie

- CARKHUFF, R.R. (1969) *Helping and Human Relations*. Holt, Rinehard and Winston.
- CHERNISS, C. (1980). *Staff Burnout: Job Stress in the Human Services*. Sage Publications, California and England.
- CORBEIL, J. et POUPARD, D. (1978). *La Gestalt. Santé mentale au Québec*, Vol. III n° 1.
- DSM-IV (1995) American Psychiatric Association – DSM-IV, Washington.
- DSM-IV (1996). *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*. Masson, Paris.
- DUTTON, D. G. (1995). *The Batterer: A Psychological Profile*. Basic Books
- FIGLEY, CH. R., Éd. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Brunner/Mazel Psychosocial Stress Series.
- HYCNER, R. H. (1985). *Dialogical Gestalt Therapy: An Initial Proposal in The Gestalt Journal*, Spring 1985.
- HYCNER, R. H. (1988). *Person to Person: Toward a Dialogical Psychotherapy*. The Gestalt Journal Press, Highland, NY 12528.
- JOINSON, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22 (4), 16-22.
- KOHUT, H. (1984). *How does Analysis Cure?* University of Chicago Press.
- LATNER, J. (1973). *The Gestalt Therapy Book*. New York. The Julian Press.
- O'LEARY, E., (1993). Empathy in the Person Centered and the Gestalt Approaches. *British Gestalt Journal*.
- O'LEARY, E., (1997). Confluence Versus Empathy in *The Gestalt Journal*, Spring 1997.

- PERLS, F.S., HEFFERLINE, R.F. & GOODMAN, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. N.Y. Delta Book.
- POLSTER, E. & M. (1973). *Gestalt Therapy Integrated: Contours of Theory and Practice*. N.Y. Brunner/Mazel.
- ROGERS, C. & AL. (1967). *Person to Person: Problem of Being Human*. Real People Press, Lafayette, California.
- ROGERS, C. (1980). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROGERS, C. (1988). Rogers, Kohut, and Erickson: A Personal Perspective on Some Similarities and Differences. In Jeffrey K. Zeig, (Ed) *The Evolution of Psychotherapy*. N.Y. Brunner/Mazel.
- STRAUSS, M. A., GELLES, R.J. & STEINMETZ, S. (1980). *Behind the Closed Door: Violence in the American Family*. N.Y. Garden City.
- WALKER, L.E. (1979). *The Battered Woman*. N.Y. Harper & Row.
- YASSEN, J. (1995). Preventing Secondary Traumatic Stress Disorder in those who threat the traumatized In: C. Figley (Ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who threat the traumatized*. N.Y. Brunner/Mazel.

L'empathie en Gestalt thérapie : quelques considérations cliniques et éthiques

Marc-Simon DROUIN

RÉSUMÉ

Bien que l'empathie soit au cœur des préoccupations des thérapeutes d'orientation existentielle-humaniste, nous nous devons de constater que ce concept est assez peu présent dans les écrits en Gestalt thérapie. Le présent article se veut un effort pour redonner à ce concept la place qui lui revient à l'intérieur de notre modèle. Après un survol de l'évolution du concept selon diverses traditions en psychothérapie, nous proposons une conception de l'empathie qui semble compatible avec nos préoccupations de thérapeutes gestaltistes.

L'empathie est une des dimensions du processus thérapeutique au cœur des préoccupations des thérapeutes d'orientation existentielle-humaniste. Si nous demandions à différents experts de se prononcer sur ce qui caractérise particulièrement la thérapie humaniste, nul ne serait surpris de retrouver le concept d'empathie en tête de liste. Par contre, il est assez étonnant de constater que dans l'univers gestaltiste cette notion n'est que très peu ou pas abordée dans les différents textes présentant ce modèle théorique. La place de l'empathie dans le modèle gestaltiste contraste donc énormément avec les principaux courants en psychologie humaniste et fait figure de parent pauvre.

Nous ne croyons pas pour autant que les thérapeutes gestaltistes soient moins empathiques ou encore moins préoccupés par la nécessité d'offrir aux clients un climat empathique que les thérapeutes des autres approches. Nous croyons toutefois que le manque de place accordé spécifiquement à la notion d'empathie dans la littérature

gestaltiste et dans les différents programmes de formation en Gestalt thérapie constitue un manque important pour les thérapeutes de cette approche.

Dans cet article, nous nous proposons, dans un premier temps, de définir le concept d'empathie. Nous tenterons de retracer l'évolution de ce concept dans différentes traditions en psychothérapie et nous nous pencherons sur le rôle de l'empathie dans l'efficacité de la psychothérapie. Par la suite, nous examinerons la place de l'empathie en Gestalt thérapie et la place que nous croyons qu'elle devrait prendre. Nous terminerons par des considérations éthiques qui nous semblent intimement liées à la présence d'empathie en psychothérapie.

1. QU'EST-CE QUE L'EMPATHIE?

Répondre à une telle question est une tâche complexe. Nous avons assisté pendant quelques années à un foisonnement de l'intérêt pour la notion d'empathie. Jaffe (1986), lors d'une revue de littérature, a identifié les champs d'intérêt distincts que couvre ce domaine : (1) les processus cognitif et affectif et le rôle de la régression, (2) les origines de l'empathie dans la relation mère-enfant, (3) l'introspection, l'introspection vicariante et la possibilité de connaître la réalité, (4) les similitudes dans les expériences de sujet et d'objet, (5) les modes de participation sensori-moteur, (6) la fusion, la suridentification et les autres problématiques.

Si nous nous en tenons à l'univers de la psychothérapie, nous remarquons que bien que la majorité des auteurs s'entendent sur le fait que l'empathie est un élément essentiel au travail thérapeutique, ceux-ci ne s'entendent guère sur une définition commune de ce phénomène. Ils ne s'entendent pas non plus sur l'importance relative de l'empathie dans le succès thérapeutique. La majorité des définitions que nous pouvons retrouver de l'empathie en psychothérapie met l'accent sur une dimension spécifique de ce phénomène. Toutes font ressortir qu'il s'agit d'une tentative de la part du thérapeute de saisir un aspect de la réalité d'un client, que cette réalité soit cognitive, affective ou relationnelle. Dans une perspective contemporaine, l'empathie est considérée en tant que construit multidimensionnel qui comprend les dimensions suivantes : une dimension cognitive qui implique la compréhension et la validation, une dimension affective, la communication et l'action et, finalement, une façon d'être ensemble (a way of being together) (Bohart et Greenberg, 1998). Chacune de ces dimensions a reçu une attention particulière de la part de certains auteurs. Ce n'est que tout récemment que des efforts

importants ont été faits afin de tenir compte de l'ensemble des différentes composantes de l'empathie.

Toutes les approches thérapeutiques reconnaissent l'importance de l'empathie. Toutefois, nous nous retrouvons devant un phénomène un peu semblable à celui observé en science naturelle, c'est-à-dire celui de l'évolution parallèle. Deux courants de pensée ont développé leur conception de l'empathie de façon quasi indépendante, soit le courant analytique et le courant humaniste.

Ce n'est que tout récemment qu'une tentative de rapprochement a été tentée entre ces deux écoles. Leur conception respective de l'empathie fut le point d'ancrage de ce rapprochement en raison de leur similitude et de leur complémentarité (Kahn, 1985, 1989; Tobin, 1990). Cette tentative de rapprochement n'est d'ailleurs pas étrangère au mouvement de rapprochement entre les diverses formes de psychothérapies, à l'identification de facteurs communs à l'ensemble de ces approches, ainsi qu'à l'émergence de l'éclectisme en psychothérapie (Beutler, 1988, 1994; Garfield, 1992; Lecomte et Castonguay, 1987; Norcross et Goldfried, 1992). Abend (1989) remarque toutefois que la notion « d'écoute empathique » a débouché, plus souvent qu'autrement, sur une guerre de clochers entre les tenants des diverses approches.

Malgré ces efforts louables, la recherche sur l'empathie en lien avec le processus thérapeutique fut assez sporadique au cours des dernières années (Greenberg, Elliot & Lietaer, 1994; Orlinsky & al., 1994). Duan et Hill (1996) notent que très peu de recherches vont au-delà de la question très générale du lien entre l'empathie et l'efficacité thérapeutique. Ils mentionnent également que la recherche dans ce domaine est caractérisée par une confusion issue du manque de définition opérationnelle et de mesures adéquates.

Dans la section qui suit, nous allons d'abord nous attarder à l'évolution du concept d'empathie dans les traditions humaniste et analytique. Par la suite, nous nous pencherons sur le rôle de l'empathie dans l'efficacité de la psychothérapie.

1.1 La conception humaniste de l'empathie

Rollo May (1989), dans un effort pour nous faire saisir l'essence du mot empathie, nous ramène à ses racines étymologiques. Le mot empathie nous vient d'une traduction du mot allemand « *Einfühlung* » qui veut dire sentir de l'intérieur. Il s'agit en fait d'un mot dérivé du terme grec « *pathos* » qui désigne un sentiment profond et fort tel que la souffrance et, ayant comme préfixe la préposition *in*, à l'intérieur.

La notion d'empathie est intimement liée à celle de champ phénoménologique et fut au cœur du développement de l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers (1951, 1959, 1961). Selon Rogers, l'empathie consiste à comprendre le monde du client à partir de la façon dont celui-ci le perçoit. Rychlack (1981) ajoute que la compréhension empathique permet de comprendre le point de vue de l'autre sans toutefois perdre de vue que les sentiments subjectifs de ce dernier ne pourront jamais être connus dans leur entièreté. Le thérapeute doit donc, tout en mettant de côté, dans la mesure du possible ses propres besoins, se placer dans les souliers du client. Cette analogie est d'ailleurs reprise par plusieurs auteurs (Basch, 1983, 1995; Meader et Rogers, 1984; Rowe et MacIsaac, 1989). May relève la similitude avec le terme sympathie toutefois, l'empathie comporte un état beaucoup plus profond d'identification par lequel une personne plonge dans la personnalité de l'autre de façon à perdre temporairement sa propre identité. Un des aspects importants de l'empathie selon Mearns et Thorne (1988) est la notion de « comme si ». En effet, le thérapeute doit être capable de travailler avec le client en percevant la réalité comme s'il était lui mais en conservant une possibilité de détachement. Ce détachement permet au thérapeute d'éviter d'être enseveli sous l'expérience du client. Cette possibilité du thérapeute de rester relativement détaché est en général sécurisante pour le client. En effet, si le client se sent désespéré, perdu dans son monde, le thérapeute demeure quelqu'un de fiable et cohérent tout en étant sensible à la réalité du client.

Plusieurs auteurs ont mis l'accent sur l'aspect technique de l'empathie. Ainsi, selon Cormier et Cormier (1985), l'empathie consiste en une habilité technique qui nous aide à comprendre les personnes à partir de leur schème de références plutôt qu'à partir de notre propre schème. Il s'agit donc de penser avec le client plutôt que de penser pour ou à propos du client. On évalue, de façon générale, le niveau de concordance entre le discours du client et les interventions du thérapeute. Considérée de cette façon, l'empathie en tant que technique est en corrélation avec de bons résultats thérapeutiques (Barrett-Lennard, 1962; Patterson, 1984; Truax et Mitchell, 1971) et ce, tant pour les clients névrotiques que psychotiques (Rogers 1967). On distingue en général deux conséquences positives à l'empathie, soit une augmentation du niveau de conscience ainsi qu'un encouragement à une exploration plus profonde de la part du client (Bergin et Strupp, 1972; Kurtz et Grummon, 1972; Tausch et al, 1970). Des chercheurs se sont penchés sur les réponses empathiques quantifiables. Truax et Carkhuff (1967, 1971) ont développé une

échelle de mesure de l'empathie en huit (8) points dans le but d'aider les thérapeutes à étendre leur répertoire de réponses empathiques. Toutefois, cette conception technique de l'empathie ne plaît pas à tous. Mearns et Thorne, par exemple, mentionnent que l'empathie n'est pas seulement une réponse ponctuelle du thérapeute mais plutôt un processus. Ce n'est donc pas une technique en soi mais plutôt une façon d'être en relation. Cette façon d'être doit d'ailleurs être perçue à un niveau minimal par le client pour que le processus thérapeutique puisse progresser. On ne peut donc isoler la qualité des interventions du thérapeute sans tenir compte de l'espace thérapeutique qui se crée entre le thérapeute et le client.

Barrett-Lennard (1981) a tenté de schématiser le processus empathique. Le thérapeute doit au départ adopter une position d'ouverture à l'autre. Il identifie ensuite un cycle en trois phases distinctes qui se répètent tout au long du processus thérapeutique. La première phase consiste en une résonance empathique du thérapeute à l'expérience du client. Il doit donc se laisser immerger dans le monde du client et tenter de comprendre la réalité multidimensionnelle (cognition, émotion, action) du client. Dans la deuxième phase, le thérapeute doit exprimer concrètement cette compréhension au client (généralement à l'aide de réponses reflètes). Lors de la troisième phase de ce processus, le client reçoit la réponse du thérapeute ce qui devrait mener à une nouvelle expression de l'expérience du client et donc, à une nouvelle résonance empathique chez le thérapeute. Ce cycle doit être accompagné d'un réel intérêt du thérapeute à saisir le schème de référence du client et ce dernier doit avoir le sentiment d'être compris.

Nous retrouvons une certaine variabilité dans la façon dont les thérapeutes humanistes appliquent ce processus empathique. Chacun applique le processus empathique en mettant l'accent sur une dimension qui lui convient d'avantage. Certains, par exemple, sont plus actifs verbalement que d'autres, certains sont plus expressifs émotionnellement et d'autres encore, plus intenses émotionnellement. Malgré ces préférences personnelles dans l'application du processus empathique par les thérapeutes d'orientation humaniste, il existe en général deux conceptions spécifiques de ce que vise ce processus empathique. La première conception veut que le thérapeute saisisse exactement ce que le client ressent consciemment et qu'il désire communiquer au thérapeute. Cette conception évoque fréquemment une réaction de la part du client telle que « oui, c'est tout à fait ça », ce qui facilite à la fois l'expression des sentiments chez le client ainsi qu'une exploration plus approfondie (Raskin 1974). Selon cette conception, le

thérapeute reste collé de près au discours du client et ne vise qu'une compréhension de l'expérience immédiate sans tenter d'élargir le niveau de conscience du client.

Une autre conception veut que le thérapeute soit efficace lorsqu'il ou elle saisit les significations subtiles à la limite de la conscience du client. Ceci entraîne généralement une réaction spécifique chez le client, soit une pause dans son discours suivi généralement d'une réaction telle que « oui, je crois que vous avez raison, je n'avais jamais envisagé ceci de cette façon auparavant » (Rogers 1980). Cette conception se rapproche d'avantage de la notion d'interprétation ou encore d'intervention additive de la part du thérapeute en regard du discours du client. Ce qui différencie cette conception de l'empathie de l'interprétation, telle qu'on la conçoit dans l'univers psychodynamique, par exemple, est que rien n'a été ajouté au discours du client. On se contente de reculer, à l'aide du processus empathique, les limites de sa conscience.

Pour les thérapeutes humanistes, la compréhension empathique est une fin en soi et est porteuse d'un effet curatif pour le client (Gelso et Carter, 1985). L'empathie est donc l'élément principal du travail thérapeutique. Nous nous devons toutefois d'identifier une divergence importante à l'intérieur même de la famille des thérapies d'orientation humaniste. En effet, pour les thérapeutes gestaltistes, l'empathie est secondaire aux notions de congruence et d'authenticité du thérapeute (Perls, 1970 ; Polster et Polster, 1973). Pour Fritz Perls (1973) un thérapeute tout à fait empathique serait inefficace justement parce que pour ce faire, il doit se mettre de côté, de façon à s'immerger dans le monde de l'autre, ce qui empêche, selon lui, un contact véritable entre deux individus. L'empathie nécessite une certaine confluence avec le client qui pourrait alors représenter une forme de résistance au contact.

Dans les révisions récentes de la Gestalt thérapie, les divers auteurs (Bouchard et Derome, 1987 ; Delisle, 1998 ; Wheeler, 1991 ; Yontef, 1995) ne semblent pas partager cette vision qu'avait Perls de l'empathie. Toutefois, nous devons noter que peu d'entre eux mettent l'accent sur l'empathie ou sur le processus empathique. Delisle (2001) fait appel à la notion d'identification introjective qui correspond à la notion d'empathie chez d'autres auteurs. Dans son modèle de relation tridimensionnelle (reproduction-reconnaissance-réparation), le concept de reconnaissance à l'intérieur d'un dialogue herméneutique correspond aux composantes cognitives et relationnelles de l'empathie. Toutefois, le terme empathie proprement dit demeure relativement absent de son discours. Delisle utilise, avec beaucoup

de pertinence et d'à propos, des termes empruntés au langage psychanalytique (Tansey et Burke, 1989), ce qui risque toutefois de confondre le lecteur dans sa compréhension spécifiquement humaniste du processus empathique.

De leur côté, Greenberg, Rice et Elliot (1993), Watson et Greenberg (1996) font une place primordiale à l'empathie dans leur approche qui s'inspire grandement des fondements de la Gestalt thérapie surtout en regard des interventions thérapeutiques proposées. Toutefois, leur modèle théorique se démarque un peu des modèles gestaltistes plus traditionnels en faisant une place importante aux construits rogoriens qui ont trait à la relation thérapeutique. Au-delà de considérations générales sur l'importance de l'empathie, ils sont attentifs à la présence de points de repères (markers) dans le discours du client leur permettant d'utiliser un certain nombre d'interventions de façon spécifique. L'identification de ces points de repères suppose, de la part du thérapeute, une compréhension empathique du discours du client. Leur conception de l'empathie implique donc les dimensions cognitives et affectives de l'empathie.

1.2 La conception analytique de l'empathie

Tout comme pour le mouvement humaniste il n'existe pas une définition commune de l'empathie pour l'ensemble des approches psychanalytiques. Il n'existe pas non plus de consensus sur l'importance relative de l'empathie dans le processus thérapeutique. La notion d'empathie a évolué tant en ce qui concerne sa définition qu'en regard de l'importance que lui accordent les différents auteurs.

Freud, tout comme Rogers, fait appel à la notion d'empathie mais d'une façon qualitativement différente. Selon Basch (1988), l'empathie était pour Freud une condition sine qua non à la compréhension de l'état affectif d'une personne. Toutefois, il ne définit que très sommairement ce en quoi consiste l'empathie si ce n'est qu'une tentative d'identification du thérapeute à la réalité du client. Freud se prononce sur l'empathie de façon assez brève et en trois occasions seulement (Freud, 1905, 1906, 1921) en prenant apparemment pour acquis que les méthodes d'association libre et d'analyse des résistances n'étaient que le raffinement des techniques d'empathie et d'introspection. En 1921, Freud mentionne que nous sommes loin d'avoir résolu le problème complexe de l'identification et que le processus empathique est central dans notre compréhension du monde interne de l'autre dont nous demeurons distincts.

Freud semble prendre une position qui reconnaît l'importance de l'empathie sans pour autant chercher à en définir les éléments

constitutifs. Ornstein et Ornstein (1985) font remarquer qu'à partir de ce moment, l'introspection et l'empathie furent évacuées presque totalement du discours psychanalytique pour une période de temps relativement importante. Ils font remarquer que Freud adopte dorénavant la position d'observateur externe de la réalité subjective des clients, ceci dans le but, semble-t-il, de rendre la psychanalyse plus scientifique. Poland (1984) note qu'à partir de cette époque, l'empathie est considérée comme un mode de perception (Deutsch, 1926; Fliess, 1942; Gitelson, 1952; Greenson, 1960; Olinick, 1969; Racker, 1957). Ce mode de perception recouvre essentiellement les aspects cognitifs de l'empathie alors que les aspects affectifs ou réactifs relèveraient plutôt du contre-transfert.

E.F. Sharpe (1930) fut l'un des premiers à réagir à ce glissement vers un mode d'observation externe lorsqu'il mentionne que notre tâche principale est d'amener le patient à nous en dire toujours de plus en plus. De cette manière, nous nous rapprochons du monde interne du patient. L'empathie est donc essentielle. Le patient ne nous suivra qu'à la seule condition que nous nous soyons d'abord approchés de son monde interne. Nous pouvons parfois voir ce que le patient ne peut voir lui-même, mais nous ne pouvons lui faire voir ce que nous n'avons pas d'abord observé avec lui.

Nous retrouvons dans cette affirmation une préoccupation pour les aspects relationnels de l'empathie.

Avec la publication de *Introspection, Empathy and psychoanalysis-An examination of the relation between mode of observation and theory*, Kohut (1959) ramène la notion d'empathie au cœur de la méthode psychanalytique. Alors que la biologie et la sociologie nécessitent un mode d'observation externe, Kohut insiste sur le fait que l'exploration du monde interne d'une personne ne peut se faire qu'à l'aide d'un mode d'observation introspectif et empathique qu'il nomme introspection vicariante.

Kohut définit l'empathie comme un mode de cognition en concordance avec les perceptions de confirmations psychologiques complexes. Le thérapeute qui se place dans une position empathique tente donc de comprendre les principes d'organisations complexes de la réalité du client. Rowe et MacIsaac (1988) précisent que l'empathie n'est pas un processus par lequel un thérapeute devine ou encore perçoit de façon quasi magique ce qui se passe dans l'esprit d'une autre personne. Il ne s'agit pas non plus de s'imaginer ce que nous serions appelés à ressentir si nous étions placés dans la même situation que le client.

De façon générale, l'empathie est synonyme de concordance affective (affect attunement). Selon Ornstein (1985), la concordance affective n'est que le premier pas du processus empathique. C'est une habileté qui consiste à porter notre attention sur ce qui motive un comportement plutôt que sur le comportement manifeste. En effet, sans la capacité de concordance affective, aucune communication ne serait possible au delà du comportement manifeste (Demos, 1984 ; Stern, 1985). Ce n'est qu'en tentant d'établir une concordance affective que nous pouvons avoir accès aux principes d'organisation de l'expérience du client, l'émotion étant le moteur central de cette organisation. La concordance affective devint donc la clé qui nous donne accès au monde intérieur de l'autre. Si nous nous représentons le monde intérieur d'un client comme une chambre close, la concordance affective est la clé de cette chambre, mais l'empathie est la lumière qui nous permet de constater ce qu'elle contient. L'empathie nous éclaire sur les expériences subjectives du client dans toute leur complexité. Nous n'avons donc pas seulement accès aux affects qui motivent les comportements, mais également à la nature des conflits et des compromis qui forment l'ensemble des expériences du soi (self-experience). La concordance affective se fait généralement de façon intuitive, pré-consciente et ce, assez rapidement. L'empathie, par contre, procède plutôt par essais et erreurs. Le thérapeute doit demeurer dans la « chambre éclairée » suffisamment longtemps pour obtenir une vision exacte de l'aspect idiosyncratique de son contenu. L'empathie, lorsqu'exercée de cette façon, mène directement à la reconnaissance de transferts de soi-objet (self-object transference). La notion de soi-objet réfère à la façon dont le client se représente et utilise le thérapeute dans l'organisation de son expérience. La reconnaissance et l'interprétation du transfert de soi-objet est centrale dans la cure. Selon Ornstein, il existe un lien intrinsèque entre la méthode d'observation (empathie) et ce qu'on découvre (transferts de soi-objets).

L'empathie est donc au cœur de la psychologie du soi développée par Kohut et ses collaborateurs. L'impact de cette notion est important au niveau du travail thérapeutique. En effet, l'application prolongée et intense du mode d'observation empathique nous permet d'avoir accès aux expériences transférentielles du client d'une façon toute particulière. Plutôt que de poursuivre assidûment les sentiments et les pensées que le client tente de nous cacher (de façon consciente ou non), le thérapeute doit plutôt inviter le client à présenter la réalité de la façon dont il la perçoit. En d'autres mots, le thérapeute s'engage dans la relation à partir de ce qu'exprime le

client plutôt qu'à partir des inférences qu'il se fait sur ce que le client refuse de voir ou de montrer.

Wolf (1988), qui fut un proche collaborateur de Kohut, reconnaît que l'empathie peut également avoir une fonction secondaire qui est de créer un lien émotif significatif entre le thérapeute et le client. Il met toutefois en garde contre le danger de confondre empathie et le fait d'«être gentil». Il mentionne clairement que la fonction première de l'empathie est de rendre possible le déploiement de l'expérience interne du client et ainsi permettre l'émergence de besoins développementaux spécifiques (transfert de soi-objet). Pour Wolf, l'empathie est avant tout un outil (de cueillette de données) permettant au thérapeute une plus grande capacité d'interprétation.

Kohut est certainement un des auteurs ayant le plus développé la notion d'empathie à l'intérieur de l'approche analytique. Plusieurs auteurs tel que Winnicott (1989), Mahler (1975), Lichtenberg (1981, 1983) partagent essentiellement le point de vue de Kohut quant à l'importance de l'empathie dans la méthode analytique. Quelques divergences peuvent exister sur les limites exactes de l'empathie, mais leurs conceptions demeurent conciliables.

1.3 L'empathie et la recherche en psychothérapie

Il peut s'avérer intéressant de vérifier l'impact de l'empathie sur le résultat thérapeutique. Dans une méta-analyse sur le processus thérapeutique et l'efficacité de la psychothérapie, Lambert et Bergin (1994) sont arrivés aux résultats suivants: 1. La perception des clients de l'empathie de leur thérapeute est reliée à de bons résultats thérapeutiques. 2. Une relation empathique entre le thérapeute et le client, tel que perçue par un observateur externe est liée à de bons résultats thérapeutiques. En conclusion à leur recherche, ils affirment que la résonance empathique est un ingrédient thérapeutique efficace. C'est ce qui permet au client de réaliser que ses préoccupations et ses sentiments sont dignes d'intérêt.

Ces résultats sont concordants avec ceux obtenus quelques années plus tôt par Neuhaus et Astwood (1980), Storr (1980) ainsi que ceux de Lambert, Shapiro et Bergin (1986). Lafferty Beutler et Cargo (1991) affirment que l'évaluation que le client fait du niveau d'empathie de son thérapeute est le meilleur prédicteur de l'efficacité du thérapeute. Luborsky (1984) de son côté, conclut qu'un dosage adéquat d'interprétation et d'empathie est susceptible de donner de bons résultats thérapeutiques, ce qui semble être une position mitoyenne entre Kohut et Rogers.

2. L'EMPATHIE EN GESTALT THÉRAPIE

Comment pouvons-nous intégrer ces différentes conceptions de l'empathie tout en conservant notre identité de gestaltistes? La grande majorité des thérapeutes gestaltistes sont préoccupés par la nécessité de procurer aux clients un cadre empathique mais ils ne retrouvent que peu d'écrits dans notre littérature leur permettant de réfléchir à ce concept de façon toute particulière. Comme nous le mentionnions précédemment, même les écrits les plus récents font très peu mention du concept d'empathie.

Nous croyons que la définition contemporaine de l'empathie en tant que construit multidimensionnel sied bien à nos préoccupations de gestaltistes. Nous avons pu constater dans les sections précédentes que la majorité des auteurs ayant développé le concept d'empathie dans les traditions humaniste et psychodynamique ont mis l'accent sur une ou deux des dimensions particulières du processus empathique. En reprenant l'ensemble des composantes du processus empathique (dimension cognitive, affective, communication/action et relationnelle), nous constatons que ces éléments sont représentés à l'intérieur du modèle gestaltiste. Nous croyons donc qu'un effort d'intégration de ces composantes est pertinent afin de mieux saisir la réalité et la place de l'empathie au sein de la Gestalt thérapie.

La dimension cognitive est mise de l'avant par la majorité des auteurs contemporains, peu importe leur approche théorique (Bozarth, 1997; Bozart & Tallman, 1997; Barrett-Lennard, 1997; Greenberg & Elliot, 1997; Vanaershot, 1997; Warner, 1997). De façon générale, le thérapeute observe l'expérience du client, observe ensuite ses propres réactions face à ce client, s'imagine être à sa place pendant un moment, puis échafaude des inférences au sujet du client. Pendant plusieurs années, les thérapeutes gestaltistes ont négligé l'aspect cognitif de l'empathie (à tout le moins en théorie) au profit du contact et de la création de nouvelles figures. Perls (1961) mentionnait que toute hypothèse ou interprétation au sujet du client était considérée comme une erreur thérapeutique qui impliquait que le thérapeute connaisse mieux le client que le client ne se connaît lui-même. Nous croyons plutôt que les thérapeutes gestaltistes utilisent des inférences afin de saisir l'organisation subtile et complexe de l'expérience immédiate du client dans son contact avec l'environnement. Dans le regard qu'ils posent sur les mécanismes d'adaptation au contact, les interruptions sur le cycle de contact et l'utilisation que le client fait de ses fonctions de contact, les thérapeutes gestaltistes utilisent la dimension cognitive de l'empathie.

Toutefois, il nous semble que cette seule composante cognitive soit inadéquate pour rendre compte de la complexité de l'utilisation que les thérapeutes gestaltistes font de l'empathie. Nous croyons que, bien que la qualité de la dimension cognitive de l'empathie (ou en d'autres termes la qualité du jugement clinique) puisse être un élément important contribuant au succès thérapeutique, nous constatons que cette dimension est loin de rendre compte de l'activité mentale complexe dont fait preuve le thérapeute dans une situation clinique. En étudiant de façon isolée la dimension cognitive de l'empathie, nous évacuons tout l'espace relationnel et interactif entre le thérapeute et son client.

Bohart et Greenberg (1997) soulignent que pour les thérapeutes d'orientations psychodynamique et humaniste, et particulièrement pour les thérapeutes gestaltistes, la compréhension empathique d'un client ne peut être réduite à la seule dimension cognitive, mais fait davantage appel à la capacité, pour le thérapeute, de susciter une nouvelle expérience relationnelle pour le client, l'invitant ainsi à remettre en question certaines de ses perceptions quant à sa situation actuelle. La compréhension empathique fait donc appel à des composantes cognitive, affective, et relationnelle. Il s'agit de faire vivre au client une expérience correctrice (une réparation, dirait Delisle).

La notion de contact qui nous est tout particulièrement chère est possiblement celle qui se rapproche le plus de la définition multi-dimensionnelle de l'empathie. En effet, pour que le contact thérapeutique soit optimal, le thérapeute doit poser un regard juste sur les difficultés du client. Il doit, de plus, être soucieux du lien affectif qui se crée entre lui et le client. Il doit pouvoir communiquer ses impressions de façon assimilable pour le client. Ce souci de la qualité du contact se rapproche beaucoup de ce que nous entendons par les diverses dimensions de l'empathie.

Nous croyons que les tenants de l'approche intersubjective proposent une conception du processus thérapeutique qui peut nous être utile à plus d'un titre. Ils perçoivent que l'investigation clinique, au moyen du mode empathique-introspectif, est l'outil principal du thérapeute (Orange, 1995). Ce mode d'investigation permet d'éclairer les principes d'organisation de l'expérience du client (empathie), les principes d'organisation du thérapeute (introspection) et le champs relationnel créé par l'interaction entre les deux (intersubjectivités). Il faut se rappeler que le thérapeute arrive à une compréhension clinique à la suite de plusieurs « collisions » entre sa subjectivité et celle du client (Renik, 1993). Il est donc nécessaire pour lui

de reconnaître sa participation au processus relationnel pour se rapprocher d'une position empathique (Orange, 1995). Même si un thérapeute ne pose pas d'emblée un regard juste sur les difficultés du client, et que ces moments mènent à des tensions ou des ruptures au plan de la relation thérapeutique, nous croyons qu'une préoccupation plus large pour le processus empathique permet malgré tout un aboutissement favorable de la thérapie. L'important, pour le thérapeute, est de reconnaître ces ruptures, de même que la façon dont il y contribue, ce qui permet d'offrir au client une réponse optimale allant à l'encontre de ses principes d'organisation (Bacal, 1985). Par la réparation de la faille empathique, ou encore par la restauration du lien empathique, il permet au client de vivre une expérience émotionnelle correctrice. En ce sens, tout comme le croyait Kohut (1984), pour qu'une intervention ait un impact thérapeutique, elle doit fournir au client une nouvelle expérience relationnelle où il se sent profondément compris. Ceci nous apparaît particulièrement vrai en Gestalt thérapie où l'intensité de ce qui est vécu entre le thérapeute et le client nécessite une attention toute particulière de la part du thérapeute pour permettre une issue favorable de la thérapie.

Les travaux de Jacobs (1991) sur le rapprochement entre les approches intersubjectives et la Gestalt thérapie nous apparaissent d'une importance capitale afin de mieux saisir à quel point le concept d'empathie devrait être au cœur de la littérature et des enseignements du modèle gestaltiste. Le modèle développé par Delisle (1998) et sa formulation de la relation thérapeutique tri-dimensionnelle (reproduction-reconnaissance-réparation) semble bien correspondre aux préoccupations que nous avons évoquées. Nous croyons donc fortement que les thérapeute gestaltistes peuvent bénéficier de point de repères fiables en regard de ce qu'implique l'empathie en psychothérapie.

3. QUELQUES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'absence d'élaboration étoffée sur le processus empathique en Gestalt thérapie n'est pas sans soulever des préoccupations éthiques. En effet, lorsque l'on pratique une forme de thérapie aussi puissante que la Gestalt thérapie, comment pouvons-nous nous assurer que notre intervention demeure bénéfique pour le client qui nous consulte ? La Gestalt thérapie a connu bon nombre de dérapages importants au cours des années. De plus, elle fut quasi absente des programmes universitaires en psychologie clinique pendant plusieurs années.

Étant donné la nature spécifique des interventions gestaltistes (dévoilement de soi du thérapeute, intensité de l'activité thérapeutique, niveau d'interaction élevé, intensité de l'expression des émotions), nous croyons que l'accent devrait être mis d'une façon toute particulière sur le fait que cette activité thérapeutique doit être chapeauté par des préoccupations empathiques importantes. Yontef (1995) met en garde les thérapeutes contre les dangers potentiels de la pratique de la Gestalt thérapie et encourage les thérapeutes à être particulièrement sensibles à la réalité du client. Sans cette sensibilité particulière, il y a danger que le client puisse se sentir bousculé, envahi, séduit ou encore humilié par certaines interventions du thérapeute. Cette mise en garde est sûrement valable mais demeure assez vague quant aux critères permettant de la respecter. Nous croyons que la sensibilité dont parle Yontef correspond à l'idée que nous nous faisons de l'empathie sans pour autant que ce soit nommé ainsi. Nous croyons qu'en prenant en considération les éléments du processus empathique, nous pouvons nous donner un certain nombre de points de repère pour éviter les abus et les écueils de toutes sortes. Ces considérations ne se limitent d'ailleurs pas aux thérapeutes gestaltistes qui, en définitive, ne sont pas moins empathiques que les thérapeutes d'autres approches, mais nous croyons important d'adresser ces mises en garde à notre communauté thérapeutique en souhaitant qu'il en soit de même dans les autres approches.

La psychothérapie, qu'elle soit de type gestaltiste ou autre, est un processus d'influence interpersonnelle. Dans toute relation d'aide, l'intervenant acquiert d'emblée un pouvoir d'influence sur le client. Dans le cadre des thérapies humanistes, l'utilisation et même la présence de l'influence interpersonnelle sont longtemps apparues comme une violation de l'autonomie du client (Castonguay, 1987). Depuis, ce processus a reçu une reconnaissance plus large et sa planification consciente est devenue chez les humanistes une caractéristique de toute relation d'aide. Le thérapeute doit donc être conscient de l'influence qu'il exerce sur le client plutôt que d'en nier l'existence ou encore de vouloir la contourner.

Les clients viennent nous consulter parce qu'ils ont foi en notre capacité de les aider et voient leur thérapeute en tant qu'agent de changement. Ils souhaitent donc, consciemment ou non, être influencés par leur thérapeute. Kohut, dans son élaboration des transferts de soi-objet, reconnaissait que les clients portaient en eux un besoin d'idéalisation et d'apaisement qui est intimement lié au processus d'influence interpersonnelle. Beutler (1988) mentionnait que la psychothérapie pouvait être décrite comme l'art d'influencer

les gens de façon thérapeutique. L'influence interpersonnelle en thérapie se manifeste par les phénomènes de persuasion, de suggestion, de conditionnement opérant et d'identification. Chacune de ces composantes contribue à sa façon à l'issue du processus thérapeutique.

Si nous considérons côte à côte ce besoin du client d'être influencé par le thérapeute et la puissance de certaines techniques gestaltistes, nous voyons ici une combinaison de facteurs pouvant être tout à fait bénéfiques ou encore extrêmement dangereux pour le client. En effet, si le thérapeute n'est pas suffisamment attentif aux besoins du client et à sa propre expérience affective les dangers de dérapages sont nombreux. En ce sens, nous croyons qu'une préoccupation pour les différentes composantes du processus empathique permet au thérapeute d'être à la fois conscient des besoins du client et capable de bien reconnaître, de contenir et de communiquer de façon adéquate et judicieuse les éléments importants de ses réactions internes, affectives et subjectives. Certains thérapeutes n'arrivant pas à contenir ou à mettre à profit leurs réactions internes peuvent causer des torts importants aux clients. Par exemple, un thérapeute qui trouve que son client ne progresse pas suffisamment et qui éprouve de l'ennui en thérapie pourrait être tenté d'utiliser une technique gestaltiste puissante afin de mettre un peu de vie dans le processus thérapeutique. Ce besoin d'impact de la part du thérapeute nous paraît au mieux risqué et, au pire, abusif. Plutôt que de s'intéresser au sens de l'ennui éprouvé par le thérapeute comme nous invitent à le faire plusieurs auteurs (Delisle, 1998; Jacobs, 1991, etc.), ce genre de thérapeute force le client à entrer en contact avec lui en faisant fi de ses enjeux relationnels. Ça semble une façon de dire au client qu'il a le droit d'être malade partout sauf dans le bureau du thérapeute parce que ça l'embête. Le thérapeute devrait aider le client à comprendre sa façon unique et personnelle d'entrer en contact avec les autres. À notre avis, ceci ne peut se faire en dehors d'un contact empathique. C'est de cette façon que nous pourrions encourager le client dans une démarche vers une plus grande autonomie.

Lors de notre participation récente à un panel sur l'éthique et la Gestalt (Drouin, 2002), nous avons été frappés par la réaction des participants face à l'obligation de devoir se soumettre à un code de déontologie. Cette réaction semblait encore plus importante de la part de participants venant des pays où la pratique de la psychothérapie n'est pas soumise à une réglementation particulière. Certains y voyaient une incompatibilité importante avec les dimensions créatrices qui caractérisent l'intervention gestaltiste. En effet, certains

thérapeutes gestaltistes semblent craindre de voir leur créativité brimée par un code de déontologie rigide laissant peu de place à des interventions faisant appel à divers niveaux d'expérience du client (émotif, corporel, sensitif, etc.). Les thérapeutes présents semblaient trouver incompatible le fait de pouvoir travailler de façon holistique et les règles définies par les codes de déontologie actuels. Ils suggèrent qu'on devrait faire confiance à la maturité du thérapeute ainsi qu'à son sens clinique. Bien que nous puissions en partie souscrire à ces craintes, nous croyons toutefois qu'une certaine prudence est de mise dans l'application de techniques aussi puissantes que peut l'être celle de la Gestalt thérapie. En ce sens, nous ne pouvons que partager le commentaire de Jeanine Corbeil (communication personnelle, 2002) à la sortie de cet atelier qui mentionnait que bien que nous puissions faire confiance au talent et à la bonne volonté des conducteurs de voiture, il est bon de pouvoir compter sur des lumières rouges et vertes afin de gérer les règles de circulation automobile dans une grande ville. Ces lumières peuvent être offertes par un code de déontologie, certes, mais nous croyons qu'une bonne maîtrise des dimensions cognitive, affective et relationnelle de l'empathie peuvent guider un thérapeute dans la conduite de processus thérapeutique en laissant place à cette créativité qui nous est chère.

Abstract

Even though empathy is a central issue in humanistic psychology, the concept of empathy is mostly absent of the literature in Gestalt Therapy. The aim of the present article is to focus on the place empathy should have in our model. After an overview of the evolution of the concept of empathy in several theories of psychotherapy, we suggest a definition of empathy that will enable us to integrate this concept in a way that is congruent with our view of psychotherapy.

Références

- ABEND, S. M. (1989). Countertransference and psychoanalytic technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 43: 374-395.
- BACAL, H. (1985). Optimal responsiveness and the therapeutic process. In A. Goldberg (Ed.), *Progress in self psychology* (Vol. 1, pp. 202-226). New York: Guilford Press.
- BARRET-LENNARD, G. T. (1997). The recovery of empathy-Toward others and self. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 103-124). Washington, DC: American Psychological Association.

- BARRETT-LENNARD, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs* 76 (43, Whole no. 562).
- BARRETT-LENNARD, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 91-100.
- BASCH, M. F. (1988). *Understanding psychotherapy: the science behind the art*. New York, Basic books.
- BASCH, M. F. (1983). Empathic understanding: a review of the concept and some theoretical considerations. *J. Am. Psychoanal Assoc.*, 31:101-126.
- BEUTLER, L. E., MACHADO, P. P., & NEWFELDT, S. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin and S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed, pp. 229-269). New York: Wiley.
- BEUTLER, L. E. (1988). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon Press.
- BOHART, A. C., & GREENBERG, L. S. (1997). *Empathy Reconsidered. New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- BOHART, A. C., & GREENBERG, L. S. (1998). *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington: APA.
- BOHART, A. C., & TALLMAN, K. (1997). Empathy and the active client: An integrative, cognitive-experiential approach. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 393-418). Washington, DC: American Psychological Association.
- BOUGHARD, M.-A., (1990). *De la phénoménologie à la psychanalyse*. Bruxelles: Margada.
- BOUGHARD, M.-A., DEROME, G. (1987). La Gestalt-thérapie et les autres écoles: complémentarité cliniques et perspectives de développement. In C. Lecomte & L. G. Castonguay (Eds.), *Rapprochement et intégration en psychothérapie: Psychanalyse, behaviorisme et humanisme* (pp. 123-156). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- BOZARTH, J. D. (1997). Empathy from the framework of client-centered theory and the rogerian hypothesis. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 81-102). Washington, DC: American Psychological Association.
- CASTONGUAY, L.-G. (1987). Facteurs communs: vers un modèle transthéorique de la psychothérapie. In C. Lecomte & L. G. Castonguay (Eds.), *Rapprochement et intégration en psychothérapie: Psychanalyse, behaviorisme et humanisme* (pp. 185-204). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- CORMIER, W. H., CORMIER, L.S. (1985). *Interviewing strategies for helpers*. 2nd edition, Monterey California, Brooks/Cole.
- CRITS-CHRISTOPH, P., BARBER, J. P., & KURCIAS, J. S. (1993). The accuracy of therapist interpretations and the development of therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 3, 25-35.
- DELISLE, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.

- DELISLE, G. (2001). *Vers une psychothérapie du lien*. Montréal, Les Éditions du Reflet.
- DEUTSCH, H. (1926). Okkulte Vorgänge während der psychoanalyse. *Imago* 12:418-433.
- DROUIN, M.-S. (2002). *Ethics, environment and Humanity: Ethics and interpersonal influence*. Communication presented at the annual meeting of the International Gestalt Therapy Association, Montréal, Canada.
- DUAN, C., & HILL, C. E. (1996). A critical review of empathy research. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 261-274.
- ELLIOTT, R., & GREENBERG, L. S. (1997). Multiple voices in process-experiential therapy: Dialogues between aspects of the self. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 225-239.
- FLIESS, R. (1942). The metapsychology of the analyst. *Psychoanal. Q.* 11: 211-227.
- FREUD, S. (1912). The dynamics of transference. *Standard Edition*, 12, 99-108.
- FREUD, S. (1955). Group psychology and the analysis of the ego (1921), in *The Standard Edition of the Complete Psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 18. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, pp. 67-143.
- FREUD, S. (1957). On narcissism: an introduction (1914), in *The Standard Edition of the Complete Psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 14. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, pp.3-102.
- GARFIELD, S. L. (1992). Eclectic psychotherapy: A common factors approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (169-201). New York: Basic Books.
- GARFIELD, S. L. (1980). *Psychotherapy: An eclectic approach*. New York: Wiley and Sons.
- GELSO, C. J., CARTER, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: components, consequences and theoretical antecedents. *The counseling psychologist*. 13, 2, 155-243.
- GILL, M. M. (1984). Psychoanalytic, psychodynamic, cognitive behavior and behavior therapies compared in H. Arkowitz et S.B. Messer (édit.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York: Plenum Press.
- GITELSON, M. (1952). The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. *Int. J. Psychoanal.* 33:1-10.
- GREENBERG, L. S., & WATSON, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210-224.
- GREENBERG, L. S., Elliott, R., & Liater, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 509-539). New York: Wiley.
- GREENBERG, L. S., RICE, L. N., & ELLIOTT, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford.

- GREENSON, R. R. (1960). Empathy and its vicissitudes. *Int. J. Psychoanal.* 41:418-424.
- HORVATH, A. O., & GREENBERG L. S. (1994). *The working alliance*. New York : Wiley.
- JACOBS, L. (1991). Insights from psychoanalytic self-psychology and intersubjectivity theory for Gestalt therapists. *The Gestalt Journal*, XV,2: 25-60.
- JAFFE, D. S. (1986). Empathy, counteridentification, countertransference : a review with some perspective on the « analytic instrument ». *Psychoanalytic Quarterly*, 55, 215-243.
- JOHNSON, B., GELLER, J. D., & RHODES, R. (1994). Non verbal profile analysis in psychotherapy: Markers of client-identified misunderstandings. *Psychotherapy Bulletin*, 29, 54-59.
- KAHN, E. (1985). Heinz Kohut and Carl Rogers: a timely comparison. *American psychologist*, 40, 8, 893-904.
- KAHN, E. (1989). Heinz Kohut and Carl Rogers: toward a constructive collaboration. *Psychotherapy*, 26, 4, 555-563.
- KOHUT, H. (1968). The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. *Psychoanal Study Child* 23:86-113.
- KOHUT, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, International Universities Press.
- KOHUT, H. (1959). Introspection, empathy and psychoanalysis. *J. Am. Psychoanal Assoc.*, 7:459-483.
- KOHUT, H. (1966). Forms and transformations of narcissism. *J. Am. Psychoanal Assoc.*, 14:243-272.
- KOHUT, H. (1971). *The Analysis of the Self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York, International Universities Press.
- KOHUT, H. (1982). Introspection, empathy, and the semi-circle of mental health. *International Journal of Psychoanalysis*, 63 395-407.
- KOHUT, H. (1984). *How does analysis cure ?* Chicago: The University of Chicago Press.
- KOHUT, H., WOLF, E. S. (1978). The disorders of the self and their treatment : an outline. *International journal of psycho-analysis*, 59, 413-425.
- LAFFERTY, P., BEUTLER, L. E., & CRAIGO, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 57, 76-80.
- LAMBERT, M. J., & BERGIN, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed, pp. 143-149), New York : Wiley.
- LAMBERT, M. J., SHAPIRO, D. A., & BERGIN, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 157-211). New York : Wiley.
- LECOMTE, C., CASTONGUAY, L. G. (1987). *Rapprochement et intégration en psychothérapie*. Montréal: Gaëtan Morin.

- LICHTENBERG, J. D. (1981). Implications for psychoanalytic theory of research on the neonate. *International Review of Psychoanalysis* 8: 35-52.
- LICHTENBERG, J. D. (1981). Clinical application of the concept of a cohesive sense of self. *International journal of psychoanalytic psychotherapy*, 8, 85-113.
- LICHTENBERG, J. D. (1983). *Psychoanalysis and Infant Research*. Hillsdale, NJ, Analytic Press.
- LUBORSKY, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatment*. New York: Basic Books.
- MAHLER, M. S., PINE, F., BERGMAN, A. (1975). *The Psychological birth of the human infant: Symbiosis and Individuation*. New York, Basic Books.
- MEARNS, D. & THORNE, B. (1988). *Person centered therapy in action*. CA: Sage publication.
- NORCROSS, J. C., & GOLDFRIED, M. R. (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- ORNSTEIN, A., ORNSTEIN, P. (1985). The process of psychoanalytic psychotherapy: a self-psychological perspective. *Review of Psychiatry*, vol. 9, 323-340.
- OLINICK, S. L. (1969). On empathy, and regression in service of the other. *Brit. J. Med. Psychol.* 42:41-49.
- ORANGE, D. (1995). *Emotional understanding*. New York: Guilford Press.
- ORLINSKY, D. E., & HOWARD, K. I. (1994). Unity and diversity among psychotherapies: A comparative perspective. In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Foundations of psychotherapy: theory research and practice*. New York: Oxford University Press.
- ORNSTEIN, P. H., Ornstein, A. (1986). The functional integrity of the self: understanding its disintegration products. *Psychiatric Annals* 16:486-488.
- PATTERSON, C. H. (1984). Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy*. 21, 431-438.
- PERLS, F. S. (1973). *The gestalt approach and eye witness to therapy*. New York: Science and Behavior Books.
- PERLS, L. (1970). One gestalt therapist's approach. In J. Fagan & I. L. Shepherd (Eds). *Gestalt therapy now: Theory, techniques, applications*. (pp. 125-129). New York: Harper & Row.
- POLAND, W. S. (1984). On the analyst's neutrality. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32:245-268.
- POLSTER, E, & POLSTER, M. (1973). *Gestalt therapy integrated: Contours of theory and practice*. New York: Random House.
- POST, S. L. (1980). Origins, elements, and functions of therapeutic empathy. *Int. J. Psychoanal.* 61:277-293.
- RACKER, H. (1948). The counter-transference neurosis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34:313-324.

- RENIK, O. (1993). Analytic interaction : Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 213-223.
- ROGERS, C. R. (1951). *Client centered-therapy*. NY: Houghton Mifflin Company.
- ROGERS, C. R. (1968). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- ROGERS, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROWE, C. R., MAC ISAAC, D. (1989). *Empathic attunement : the technique of psychoanalytic self psychology*. Dunmore : Aronson.
- RYCHLAK, J. F. (1981). *Introduction to personality and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- SHARPE, E. F. (1968). The technique of psychoanalysis : seven lectures, 1930, in *Collected Papers on Psychoanalysis*. Edited by Brierley M. London, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, pp. 9-106.
- STERN, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York, Basic Books.
- Tansey, M.J., Burke, W.F. (1989). *Understanding counter-transference : from projective identification to empathy*. Hillsdale, N. J.: The analytic press.
- THORNE, B. (1992). *Carl Rogers*. Newbury Park, CA: Sage publication.
- TOBIN, S. A. (1990). Self psychology as a bridge between existential-humanistic psychology and psychoanalysis. *Journal of humanistic psychology*, 30, 1, 14-63.
- VANAERSCHOT, G. (1997). Empathic resonance as a source of experience-enhancing interventions. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 141-166). Washington, DC: American Psychological Association.
- WARNER, M. S. (1997). Does empathy cure? A theoretical consideration of empathy, processing, and personal narrative. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 125-140). Washington, DC: American Psychological Association.
- WATSON, J. C., Greenberg, L. S. (1996). Pathways to change in the psychotherapy of depression : relating process to session change and outcome. *Psychotherapy*, 33, 262-274.
- WINNICOTT, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. New York, International Universities Press.
- WOLFE, B. (1989). Heinz Kohut's self psychology: a conceptual analysis. *Psychotherapy*, 26, 4, 545-553.
- YOUTEF, G. (1995). Gestalt therapy in S. Messer et J. Gurman eds. (*Essential psychotherapy*). New York, Wiley.

Dépression, régression et proposition d'ouverture multimodale de l'expérience dépressive¹

Pierre Van DAMME et Marc-Simon DROUIN

RÉSUMÉ

Cet article met en lumière plusieurs facettes de l'expérience dépressive. Il met en relation les notions de dépression et régression tout en présentant un survol des contributions de plusieurs auteurs dans la compréhension de l'expérience dépressive. L'apport particulier de la Gestalt-thérapie est également présenté. Nous développons par la suite une proposition d'ouverture multimodale de l'expérience dépressive compatible avec les principes de la psychothérapie du lien (PGRO) de Delisle. La synthèse de ces informations s'articule autour d'une vignette clinique d'une cliente souffrant de dépression.

« La dépression, « c'est l'horreur, le fond du tunnel, le trou, ce sont des méandres... C'est difficile de mettre des mots. Moi, j'avais des ressentis, je n'avais plus de mots... ça me prenait dans des manifestations physiques ; les jambes, elles étaient comme engourdis, avec des contractures, des fourmillements ou des décharges électriques légères... Parfois, j'avais l'impression que mes jambes allaient se dérober. Et puis le grand trou, le manque de mémoire, de sommeil, ou vérifier dix fois la même chose... le sentiment de ne pas avoir d'issue... » Annie 35 ans.

Comment comprendre et accompagner une personne confrontée à la dépression, souvent privée de vitalité, lasse, ralentie dans l'idéation, médicalisée, souffrant de troubles de mémoire, de baisse de désir et de créativité, sans images, sans rêves, sans mots...

Comment comprendre et accompagner une personne, dont le corps est douloureux, rempli de tics, de contractures, de raideurs, de fourmillements dans les extrémités et qui n'est parfois qu'une longue plainte monotone, un long cri de désespoir ?

1. Des extraits de cet article furent publiés dans le numéro 23 de la revue Gestalt, décembre 2002 sous le titre « Dépression et régression » de Pierre Van Damme. Ils sont reproduit dans le présent article avec la permission de la revue Gestalt.

Comment comprendre et accompagner une personne confrontée au vide, à l'ennui, sans accès à la tristesse ou à la colère, ayant le sentiment d'être nulle et coupable, voyant le monde en noir, vivant dans le flou et la confusion et ne sachant souvent que dire : « Je n'ai envie de rien ».

Peut-on tenter de comprendre et d'accompagner l'expérience dépressive en rapprochant deux termes : dépression et régression ? La dépression est-elle un processus de régression bénin ou malin ? Est-elle une décompensation, une faiblesse des défenses du moi ou plutôt un ensemble de défenses dont la régression principalement ? La Gestalt-thérapie est-elle une aide dans la compréhension et l'accompagnement de l'expérience dépressive ? La psychothérapie du lien (PGRO) peut-elle être une forme de thérapie indiquée dans les cas de dépression ? Peut-on faire appel à une représentation multiple (multimodale) de ce que peut être l'expérience dépressive ? Nous tenterons tout au long du présent article de répondre à ces interrogations.

A. DE LA DÉPRESSION

Sur le plan étymologique, *depressere* en latin signifie rabaisser, tirer vers le bas. C'est l'expérience de tomber, de chuter, d'être écrasé, enfoncé, d'être en creux... Il y a l'image d'un retour en arrière vers de l'inorganisé et du néant ; d'où l'importance de la mort et des désirs suicidaires dans la dépression. Il y a un rapprochement possible avec la régression qui, au niveau étymologique, signifie « recul, diminution, retour à un état antérieur, perte ou atrophie »...

En psychopathologie, on a longtemps parlé de dépression nerveuse pour montrer qu'il se passe quelque chose dans la tête qui ne tourne pas rond et qui arrête tout processus vital : la dépression est une maladie mais qui n'est pas toujours visible physiquement et donc pas toujours bien vue, une maladie honteuse voire niée : « Il n'a qu'à se secouer un peu, ne pas s'écouter » entend-on souvent ; « c'est un fainéant, il se plaint toujours ». Sa caractéristique essentielle est que la volonté ne peut rien contre elle. Ce n'est pas une maladie de la lâcheté : il faut souvent du courage à la personne dépressive pour continuer à lutter et rester en vie.

Le terme dépression signifie littéralement « baisse du niveau des affects ». Elle implique des conséquences durables dans trois domaines :

- psychique : tristesse, douleur morale, dégoût de la vie, perte de l'estime de soi, vie mentale ralentie ;

- somatique : altération du sommeil, de l'appétit, de la sexualité, plaintes somatiques diverses. Agitation anxieuse ou inhibition motrice ;
- relationnelle : isolement, difficulté de contact, difficulté d'assumer une vie professionnelle ou affective.

« La maladie dépressive est la maladie de l'homme perdu, absent à lui-même, absent à ceux qu'il aime » (Prigent, 1978).

« L'expérience commune de l'état déprimé pourrait tenir en cette sensation, celle quasi-physique d'anéantissement ... Elle s'apparente plutôt à une immobilisation, à un empêchement de ressentir les moindres mouvements de la vie interne et extérieure, à l'abolition de toute rêverie et de tout désir. La pensée, l'action et le langage semblent pris en masse par la violence du vide. (Fedida, 2001, 7)

Ne sont-elles pas des descriptions proches des phénomènes régressifs ?

B. DE LA RÉGRESSION

Ionescu donne cette définition de la régression : « La régression constitue un retour plus ou moins organisé et transitoire à des modes d'expression antérieurs de la pensée, des conduites ou des relations objectales, face à un danger interne ou externe, susceptible de provoquer un excès d'angoisse ou de frustration » (1997, 256). Ne peut-on pas appliquer cette définition à la dépression ?

Dans la dépression, il y a un retour à un mode de pensée ralenti, une difficulté à se souvenir, à rêver et à créer, une parole difficile, la confrontation au vide, l'envahissement ou la coupure des affects, des somatisations importantes souvent douloureuses ou l'anesthésie des sensations physiques... le dépressif se plaint souvent d'être fatigué et se replie souvent dans son lit, en position allongée, voire en position fœtale. C'est l'image même de la régression, la fuite de la réalité et l'abandon à des rêveries hallucinatoires, liées à la reviviscence de personnes ou situations perdues. Le corps parle quand la pensée ne peut plus s'exprimer. Tout semble s'arrêter ; c'est la perte de l'élan vital.

La relation est préobjectale : le dépressif est en quête d'un objet perdu et aimé ; soit l'autre est incorporé et idéalisé pour combler le vide dans la mélancolie ; soit la relation est de type anaclitique, l'autre n'étant là que pour s'appuyer dessus pour tenter de remonter à la surface, dans la dépression limite (Bergeret, 1972)

La dépression est exogène ou endogène selon que le danger sera externe et lié à une frustration de la perte, une séparation d'un être proche, ou que la source soit un effondrement interne provoquant une angoisse insupportable face à un gouffre qui s'ouvre brusquement.

En psychanalyse, on attribue trois sens différents à la régression qui peut s'appliquer à la dépression : une dimension topique, temporelle, formelle (Laplanche et Pontalis, 1976)

1 – Une dimension topique ou spatiale : dans le monde interne, c'est l'expression du mode du çà avec la prédominance et l'envahissement des affects et un affaiblissement des défenses du moi. Le dépressif est envahi par des affects de tristesse, de vide, d'ennui, de détresse, de culpabilité ou de honte ; c'est une maladie de l'idéal du moi, qui affecte négativement l'image de soi.

2 – Une dimension génétique ou temporelle : c'est le retour à un stade dépassé ; le dépressif est essentiellement tourné vers le passé, sans espoir par rapport à l'avenir.

Différents auteurs ont tenté de décrire les stades précoces où semblent retourner les dépressifs :

Freud (1915) a rapproché la description du deuil et de la mélancolie dont le point commun est la perte d'un objet aimé voire idéalisé. La dépression traduit le deuil impossible de l'objet perdu. Freud parle de « régression de la libido dans le moi » : Afin d'éviter la perte de l'objet, le sujet va s'identifier à l'objet et les tendances agressives destinées à l'objet perdu se retournent contre le moi. C'est un déni de la perte, une tentative de garder en soi le paradis perdu.

Karl Abraham (1915) précise que la mélancolie est une forme archaïque de deuil : le dépressif a régressé de façon privilégiée à un stade oral ou cannibalique avec sa traduction clinique fréquente du refus ou du dégoût alimentaire. Il relie donc la dépression à un conflit oral non résolu qui résulte en un besoin excessif et une recherche subséquente de gratifications orale avec un désir inconscient de détruire (en le dévorant) l'objet sexuel désiré mais frustrant.

Pour Mélanie Klein (1945), le moteur des ruptures dépressives serait la réactivation à l'âge adulte des sentiments contradictoires et ambivalents d'amour et de haine, vécus par le jeune enfant lors de la position dépressive, au cours du second semestre de la vie. Le sevrage de l'enfant lors de cette période provoque une détresse qui serait le prototype des sentiments dépressifs ultérieurs. Le sein perdu serait vécu comme un objet qui se refuse intentionnellement pour frustrer l'enfant et qui doit être attaqué et détruit à titre de repré-

sailles à travers des fantasmes que l'enfant, à ce stade de développement ne serait pas encore en mesure de distinguer de la réalité. Mais le sein perdu est en même temps regretté par l'enfant, ce qui constitue l'ambivalence.

La culpabilité liée au sentiment d'avoir détruit l'objet, les tentatives avortées de réparation de cet objet constituent un échec de la position dépressive et conduisent au désespoir.

La position dépressive est décrite, dans l'évolution de l'enfant, comme un progrès par rapport à la position schizo-paranoïde car elle favorise une confrontation à la réalité, une tendance à l'intégration et la reconnaissance de l'autre comme être total, le renoncement à la toute puissance, à un monde clivé et aux défenses maniaques de triomphe et d'omnipotence. De même que la croissance en spirale de l'enfant passe par l'alternance des phases de régression et de progression, de même, le passage d'un moment dépressif est souvent l'annonce d'une avancée dans la vie d'un individu qui doit renoncer à la conservation et à la répétition du passé pour créer de la nouveauté dans sa vie. C'est l'accès à la dépressivité à distinguer de la dépression proprement dite.

Contrairement à Freud et Klein qui ont reconstitué sous forme d'hypothèses théoriques ces stades archaïques du développement à partir de l'écoute d'enfants plus âgés ou d'adultes déprimés, d'autres auteurs comme Spitz ou Bowlby se sont particulièrement intéressés à la dépression chez le nourrisson, par une observation directe. (Mazet, 1988)

Spitz (1965) a le premier décrit un état de déprivation maternelle chez des enfants hospitalisés, évoquant une dépression d'adulte, avec apathie massive, refus de contact ou indifférence à l'entourage ; cet état est lié à la perte du lien privilégié avec la mère et du support qu'elle représentait pour lui, d'où l'expression de dépression anacletique (du grec *anacletein*: s'appuyer sur).

Bowlby (1980) envisage la dépression comme la rupture d'un lien d'attachement, besoin inné et primaire de contact social, en raison de séparations ou d'expériences de perte précoce. Il décrit un comportement d'inactivité et de retrait comme le prototype des dépressions ultérieures.

Les tenants de la psychologie du soi ont également proposé leur modèle de compréhension de la dépression. Kohut (1971) met de l'avant à la fois le besoin d'objet-soi empathique dans le développement d'une estime de soi saine et l'impact des premières relations d'attachement sur les problèmes ultérieurs de séparation-individuation.

En général, un parent ressent la détresse d'un enfant et par une réponse empathique il atténue cette détresse et aide l'enfant à restaurer un sentiment de cohésion à l'intérieur du self. À la longue la dépendance au soi-objet va diminuer en intensité. L'enfant apprend ce qu'il faut faire pour s'apaiser lui-même à partir de ces premières expériences de détresse. Les enfants ayant manqué d'expériences réparatrices avec les parents (faisant figure de soi-objet pour l'enfant), lors de perte ou de déception importante, vont être vulnérables en termes de fragmentation de la cohésion de leur self. Il en résulte un déficit dans la capacité d'activer ou de maintenir un contact avec une représentation de soi positive en lien avec des affects positifs.

Nous pouvons remarquer que l'ensemble des théories psychodynamiques et les recherches empiriques sur le lien mère-enfant et les liens d'attachement mettent de l'avant l'importance développementale des relations affectives et d'attachement: Les individus n'ayant pu bénéficier d'un lien maternel solide en très bas âge ont une vulnérabilité à développer des relations interpersonnelles problématiques. Ces relations problématiques prédisposent l'individu à la dépression. Ils notent également que la capacité d'intimité agit en tant que protection contre la dépression.

3 – Une dimension formelle ou expressive: le dépressif est souvent vide de mots, voire de pensée ou de désir.

« Si, comme le note Lagache (in Lempérière, 1997, 135), le travail de deuil consiste à tuer le mort, dans la dépression, le meurtre n'a pas été accompli, opposant par là un violent refus à la perte »: Il est touché dans ses fonctions vitales (il ne mange plus, ne dort plus) et dans ses fonctions symboliques (il ne parle plus). Pour lui, l'expression courante « ça ne me dit rien » est appropriée: rien ne lui dit et il ne dit rien. Nommer, c'est accepter de perdre, c'est séparer, introduire un écart avec le premier objet d'amour. Le tarissement de mots et des liens significatifs est une tentative désespérée d'un retour à un monde antérieur, un monde avant la perte.

D'où l'importance des réactions somatiques souvent nombreuses (selon Kielholz, in Kapsembélis et coll, 1985, 54) qui masquent les affects de dépression et se retrouvent associées aux processus primaires au détriment des processus secondaires du psychisme:

- Troubles du sommeil, maux de tête, fatigabilité, sécheresse de la bouche,
- Sensations d'étranglement et oppression,
- Sueurs spécialement nocturnes, troubles sexuels (baisse du désir, impuissance...),

- Symptômes cardiaques, tachycardie, extrasystoles,
- Troubles gastro-intestinaux, anorexie, maux d'estomac, constipation ou diarrhée chronique,
- Douleurs névralgiques, musculaires et articulaires...

C. ET EN GESTALT THERAPIE ?

Comment saisir l'expérience dépressive dans sa dimension régressive ? C'est sans doute l'aspect formel que nous privilégions en Gestalt-thérapie, compte tenu de l'attention privilégiée au processus de construction-destruction des Gestalts et également de l'absence de théorie du développement et de théorie topique d'un système intra psychique.

1. Une position existentielle

« La dépression est une réaction de découragement lors de la confrontation avec l'une des contraintes existentielles » (Salathé, 1995, 104) ; il y a donc repli et retour en arrière. Toutes les données de l'existence y sont recontactées douloureusement.

- La solitude : le dépressif est isolé et appelle au secours du fond de son isolement en ayant le sentiment que personne ne peut la comprendre vraiment ;
- L'imperfection : le dépressif contacte sa nullité, ses limites ;
- La finitude : le temps est arrêté, les thèmes de mort sont constants (et les tentatives de suicide nombreuses) ;
- La responsabilité : le dépressif peut se sentir victime, se plaint passivement mais en même temps se vit comme coupable de ce qui lui arrive ;
- La quête de sens : La dépression est une crise de sens, d'où des thèmes concernant le vide, le rien, l'absurde, les doutes et attermolements...

2. L'abord phénoménologique

Décrire du plus près possible le vécu du dépressif nous apprend parfois davantage que toutes les théories. Il s'agit de suspendre son savoir pour se mettre à l'écoute de la souffrance. A un niveau phénoménologique, la dépression est un affect modifié, « un état d'affect archaïque dans lequel le corps joue un rôle déterminant pour le vécu » (Fédida, 2001, p. 10)

Kuhn (cité par Fédida, 2001), évoque la dépression vitale comme unité phénoménale de l'humain et comme affect gelant la vie dans

des expressions symptomatiques telles que la fatigue, l'oppression, la restriction intérieure, le sentiment d'engluement, l'incapacité de résonance et de décision.

Minkowski (1966, p. 287) décrit finement l'altération des réactions affectives du déprimé : « c'est l'inhibition qui en constitue le fond. Elle barre la route à l'élan... C'est l'élan, venant de lui et dirigé vers le monde ambiant qui se brise... »

Krauss (1989, p. 268) décrit l'insuffisance d'identification avec soi-même du dépressif, sa suridentification avec le rôle social et une grande sensibilité aux changements et aux pertes de rôle social, professionnel, familial...

Prigent (1978, p. 13), psychiatre et thérapeute existentiel part de sa propre parole, émue, informée, mise en œuvre par les dépressifs et évoque comment « l'existence cesse d'être un flux aventureux de leur désir et se pétrifie pour atteindre la froideur et la prévisibilité d'une mécanique.

Et Fédida ajoute (2001, p. 10) : « La dépression est une maladie de la forme – le psychisme étant ce qui donne forme au vivant ... » N'est ce pas notre conception gestaltiste ?

« Je me sens défaite dans mon apparence humaine, informe », dit une femme dépressive.

3. La dépression dans le cycle de contact

Dans le cycle de contact-retrait et de construction-destruction des figures sur un fond, l'observation des étapes précoces du deuil nous informe sur ce qui se joue dans la dépression (Ann Clarck, 1990, 16). C'est la fixation à la phase de retrait qui est la caractéristique de la dépression : dans le retrait, il y a désintégration, désir de mort, fixation à une vieille Gestalt et impossibilité de former une nouvelle figure, d'où souvent des sensations de vide, de rien, de flou et de brouillard, qui bloquent tout processus de transformation. C'est le vide stérile ...

4. La dépression et les trois fonctions du Self

Avec une figure peu formée, l'énergie circule mal et c'est essentiellement la fonction ça qui est à l'œuvre avec une anhédonie, des affects peu intenses, un ennui, une monotonie, une culpabilité, voire une honte, parfois des affects de tristesse ou d'irritabilité qui se déploient difficilement à la frontière contact. Ce sont davantage dans les douleurs physiques voire dans les mécanismes d'urgence,

d'anesthésie ou de passage à l'acte d'auto-agression que l'on peut repérer le Self du dépressif. Les images liées à des situations de perte, de séparation, de rupture, sont au premier plan.

La fonction Je est amoindrie dans ses dimensions d'orientation et de décision. C'est souvent le doute et l'indécision qui prédomine chez le dépressif. Nous pouvons également noter une difficulté de mobilisation qui entraîne parfois de la négligence à plusieurs niveaux.

Dans la fonction Personnalité, l'image de soi est négative ; le déprimé est un blessé narcissiquement et le monde est perçu comme dangereux ou frustrant, non soutenant. Les sentiments d'échec, d'insatisfaction, d'impuissance, d'inutilité et de honte sont fréquemment rencontrés chez les personnes dépressives. Le sentiment d'accomplissement personnel est également perturbé, ce qui peut laisser place à un désespoir important.

5. La dépression et les mécanismes de résistance et d'adaptation au contact

Les mécanismes d'adaptation et de résistance au contact qui sont généralement à l'œuvre dans la dépression sont :

- Introjection puissante dans les messages de nullité ou de fatalité sur la vie et la mort ; incorporation de l'autre perdu.
- Projection d'images idéalisées sur l'autre perdu et projection d'aspects rejetants sur ceux qui restent.
- Confluence avec l'autre perdu comme déni de la perte ; confluence dans la dépendance de son désir à l'autre ; pas d'émergence de figure claire.
- Déflexion dans l'agitation ou les rêves qui évitent la confrontation à la réalité.
- Rétroflexion massive dans les somatisations ou dans le retour de l'agressivité sur soi (suicide ou équivalent, conduites à risque, discours auto-blâmant).

6. Les systèmes de soutien

De façon générale, nous pouvons constater que chez le dépressif l'ensemble des systèmes de soutien sont affectés.

- système de soutien interpersonnel : On observe généralement un retrait ou une diminution des relations interpersonnelles qui peuvent prendre la forme d'un évitement phobique.
- système de soutien cognitif : La concentration, le raisonnement, la vigilance, la capacité d'abstraction sont altérés.

- système de soutien biologique : L'ensemble du système de soutien biologique est affaibli chez le dépressif

Nous pouvons également constater que l'ensemble des fonctions de contact subissent des altérations qui entravent le fonctionnement habituel du dépressif. La parole, l'écoute, le mouvement et l'apparence sont autant de fonctions atteintes qui nuisent à la capacité de contact de la personne dépressive.

E. LA GESTALT THÉRAPIE DU LIEN

Si, maintenant, nous tentons de résumer nos propositions concernant la dépression, en nous appuyant sur la Gestalt-thérapie du lien, reprenant les révisions faites par Gilles Delisle (1997, 2001) à la théorie gestaltiste et s'ouvrant de manière multimodale à la psychanalyse des relations d'objet, que pouvons nous dégager?

La dépression est une réaction bio-psycho-sociale à une rupture de lien; ce lien est entendu comme la capacité d'un sujet à garder intact, à l'intérieur de lui, une relation dans la durée avec toute la charge affective de liaison et de cohérence interne qui donne du sens à la vie, même lorsqu'il y a absence et privation de la présence physique. La rupture de lien par mort, séparation, fin d'une situation provoque un effondrement des défenses du système psycho-immunitaire, que constitue la personnalité, et entraîne

- une régression formelle à des processus primaires plus proches de l'agir et du somatique que la parole, la pensée ou le symbolique,
- une relation préobjectale sur un mode fusionnel ou anaclitique.

Nous croyons que les récents travaux de Drouin (2002) offrent un cadre intéressant pouvant contribuer à la compréhension de l'expérience dépressive tout en respectant les propositions de base de la révision de Delisle. En s'inspirant des travaux de Karasu (1992), Drouin propose quatre modèles développementaux pouvant servir de prototype d'expérience dépressive. Ces modèles combinent les concepts psychanalytiques de pulsion, moi, objet et self ainsi que des formulations interpersonnelles faisant appel aux notions de déception, de perte infantile, de self endommagé en raison d'un décalage trop grand entre soi réel et idéal du moi. Cet amalgame forme la fondation des épisodes dépressifs subséquents à travers la reproduction d'expériences infantiles avec des personnes significatives. Ces reproductions de patterns archaïques se manifestent dans un

affaissement des mécanismes intrapsychiques ayant comme fonction de maintenir la cohésion du self et l'estime de soi.

Ces notions nous apparaissent complémentaires et peuvent former la base d'une ouverture multimodale en regard de la compréhension de la réalité et du traitement des personnes dépressives.

Proposition d'ouverture multimodale

Comme le mentionne Delisle (1998) dans sa théorie révisée, l'enfant, lors de sa naissance psychologique doit passer par un certain nombre de phases développementales ou d'enjeux développementaux qui vont influencer, si ce n'est former, la configuration de sa maturation psychique et possiblement l'émergence de psychopathologies (dont la dépression). À l'intérieur de ce processus de maturation nous retrouvons deux configurations relationnelles distinctes lors de la formation du self de l'enfant: La configuration dyadique (mère-enfant) et la configuration triadique (père-mère-enfant). De plus, les enjeux développementaux peuvent se vivre de façon problématique en raison de conflits ou de déficits en regard des besoins de l'enfant. Ils ne peuvent donc pas être métabolisés de façon satisfaisante.

Les relations de l'enfant sont, dès le départ, de nature essentiellement dyadique. Il est principalement en relation avec sa mère. Les perturbations de la relation mère-enfant et leur représentations mentales peuvent résulter en déficit dyadique ou en conflit dyadique. Plus tard au cours de son développement les perturbations de la relation père-mère-enfant et leurs représentations mentales résulteront en déficits ou conflits triadiques. Les écueils à la formation d'un self sain et vigoureux aux diverses phases développementales vont mener à diverses formes d'expériences dépressives. Il ne s'agit toutefois pas de catégories distinctes de dépression mais plutôt de représentations partielles et possiblement complémentaires, tant au point de vue de l'origine que de l'intensité affective, de l'ensemble des expériences dépressives possible. Pour les besoins de la présentation nous les considérerons temporairement en tant que catégories distinctes.

Nous retrouverons donc :

1. Les dépressions dyadiques déficitaires
2. Les dépressions dyadiques conflictuelles
3. Les dépressions triadiques déficitaires
4. Les dépressions triadiques conflictuelles

Pour chacune de ces catégories nous pouvons élaborer des repères en termes de ce que le client tente de reproduire, des éléments pouvant contribuer à la reconnaissance des enjeux importants et des

éléments pouvant guider le processus de réparation (Drouin, 2002; 2003 en préparation). Nous retrouvons donc les éléments de la relation tri-dimensionnelle de Delisle (2001) (reproduction-reconnaissance-réparation).

Dans le présent article, nous nous contenterons de présenter les caractéristiques propres à chacune des formes de dépressions et nous nous concentrerons davantage sur la forme de dépression qui nous semble correspondre au cas clinique présenté.

Les dépressions dyadiques déficitaires

Les dépressions dyadiques déficitaires tirent leur origine du lien d'un enfant avec une mère absente psychologiquement ou physiquement, une mère non-aimante, imprévisible quant à sa disponibilité ou encore d'une mère insécure dans son lien avec l'enfant. Toute interférence dans les fonctions maternelles d'amour, de « caring », de confirmation, d'apaisement, de réconfort, d'alimentation, de gratification peut produire un déficit développemental chez l'enfant. Les conséquences de ces interférences s'observent dans l'incapacité de l'enfant à développer une bonne estime de soi, une représentation consistante de soi, une tolérance aux affects intenses, une stabilité dans les relations, un sentiment de confiance et d'attentes réalistes.

Ce déficit prenant son origine au niveau du stade oral il rend l'enfant vulnérable à la privation et à la déception. L'enfant devient incapable de développer des mécanismes d'auto-protection efficaces pour faire face à la déception et à la privation.

Les dépressions dyadiques conflictuelles

Les dépressions dyadiques conflictuelles sont une manifestation des enjeux de séparation-individuation et en lien avec les luttes pour l'autonomie dans le développement d'un self cohésif. Ces enjeux se produisent lors du stade de développement dyadique par le contact de l'enfant avec une mère intrusive, demandante, contrôlante aimante de façon conditionnelle et acceptante de façon tout aussi conditionnelle. En lien avec le stade anal de développement psycho-sexuel, les attentes excessives de la mère produisent des idéaux du moi irréalistes ce qui amène le client à éprouver un sentiment d'être inadéquat ou encore à développer une représentation de soi essentiellement mauvaise. Ces clients ont un perfectionnisme primaire et ont des attentes irréalistes envers eux-même et les autres. Il en résulte qu'ils éprouvent un sentiment d'échec en regard de leur propres réalisations ou encore, perçoivent que les autres les déçoivent ou les laissent tomber.

Les dépressions triadiques déficitaires

L'absence physique ou psychologique du père, un père abusif envers l'enfant ou la mère, un père non disponible ou peu fiable (immoral ou imprévisible) peuvent générer un déficit triadique chez l'enfant. En tant qu'adultes, ce type de clients déprimés ne croient pas à l'autorité ou encore aux valeurs sociales (mariage, famille, religion, règles et contraintes sociales). Ils ne croient pas non plus au cadre thérapeutique. Ils ne développent pas d'idéaux sauf ceux qui leur permettent d'obtenir des gratifications externes (succès financiers, statut professionnel et personnel, pouvoir). Cette atteinte de gratification devient leur principal objectif dans la vie. Ils semblent se plier aux exigences sociales mais c'est uniquement par peur des représailles et non en raison d'une capacité à ressentir de la culpabilité. Ils vont s'engager dans des relations ou dans diverses causes de façon superficielle parce qu'ils considèrent que ces engagements les rendent attrayants aux yeux des autres.

Les dépressions triadiques conflictuelles

On parle d'un conflit triadique lorsque les désirs et les inhibitions internalisés sont refoulés et maintenus hors de la conscience (micro-champs introjectés). Le conflit est essentiellement phallique selon une perspective de la psychologie du moi. Le conflit triadique s'articule autour d'enjeux sexuels et d'agression/soumission. Il affecte les représentations mentales des relations triadiques du client. Ces conflits peuvent être de plusieurs ordres : un parent qui préfère l'enfant au conjoint, ce qui suscite une peur des représailles qui peuvent s'en suivre ; la tendance du parent à séduire l'enfant ou à être séduit par celui-ci ; l'indifférence et/ou la négation des intérêts sexuels de l'enfant ; la compétitivité et l'affirmation de soi de l'enfant fortement découragées par un parent ; l'encouragement excessif de la rivalité et de l'agressivité par un parent. Toutes ces situations ont le potentiel de résulter en conflits inconscients. Les manifestations conscientes observables sont par ailleurs de plusieurs ordres. On retrouve une incapacité à prendre des initiatives, un sentiment d'être inadéquat sexuellement, une agressivité ou une soumission excessive, une peur ou une recherche effrénée de la compétition.

Nous devons rappeler toutefois que la psychothérapie du lien (PGRO) a été développée à l'origine pour intervenir auprès de personnes souffrant de troubles de la personnalité. Bien que nous croyons que le type d'ouverture multimodale que nous proposons puisse permettre une application des principes de la PGRO aux pathologies dépressives, ce type de pathologie nécessite un aménagement du

cadre thérapeutique : Il faut pouvoir opérer en plusieurs étapes, tenant compte du niveau d'urgence et du degré de conscience du client ; avant de parler de dialogue herméneutique, il convient de se mettre à l'écoute des blancs de la relation, de mettre en place soutien et étayage afin de favoriser la traversée de la crise dépressive et le passage à la dépressivité, inhérente à la vie psychique ; celle-ci consiste en la capacité à se confronter à la réalité, le renoncement à la toute-puissance, la création de sens par les mots et l'acceptation, de ramener à la surface toutes les frustrations et souvenirs douloureux enfouis. C'est la réanimation, de l'intérieur, de la vitalité et de l'humain, en apprivoisant et en rendant supportable la souffrance dépressive.

Un exemple clinique va tenter d'illustrer cette recherche. Nous offrirons par la suite un exemple d'ouverture multimodale utile afin de pouvoir intervenir de façon originale et efficace auprès de personnes dépressives.

F. VIGNETTE CLINIQUE: ANNIE OU LE FOND DU TUNNEL

Annie est une jeune femme de 35 ans ; elle vit avec un compagnon et vient consulter en pleine crise dépressive, après le départ de deux collègues de son travail. La banalité de l'événement tranche avec la sévérité des symptômes qui nécessitent un arrêt de travail de trois mois et la prise d'antidépresseurs. *« La dépression, c'est l'horreur, ... c'est le fond du tunnel... »* Tel est le début de ce touchant témoignage, traduisant le tragique d'une telle situation de désespoir : *« Je me disais, je ne m'en sortirais jamais. On me renvoyait que je ne savais plus parler, que je ne trouvais pas mes mots ; je ne souriais pas ; je me revois dans certaines situations ; par exemple le téléphone sonne ; sur le coup, je suis contente et tout de suite après c'est la panique, le sentiment d'être dérangée ; je crois que je n'avais pas envie de me montrer comme ça... Un jour, j'ai pris tous les médicaments que j'avais accumulés... Quelle horreur ! Je ne voyais pas d'autre issue... Je me suis retrouvée à l'hôpital avec un lavage d'estomac... C'est la dépression qui me faisait peur et le fait qu'il n'y ait pas d'issue... Sinon, la vie, j'aime ça... »*

L'observation clinique du parcours thérapeutique de deux étapes de deux ans et demi veut rendre compte de la compréhension et de l'accompagnement au long cours d'une personne dépressive, avec toutes les questions et les doutes du thérapeute, menacé parfois de découragement et engagé pourtant dans la durée à porter la souffrance extrême, traversé de sensations et sentiments divers : compassion, agacement, sentiment de ne pas exister, anesthésie avec

envie incompressible de dormir... Toutes ces impressions apportent au thérapeute des informations précieuses sur ce que la cliente lui fait vivre, à entendre comme une identification projective concordante ou complémentaire qui éclaire la nature du lien qui s'élabore chez la cliente...

Comment relancer le dialogue face à un tel blocage interne et relationnel ?

1. Respecter le silence

Annie : *« Les premiers moments, je ne disais rien... Très vite, je me suis allongée et tu m'a fait écouter de la musique... J'ai recontacté un court moment de répit et de bien être... c'est après la séance de musique que j'ai commencé à pleurer... Je n'ai pas arrêté de pleurer pendant plusieurs séances... »*

« La musique me prend parfois comme une mer », écrivait Baudelaire. « L'écoute chaude et confiante de la musique... peut transformer les visages des adultes les plus figés et les plus crispés » (Prigent, 1978, 188). En respectant son silence et en lui proposant un médiateur, un support comme la musique, Annie a pu recontacter les émotions cristallisées dans son corps et qui ne pouvaient pas s'exprimer dans des mots. Quand une personne est privée de son ressenti et du langage, c'est « l'apparence humaine elle-même qui s'efface » (Fedida, 2001, p. 8). L'art du thérapeute consiste à aider la personne à recontacter ce qui fait son humanité : ses émotions, servant d'intermédiaire entre les mots et le corps.

2. Parler en images, nommer l'innommable

Annie : *« Un jour, je n'arrivais plus à communiquer... J'étais encore une fois dans ma bulle. Tu m'as dit : « Je vois les marécages, je le sens et je les vois quand tu n'arrives même plus à parler avec moi. »*

Parler en images, en métaphores pour nommer une expérience muette et innommable peut commencer à créer une ouverture dans l'espace fermé du dépressif. L'image des marécages m'évoquait un lieu d'où on ne peut plus se dépêtrer, un peu comme des sables mouvants où plus tu bouges, plus tu t'enfonces.

Les métaphores produites pour imaginer la dépression ne manquent pas de solliciter le froid, le silence glacé, la disparition de toute vie. Ferenczi (cité par Fédida, 2001) parle de sommeil d'hibernation, qui doit être respecté et traité avec tact, afin que l'excitation vivante ne fasse pas violence à la vie ainsi sauvegardée. Réanimer, réchauffer le malade demande du temps pour ne pas réveiller brutalement la douleur.

Le thérapeute a, par moments, la responsabilité de se faire le porte-parole de la partie vitale enfouie du client pour lui redonner toute sa place. Yves Prigent parle de dévoilement existentiel: « Il s'agit d'une parole vive... où un être, le thérapeute, dit à un autre être, le patient, ce qu'il sent, ce qu'il perçoit en lui... Ne peut être dévoilé que ce qui peut être perçu dans le mouvement de la vie... » (1978, 196)

De la même façon, il m'est arrivé de proposer un support concret de créativité comme une photo, un dessin, un découpage... quand toute communication verbale devenait impossible. Cela peut aider à relancer le processus de créativité et la relation.

« Le travail psychothérapeutique sera de laisser se creuser un lieu chaud, ouvert, rassurant, dynamisant, cet espace transitionnel où, doucement, progressivement, le patient avec son thérapeute, apprendra à jouer, à laisser jouer ses symboles, ses rêves..., sa liberté d'existence. » (Prigent, 1978, p. 204)

« Ce n'est souvent qu'après un temps assez long que la parole retrouve un début de confiance associative et laisse remonter sentiments et émotions avec les images. » (Fédida, 2001, p. 11)

« Ce qu'il y a de si humain dans la dépression, c'est qu'elle intervient sur les zones les plus fragiles d'émergence psychique et donc d'émergence de sens ... » (Fédida, 2001, p. 183)

3. Du havre de paix à l'émergence d'un autre

Mais qui est-il, le thérapeute? Que représente-t-il pour la personne dépressive?

Annie: *« J'ai le souvenir de quelqu'un de paisible... J'ai bien senti qu'il n'y avait aucun jugement... J'ai trouvé un HAVRE DE PAIX... je t'ai perçu comme présent, comme si tu acceptais de prendre du temps. Je ne me rappelle pas avoir manqué un jour... J'avais besoin de repères... »*

A nouveau, dans la seconde étape de la thérapie, Annie évoque: *« Je crois que tu étais pour moi asexué... Il y avait une ambiance, un accueil... Ce n'était pas toi en tant que personne... Avec toi, je pouvais me dévoiler comme j'étais... »*

Sur le plan transférentiel, le thérapeute n'existe pas vraiment en tant que personne à part entière, encore moins en tant qu'être sexué. On se situe ici dans un espace préobjectal, en deçà d'une relation ... Le thérapeute est avant tout une ambiance, un accueil, un lieu sécurisant, un repère, un contenant où le patient peut déverser toute sa détresse, son angoisse et peu à peu, prendre forme comme être existant et désirant.

« Le thérapeute s'offre dans un premier temps comme objet analytique jusqu'à ce que la position dépressive s'élabore. En tenant cette place de bon objet, le thérapeute va permettre qu'un lien suffisamment fort se tisse et que la représentation de soi puisse être reconsidérée, grâce à l'introduction de nouveauté dans les figures figées de représentation... » (Lismonde, 1994, p. 84).

Winnicott et Masu Khan insistent très justement sur le soutien des patients déprimés par l'environnement du cabinet de consultation (température, lumière, repos...) ainsi que sur les modalités de présence du thérapeute à la juste distance, en laissant la possibilité au patient de redécouvrir quelque chose d'humain... (Fédida, 2001, p. 184)

Pour dialoguer, il faut être deux. Promouvoir l'avènement du sujet comme être différencié permettra peu à peu à la personne dépressive d'identifier un autre en la personne du thérapeute avec qui rechercher un sens à sa souffrance.

« Il faut être deux pour guérir de l'isolement et du vide intérieur » (Fédida, 2001, p. 12).

« Il n'y a pas de Je sans Tu, et pas de Tu sans l'avènement d'un Je. (Buber)

4. Du face à face au groupe

Après une première étape en face à face pendant deux ans, Annie revient, quelques années après, lors d'un nouvel épisode dépressif. Elle accepte de participer à un groupe thérapeutique hebdomadaire. Ce fut pour elle une nouvelle étape thérapeutique déterminante : « *Heureusement que je l'ai fait parce qu'il aurait été très difficile d'exprimer tous les sentiments enfouis en moi... C'est le travail des autres qui a fait écho en moi. Je me souviens d'un travail de M sur la place par rapport à ses frères et sœurs; cela m'a beaucoup bousculée... C'est après cela que j'ai commencé à bouger et à travailler en groupe...* »

Le groupe permet au dépressif de trouver un soutien, un lien avec le vivant, une communauté d'humains avec qui interagir, un lieu de résonance qui le nourrit et réactive toutes ses expériences de souffrance autour de la perte, de la séparation ou de l'abandon, souvent fréquents dans son histoire de vie. Il s'agit d'aménager le cadre thérapeutique groupal dans le sens d'un lieu gratifiant et nourrissant, tel une « mère justement bonne » qui accompagne la relance du processus de croissance.

Le travail de groupe a donné une place plus importante aux approches émotionnelles et corporelles et à la régression que n'avait

pu le faire le travail en face à face ; En effet, « se trouvent réactualisées des relations primitives à la mère-groupe, le groupe devenant le corps fantasmé de la mère » (Fourcade, 1997, p. 287). Pour Annie qui avait souffert de carence maternelle, il était important de pouvoir contacter les autres dans la tendresse et dans l'expression de la colère, de se retrouver comme dans une famille où elle peut vivre et exprimer son ambivalence par rapport aux autres.

5. Des hypothèses créatrices de sens à dialoguer

Ce n'est qu'à partir de là que Annie a commencé à mettre des mots et à faire des liens entre ses différents épisodes dépressifs, sur ce qui se répétait au fil du temps, dans un travail herméneutique de reconnaissance.

- À 17 mois, une hospitalisation après la naissance de sa sœur ; sa mère la retrouve dans son parc, « *toute mouillée, toute molle, j'avais perdu du poids. Elle m'a pris dans ses bras et j'avais tout le côté gauche comme une poupée de chiffon, comme une marionnette...* »
- À 17 ans, un départ obligé de la maison pour poursuivre des études contre l'avis de son père
- À 20 ans, une hospitalisation pour salpingite, après une rupture sentimentale
- À 25 ans, un premier départ d'un collègue de travail, dans l'ombre de qui elle vit, suivi d'une tentative de suicide et d'une période de chômage...

À chaque fois, ce sont des expériences de séparation à la fois nécessaires et vitales et en même temps insupportables.

À chaque fois, apparaît un contexte de dépendance d'une personne plus brillante qu'elle, qui se dérobe ensuite, lui rappelant la place laissée à sa sœur à 17 mois.

À chaque fois, une manière très particulière de tomber en dépression : des symptômes somatiques sévères (paralysie, salpingite, absorption de médicaments) qui mettent sa vie en péril et qui répondent en même temps au silence de mots et d'émotions.

Retravailler et revivre la première séparation à 17 mois a constitué pour Annie une expérience essentielle, une tentative de revisiter et de dépasser un dilemme de contact, en quelque sorte : mettre des mots, revivre le vide de la séparation, retrouver les affects de tristesse et de colère contre la mère et la sœur, enfouis voire niés longtemps... ; « *le plus gros point pour moi, c'est d'avoir pu revivre ma première grande séparation sur laquelle je n'avais jamais pu exprimer, mettre des mots, le ressentir, recontacter le vide que ça avait créé chez moi... La dépres-*

sion d'un bébé, je suis convaincue que ça existe... Moi-même, je dis aujourd'hui que je l'ai vécu... Mes dépressions d'adulte, j'ai pu les décoder : Ce sont des situations similaires mais que je n'avais pas comprises ; l'investissement affectif que j'ai pu faire, les séparations subies dans la mesure où je ne les ai pas choisies... Un sentiment de dépossession et de perte de sécurité, de confiance »

« Ce n'est plus du vide, dit Annie, ce ne sont plus des marécages, c'est identifié et exprimé... »

La dépression est avant tout une crise du sens de la vie et ce travail dialogal pour sortir de l'incompréhension et de l'absurdité de ces accidents chaotiques et destructeurs favorise une cohérence interne.

6. Ouverture multimodale

Si nous tentons d'éclairer les passages qui précèdent à la lumière d'une ouverture multimodale et d'un déploiement du processus thérapeutique en trois temps (reproduction-reconnaissance-réparation), nous pouvons dégager les grandes lignes qui suivent.

Annie semble aux prises avec une problématique de dépression dyadique déficitaire, bien que nous puissions également identifier des éléments appartenant davantage aux conflits dyadiques. La relation à la mère ne semble pas avoir permis une bonne métabolisation d'enjeux développementaux, ce qui a comme conséquence de fragiliser le système immunitaire psychologique de la cliente et de permettre l'émergence, chez elle, d'épisodes dépressifs importants.

Les symptômes que présente Annie sont caractéristiques de la dépression dyadique déficitaire soit : une dépendance importante, de l'anxiété, une diffusion de l'identité, une solitude intolérable, des préoccupations hypochondriaques, une recherche avide d'affection et un comportement d'auto-critique sévère. Ces symptômes s'accompagnent généralement de récriminations et de supplications teintées d'impuissance.

Les personnes souffrant de dépression dyadique déficitaire fonctionnent généralement en deçà de leurs capacités et se sous-estiment, à l'école et au travail, dans leurs relations, ce qui perpétue leurs sentiments d'impuissance et d'incompétence ainsi qu'une faible estime de soi. Leur agressivité est supprimée et retournée contre soi ce qui se manifeste par un discours auto-critique. Cette agressivité peut également être accompagnée d'une peur intense d'un abandon punitif. Ces éléments font partie du portrait clinique que nous présente Annie.

De façon générale, la reproduction dans la relation thérapeutique des enjeux menant à la dépression dyadique déficitaire se manifeste par un attachement immature à la personne du thérapeute. La cliente cherche à être prise en charge de façon irréaliste et demande une réassurance de tous les instants. Il n'est pas rare que ces clients voient leur thérapeute en tant que parent frustrant qui les prive intentionnellement de gratifications dont ils ont pourtant absolument besoin. Le thérapeute, en permettant à la cliente de s'attacher à lui de façon immature, installe progressivement une représentation de soi cohésive et positive chez la cliente qui servira de rempart contre les blessures narcissiques.

Le travail de reconnaissance portera surtout sur la validité du besoin d'être aimé tout en attirant l'attention de la cliente sur les limites réelles de la mère en ce qui concerne la capacité d'aimer. Le thérapeute devra éventuellement éclairer les avantages primaires et secondaires de la dépression pour la cliente. Au niveau primaire il est possible que la cliente ait eu recours, de façon inconsciente, à la dépression afin de maintenir le lien à la mère. Les avantages secondaires de la dépression concernent surtout le besoin de la cliente d'être déprimée afin de ne pas perdre l'affection de son entourage y compris celle du thérapeute. Le thérapeute devra faire ressortir les aspects indispensables mais également intolérables de cette reproduction.

La réparation passe par l'identification du potentiel dont dispose la cliente pour développer de nouvelles sources de gratification et corriger les scénarios voués à l'échec. Par les étapes de reproduction et reconnaissance dont nous avons fait mention, et par l'attitude empathique, non demandante, du thérapeute, la cliente devrait développer de nouvelles stratégies relationnelles. Si l'attachement immature au thérapeute fut possible et toléré par le thérapeute, la cliente sera éventuellement capable de réactiver un contact apaisant avec des représentations positives de soi semblables au contact apaisant qu'elle aura développé avec le thérapeute. Elle deviendra donc de moins en moins dépendante du thérapeute et sera en mesure de déployer ses propres capacités d'apaisement. Nous reviendrons plus loin sur les réparations spécifiques au cas d'Annie.

Nous pouvons donc remarquer que le travail du thérapeute avec Annie fait ressortir clairement des éléments des trois composantes du processus relationnel (reproduction-reconnaissance-réparation) que nous retrouvons en général lors du travail thérapeutique auprès de client souffrant de dépression dyadique déficitaire.

7. L'agressivité comme force vitale

Le travail sur l'agressivité est particulièrement important avec une personne dépressive : dégeler les affects de tristesse, cela n'est déjà pas facile, mais prendre contact avec sa colère, pour un dépressif qui a peur de détruire l'autre et veut le réparer, c'est encore plus périlleux. Apprendre à dire, à écrire, à crier, à se mobiliser corporellement. Travailler ses capacités énergétiques et de créativité alors que tout est mis au service de l'inhibition et de la rétroflexion, cela peut prendre du temps. Bergeret (1999, p. 164) parle de violence archaïque chez le dépressif-limite qui est « une manifestation instinctuelle brutale devant l'image encore floue d'autrui, angoisse qu'il n'y ait pas de place pour deux au soleil.

C'est ce qu'a vécu, semble-t-il, Annie à la naissance de sa sœur ; elle a eu l'occasion, en thérapie, de mobiliser sa colère contre sa sœur qui avait pris sa place à sa naissance et qui est devenue violente à son égard par la suite, dans une confrontation corporelle et de cris.. suivie d'un grand soulagement et de pleurs ; *« J'ai pu lui dire des choses comme tu me fais chier, tu prends toute la place, j'ai pu le dire en pleurant, en hurlant... Avant, j'avais peur d'être violente, j'ai confondu violence et colère et je ne m'autorisais pas ... »*

Elle a pu exprimer aussi sa haine contre son père qu'elle percevait comme violent et qui la terrorisait, sa révolte et son sentiment d'injustice vis à vis de sa mère dépressive dont elle s'était sentie abandonnée lors de son hospitalisation. Puis, elle a pu se confronter à d'autres stagiaires dont elle ne se sent pas respectée et enfin en dernier lieu au personnage sacré du thérapeute.

Vers la fin du groupe, le thérapeute oublie Annie dans un tour de parole de groupe. Cette erreur va permettre à Annie de desidéaler le thérapeute et de le voir de façon plus réelle : *« Je suis partie sans te dire au revoir et je suis revenue la semaine suivante en te disant que j'étais en colère, que j'en avais marre... J'ai pu te l'exprimer et dire que tu n'étais pas parfait... Et là, je me suis exprimée clairement avec des mots ; je ne me suis pas écrasée comme d'habitude... »*

8. Vivre des expériences restauratrices

Il y a réparation quand le client sort de la répétition du silence, quand il décide de vivre l'expérience difficile de confronter son thérapeute à ses imperfections et d'exprimer ses sentiments négatifs. Un Je advient face à un Tu. « Ce que fait le thérapeute est de peu d'importance, l'essentiel est ce qu'il est » (Prigent, p. 225).

Un jour, Annie travaille sur son sentiment de vide et vit l'expérience de se lancer dans les bras du groupe : « *Ce qui m'a frappé, quand je me suis jeté dans le vide, c'est que vous m'avez rattrapée... J'ai eu envie quelques secondes de me débattre puis j'ai lâché prise ... J'ai pu recevoir la chaleur et la douceur du groupe...* » Et elle fait le lien avec un rêve où elle se retrouve enfant dans le froid des draps de l'hôpital à 17 mois.

Il y a une restauration possible quand il y a reconnaissance et identification des expériences passées... En acceptant de se laisser toucher physiquement et émotionnellement, Annie renonce à rester l'enfant victime et solitaire qu'elle a été longtemps.

C'est redonner l'impulsion à la vie, c'est « lâcher les amarres... reconnaître la capacité porteuse du flux désirant s'engager dans l'existence à travers la béance et l'épaisseur du monde... » (Prigent, 1978,181) Ce que Yves Prigent nomme désenclavement, je l'appelle restauration du lien vital. C'est avoir confiance dans la libre circulation du désir : « Le travail ne se limite pas à reconnaître l'étendue des dégâts mais à poser un acte de foi et d'amour non seulement sur l'enfant blessé mais aussi sur l'enfant plein de ressources et de vitalité et ainsi relancer le processus de de vie et de croissance... » (Van Damme, 2001). Cela rejoint les conclusions de Marie José Florent (2001, p. 158) qui pose l'acte de créer dans le deuil comme « une manière de réparer le lien perdu pour en faire un lien intériorisé. »

CONCLUSION : DES BIENFAITS DE LA DÉPRESSION ?

Confrontés dans notre pratique de psychothérapeute à des patients dépressifs, vivant parfois l'insupportable du désespoir et de la plainte, au point de ne plus avoir envie de les entendre,

- nous avons appris à respecter leur silence,
- à parler en images,
- à proposer des supports de médiation pour éveiller tous les sens avant de donner du sens,
- à nommer l'innommable,
- à trouver des contours et des bords à leur vide et à leur sentiment de perte,
- à favoriser l'émergence des émotions de tristesse et de colère et amorcer le cycle de deuil,
- à proposer des étapes dans le travail thérapeutique : des temps de face à face, des temps de travail en groupe plus favorables à des moments de saine régression pour des patients à réanimer progressivement.

- à appliquer les principes de la psychothérapie du lien à ce type particulier d'expérience
- à envisager une compréhension multimodale de l'expérience dépressive.

Nous avons mieux compris que le thérapeute n'existe pas au départ comme personne : il est davantage un accueil, une présence avant d'exister dans la tête du dépressif comme un autre différencié et sexué.

Nous avons appris à construire peu à peu des hypothèses de sens sur les épisodes dépressifs en recherchant des liens, des points communs au niveau corporel, émotionnel, au niveau des configurations relationnelles pour dégager des questionnements féconds autour des pertes, des séparations, des trous, des vides, des blancs de leur histoire.

Peut-être pourrions nous parler alors avec Pierre Fédida (2001, p. 11 et 16) des bienfaits de la dépression « parce qu'elle survient dans des moments où la vie cherche à se protéger et à se transformer... Mais pour cela, il faut être deux, donner du temps à l'écoute, au silence. Alors, et alors seulement, la pensée, la parole et l'action redeviennent possibles... pour restituer au sujet déprimé sa capacité à la dépressivité et ainsi sa créativité psychique ».

C'est Anna Freud (In Ionescu, 1997, p. 262) qui affirme « combien les enfants font deux pas en avant et un pas en arrière », soulignant le rôle salutaire des régressions réversibles et donc bénignes. Pour traiter la dépression, il est nécessaire souvent de revenir en arrière et de passer par des étapes régressives comme levier thérapeutique, compte tenu du type de relation d'objet fusionnelle ou anaclitique et des difficultés à verbaliser du dépressif : passer de l'inhibition à l'expression, de la régression à la progression en passant par la nécessaire agression, c'est à dire le retournement et l'utilisation créatrice de l'agressivité au service de la croissance, sortir de la passivité dépressive pour explorer la polarité de l'action mobilisatrice ; ceci permet une mise en lien, un travail de reliaison d'éléments épars et enfouis dans l'individu.

C'est Staemmler (1999) qui voit le processus régressif comme un manque d'auto-soutien. Dans la dépression de type anaclitique, il a manqué, à un stade précoce du développement, un soutien et une saine dépendance. C'est ce que va permettre de vivre l'espace thérapeutique, tel un sas ou une écluse, où s'appivoise une relation de dépendance, amortir la chute dépressive et trouver une base sécuritaire, un filet de sécurité pour oser se risquer à l'aventure de la vie et

relancer le processus de croissance.. L'enfant grandit; l'adolescent se révolte et l'adulte devient créateur de son existence. Ainsi, le travail thérapeutique régressif apparaît souvent incontournable pour favoriser l'émergence de la dépressivité, comme capacité à faire des retours sur le fil de la croissance et à tolérer la souffrance dépressive.

Abstract

This article enlightens some aspects of the depressive experience. While developing the notions of depression and regression it presents an overview of the contribution of several authors to the understanding of depression. The specific contribution of Gestalt Therapy is also presented. We suggest a new understanding of the depressive experience compatible with the model developed by Delisle. The synthesis of these informations are integrated in a clinical vignette presenting a client suffering from depression.

Bibliographie

- ABRAHAM, K. (1912). *Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins*. Œuvres complètes tomes I. Paris, Payot.
- BERGERET, J. et coll (1972). *Psychopathologie pathologique*. Paris, Masson.
- BERGERET, J. et coll (1999). *Narcissisme et états limites*. Paris, Dunod.
- BOWLBY, J. (1980). *Loss: sadness and depression*. New York, Basic Books.
- CLARK, A. (1982) – Deuil et Gestalt-thérapie. Trad. document de *l'Institut de Gestalt* n° 30, 21 p.
- DELISLE, G. (1993). *Les troubles de la personnalité, perspective gestaltiste*, Montréal, Les éditions du reflet.
- DELISLE, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*. Montréal, Les éditions du reflet.
- DELISLE, G. (2001). *Vers une psychothérapie du lien*. Montréal, Les éditions du reflet.
- DROUIN, M.-S. (2002). *Application de la PGRO dans le traitement des problématiques dépressives*. Communication présentée au colloque du Groupe de Recherche sur l'Intégration de la Psychothérapie, Montpellier, France.
- EHRENBERG, A. (2000). *La fatigue d'être soi, dépression et société*, Paris, Poches Odile Jacob.
- FEDIDA, P. (2001). *Des bienfaits de la dépression, éloge de la psychothérapie*, Paris, Odile Jacob.
- FERRERI, M. (1998). Prise en charge globale du patient dépressif – In *la prise en charge globale*, Pierre Fabre, Paris, 1998, p. 15 à 18.

- FLORENT, M.-J. (2001). Créativité et travail de deuil. *Revue Gestalt*, n° 21, SFG, pp. 157 à 174.
- FOURCADE, J.-M. (1997). *Les patients limites*. Paris, Desclée de Brouwer.
- GOLSE, B. (1985). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Paris, Masson.
- GUELFY et coll (1987). *Psychiatrie*. Paris, PUF.
- HANUS, M. (1996). *Psychiatrie de l'étudiant*. Paris, Maloine.
- IONESCU, S. et coll. (1997). *Les mécanismes de défense, théorie et clinique*, Paris, Nathan.
- KARASU, T. B. (1992). Developmentalist metathory of depression and psychotherapy. *American Journal of psychotherapy*, 46, 1, 37-49.
- KAPSEMBELIS, V. et coll. (1985). *Comment reconnaître une dépression*, Paris, Specia.
- KLEIN, M. (1945). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In *Contributions to psychoanalysis*. New York, McGraw Hill.
- KOHUT, H. (1971). *The analysis of the self*. New York, International Universities Press.
- KRAUS, A. (1991). Modes d'existence des hystériques et des mélancoliques, *Psychiatrie et existence*, Krisis, Million, pp. 261 à 280
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. (1976). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- LEMPERIERE, T. et coll. (1997). *Les dépressions réactionnelles*. Paris, Masson.
- LISMONDE, D. (1994). La dépression au regard de la théorie des relations d'objet, *Actes de la SGF*, Lille, p. 81 à 97.
- LOO, H. & GALLARDA, T. (1997). *La maladie dépressive*. Paris, Dominos, Flammarion.
- MAZET, P. & STOLERU, S. (1998). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*. Paris, Masson.
- MINKOWSKI, E. (1966). *Traité de psychopathologie*. Paris, PUF.
- PIGNARRE, P. (2001). *Comment la dépression est devenue une épidémie*, Paris, La découverte.
- PRIGENT, Y. (1994). *L'expérience dépressive, la parole d'un psychiatre*, Paris, Desclée de Brouwer.
- SALATHE, N. (1995). *Psychothérapie existentielle*. Genève, Institut de l'IPGE.
- SILLAMY, N. (1989). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris, Larousse.
- SPITZ, R. (1965). *The first year of life*. New York, International Universities Press.
- STAEMMLER, F. M. (1999). Vers une théorie des processus régressifs en Gestalt-thérapie. *Cahiers de Gestalt thérapie*, n° 5 pp. 195 à 224 et n° 6 pp. 143 à 174.
- VAN DAMME, P. (2001). Le dialogue dans l'expérience dépressive. *Le dialogue en Gestalt – thérapie, actes des journées d'études de CHAMP G*, pp. 56 à 61.
- VAN DAMME, P. (2001). Le sentiment d'abandon. *Revue Gestalt* n° 21, pp. 91 à 106.

L'ethnoculture¹, de l'expérience à l'intervention

JORGE VASCO

RÉSUMÉ

L'intervention interculturelle requiert une attention particulière au jeu des origines et des identités entre celui qui consulte et ce celui qui aide. Les différences ethniques, culturelles, sociales des interlocuteurs posent des défis que confrontent les approches thérapeutiques occidentales. L'auteur se réfère entre autres aux travaux de Cohen Émerique et de Green pour mettre en lumière des facettes, des expériences, des personnes issues de minorités ethno-socio-culturelles et des pistes d'intervention possibles.

Le présent article a germé d'un assemblage de faits, de fragments du quotidien, d'observations cliniques, de pistes de réflexion². Une mosaïque comme toile de fond à une réflexion en constante évolution qui sous-tend un rapport au monde, à l'autre, à soi aussi. Une tentative de faire émerger, d'un arrière fond relationnel, théorique et clinique, les figures et les processus qui serviront à construire et à énergiser les contacts, les liens et les interventions thérapeutiques. L'appel est ici fait à l'investigation et au repérage de la logique et du sens des histoires de vie, des parcours migratoires et sociaux, des liens et des impasses relationnels, anciens comme nouveaux, des ajustements conservateurs et créateurs sur les fronts affectifs de

1. Dans le présent texte, « interculturel(le)s », « ethnoculturel(le)s », « multiculturel(le)s », « pluri-culturel(le)s » sont des termes qui seront utilisés de façon interchangeable. Les termes et concepts utilisés dans le présent champ d'études font l'objet de débats interdisciplinaires que nous ne pouvons malheureusement discuter ici.

2. Le version finale du présent article, celle qui est ici publiée, a pris forme, à partir de deux textes préliminaires, grâce à la collaboration du comité de rédaction et tout particulièrement grâce à un travail de réorganisation des idées que Madame Marie-Claude Denis m'a proposé. Je tiens à remercier celle-ci pour un aide précieux et stimulant.

l'acculturation. C'est aussi un appel au dialogue que les humains de tout temps ont tissé entre eux, à travers et par delà les barrières linguistiques et culturelles elles-mêmes, une communication qui s'appuie sur la fraternité et sur le souhait d'authenticité, de respect, de compréhension réciproque et d'entraide. Tout en favorisant la connaissance de la culture, la sienne et celle de l'autre, et en soulignant l'importance de reconnaître ses limites et celles de l'autre, il est une invitation à la prise de risque sans laquelle il n'y a pas de rencontre.

Le point de départ se trouve dans notre expérience à la fois personnelle et professionnelle. Le travail clinique que nous faisons avec les personnes de diverses origines ethnoculturelles s'enracine et se trouve sans cesse façonné, par notre cadre d'intervention, notre style relationnel, nos expériences de vie et de travail, notre champ de formation ainsi que par nos propres origines ethnoculturelles. Cet article est pour nous l'occasion de placer certaines balises pour examiner l'intervention inter-, multi- ou pluriculturelle en fonction de ses sources, le phénomène migratoire, des rapports identitaires qu'il fait jouer et des approches qui l'ont encadrées.

À TRAVERS LE TEMPS ET L'ESPACE, UNE SOCIÉTÉ PLURICULTURELLE

La mer des identités et des relations ethnoculturelles est relativement crainte depuis la nuit des temps : la plupart du temps les eaux sont calmes, chaudes et accueillantes, les cieux cléments et favorables au voyage. Cependant, des tempêtes peuvent surgir sans crier gare, des monstres étranges marqués par de vieilles blessures émergent des profondeurs et veulent régner sans contrainte. Des bateaux y ont coulé et ont disparu à tout jamais emportant leurs passagers et leurs cargaisons d'or et d'épices. Une mer où l'on dit que ne s'y aventure pas n'importe ni, surtout, pas tout seul.

Les questions ethniques et culturelles ne cessent de marquer l'actualité depuis des siècles. L'histoire des peuples et des sociétés nous rappelle les rencontres heureuses tout comme les chocs et les luttes, les incompréhensions et les peurs réciproques. Les déplacements et les besoins de nouveaux espaces ou ressources pour assurer la vie, ont de tout temps provoqué des rencontres et des échanges, des reculs et des tensions. Le Québec d'aujourd'hui constitue une société où divers peuples se rencontrent et s'intègrent, à des rythmes variables, et cela depuis ses débuts. Faut-il se rappeler que des peuples aux origines incertaines sont venus vers ce coin du nord de l'Amérique il y a déjà longtemps, bien avant que les Vikings et autres explorateurs

maritimes n'arrivent dans l'embouchure du St Laurent. Voilà près de 500 ans, des colons français et anglais s'installaient ici à leur tour. Dès lors, l'Histoire de cette partie du monde allait prendre un cours nouveau. Les arrivants et les peuples qui habitaient ces contrées depuis des lunes ont vécu à la faveur des rencontres, des incompréhensions, des luttes, des alliances, des rêves partagés et des projets distincts. Une société complexe s'est développée autour de cultures diverses et à travers leurs contacts.

Au cours des 60 dernières années, la société québécoise s'est diversifiée plus que jamais auparavant, avec l'arrivée de plusieurs nouvelles vagues d'immigrants venus s'établir au Québec. La société et la culture québécoises gardent des traces de tous ces apports qui continuent de façonner son histoire. De génération en génération, un long et subtil processus d'enculturation a eu lieu : les individus et les familles ont graduellement intégré les us, coutumes, valeurs et traditions les uns et des autres. Ils ont aussi intégré les codes socioculturels, ont contribué à l'élaboration puis ont appris à appliquer les mécanismes (externes) de régulation sociale et ont intériorisé les mécanismes (internes) de régulation de l'expérience et du contact.

Ainsi donc, au fil des changements sociaux, politiques et économiques, locaux ou mondiaux, la société québécoise change elle aussi. Comme pour toute autre société, ces transformations socioculturelles ont des impacts multiples dans le quotidien et la diversité engendrée devient un terrain fertile pour des rencontres enrichissantes comme pour des situations d'incompréhension interculturelle qu'il importe de reconnaître et résoudre.

La société pluriethnique et multiculturelle qu'est devenu le Québec est composée des peuples majoritaires et fondateurs (peuples autochtones, français, anglais, irlandais) et de plus de 80 autres peuples. Les arrivants se sont présentés porteurs de différents statuts : immigrants reçus ou clandestins, réfugiés, étudiants, conjoints étrangers, parenté immigrée par les programmes de réunification familiale, enfants adoptés, investisseurs, travailleurs temporaires ou transférés à long terme, représentants de compagnies ou de la diplomatie internationale, etc. Ces nouveaux citoyens se sont mariés entre eux ou avec des personnes d'autres groupes, voire avec des personnes des peuples fondateurs. Ils ont eu des descendants, qui à leur tour en ont eu d'autres. Les groupes minoritaires n'ont pas gardé leur uniformité au fil de tant de générations. Au bout du compte, la société québécoise présente inéluctablement une riche mosaïque de réalités, de contextes et d'expériences interculturelles.

L'EXPÉRIENCE D'IMMIGRER

De nomades à migrants, les humains se déplacent depuis toujours sur les continents terrestres et affectifs. Histoires de départs, de voyages et d'arrivées où se mêlent contrées hostiles et terres promises, écueils et accueils, espoirs et désillusions, replis et dépassements de soi, conjugaison du familier et de l'inconnu.

Les données socio-démographiques et la littérature semblent confirmer le fait que les familles et les individus migrent pour s'éloigner des situations de vie difficiles, que ce soit sur les plans socio-économique ou des tensions reliées à la violence organisée ou la guerre. Nonobstant ces facteurs communs, il reste que l'on immigré dans des conditions très variables et avec bien d'autres motivations, tissées à même des histoires familiales et personnelles bien distinctes.

En immigrant, on laisse derrière soi parents et amis, soient-ils vivants, jeunes et en santé, ou bien vieux, malades ou enterrés. On laisse des biens, des métiers, des espaces de vie habituels. Puis l'on s'installe ailleurs avec ses peines, ses rêves, ses espoirs; bientôt aussi avec ses désillusions, sa désorientation; avec de nouveaux projets et de vieux souvenirs.

On vit l'isolement et la distance: les êtres chers sont loin. Pour certains, perdue la honte des échecs, de la pauvreté et de la discrimination qui prend du temps à quitter leur cœur et leurs entrailles. La peur en tiraille plusieurs, alors que d'autres ressentent un profond et étrange soulagement. La culpabilité des liens brisés par le départ tenaille certains.

Quelques-uns, trop jeunes, arrivés dans les bras de leur parenté, ou de parents qui les ont adoptés, ne gardent pratiquement aucun souvenir ou trace de leur vie ailleurs. Nombreux sont ceux et celles qui ne sont pas à leur première terre d'accueil; et plusieurs poursuivront leurs migrations vers d'autres lieux. Il y a ceux qui n'abandonnent jamais le rêve de rentrer au *pays* pour « reprendre » ou finir leur vie, et il y a ceux qui ont trouvé et construit enfin leur maison.

L'immigration se vit différemment à l'intérieur même des familles. Il se peut aussi qu'à différentes étapes de la vie, les besoins et aspirations changent, au gré du cheminement de chacun comme des pressions infligées par l'environnement.

Immigré commence bien avant l'arrivée sur une terre nouvelle. Il y a d'abord une histoire de vie qui prend forme au fil des jours, jusqu'à ce que les circonstances externes et les besoins familiaux ou personnels se conjuguent autour de la décision d'émigrer, de partir

ailleurs. Cette décision se prend plus ou moins rapidement; elle repose souvent sur une conscience et compréhension parcellaires des enjeux et des étapes que le processus va engendrer pour les années et les générations à venir. Il y a ensuite le voyage migratoire qui commence un peu avant le départ, qui se poursuit pendant la traversée des terres, des océans et des frontières, jusqu'aux premiers moments de l'arrivée sur un sol nouveau. Une nouvelle étape commence alors, plus ou moins consciemment, celle de l'établissement et des tentatives de s'intégrer à un nouveau contexte de vie; celle aussi d'intégrer des nouvelles façons de vivre. À chaque étape son lot de défis et de risques, à chaque pas un appel à ses forces, à sa résilience.

Pour plusieurs ce parcours de vie prend une allure normale, les défis, les pièges et les victoires sont abordés avec le minimum de spontanéité et de souplesse nécessaires pour les traverser et s'en nourrir. D'autres s'en trouvent fragilisés en raison de leurs vulnérabilités, de leurs blessures et limites -anciennes et nouvelles-, de leur propre incompréhension de ce qu'ils vivent ou de celle des autres à leur égard. Tous tentent, plus ou moins habilement, de traverser ces épreuves et d'assurer leur équilibre (personnel ou familial). Tous sont appelés à se dépasser, à se développer, à grandir. Tous changent, tantôt libres de leurs mouvements, tantôt contraints par leurs limites, leur passé, par les pressions de ceux qui les entourent³.

Certaines des expériences liées à l'immigration peuvent s'avérer suffisamment déstabilisantes pour qu'il soit nécessaire de recourir à l'aide d'un proche ou d'une figure aidante. L'incapacité de la personne, de la famille ou du réseau immédiat à remédier aux difficultés rencontrées justifie le recours aux aidants plus spécialisés de la société dans laquelle ils vivent. Les types d'aides et d'aidants disponibles ou privilégiés varient d'une société à une autre. Au Québec, les services publics de santé et les organismes communautaires reçoivent de plus en plus de demandes d'aide en provenance de ces groupes pour des difficultés de nature sociale ou psychologique. Ces demandeurs ont besoin d'être accueillis avec leurs particularités, leurs différences, leurs besoins et problèmes spécifiques, leurs ressources propres et leurs limites. L'intervenant aura à les aider en sachant reconnaître et respecter leur singularité.

3. Il s'agit d'un processus que Gagnon (1999) décrit dans son modèle sur la prise de forme en relation, une perspective qui influence grandement les idées ici exposées.

LE RAPPORT DU « JE » AVEC L'« AUTRE »

Le travail clinique que nous faisons avec les personnes de diverses origines ethnoculturelles s'enracine et se trouve sans cesse façonné, entre autres, par notre cadre d'intervention, notre style relationnel, nos expériences de vie et de travail, notre champ de formation ainsi que par nos propres origines ethnoculturelles. Il s'agit essentiellement d'un travail de contact.

La notion de contact

Quand une personne en rencontre une autre, un processus complexe se déploie avec une rapidité fascinante, et cela, pratiquement à l'insu de la conscience des deux interlocuteurs. Ce contact peut être ponctuel, éphémère ou de plus longue durée ; il peut s'agir d'un contact renouvelé ou prometteur de liens dont la nature reste à construire. Subitement et subtilement, mais de façon plus ou moins consciente, une série d'opérations et d'échanges se déploie pour tous les interlocuteurs, dans un va-et-vient entre « l'ici et maintenant » et « l'ailleurs, un autre temps ». Le processus fait appel aux représentations de soi et de l'autre, des autres, du « je », du « nous », du « vous ». Il y est question de distance et de proximité, de valeurs et de mémoire. Aussi simple ou minime soit-il, ce contact se fera à partir des « formes » respectives de chaque interlocuteur (Gagnon, 1999), et sera affecté par ce qui est en figure pour chacun et dans le champ commun (Perls, Hefferline et Goodman, 1951). Il activera les mécanismes de régulation du contact que chacun utilise habituellement avec plus ou moins de souplesse et de créativité dans la gestion des évocations expérientielles des contacts antérieurs réussis ou introjectés comme impasses à résoudre (Delisle, 2001).

Chaque contact sera traité, « automatiquement » pourrait-on dire, pour sa valeur dans le champ de la satisfaction ou de la frustration de besoins fondamentaux divers.

Le contact sera aussi encadré par les mécanismes et les codes de régulation sociale prescrits et jugés nécessaires par la culture et par la famille au sein desquelles la personne est née et a grandi, des processus et repères socio-culturels intégrés ou introjectés. Certains mécanismes et codes semblent communs à la majorité sinon la totalité des groupes d'humains, alors que d'autres sont spécifiques à quelques sociétés ou à certaines époques. Leur pertinence fondamentale repose sur la notion de ce qui est souhaitable pour qu'un groupe et chacun de ses membres puissent vivre des rapports harmonieux. Un équilibre collectif et individuel acceptable est recherché pour ce moment de

leur histoire⁴. Ces balises et modes de fonctionnement qui seront au cœur de la culture d'un groupe et ils participeront à l'organisation de la psyché individuelle, comme l'ont avancé plusieurs auteurs, dont Freud (1912), Devereux (1970), Nathan (1986, 1988) et Ondong-Essalt (2002).

De l'immédiateté et de la simplicité de la rencontre entre deux personnes distinctes, le contact renvoie à la forme complexe de chacune ainsi qu'à la dynamique particulière et multidimensionnelle de leur interaction.

Le jeu des origines et des identités

Le contact s'articule au gré des styles expérientiels et relationnels qui continuent de prendre forme (Gagnon, 1999) d'un instant à l'autre depuis la naissance de chaque interlocuteur. Il y a certes une panoplie de contacts d'importance variable dans l'expérience quotidienne de chacun, mais chaque contact, l'un après l'autre, s'inscrit dans la vaste trame relationnelle sur laquelle s'appuie chaque nouvelle rencontre, chaque nouveau contact, chaque lien⁵. La « banalité » ou la « fraîcheur » de la rencontre et la différence ou ressemblance des interlocuteurs, voilà, paradoxalement, des évidences bien illusoire. Quand deux personnes se rencontrent, qu'est-ce qui est présent? De l'évidence des différences à l'évidence des ressemblances, des affinités, de l'illusion du distinct et du distant à celles du partagé et du proche, nous voilà confrontés à la complexité d'un tout, plus grand que la somme de ces parties, englobant ce qui est « moi », « comme moi », « non-moi », leurs interactions et le rapport à l'autre. Nous voilà pris au jeu des identités.

Ce jeu d'identités est complexe: qu'est-ce qui prime, de l'origine ethnique ou du statut de citoyen, des liens de sang ou civiques, du nom de mes ancêtres

4. En 1997, lors d'une présentation au colloque annuel de l'Association Québécoise de Gestalt sur le thème du présent article, j'avais l'idée d'un collectif humain comme une sorte d'organisme social faisant écho à la vision organismique gestaltiste: l'hypothèse, qui ne fut pas élaborée davantage ni rediscutée, proposait de considérer le groupe-organisme dans son contact avec l'environnement, sa frontière-contact, ses mécanismes de régulation socioculturel, ses fonctions de contact (le « je-nous », la personnalité-société, le self-culture) – une vision peut-être fantaisiste que je reprendrais plus loin vu que les expériences ethnoculturelles prennent appui sur les prescriptions et fonctions culturelles des interlocuteurs impliqués

5. L'expérience humaine en est une de contact avec un environnement humain et non-humain, animé et inanimé, très vaste et complexe. Au courant de sa vie, l'humain tisse un lien avec divers aspects de son environnement non-humain: la terre, l'espace, le climat, les animaux, les objets, les odeurs, la vestimentaire, les astres, etc. Ce rapport est peu discuté dans la littérature; il varie selon l'époque, l'ethnie ou la personne. Ce que le « non-humain » représente et comment il est traité, intériorisé, déstructuré, symbolisé, est une question complexe et à approfondir, qui dépasse toutefois le cadre du présent article.

ou de mon nom propre, du métier ou du degré de scolarisation, du groupe socio-économique ou religieux, du rôle dans la famille ou du groupe d'âge, de l'identité ou de l'orientation sexuelles, des traits de caractère ou de la taille physique, des expériences de vie accumulées ou des projets en chantier, etc ?

L'articulation de ces éléments varie selon les personnes, les contextes, les besoins du moment, bref, selon ce qui est en figure au moment de l'interaction et de la nécessité de définir son identité, pour l'autre ou pour soi. Parfois, ces identités sont interchangeables et cohabitent en un tout complexe et dynamique. Ainsi, selon les circonstances, je suis le psychologue portugais ou québécois, citoyen canadien, dans le mi-temps de la vie, l'amateur de bonne bouffe, le gars sérieux et distant, celui qui aime la compagnie de ses pairs, un gars de groupe, un solitaire, un touriste, l'immigrant, l'homme, le frère. Ma collègue, quand à elle, est pour certains la directrice des ressources humaines, pour d'autres une historienne de formation, une femme intéressée à la politique de sa Thaïlande natale ; aux yeux d'autres, une néo-québécoise ou une canadienne, une bouddhiste, une épouse, une mère discrète et dévouée de trois enfants, une cycliste, une rêveuse. Un autre sera vu comme un doux grand-père malien qui ne comprend presque rien à ce que l'on lui dit dans ce nouveau pays même s'il parle cinq langues inconnues de ceux et celles qui l'ont accueilli ; un vieux militaire devenu aide cuisinier ; pour d'autres il est un frère africain, un rieur, un conteur.

Dans chaque cas, l'identité nommée et ainsi mise de l'avant est un construit qui traduit mal la complexité d'une réalité plus ou moins bien intégrée dans un tout appelé « moi ». Ceci est « moi », je suis ceci, l'autre est cela. Et ce « je suis » englobe des dimensions que le « je » ne peut pas dire en même temps, qui se réfèrent à ma personnalité, à ma gestuelle, à des couches et des facettes d'un tout qui évolue, vieillit, se transforme et se bonifie *comme le bon vin*, qui se décompose et se raidit, qui s'assagit et qui gagne en courage, qui s'affaïsse ou s'assouplit.

Les contacts et expériences interculturelles interpellent l'identité des interlocuteurs, parfois de manière subtile et délicate. D'autres fois, les fondations seront ébranlées et feront perdre les repères habituels. Des fois, l'identité se développera de façon harmonieuse, comme en un mets où les saveurs s'entremêlent et se combinent pour créer un goût unique.

Cet autre qu'est l'aïdant

Dans le champ de l'intervention interculturelle on s'intéresse plus souvent qu'autrement à l'origine de la personne ou de la famille qui

nous consulte, ou encore aux caractéristiques identitaires et aux origines de ceux et celles avec qui la situation problématique prend forme. Trop souvent on ignore la dimension des origines et des caractéristiques socioculturelles du thérapeute lui-même. Qu'il soit issu de la société d'accueil, d'un groupe minoritaire, d'une autre culture ou classe sociale que la personne qui vient lui demander de l'aide, constitue un facteur non-négligeable pour le processus thérapeutique.

L'aidant est porteur de caractéristiques personnelles ou culturelles qui influenceront la relation thérapeutique à construire. L'intervenant a peut-être lui aussi vécu le processus migratoire et a peut-être lui-même des efforts d'intégration à faire ; il a aussi son style propre pour intégrer son histoire et le nouvel environnement. L'immigrant qu'il rencontre est peut-être du même groupe minoritaire que lui. Qu'en est-il quand l'aidant est originaire d'un autre groupe culturel ou minoritaire et que le client qui consulte provient de la société d'accueil ou bien encore d'une classe sociale plus aisée ?

En tout temps, mais encore de façon plus cruciale dans ce contexte, l'intervenant a besoin de se questionner sur ses origines, sa culture, ses valeurs, ses images du monde et des humains, sur ses préjugés. La perception que le client peut avoir du thérapeute est aussi à considérer, soit-elle implicite ou explicite. Certaines perceptions peuvent avoir un lien spécifique avec les enjeux que vivent les personnes immigrantes ; rappelons-nous des expériences de vulnérabilité qui les ont conduites à quitter leur pays et celles qu'elles peuvent vivre dans la rencontre d'une culture qu'elles ne connaissent pas. Le client me voit-il comme un « blanc » (en termes de race ou de « vendu » à la pensée et aux façons occidentales) ? Un étranger ou un des siens ? Me considère-t-il comme quelqu'un de fort ou d'oppressant, comme un agresseur ? Croit-il que j'ai été agressé ou que je peux être agressé, comme lui ? Suis-je le colonialiste admirable ou méprisable à ses yeux ? Me voit-il comme un faible ou comme un être immature ? Et ainsi de suite. Il est intéressant et même nécessaire de s'arrêter sur les sens et les impacts de ces perceptions, tant pour saisir l'expérience du client que les rapports au monde et les modes de contact qui émergeront au cours du processus d'aide. De plus, il est souhaitable que l'intervenant s'interroge aussi sur la culture professionnelle qui sous-tend son approche ainsi que sur les modèles d'intervention qu'il privilégie.

L'approche interculturelle dans le processus d'aide

« Les psychothérapies occidentales, depuis l'avènement de la psychanalyse avec Freud jusqu'aux psychothérapies contemporaines

post-freudiennes s'inscrivent dans une longue lignée thérapeutique dont les ancêtres sont lointains et, parmi ces ancêtres, les méthodes thérapeutiques utilisées par les guérisseurs et chamans des différentes ethnies du monde. Un certain nombre de psychanalystes, psychothérapeutes, d'anthropologues ont étudié le savoir-faire de nos « collègues » trop souvent oubliés et méprisés qui se trouvent en amont de nos théories, méthodologies et pratiques contemporaines et qui ont commencé bien avant nous à créer les psychothérapies et l'histoire de la psychothérapie »

Delacroix (2000) p. 179

Plusieurs critiques ont été adressées aux approches psychanalytique, cognitivo-behaviorale et existentielle-humaniste utilisées en contexte interculturel. On les blâme d'avoir des postulats émanant des classes sociales favorisées euro-américaines comme fond idéologique du comportement et du bien-être humain (Sue et Sue, 1999). Lee et Ramirez III (2000) fournissent des exemples de ce que sont des valeurs et positions théoriques clairement occidentales: *« l'étiologie intrapsychique des problèmes psychologiques, la notion d'une cure des problèmes psychologiques par la parole et par le partage des pensées et sentiments intimes avec une personne étrangère à la famille (le thérapeute), l'emphase sur l'importance de la séparation et de l'autonomie vis à vis de la famille ».*

De plus, Szasz (1970) souligne le risque de considérer que toute déviation aux normes de comportement et de bien-être usuels peuvent être considérées comme des signes d'anormalité ou de pathologie plutôt que de simples variations ou différences culturelles (Sue & Sue, 1999). Par ailleurs, LaFromboise, Coleman, & Geron, (1993) signalent que les difficultés liées aux choc culturel ou à l'exposition et à l'assimilation à une nouvelle culture (voire une nouvelle langue), ainsi que la faible réponse aux soins proposés ont été perçues comme des signes d'incapacité à s'adapter à la culture d'accueil ou de résistance au traitement (Draguns, 1989).

Sloan (1996a) critique pour sa part la tendance des approches occidentales à présenter une vision des problèmes comme émanant des cerveaux et dans l'esprit des individus. Il déplore le peu de reconnaissance accordée à l'impact des contextes sociaux et idéologiques qui reproduisent l'oppression, le racisme, le sexisme, l'impuissance, la pauvreté, les inégalités, ou la marginalisation. Selon cet auteur, ces approches ne tiennent pas compte de comment ces environnements soutiennent et favorisent des expériences qui sont, plus souvent que l'on ne le reconnaîtrait, intimement liées aux stress et impasses psychologiques vécus par les personnes en difficulté.

Sloan fait appel à une révision des approches occidentales afin que celles-ci puissent favoriser une nouvelle et meilleure compréhension de l'étiologie et de l'expression de la psychopathologie.

L'approche de Cohen-Emerique

Cohen-Emerique (1993), psychologue française et formatrice en relations interculturelles, propose un modèle qui s'appuie sur le respect de la personne, de sa vision du monde, de son système de valeurs. Roy (2000) souligne l'insistance de cette auteure sur l'importance à accorder, dans le cadre de toute relation d'aide interculturelle, à l'exploration de « l'identité culturelle perçue dans ses multiples facettes : ethnique, nationale, religieuse, de la classe sociale ». Se rapprochant, de toute évidence, de la vision gestaltiste proposée par Gagnon (1999) d'une « forme » singulière et en constante évolution, Cohen-Emerique conçoit que l'identité culturelle, voire l'identité en général, est « en évolution continue et est unique, c'est à dire intériorisée différemment d'une personne à l'autre » (Roy, 2000). Ce qui lui fait dire que l'on « *ne rencontre pas une culture mais des individus, des groupes qui mettent en scène une culture...* » Cohen-Emerique (1993).

Au-delà de l'attention à accorder à l'*autre*, au client « d'une autre origine », cette auteure nous incite à considérer l'interaction même entre les « deux porteurs d'identité » que sont le client et le thérapeute. Cette auteure semble privilégier, comme le fait la Gestalt thérapie, une attitude particulièrement attentive de la part du thérapeute à ce qui se produit à la frontière/contact entre le client et le thérapeute, impliquant qu'il est crucial, selon elle, de s'intéresser à la subjectivité de l'intervenant lui-même.

Cette position est proche de celle de Delisle (1999) qui rappelle l'importance des compétences affectives, interactives et réflexives du thérapeute dans la construction du lien thérapeutique : l'intervenant doit savoir se questionner sur son expérience affective, sur ses habilités relationnelles, sur ses propres référents culturels et sur ses connaissances, cela en rapport avec cet interlocuteur d'une autre culture qui vient lui demander de l'aide.

À cela, on pourrait ajouter que l'intervenant n'est pas seulement porteur d'une identité culturelle propre qu'il importe de reconnaître : il est aussi celui qui aura à décoder comment son identité agit tantôt comme filtre, tantôt comme « *fonction décodante* » de l'expérience de l'autre – en étant comme une caisse de résonance où peuvent « résonner » des *évoqueries projectives* (Gagnon, 1999) plus ou moins claires.

Ces *évoctions projectives* peuvent indiquer un mode expérientiel particulier chez le client. Elles peuvent aussi souligner l'émergence d'impasses ou de situations inachevées découlant de son expérience migratoire et interculturelle. Parfois, le clinicien pourra même y déceler des traces de tensions culturelles, historiques ou politiques, comme c'est le cas par exemple quand nous avons affaire à une personne issue d'une culture ou société marquée par la guerre, la colonisation, la dictature – le client peut à son insu être le porteur et le révélateur d'enjeux socioculturels qui influencent son histoire ou celle des membres de son groupe d'origine. Il importe de distinguer ces évocations projectives des projections du thérapeute ou encore de ce que j'appellerais des « *réactions rétroflexives* » de sa part. Celles-ci dénonceraient, chez ce dernier, des perturbations du contact reposant possiblement, entre autres, soit sur des introjections « culturelles », soit sur des préjugés, peut-être non-agis, qu'il pourra remettre en question.

Roy (2000) rappelle que l'approche interculturelle de Cohen-Emerique (1993) s'appuie sur trois étapes ou démarches qui s'entrecroisent. Tout d'abord, l'auteure encourage la *décentration*, c'est-à-dire un type d'intervention qui favorise, chez le thérapeute et chez le client, à une prise de distance face à soi pour mieux cerner sa propre identité.

Ajoutons que par *décentration* Cohen-Emerique (1993) semble aussi suggérer la nécessité d'une *analyse contextuelle* (à la fois culturelle, historique, socio-économique, migratoire, familiale et personnelle) qui permette à la personne issue d'une autre culture de situer son expérience dans un cadre plus large que celui de sa situation ou de l'impasse immédiate. Gagnon (1999) insiste lui aussi sur l'utilité de ce genre d'analyse, d'autant plus que cela permet de repérer les modes de conservation et de dépassement de soi, et les modes de résolution des impasses, tels que déployés à travers le temps.

Le travail thérapeutique qui s'appuie sur cette forme de décentration favorisera entre autres l'émergence des modèles et des valeurs sous-jacentes au problème présenté. D'ailleurs, Cohen-Emerique (1993) porte une attention spéciale justement aux incidents critiques ou aux situations d'incompréhension interculturelle. Ceci est applicable aux expériences qui ont eu lieu au cours de la vie du client avant ou depuis son établissement dans une nouvelle société. Il sera intéressant de soutenir les questionnements, les investigations du sens des expériences et des mots pour les raconter, réfléchir sur les présupposés en jeu, ainsi que sur les cadres de référence du client, de la société d'accueil et ceux du thérapeute lui-même.

Cohen-Emerique (1993) souligne une deuxième dimension de l'intervention, celle de *la pénétration du système de référence de l'autre*. Il s'agit des efforts à faire pour « voir avec les yeux de l'autre » que peut demander de développer les connaissances quant à la culture des familles ou personnes immigrantes. L'intervenant est encouragé à écouter sans interpréter, à interroger le sens des mots, des perceptions et des expériences vécues. Il est invité à s'intéresser aux valeurs véhiculées par la situation problématique ou d'incompréhension (Roy, 2000). Cela demande aussi d'être sensible aux différences culturelles jusque dans ses dimensions non-verbales. Dans certaines cultures, par exemple, le fait de ne pas regarder quelqu'un dans les yeux, le vouvoiement, les silences, ou le fait de porter des bijoux ou vêtements particuliers, tout cela fait partie d'un langage culturel non-verbal codifié et rempli de sens qui se démarquent de ceux généralement associés à la culture québécoise contemporaine.

Il semble aussi que pour cette auteure, pénétrer dans le système de référence de l'autre a comme contrepartie d'aider cet « autre » à pénétrer à son tour dans celui de l'intervenant, particulièrement en ce qui a trait au projet thérapeutique. Ainsi, il devient précieux de prendre le temps d'expliquer le sens, les objectifs et les modalités des interventions. De prendre aussi le temps pour faire ses interventions, parfois au point de reconsidérer le rythme et la durée des rencontres: dans certains cas, revoir la durée des rencontres ou les espacer peut faciliter la création et le maintien du lien avec la personne en besoin d'aide. Les personnes originaires de cultures traditionnelles ont vraisemblablement un rapport différent avec les modalités de traitement. Les figures soignantes, les cadres et les stratégies de soins diffèrent d'une culture à l'autre. On peut présumer que les personnes originaires d'autres cultures ayant recours aux services d'aide locaux ont déjà une certaine connaissance et une compréhension minimale des stratégies thérapeutiques occidentales, faute de quoi ils se tourneraient davantage vers les aidants, guérisseurs et pratiques de leur propre communauté. Mais même quand ils consultent un médecin, un psychothérapeute ou un travailleur social, ils demeurent imprégnés des conceptions et des modes de résolution de problèmes qui leur ont été inculqués par leur culture. L'accueil et l'écoute de ces perspectives est à privilégier afin d'adopter des stratégies de soin plus proches de leur expérience. Du coup, l'intervenant validera les cadres de référence du client et l'encouragera à participer au processus thérapeutique en y contribuant de sa propre compréhension et de ses propres habilités.

Certains auteurs vont jusqu'à insister sur la nécessité de réviser les modèles d'intervention en tenant compte des variables reliées à

la classe sociale du client. Devore et Schlesinger (1987), qui proposent un « modèle de travail sensible aux dimensions culturelles », ont avancé ce genre de réflexions après avoir développé le concept d'*ethnoclasse*: celui-ci « englobe à la fois les aspects de l'ethnicité et de la classe sociale ». Ces auteurs proposent ce concept comme toile de fond de l'intervention interculturelle afin de ne pas miser uniquement sur le pôle ethnique du client (Roy, 2000). En d'autres mots, il leur paraît souhaitable de tenir compte aussi des systèmes de référence du client et du thérapeute qui sont propres aux classes sociales dont chacun est issu. Ces auteurs attirent notre attention sur le fait que chaque classe sociale dispose aussi d'un système de valeurs, de comportements privilégiés, des modes de socialisation distincts. Ces variables jouent un rôle dans l'expérience du client ainsi que dans la rencontre thérapeutique.

Lum (1986), qui propose un *modèle de l'approche par étapes* de l'intervention interculturelle, est un de ceux qui se sont intéressés au concept de minorité. Roy (2000), souligne que cet auteur croit que les minorités ont des caractéristiques communes relativement au vécu de situations de racisme, de discrimination, et de ségrégation, une gamme d'expériences semblables qui peut les lier et solidariser. De plus, plusieurs communautés « *partagent des valeurs similaires d'avantage reliées à une vision holiste de l'univers, comme l'interdépendance des personnes, l'importance de la famille, la reconnaissance des aînés* », des valeurs qui peuvent différer de celles véhiculées par les professionnels et aidants des pays occidentaux. L'appartenance à un groupe minoritaire est une autre variable qui influence l'expérience personnelle et le processus thérapeutique.

La psychothérapie gestaltiste a une ouverture théorique et clinique qui lui permet justement d'avoir recours à des techniques diverses qui permettent le travail dialogique et la pénétration des diverses facettes du système de référence de l'autre. Un prochain article pourrait s'attacher à l'illustration de cette capacité d'empathie interculturelle de la Gestalt-thérapie.

La troisième dimension du modèle d'intervention interculturelle proposé par Cohen-Émerique (1993) repose sur les notions de *négo-ciation et médiation*. S'appuyant sur un dialogue qui perçoit l'aidé comme « un partenaire essentiel à la résolution du conflit et non comme un simple exécutant » (Roy, 2000), ces pratiques privilégient des échanges qui considèrent qu'il n'y a pas de réponse unique à un problème complexe. Cela permet un lien qui se crée et se déploie à travers la rencontre des différences, des limites et des possibilités des uns et des autres. Plutôt que de considérer le problème comme la mani-

festation d'un comportement bizarre ou un désordre psychique de l'autre, ce type d'intervention s'articule autour de la vision de la situation comme découlant d'un possible conflit de valeurs.

Il est courant pour le thérapeute gestaltiste de soutenir l'émergence des figures qui signalent la présence de situations inachevées ou de conflits de valeurs. Sous des dehors apparemment bizarres, certains comportements peuvent non seulement être fréquents et considérés *normaux* dans une culture donnée, mais ils peuvent aussi receler un sens particulier qu'il importe de décoder. On pourra réitérer l'avantage d'approfondir ses connaissances à propos des autres cultures, mais le thérapeute gestaltiste est bien habilité à adopter une position de *neutralité bienveillante* ou d'*empathie positive* qui vise à stimuler l'expression des points de vue propres au « client/partenaire/co-créateur de sens et de solutions ».

Les principes proposés par Green

Green (1982) propose un modèle centré sur la conscience de la culture et des minorités et s'est intéressé à la notion d'*empowerment*. Roy (2000) souligne que cet auteur insiste sur la nécessité de renforcer les systèmes de réponse ou ressources du client pour accroître son pouvoir (*empowerment*) sur sa vie. D'après cet auteur, ce sont les clients qui savent le mieux ce qu'il leur faut. Green (1982) rappelle que la culture du client peut se trouver en confrontation avec la culture institutionnelle ou professionnelle de l'intervenant et réitère donc l'importance d'une prise de conscience de l'écart entre les cultures du client et de l'intervenant.

Cet auteur présente quatre grands principes dans le processus d'aide que nous pouvons examiner à ce point-ci :

1. *La prise de conscience du client quant à l'existence d'un problème.*
 - sa propre définition de ce qui est problématique pour lui et selon son groupe d'appartenance ;
 - qui a déterminé qu'il était aux prises avec un problème
 - sa vision et les explications qu'il connaît pour ce genre de problèmes,
 - les conséquences et l'évolution du problème auxquelles, selon lui, l'on pourrait s'attendre ;
 - qui a décidé du type d'aide dont il aurait besoin
 - ce qu'il pense que l'on fait généralement devant ce genre de situations ;
 - comment établir un dialogue qui puisse assurer que ce qu'il vit soit perçu et compris par lui-même et par le thérapeute

2. *La possibilité de s'exprimer dans sa langue
pour définir son problème*

Plusieurs praticiens et penseurs, parmi lesquels l'on trouve Nathan (1986, 1988), considèrent qu'il est impossible pour tout intervenant de comprendre la personne qu'il aide sans connaître, comprendre et parler la langue maternelle de celui-ci. Nathan proposa d'ailleurs un dispositif clinique qui s'articule de façon telle à intégrer des interprètes linguistiques et culturels au sein d'une équipe « *pluri-professionnelle* » de soignants qui reçoivent les familles migrantes, plus rarement des personnes seules, issues d'une des minorités culturelles françaises. Sans entrer dans la discussion de ce modèle d'intervention, fort intéressant et efficace par ailleurs, soulignons ici les efforts qu'il est souhaitable de déployer pour faciliter chez le client l'expression de sa propre expérience et sa compréhension de celle-ci.

Cette expression de ses besoins et impasses se fera par le langage verbal et non-verbal et révélera un « langage culturel », une symbolique, des représentations de soi, du monde, des autres, un système de valeurs et de pratiques, qu'il importe d'identifier et comprendre. Il est certes vrai que plusieurs clients choisissent de consulter en dépit des barrières linguistiques et culturelles; certains maîtrisent d'ailleurs avec aisance plus d'une langue seconde, incluant celle de l'intervenant. Quoiqu'il en soit, toute intervention a avantage à s'intéresser à ce genre de barrières, à comment le client les gère, et aux arrangements à faire à l'intérieur de la relation thérapeutique.

3. *La disponibilité et le recours, si cela est pertinent,
à des ressources de la communauté d'origine*

Contrairement à ce que l'on pense encore souvent, le fait de pouvoir reprendre contact avec les membres et les groupes de sa communauté d'origine existant dans la nouvelle société d'accueil peut favoriser l'enracinement dans sa propre histoire et culture et servir de levier à l'intégration de nouvelles réalités socioculturelles. Le mouvement vers ceux et celles à qui l'on s'identifie est naturel et ne garantit en aucun cas une propension aux replis ethnocentriques ou *ghettoïsants* dont on accuse parfois certains groupes. Non seulement les membres d'une communauté apprécieront se retrouver entre eux, mais quand cela est possible et quand le processus d'intégration se poursuit sans trop d'heurts, dans un contexte de véritables contacts interculturels, les membres de ce groupe minoritaire trouveront la fluidité nécessaire pour passer du contact avec les semblables au contact avec les autres membres de la société. Ils devront, en temps

et lieux, composer avec les pressions exercées par leurs semblables et par les personnes issues d'autres groupes.

4. *L'établissement de critères d'évaluation orientés vers le client*

Il s'agit d'établir des objectifs respectueux des caractéristiques, capacités, rythmes, besoins et aspirations de personnes qui vivent des situations différentes de celles que vit la population en général. Au-delà de la résolution « pure et simple » de problèmes particuliers, il s'agit ici de procéder en tenant compte des caractéristiques socioculturelles qui leur sont spécifiques, de soutenir l'intégration de leur expérience passée et présente à la *frontière-contact* avec un nouvel environnement. Lum (1986) nous incite à revenir sans cesse au système culturel du client (résistances, interprétation du problème, ressources à utiliser). Cet auteur insiste sur l'importance de tenir compte des besoins des minorités, de leurs façons d'être, de leurs réseaux de soutien tout au long du processus thérapeutique. Selon Lum (1986), le travail clinique visera à travailler les « problèmes à facettes multiples » aux niveaux micro, méso et macro-social.

Comme gestaltistes, nous soutiendrons certes les mouvements personnels (individuellement, dans les consultations familiales ou de groupe) d'ajustement créateur à l'environnement, entre autres ces mouvements qui pourront à leur tour agir sur l'organisation de ce même environnement. Au fait nous encouragerons, lorsque c'est possible, les processus d'intégration *réciproque*, c'est-à-dire celle de la nouveauté rencontrée dans l'environnement par la personne et également celle de cette « nouvelle » personne par l'environnement lui-même.

Pour finir...

Le cadre de cet article ne permet pas d'élaborer plus avant sur les points de rencontre entre certaines approches interculturelles et la Gestalt-thérapie. Ce champ d'intervention vaste, diversifié et complexe, rencontre une large part de défis, d'incompréhensions, de dialogues à établir; il en va ainsi de la diversité, là aussi. Il vaudrait la peine, dans un article subséquent, de poursuivre la réflexion en situant comment la théorie et la pratique de la Gestalt-thérapie se saisissent des problèmes liés à l'interculturel pour en signaler les écueils aussi bien que les richesses. Des études de cas y permettront à la fois d'approfondir la connaissance et l'expérience de l'intégration socioculturelle et d'étudier les applications, les limites et les ajustements futurs de l'approche à cet égard.

La route de l'interculturel rend capable de reconnaître, de se laisser fasciner par l'autre, de s'ouvrir aux différences ethniques, culturelles, linguistiques, personnelles. De s'ouvrir à l'étranger en l'autre et en soi. De développer la capacité d'accueillir notre ignorance et d'outrepasser les certitudes, dans un appel conscient aux forces et aux manières d'être, de vivre et de se guérir qui puissent se trouver dormantes chez celui qui nous consulte.

Abstract

The interplay between client and therapist's origins and identities is at the heart of intercultural intervention. Ethnic, cultural and social differences challenge western therapeutic models. Cohen-Emerique and Green's works serve here as groundwork for a discussion of ethno-socio-cultural factors in minorities' experiences and for the development of future Gestalt-therapy strategies.

Références

- DELACROIX, J.-M. (1994). *Gestalt-thérapie, culture africaine – changement – Du père-Ancêtre du Fils créateur*, Paris: Éditions l'Harmatan
- DELACROIX, J.-M. (2000). Gestalt-thérapie et thérapies ancestrales d'Amazonie. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, Paris: Éd. du Collège de Gestalt-thérapie, vol. 8, pp. 179-197
- DELISLE, G. (2001). *Vers une psychothérapie du lien (écrits et conférences sur la psychothérapie 1988-2000)*, Montréal: Les Éditions du Reflet
- DEVEREUX, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris: Gallimard
- DEVORE, W. ET SCHLESINGER, E. (1987). *Ethnic-Sensitive Social Work Practice*. Columbus (Ohio): Merrill Publishing
- FREUD, S. (1912). Totem and Taboo, in *The Basic Writings of Sigmund Freud*, Dr. A. A. Brill (traducteur et éditeur), (1995), Modern Library Edition
- GAGNON, J. (1999), Prendre forme en relation, *Cahiers de Gestalt-thérapie*, Paris: Éd. du Collège de Gestalt-thérapie, vol. 6, pp. 65-115
- GREEN, J. (1982). *Cultural Awareness in the Human Services*. Englewood Cliffs (N.J.): Prentice Hall.
- LAFROMBOISE, T., COLEMAN, H.L.K., GERTON, J. (1993) Psychological impact of biculturalism: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 114, pp. 395-412
- LEE, R. M. ET RAMIREZ III, M. (2000), « The History, Current Status, and Future of Multicultural Psychotherapy », in I. Cuéllar & F. A. Paniagua (Eds), *Handbook of Multicultural Mental Health* (ch. 14, pp279-309). Academic Press.
- LUM, D. (1986). *Social Work Practice and People of Color*. Monterey (Calif.): Brooks/Cole Publishing Company.

- NATHAN, T. (1986). *La folie des autres: Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod.
- NATHAN, T. (1988). *Le sperme du diable: Éléments d'ethnopsychiatrie*. Paris: Presses universitaires de France.
- PERLS, F., HEFFERLINE, R. F., et GOODMAN, P. (1951), *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*, (3rd ed., 1980) New York: Bantam Books
- ONDONGH-ESSALT, E. (2002) Conférences et échanges dans le cadre du *Troisième colloque francophone et transculturel de Demeter: Cliniques transculturelles – état des lieux et perspectives pour le XXI^e siècle*, Paris.
- ROY, G. (2000). Les modèles de pratiques. *L'intervention interculturelle*, Gisèle Legault, directeur, Pratiques Professionnelles, (ch. 5, pp. 131-145), Montréal: Gaétan Morin Éditeur
- SLOAN, T. (1996a), Psychological research methods in developing countries. In S. Carr & J. Schumaker (Eds) *Psychology and the developing world* (pp.38-45). New York: Praeger
- SUE, D. W. & SUE, D. (1999), *Counselling the culturally different: Theory and practice* (3rd ed). New York: John Wiley and Sons
- SZASZ, T. S. (1970), The crime of commitment. In *Readings in Clinical Psychology Today* (pp.167-169). Del Mar, CA: CRM Books.

Daniel Stern : Une théorie du développement pour la Gestalt ?¹

Marion GILLIE

Traduit par Janine CORBEIL

RÉSUMÉ

Jusqu'à récemment, l'orientation phénoménologique de la thérapie Gestalt a fait qu'elle a surtout porté intérêt à l'expérience immédiate du client. Elle ne s'est pas tellement préoccupée d'une théorie du développement psychologique qui lui soit propre et qui serait compatible avec ses postulats, tout comme la théorie paradoxale du changement l'est devenue. Wheeler (1998) a élaboré un modèle du développement par l'application de la théorie du champ à ce domaine. Il a ainsi fait avancer notre compréhension de la notion du soi et de son développement. Cet article propose un point de vue complémentaire. À partir de leurs observations cliniques et en lien avec les théories de l'intersubjectivité, Daniel Stern et ses collaborateurs, praticiens/analystes, ont dressé un portrait du monde intersubjectif du nourrisson. C'est cette théorie que nous nous proposons d'examiner; de voir si elle est compatible avec nos principes gestaltistes de base et si elle peut enrichir notre pratique.

Mots clés

Théorie du développement, Gestalt-thérapie, intersubjectivité, Daniel Stern, observation du nourrisson, relation thérapeutique, champ interpersonnel, soi nodulaire.

INTRODUCTION

La Gestalt-thérapie est un art dont la base phénoménologique porte sur la conscience du présent (Awareness) et sur la relation dialogique. Tout autre donnée portant sur des catégories comme celle qu'offre le diagnostic servent surtout à donner au thérapeute une perspective qui l'aide à se développer (Yontef, 1993, p.454). Le travail de Daniel Stern (1985) et de ses collègues peut-il lui aussi

1. Marion Gillie, (1999). Daniel Stern: A Developmental Theory for Gestalt? British Gestalt Journal, vol. 8, n° 2, 107-117. Traduit avec l'autorisation de l'auteure. Malcolm Parlett éditeur.

offrir un cadre théorique susceptible d'étayer nos postulats gestaltistes de base et fournir ainsi une source d'aide additionnelle pour le développement de la perspective du thérapeute? Les liens entre la théorie de l'intersubjectivité, le dialogue et la thérapie gestaltiste sont de plus en plus évidents (Wheway, 1997 et Sapriel, 1998). Voici ce que Wheway dit de l'intersubjectivité: « Par son intégration de la théorie du champ et de la phénoménologie, ce nouveau paradigme psychanalytique se relie aux fondements mêmes de la théorie de la Gestalt-thérapie » (p.17). La psychothérapie intersubjective, poursuit Wheway, énonce comme premier principe que *c'est au moyen des relations que le soi d'un individu se forme et se maintient* (p.19, italiques dans le texte). Wheeler (1998) appuie cet avancé et va plus loin: « ... d'un point de vue gestaltiste, le développement intersubjectif, loin d'être un stade ultérieur du développement de l'identité, comme le modèle individualiste le conçoit, constitue *le processus même du développement* » (italiques dans le texte). Stern, un pédo-psychiatre, place au cœur de ses écrits la notion d'intersubjectivité; en d'autres mots, c'est dans la relation que le soi se développe et se maintient.

Cet article veut examiner en quoi les travaux de Daniel Stern peuvent venir combler une lacune de la théorie Gestalt sur le développement psychique du nourrisson et du petit enfant. J'aborde en premier lieu la perspective gestaltiste sur les théories du développement. J'offre ensuite un aperçu général sur la théorie de Daniel Stern, suivi d'un regard sur les liens entre la Gestalt et la théorie de Daniel Stern. En dernier lieu, j'examine les implications pour la pratique de la Gestalt-thérapie qui découlent de cette réflexion.

LA PERSPECTIVE DE LA GESTALT SUR LA THÉORIE DU DÉVELOPPEMENT

Une théorie du développement est essentielle à la compréhension de comment on vient au monde, de ce que l'on devient ensuite et de comment on le devient. « C'est à partir d'une théorie du processus normal de développement que le clinicien peut évaluer un processus de développement pathologique » (Ralph Klein, 1995, p. 33). Lorsque l'on pense aux théories du développement de l'enfant comme celle de Bowlby, Winnicott, Klein, et Mahler, on prend conscience que ces auteurs ne sont pas gestaltistes. Alors que ces théories proclament chacune à leur façon la dimension fondamentalement relationnelle du développement humain, la Gestalt ne s'est pas préoccupée de les intégrer à sa propre base théorique. Ainsi, la Gestalt n'a pas une théorie clairement définie du développement psychique qui serait aussi

largement acceptée que la théorie paradoxale du changement le fut (Beisser, 1970). Toutefois, il serait faux de dire qu'elle n'a aucune perspective développementale.

« *La Gestalt-thérapie a toujours conçu le développement humain comme étant à la fois fonction de la maturation biologique, des influences de l'environnement, de l'interaction de l'individu avec cet environnement et de l'ajustement créateur que cet individu unique fait avec son environnement* » (Yontef, p. 272).

La définition que Yontef donne du développement psychique témoigne d'une vision optimiste ; il croit à l'unicité de l'individu de même qu'à son potentiel inné de croissance. Wheeler (1998) rappelle que la perspective perslienne sur le développement (dérivée de sa pensée sur l'agression orale) « pourrait être vue comme étant assez freudienne. Les deux voient le développement psychique comme allant d'un état de dépendance passive au départ vers un état d'autonomie et d'indépendance à la maturité » (p.118).

Historiquement, les thérapeutes gestaltistes ont toujours rejeté les théories qui voyaient le développement en termes de stades séquentiels ainsi que les troubles de l'âge adulte comme étant causés par les expériences passées. Perls a toujours été très clair à ce sujet :

« À son époque (i.e. celle de Freud), l'approche scientifique parlait de causalité, un problème actuel avait une cause dans le passé. Depuis, notre approche scientifique s'est modifiée. Nous voyons le monde comme étant en processus perpétuel de changement » (Perls, 1969, p. 63).

Poussant ce raisonnement plus loin, Wheeler dit que « nous sommes fabriqués pour donner sens (wired for meaning). Le soi... est l'agent... ou mieux, le processus lui-même de cette activité constructrice. Vu sous cet angle, le développement est *fait d'ensembles de plus en plus complexes d'organisations qui prennent un sens* » (p. 117), (italiques dans le texte).

La Gestalt a-t-elle besoin d'avoir sa propre théorie du développement psychique ou même a-t-elle seulement besoin d'une théorie du développement ? Voilà une question philosophique intéressante. Notre insistance sur le présent, *Rien n'existe en dehors du ici et maintenant* (Perls, 1969, p.61) a probablement éloigné les théoriciens de ce domaine. De plus, certains croient qu'au lieu de solidifier notre approche, une théorie du développement contribuerait au contraire à diluer l'essentiel de la GT. Cependant, dans la pratique, les cliniciens utilisent de façon plus ou moins implicite une théorie du développement. Ainsi, Yontef admet qu'il utilise un schème théorique

psychanalytique pour comprendre les troubles possibles de développement chez un client (*ibid.*, p.272). De plus, n'oublions pas que les pionniers de la Gestalt (Perls y inclus), avaient la psychanalyse comme schème de référence de base; on peut imaginer que, tout comme Yontef, ils avaient cette perspective en tête lorsqu'ils tentaient de comprendre l'expérience du client dans le champ de ce dernier. Comme étudiants, nous avons été encouragés à avoir une théorie du développement dans le but précisément de comprendre la dynamique du client. Alors, quelles sont les théories auxquelles nous pouvions nous référer? Wheeler soulève ce dilemme que nous avons comme gestaltistes et est très critique sur les options que nous avons:

*La plupart de ceux d'entre nous qui travaillons avec des enfants et des adolescents nous sommes souvent sentis mal à l'aise (au mieux) avec les modèles de développement que nous offrent les théories classiques. Ces modèles nous présentent trop le développement de l'enfant comme se faisant dans un *vacuum*, comme si le développement humain n'était « qu'interne » ou purement biologique (Wheeler, 1998, p. 115).*

Durant la dernière décennie, la théorie du développement de Daniel Stern a commencé à répondre aux besoins des thérapeutes gestaltistes (Friedman, 1992). De plus, à partir de la théorie du soi de Kohut ainsi que des observations de Daniel Stern sur la nature intersubjective de l'évolution du soi chez l'enfant, Stolorow *et al.* (1987) ont élaboré une théorie de l'intersubjectivité, théorie psychanalytique qui possède plusieurs affinités avec la Gestalt. Cependant, en dépit de cet intérêt, peu d'écrits à ce jour ont été publiés sur la valeur pour nous gestaltistes des travaux de Daniel Stern.

UN APERÇU DU TRAVAIL DE DANIEL STERN

Dans son livre, *The Interpersonal World of the Infant* (Le monde interpersonnel du nourrisson), Stern (1985) tente de répondre à nos questions sur comment les bébés expérimentent le monde qui les entoure. Son travail intègre la recherche expérimentale à sa réflexion psychanalytique en s'inspirant de deux sources: la psychologie développementale qui repose sur l'observation du jeune enfant, et les théories cliniques des praticiens de la psychanalyse. À l'aide des recherches empiriques qui ont été faites auprès des nourrissons dans différentes situations expérimentales, Stern dresse un portrait de ce qu'il appelle *l'enfant observé*. Il propose une distinction entre ce qu'il appelle *l'enfant observé* et *l'enfant clinique*. L'enfant clinique est celui que les théories dépeignent théoriquement, tableau élaboré et inféré à partir de ce que les adultes racontent en cours d'analyse sur leurs

expériences passées. À partir de ces deux sources, Stern construit une théorie sur comment l'être humain développe un sens de lui-même et de sa relation aux autres. Ce qui suit résumera les principales conclusions que Stern a tirées de ses propres recherches ainsi que des autres recherches de la psychologie développementale.

Stern tire quatre conclusions importantes qui, lorsque prises ensemble, offrent une perspective fondamentalement nouvelle sur le développement du petit enfant.

1. Dès sa naissance, le nourrisson sait faire la différence entre lui et les autres. Il n'y a pas une telle chose qu'une période d'indifférenciation soi/l'autre, ou de fusion avec la mère (e.g. Mahler, 1968).
2. Le développement évolue vers des phases plus en plus complexes, ou *domaines relationnels*. Ces *domaines* émergent successivement, sans toutefois prendre la place des phases précédentes. En fait, tout au long de la vie d'une personne, chaque domaine continue de se développer parallèlement et en concomitance avec les autres :

Aucun d'entre eux ne s'atrophie, aucun ne devient dépassé ou mis de côté. Une fois que tous les domaines sont disponibles, aucun n'est susceptible de devenir plus prépondérant que les autres quelle que soit la période de la vie concernée. Une fois formés, les domaines demeurent pour toujours des façons distinctes d'expérimenter la vie et soi-même. Aucun n'est perdu à l'âge adulte (p. 32).

Ce qui veut dire qu'il est impossible de désigner une « époque » où le développement aurait été arrêté, comme les théories antérieures sur le développement l'affirmaient. De plus, comme la théorie de Stern est basée sur *l'enfant observé* par opposition à *l'enfant clinique*, les données proviennent de l'observation des nourrissons immédiatement après leur naissance, i.e., beaucoup plus tôt que celles sur lesquelles reposent les théories traditionnelles du développement.

3. Les nourrissons organisent leur expérience dès le début. Ils peuvent transférer certaines propriétés perceptuelles (visuelles, auditives, tactiles, etc...) par mode de perception amodale. Parmi ces propriétés, on distingue l'intensité, la forme, le temps, le mouvement et le nombre. Presque dès la naissance, le nourrisson peut faire des liens entre les modalités (par exemple, associer le rythme d'un son avec un jet lumineux). Stern s'exprime ainsi : c'est la présence de ces représentations abstraites de propriétés amodales qui nous permet d'expérimenter un monde perceptuel unifié (p. 152).

4. Les nourrissons sont en relation avec leur environnement dès le début, i.e., il n'y a pas une période où le nourrisson se trouve dans un état passif de réceptivité ou encore où il est protégé des stimulations extérieures (comme Freud en a fait le postulat). De plus, le sens de soi qui se développe est une co-création entre lui et son environnement. Dès le début, le nourrisson est un agent actif dans le champ, suscitant des réponses de l'environnement, et l'auto-régulation est fonction de ce qui arrive entre l'enfant et ceux qui en prennent soin.

LE DOMAINE DU LIEN ÉMERGENT

(Emergent relatedness)

Stern et ses collaborateurs ont identifié quatre domaines de liens (relatedness), chacun de ces domaines prenant place dans une sphère propre d'activité de développement. La première période de développement (de la naissance à deux mois) est le domaine de liens émergents, période où le nourrisson vit un sens émergent de développement du soi dans la sphère sensorielle. Stern écrit: «le nourrisson peut expérimenter le *processus* d'une organisation émergente tout aussi bien que son résultat, et c'est cette expérience de l'organisation émergente que je nomme le lien émergent de soi » (p. 45). Les nourrissons peuvent intégrer diverses expériences et former ainsi des perceptions « globales » (p.60). Dès le début, les nourrissons peuvent organiser leur expérience. Ainsi, ils ont une capacité innée d'enregistrer des données (i.e., les formes, l'intensité du son) et de les transposer d'un mode de perception à l'autre (i.e., d'une perception auditive à une perception visuelle). De plus, ils agissent sur leur environnement, i.e. ils font des choix de ce à quoi ils veulent porter attention, processus qui se développera avec le temps.

LE DOMAINE DE LIEN DU SOI NOYAU

(Core Relatedness)

Même si le lien du soi émergent ne disparaît pas, il recule à arrière-plan vers l'âge de deux mois, au moment où le domaine du sens de soi nodulaire prend place. Le nourrisson développe alors un sens de soi comme étant à la fois *séparé* et *uni* à l'autre. Stern définit le soi nodulaire comme « un sens expérientiel des événements » qui a lieu hors du champ de conscience. Sa théorie s'énonce de la façon suivante: un sens de soi doit – à priori – posséder quatre aptitudes du soi qui sont des invariants, i.e., qui ne changent pas quand le reste change. Il se propose alors de vérifier si le nourrisson possède ces aptitudes;

ce sont les suivantes : sens de l'activité propre, cohérence de soi, affectivité de soi, permanence de soi. Les recherches de Stern prouvent en effet que les nourrissons ont, dès l'âge de deux mois, une connaissance des actes dont ils sont les auteurs ainsi que de ceux qui ne sont pas d'eux (connaissance de l'activité propre). Ils savent qu'ils sont un tout physique et qu'ils ont des frontières (cohérence de soi). Ils peuvent reconnaître une constellation de sensations qui survient dans des situations différentes (affectivité de soi). Finalement, ils ont une connaissance de continuité avec leur propre passé (permanence de soi), connaissance fondée sur la mémoire musculaire (i.e. quels muscles utiliser pour activer un mobile) ainsi que sur une mémoire à long terme pour reconnaître les perceptions visuelles, auditives ou olfactives (Voir glossaire à la fin).

Stern en conclut que l'expérience subjective des nourrissons est fondée sur une perception claire que « moi » et « l'autre » sont différents et cependant reliés, expériences qui sont des agirs actifs (active acts) d'intégration plutôt que des échecs passifs de différenciation (p. 101). L'intégration de ces invariants du soi pour former le soi nodulaire est donc une fonction de l'enfant *en relation* avec les autres. Au cours des interactions, le parent est l'autre auto-régulant (*self-regulating other*) pour le nourrisson ; il assure la régulation de l'excitation, des sentiments d'attachement et de sécurité ; de plus, certaines activités propres comme le jeu, les caresses, etc... ne peuvent avoir lieu sans l'intervention de l'autre (p.102). Il est très clair cependant sur le fait que ces expériences ne produisent pas une fusion avec l'autre auto-régulant, mais qu'elles contribuent à *changer* l'expérience de soi (105).

Stern croit que la mémoire épisodique est responsable de l'intégration de ces expériences, lesquelles sont, à la période pré-verbale, surtout de l'ordre de l'interaction sociale (p. 94). Si le nourrisson expérimente un certain nombre d'interactions qui sont invariantes à certains égards (i.e. le jeu du coucou), il, elle, formera une abstraction « généralisée », c'est-à-dire, il, elle, s'attendra à un certain scénario. Par la suite, les sollicitations interactives nouvelles seront enregistrées dans la mémoire pour former des nouvelles généralisations. L'épisode généralisé est donc une représentation abstraite formée à partir d'expériences variées de modes différents que Stern nomme les RIG – représentations d'interactions qui ont été généralisées. (Voir glossaire à la fin). Il en conclut que « les RIG peuvent ainsi constituer l'unité de représentation du soi nodulaire » (p. 98). Les RIG sont donc les modèles de travail courants (i.e. la mère) qui sont flexibles et peuvent modifier l'interaction en cours. Les attributs d'une RIG

sont activés par un signe déjà connu (i.e. la vue du biberon qui provoque une certaine réaction chez le nourrisson).

LE DOMAINE DU LIEN INTERSUBJECTIF

Entre sept et neuf mois, le domaine du lien intersubjectif prend place, alors que le bébé développe un sens d'un soi subjectif. C'est là où il découvre qu'il, elle, a un entendement propre et que les autres en ont un aussi et que, de plus, ils, elles, peuvent partager leur expérience subjective avec les autres. Les recherches montrent clairement que les nourrissons sont alors capables de partager leur expérience subjective de plusieurs façons: partager leur centre d'attention, partager des intentions ainsi que des états affectifs. Stern est d'opinion que le lien intersubjectif constitue un besoin fondamental, un mécanisme de survie, quoiqu'il admette qu'il s'agit là d'un point de vue qui n'est pas généralement admis.

Le concept-clé est le phénomène que Stern appelle l'accordage affectif (*affect attunement*), phénomène qui arrive de façon spontanée et sans même qu'il y ait conscience de cela. Il s'agit d'accorder la réponse affective de la personne qui prend soin afin qu'elle soit en miroir à celle du nourrisson. L'accordage se fait à travers les modalités (v. g., la mère mime l'action du bébé par une réponse verbale de contour et d'intensité similaires), et ce qui est représenté en miroir est l'état affectif de l'enfant (et non pas une imitation de son comportement extérieur). Les recherches de Stern indiquent que les mères voient leurs réponses au nourrisson comme un moyen de *communion interpersonnelle*, une façon pour elles de partager l'expérience de ce dernier et non pas de la changer, ce qui serait alors de l'ordre de la communication. Suivre et s'accorder à l'autre avec une vitalité affective donnée permet à l'être humain « d'être avec » l'autre en ce qu'il y a partage continu de l'expérience intérieure de l'autre. C'est précisément de cela qu'il s'agit quand on a l'expérience d'être *relié* (p. 157). Si l'accordage est mal ajusté, le bébé risque d'être légèrement bouleversé et d'osciller entre le retrait et de nouvelles tentatives d'entrer en relation avec le parent. Par un accordage sélectif, le parent peut donner forme à l'expérience intrapsychique du bébé (ainsi qu'à ses comportements subséquents), par exemple, en s'accordant seulement à l'enthousiasme ou seulement aux affects passifs.

LE DOMAINE DU LIEN VERBAL

Le dernier domaine de développement est celui du lien verbal (à environ quinze mois), alors que le jeune enfant commence à déve-

lopper un sens verbal d'un soi. Le développement du langage comme mode de communication implique deux facteurs importants. De façon évidente, il s'agit d'abord du développement de l'habileté « d'être avec » les autres d'une nouvelle façon, c'est-à-dire, la capacité de faire du soi l'objet de réflexion en parlant de soi (désirs, sentiments, etc...) ainsi que la capacité d'empathie avec les autres. Cependant, Stern fait remarquer qu'il y a un double tranchant à cela. L'acquisition du langage rend une partie de l'expérience moins partageable à soi-même et aux autres. Le langage crée une démarcation entre deux formes simultanées d'expérience interpersonnelle : entre ce qui est vécu d'une part, et ce qui est formulé d'autre part (p.162). Il en conclut que le langage crée un hiatus dans l'expérience du soi, et qu'il peut en résulter une impression d'une perte de force et d'unité de l'expérience originelle. De plus, dit-il, à qui appartient la signification d'une communication (se référant à Holquist, 1982) ? Il soutient que la signification est d'ordre *interpersonnel*, cette dernière étant objet de négociation mutuelle. S'il y a des différences entre les deux significations, des difficultés peuvent survenir (v.g., si papa dit : sois une bonne fille. Cette phrase peut avoir des significations différentes suivant le contexte), difficultés qui contribueront à créer une tension susceptible de solidifier le concept de soi. De plus, l'acquisition du langage entraîne avec elle la capacité d'articuler sa propre histoire de vie avec tout le potentiel de changement possible dans la façon de se percevoir et de percevoir l'autre (p. 174).

LIENS ENTRE LES TRAVAUX DE STERN ET LA THÉORIE DE LA GESTALT-THÉRAPIE

Le soi

Stern utilise le terme « sens de soi ». Par le mot « sens », il entend « simple (non-réflexif) Awareness... au niveau de l'expérience directe, et non pas concept, et « de soi », qu'il définit comme un modèle invariant de conscience qui émerge uniquement à l'occasion de l'action ou du processus mental du nourrisson. Un modèle invariant de conscience est une forme d'organisation (p. 7). Plus tard, il définit « le soi nodulaire » non pas comme un construit cognitif, mais comme une *intégration existentielle* (p. 71, italiques de l'auteur). Cette définition est tout à fait de type processuelle et est consistante avec la théorie de la Gestalt.

Cependant, la question demeure, à savoir si le concept de « sens de soi » a sa place en thérapie Gestalt. La théorie Gestalt définit le « soi » comme un « système de contacts à tout moment... qui a lieu à

la frontière (Perls et al, 1951, p. 235). Ainsi, le soi est processus, en changement constant suivant le besoin émergent, l'organisme opérant un ajustement créateur aux stimuli de l'environnement. Dans le monde de la Gestalt, le débat a été vif autour de la notion de soi nodulaire: cette notion est-elle compatible avec une théorie aussi orientée que la nôtre quant à la notion de processus? Latner (1983) en particulier critique vivement certains gestaltistes dont, selon lui, les écrits témoignent d'une pensée newtonnienne, et qui décrivent le soi comme une structure et non pas comme un processus. Quand une vision du champ est interprétée comme pur processus, ceux qui partagent l'opinion de Latner pourraient soutenir que la vision newtonnienne exclut l'idée d'un soi entier continu. Toutefois, Tobin (1982) signale que notre expérience phénoménologique est beaucoup celle d'un soi continu et que de le nier nous met en contradiction avec notre orientation phénoménologique. Il est d'accord avec Yontef qui a une vision plus unifiée du soi, i.e., où les régulations organisationnelles permettant de différencier le champ, fournissent une expérience phénoménologique d'un «sens de soi». La notion de régulations organisationnelles chez Yontef se compare directement aux données de Stern sur les invariants du soi, que l'on peut considérer comme différenciant le champ chez le nourrisson. Yontef précise que Perls *et als* s'objectent à une idée figée du concept de soi de Newton plutôt qu'à ce qui est en réalité. Il ne croit pas qu'il s'agit là d'une objection au fait qu'il y a conscience d'un soi unifié (p. 375).

LA THÉORIE DU CHAMP

On peut voir un autre lien entre la pensée de Stern et la théorie de la Gestalt dans notre conception du soi dans le champ, e.g., *le soi étant ce qui constelle le champ* (Parlett, 1991, p. 75). En effet, le soi est une *fonction* du champ, non pas la figure proprement dite, mais le *processus lui-même* de formation de figures. J'organise mon expérience et je suis organisé par elle, la configuration du champ donnant une signification particulière à ce qui se passe. Il s'agit d'un processus personnel par lequel certaines parties de mon expérience globale deviennent figures et certaines autres restent en arrière-plan. Le soi, en somme, est un processus continu au cours duquel je configure mon champ expérientiel. Stern maintient que les modèles invariants d'awareness qui impliquent interaction avec les autres s'organisent en RIG (voir le glossaire, à la fin) et forment l'unité de base dans la représentation du soi nodulaire. Wheway (1997, p. 22) appelle cela le «devis» (blue-print) «Ce devis correspond à la façon typique avec laquelle

chacun de nous organise son champ expérientiel ». Du point de vue de la Gestalt, il pourrait s'agir de quelque chose de négatif, i.e., de «gestalt fixes». La perspective de l'intersubjectivité considère plutôt ces devis comme étant sains « décrivant le plan de base de la réalité telle que vécue ». Les RIG se transforment avec l'évolution de l'expérience, tout comme le soi en Gestalt. Ainsi, pour le nourrisson, le RIG est constamment activé et se situe en premier-plan, et la configuration des RIG peut être vue comme ce qui constelle son champ expérientiel. Le développement devient ainsi « l'élaboration de tous successifs organisés de façon de plus en plus complexe et prenant des significations de plus en plus compliquées » (Wheeler, 1998, p. 117), i.e. la complexité grandissante des RIG formant la constellation du champ du nourrisson.

Parlett (1991) insiste sur le fait que nous sommes tous membres de groupes sociaux et voit la théorie du champ comme un véhicule théorique qui nous permet de nous explorer dans nos relations. Lorsque deux personnes entrent en interaction, quelque chose naît qui est la résultante des deux personnes; dans le vocabulaire de Parlett, une réalité co-crée. Ceci inclut potentiellement tout ce qui se trouve dans les champs expérientiels de chacun des deux, non pas une simple addition, mais un champ partagé, unifié dans cet espace commun aux deux. Wheeler (*ibid.* p. 120) relie explicitement cette perspective à la notion de développement. « Dans notre développement, alors, nous débutons non pas avec un soi séparé ou isolé qui se libérerait progressivement de la dépendance infantile. Nous débutons plutôt avec un champ de relations à partir duquel un sens de frontières entre moi et vous n'étant pas le même, commence à prendre une forme dynamique et cohésive ». De façon similaire, Stern affirme que « le nourrisson est profondément imbriqué dans une matrice sociale au sein de laquelle une grande partie de l'expérience résulte de l'action des autres... Le nourrisson peut être avec un autre de sorte que les deux joignent leurs activités et créent ainsi quelque chose qui ne pourrait avoir lieu sans que chacun des deux y mette du sien » (p. 101). Trevarthen, qui, comme Stern, observe et étudie la relation mère/nouveau-né, conclut que, dès les premiers mois après la naissance, l'activité interpersonnelle du bébé opère une régulation du champ interpersonnel d'action entre les deux... ceci impliquant des adaptations psychologiques de la part du bébé et de la mère (Trevarthen, 1993, p. 323). Et la mère et l'enfant sont transformés par l'interaction qui, en termes gestaltistes, se nomme la croissance, i.e. par le contact à la frontière. Stern et Trevarthen concluent tous les deux que, dès le début, la réalité et sa signification sont

co-crées. Yontef, dans ses écrits sur la honte, est tout à fait en accord avec cela.

Le sens de soi se développe dans le contact entre les membres du système familial. Les figures émergent et se précisent dans le pré-contact ainsi que dans les premières expériences de contact chez le bébé et dans la petite enfance; et il y a constante interaction pré-verbale et verbale entre l'enfant et les autres membres du système familial. Lorsque l'enfant agit, observe, ressent, perçoit, pense et ainsi de suite, les autres en prennent connaissance, et le contact interpersonnel, conscient ou pas, contribue à façonner le répertoire de réponses de l'enfant en même temps que son sens de soi (Yontef, 1993, pp. 491-492).

Trevarthen observe qu'un des mobiles les plus évidents dès la naissance est celui de l'intersubjectivité et Stern affirme que ces observations nous amènent à la conclusion que le lien intersubjectif est un besoin psychologique fondamental, ce qui rapproche la théorie clinique des propositions de la psychologie existentielle (*ibid.* p. 136).

Les recherches des psychologues gestaltistes ont démontré que l'organisation de notre expérience relève de notre système nerveux, i.e., qu'elle est innée. La fonction du cerveau est déterminée par tout l'organisme, les sous-parties étant au service de l'organisme dans son ensemble. Les fonctions individuelles de l'humain ne peuvent être séparées (Goldstein, 1943). Latner écrit: «dès le moment où nous percevons, sentons, nous organisons notre expérience. La vie que nous vivons est déjà organisée» (Latner, 1992, p. 22). La notion de constance de la forme est au centre de cette organisation. Dans la perception, avec les mêmes conditions, un stimulus produira à peu près la même configuration figure/fond, et produira à peu près la même réaction. Goldstein dit: «Une vie ordonnée n'est possible qu'avec cette uniformité» (*ibid.* pp. 13-14). Stern parle aussi de la constance et de la motivation à organiser l'expérience, laquelle, croit-il, est innée. Il nomme «îlots de consistance» ces invariants du soi (activité propre, cohérence de soi, affectivité de soi, permanence de soi. Ces îlots de consistance assurent l'organisation de l'expérience du tout jeune enfant, capacité que l'on peut observer dès la naissance. Stern croit que ces invariants de soi s'intègrent par le processus de la mémoire, i.e., les RIG qui «intègrent en un tout les diverses actions, perceptions, états affectifs qui sont le propre du soi nodulaire» (p. 98).

On peut établir d'autres liens entre les travaux de Stern et la théorie Gestalt. La base biologique de la formation des RIG ressemble de très près au processus décrit par Goldstein (*ibid.* p. 13), à savoir, un stimulus produit dans les mêmes conditions à peu près les mêmes configurations figure/fond, et à peu près les mêmes réactions. Lorsque activé, la RIG produit approximativement la même réaction que

lorsqu'elle fut formée. De plus, la mémoire épisodique, telle que conçue par Stern, permet l'organisation et la réorganisation dynamique des événements mémorisés par les invariants du soi. On peut reconnaître ici la notion d'*insight* – « une organisation du champ perceptuel qui rend apparentes les relations significative » (Kohler, cité par Yontef, 1993, p. 319). De même, on peut voir les RIG comme étant à la source des introjections, ou comme *gestalt fixes*: « Les gestalt inachevées ... contiennent des traces mnémésiques de configurations d'interactions, saisies intuitivement, mais probablement exactes » (Parlett, 1991).

Enfin, les travaux de Stern offrent un autre lien avec la théorie du champ - le principe de la contemporanéité – qui soutient qu'une constellation d'influences dans le champ actuel explique le comportement qui a lieu (Parlett, 1991). Stern fait le postulat que chaque domaine de lien au moyen duquel le développement a lieu continue de se développer de façon parallèle aux autres domaines tout au long de la vie de l'individu. En termes gestaltites, cela signifie que tous les domaines existent dans le ici et maintenant et peuvent se manifester (en concomitance avec la RIG activée dans la situation présente) comme une des « constellations d'influences » qui fait la configuration du champ actuel.

LES IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE DE LA THÉRAPIE GESTALTISTE

Pour reprendre la phrase de Yontef, ce travail sert-il à développer une perspective chez le thérapeute? Quoique l'on pourrait faire d'autres liens (v. g. les RIG et les introjections ou les gestalt fixes), cet article porte principalement sur des thèmes comme le champ co-créé, la figure et le fond, et l'accordage.

Le champ co-créé

On reconnaît depuis longtemps toute l'implication du champ co-créé dans notre pratique comme thérapeutes. Tout comme Parlett l'écrit, « en créant un champ mutuel, nous nous aidons à créer notre réalité individuelle » (1991, p. 76), ce qui va autant pour le champ thérapeute/client que pour toute interaction. Le comportement du thérapeute influence le champ et aura des conséquences pour le client et réciproquement. Les recherches de Daniel Stern (renforcées par celles des autres comme Trevarthen, 1993) mettent en évidence comment, dès le début, le champ mère/nourrisson se co-crée à l'intérieur de la relation. En thérapie gestaltiste, nous sommes attentifs

à la signification du matériel que le client apporte à une session. Stern offre une explication sur l'origine de ce phénomène, démontrant par ses observations comment le processus relationnel et de négociation entre la personne qui prend soin et le nourrisson est ce qui donne sens à ce qui arrive et qui finit, dans la relation verbale, par constituer le « nous ».

Parlett (1991) croit que la dimension de l'intersubjectivité et du champ co-créé est beaucoup plus importante que ce que les thérapeutes gestaltistes reconnaissent. « ... le jeune enfant peut saisir le ton émotionnel et les sentiments non verbalisés de leurs parents. À n'en pas douter, il s'agit là d'une réaction globale sensorielle/émotive à la qualité holistique du champ dans son ensemble » (*ibid.* p. 79). Pour les thérapeutes d'orientation psychodynamique, il s'agit d'une ère d'investigation reconnue (l'identification projective), et Staemmler critique la négligence de la littérature gestaltiste sur ce sujet. « Je vois cette négligence comme une lacune car, de cette façon, nous laissons de côté ce que Buber appelle le « entre » (1993, p. 104). Sapriel, (1995) (en accord avec Parlett) croit que les thérapeutes gestaltistes, par crainte d'interpréter la réalité subjective de leurs clients, ont perdu de vue jusqu'à quel point nous sommes interreliés (*ibid.* p. 51). Les trois auteurs invitent les thérapeutes gestaltistes à réfléchir au-delà de la façon conventionnelle de travailler, et à investiger plus à fond « les réaction sensorielles et les émotions au ton affectif et au langage non-verbal » car ces dimensions jouent un rôle crucial dans la façon dont le champ s'organise. Le lien avec les travaux de Stern est ici très clair. Ses recherches sur la communication du nourrisson du point de vue de la relation intersubjective démontrent clairement comment l'accordage non-verbal est sensible à l'affect et à la régulation mutuelle. Sapriel émet à juste titre des réserves sur le fait de transposer les réaction des bébés aux interactions adultes; cependant, elle croit que ce que nous apprennent les travaux de Stern est important pour la compréhension des relations thérapeutiques adultes.

Domaines de liens comme figure et fond

Un autre facteur a sans doute contribué à la mise de côté chez les théoriciens de la Gestalt d'une théorie sur le développement psychologique. On a souvent associé cette perspective au travail de régression chez les clients. Il y eut beaucoup d'interrogations autour du bien-fondé de la régression en Gestalt-thérapie. Perls a vivement rejeté la régression temporaire (retour, en cours de session, à une phase antérieure de développement) comme étant tout à fait impossible. « *Rien n'existe en dehors du ici et maintenant* ». Le *maintenant* est le

présent, la réalité phénoménologique, ce à quoi vous êtes attentif, c'est ce moment où vous vous amenez avec vos soi-disant souvenirs et vos soi-disant attentes. Que vous vous rappeliez le passé ou anticipiez le futur, c'est *maintenant*, en ce moment, que vous le faites (Perls, 1969, p. 61, italiques de l'auteur). Cette vision est fortement ancrée dans la théorie du champ qui soutient que tout comportement dépend du champ actuel, y compris la perspective temporelle présente (Lewin, 1952, p. 54). Le concept de régression implique automatiquement un modèle de progression linéaire, allant d'un stade à un autre plus évolué. C'est ce que Wheeler nomme le modèle du soi-en-isolement. Son modèle de développement dans le champ s'énonce ainsi : « Notre sens de soi et de l'autre, de notre identité et de nos relations, ne peuvent être vues comme évoluant en stades séparés, mais plutôt comme un processus aller et retour de développement (Wheeler, 1998, p. 115). Les données de Stern sur les domaines de lien des nourrissons et des jeunes enfants confirment ce point de vue. Les domaines de lien dont parle Stern se développent en parallèle les uns avec les autres et, « une fois formés, ils demeurent pour toujours des formes distinctes de relation à soi et aux autres. Aucune d'entre elles n'est perdue à l'âge adulte » (pp. 31-32). Vues sous cet angle, les régressions prennent une tout autre signification, sans mouvement de retour vers un état de totale dépendance. Staemmler (1997) formule le postulat que si tous les domaines de liens (tels que définis par Stern) sont présents dans le ici et maintenant, l'un d'entre eux peut, à un moment donné, être en relief alors que les autres sont à l'arrière-plan (pp. 77-78). Il va de soi, dit-il, que, pour faire face à une situation actuelle, un client n'a pas besoin de toutes ses capacités dans tous les domaines.

Alors, la question est la suivante : en quoi cette information peut-elle être utile pour la pratique thérapeutique ? Pour y répondre, retournons aux principes de base. Balint (1968) parle de la nécessité pour le thérapeute de « porter attention aux besoins fondamentaux du client », le premier besoin du client étant d'être compris. Pour le client, *être compris*, précise Balint, signifie que le client reçoit du thérapeute une « réponse adéquate » à ses besoins. Recevoir une réponse adéquate à ses besoins peut vouloir dire avoir la capacité de reconnaître quel domaine de lien est au premier plan pour le client (qu'il en soit conscient ou non) ainsi que la capacité d'y répondre. Pour Perls *et al.* la thérapie gestaltiste consiste à analyser la structure interne de l'expérience du client, avec le degré de contact qu'il a... (1951, p. 232). Suivant Staemmler, le domaine de lien qui est au premier plan (avec ce qui est figure pour le client), fait partie de la structure actuelle et requiert que le thérapeute soit attentif aux autres aspects

qui sont en figure. Dans la même ligne d'idée, Philippon soutient que le travail de régression en Gestalt n'est pas différent de tout autre travail, que ce soit de compléter des situations inachevées ou d'élucider des conflits au moyen de jeux de rôles et de mises en situation (1993, p. 121). En effet, c'est au moyen d'une relation saine, en contact avec le thérapeute que le client apprend comment explorer ces problèmes, et les expériences de l'enfance reviennent à la conscience dans le présent sans pour autant que les clients soient irrémédiablement déterminés par leur passé (Yontef, 1993, p. 160). Ce que la théorie de Stern nous fournit, c'est une autre lentille à travers laquelle nous pouvons regarder le champ intersubjectif de même que la structure de la situation présente pour le client et le thérapeute qui travaillent ensemble.

Tout ceci a des implications pour le contact thérapeutique. Si un domaine de la petite enfance est au premier plan (e.g. lien du soi nodulaire ou intersubjectif) la compréhension ne pourra se faire au niveau verbal. J'ai découvert au cours de ma pratique que parfois un geste empathique (toucher délicatement un bras) rejoint le client d'une façon que le partage de mon expérience ou de ma vulnérabilité ne saurait le faire. Cela a aussi des implications pour le travail avec des personnalités narcissiques (voir plus bas). Philippon (1993) est très conscient de la suprématie du langage comme mode de communication dans notre société, et Staemmler note qu'en dépit de notre insistance sur le travail corporel, notre culture fait que les clients ont tendance à favoriser une expression verbale de leur expérience (p. 71). Stern note également que, parce que le langage est tellement propice à expliquer le quoi plutôt que le comment, la communication dans le domaine du lien verbal est vue... «comme la version officielle de ce qui est expérimenté, alors qu'il y a déni des autres domaines d'expériences interactives» (p. 31). Il y a d'importantes conséquences à cela dont les thérapeutes doivent être conscients. Premièrement, le développement du langage entraîne un hiatus entre ce qui est exprimé et ce qui est vécu par le soi, et les autres domaines peuvent être moins ouverts à l'exploration dans la relation thérapeutique. Deuxièmement, le message verbal est celui dont on tient compte et les expériences dans les autres domaines risquent d'être niées. Quand cela se produit, ce qui est nié par les autres devient nié par soi-même (p. 181). Comme thérapeutes gestaltistes, nous savons déjà que le corps détient des informations (impulsions rétrofléchies) qui ne sont pas directement accessibles par les mots, et notre tâche est de rendre le client conscient de ces messages. Stern offre une autre façon de comprendre ce qui sous-tend le travail corporel que nous faisons. Je me souviens d'une cliente qui se débattait

pour articuler l'expérience qu'elle vivait durant une de nos sessions. À un moment donné, elle me regarda fixement, prit sa gorge entre ses mains et me fit savoir qu'elle n'était plus capable de parler. Antérieurement, je l'aurais probablement invitée à faire un son plutôt que d'utiliser des mots et j'aurais probablement exploré ce que cette gorge serrée retenait. Comme je venais de lire Stern, je me suis demandée si cette cliente essayait de me rejoindre par un domaine de lien pré-verbal, alors, je lui ai plutôt suggéré de se mettre en boule sur le plancher. C'est ce qu'elle fit et elle se mit immédiatement à pleurer. J'ai alors gentiment placé ma main sur son épaule et l'ai laissée là jusqu'à ce que ses pleurs deviennent de longs sanglots. Lorsqu'elle eut terminé ce travail, elle me confia qu'elle ne s'était jamais sentie aussi bien comprise.

L'accordage

En termes de théorie du champ, le matériel présenté dans le ici et maintenant par le client constitue le champ intersubjectif entre le thérapeute et le client. Staemmler croit vraisemblable que le domaine avec lequel le client se présente en entrevue soit le domaine où il a besoin d'être rejoint (199, pp. 93-95). Le thérapeute doit donc repérer ce domaine dans un premier temps, et ensuite voyager d'un domaine à l'autre en réponse aux besoins du client. Une des tâches du thérapeute est d'identifier si l'organisation psychologique du client s'est établie quand la communication verbale était possible, ou si elle relève plutôt du domaine pré-verbal. Si c'est ce dernier cas, le thérapeute doit alors en partie réagir à ce niveau, i.e., communiquer avec le client dans le domaine de lien approprié, i.e., avec le ton de la voix, le contact visuel, le toucher adéquat, la distance appropriée, le mouvement, etc... Stern utilise le terme *accordage* pour décrire le processus naturel de *communion interpersonnelle* entre la personne qui prend soin du petit enfant et ce dernier, i.e., le partage de l'expérience du nourrisson sans essayer de la changer; vivre d'être *relié* avec un autre être humain (p. 157). La définition que Stern donne de l'accordage pourrait fort bien décrire un aspect important de la relation thérapeutique en Gestalt. La base de la thérapie gestaltiste consiste à comprendre la phénoménologie du client sans lui imposer nos propres désirs, préjugés, etc. (rejoindre le client avec une posture de « non-savoir » (Spinelli 1997). Ainsi, comme Staemmler le propose, la tâche du thérapeute consiste à être en accordage avec le client avec une perspective d'intersubjectivité. Tervo (1997) fournit une illustration de cela. Elle décrit comment elle travaille avec les enfants, par... « l'observation active, l'agir en miroir, et le contact avec le processus

du client, le thérapeute contribue d'une certaine façon à modifier le champ » (p. 78). Tout comme la mère et l'enfant se transforment avec l'expérience intersubjective de l'accordage, ainsi en va-t-il de même pour le client et le thérapeute.

Si l'accordage est mal ajusté, il en résulte un léger bouleversement et un retrait social chez le jeune enfant, suivi de tentatives de ré-établir la communication avec le parent. Nous rencontrons ce phénomène chez nos clients. Wheway parle de l'accordage mal ajusté comme d'une répétition du trauma, expliquant que chez le client, il y a oscillation entre figure et fond de deux états de base: le désir de la relation objet-soi, et la crainte que ce désir soit rejeté. Il continue: « En l'absence d'accordage, l'enfant (ou l'adulte) perd sa capacité de réguler son expérience de lui-même et commence à montrer des signes de désintégration, de perte d'identité ou de continuité existentielle (1997, p. 22). Pour Weway, la résistance est la peur de revivre le traumatisme, et il souligne qu'il est trop facile d'en parler comme relevant du style (ou du caractère) du client. Dans la ligne de Stern, Sapriel (1995) nous rappelle que... « puisque les enfants ont un soi différencié et peuvent faire la distinction entre leurs perceptions et celles des autres, lorsqu'il y a confusion ou perturbation de frontières, cette confusion ou perturbation peut appartenir à ceux qui prennent soin de ces enfants. Ainsi, comme thérapeutes, nous devons être conscients de nos propres façons d'être, comme, par exemple, notre vitalité affective, notre propre langage non-verbal, de façon à ce que nous sachions le plus clairement possible comment nous pouvons être en accordage ajusté ou mal ajusté avec nos clients. Comme mère et nourrisson qui sont dans un processus de régulation mutuelle, ainsi en va-t-il pour le thérapeute et le client. Parlett ajoute... « quand il y a clarté de notre champ, les chances augmentent que nous puissions danser en toute créativité et de façon centrée dans notre interaction avec le client » (p. 78).

Il faut dire un mot sur le toucher en thérapie, car le toucher fait partie intégrante de l'accordage dans le domaine pré-verbal. Le toucher en psychothérapie est un sujet très chargé, comportant des arguments passionnés pour et contre. Bien entendu, le toucher comporte certains risques dans le contexte de la thérapie, les gestes pouvant être interprétés comme sexuels. De plus, les clients peuvent avoir été victimes de viol de leurs frontières comme enfants ou adolescents et peuvent encore avoir de la difficulté à dire non dans leur relation avec des figures d'autorité (et le thérapeute est une figure d'autorité). Clarkson croit que « c'est uniquement en étant tout à fait au clair dans ce domaine que nous pourrions transmettre aux

apprentis thérapeutes l'éducation, l'expérience et la compétence qui leur permettra de discerner ce qui est thérapeutique et ce qui ne l'est pas dans cette sphère à la fois dangereuse et délicieuse » (1995, p. 134). Balint (1968) va plus loin et croit que si les clients apprennent que leur expérience ne peut se traiter qu'au niveau verbal, ils risquent d'escamoter certains problèmes et la thérapie risque d'être d'autant moins efficace. Le travail dans ce domaine est d'abord et avant tout une affaire d'intuition, et n'est pas que fondé sur des principes théoriques. Le concept de Stern sur les différents domaines de liens apporte une base théorique à la compréhension de ce sujet. Cette théorie supporte le plaidoyer de Parlett sur la nécessité pour le thérapeute d'étendre ses frontières à un champ plus vaste qui est d'explorer les zones intuitives et non-verbales et de transiger avec le client dans cette sphère d'interaction. Dans mon travail avec mes clients, je touche rarement une personne sans m'assurer au préalable qu'elle est d'accord. Quand je suis avec des clients que je vois depuis longtemps, je me sens plus à l'aise d'utiliser mon intuition, avec en tête le schéma théorique de Stern. Quand je soupçonne qu'un client m'aborde à partir d'un domaine de lien pré-verbal, je trouve généralement qu'un toucher délicat communique mon empathie d'une façon que les mots ne pourraient sans doute pas rejoindre.

Finalement, que faire avec nos clients profondément perturbés? L'assertion de Stern sur le fait qu'il n'y a pas de période d'indifférenciation vient en contradiction avec la théorie communément acceptée sur la séparation/individuation (Malher, 1968), théorie qui a sous-tendu la plupart des écrits sur les personnalités narcissiques et les personnalités limites. Masterson (1981) identifie la phase de séparation/différenciation, particulièrement la phase de rapprochement comme cruciale chez les personnalités narcissiques (prenant place avant le rapprochement) et chez les personnalités limites (arrivant au moment ou tout juste après le rapprochement). Cependant, lorsque Masterson et Klein (1995) examinent les théories de Malher et de Stern, ils constatent qu'il y a d'importantes affinités. Stern a décrit le principe du fonctionnement mental associé au soi subjectif comme « entendements séparés, mais en interphase i.e., comme capacité de différencier le contenu et l'affect appartenant à l'autre du sien propre, ainsi que la capacité de négocier le sens et la compréhension entre les deux. Cela, disent-ils, ressemble de très près à la description que Mahler fait du fonctionnement mental durant la sous-phase de rapprochement de la phase de séparation/individuation. « La tâche de négociation des conditions de lien, d'attachement, et de partage d'une signification commune, de même que de l'interface n'est pas différente durant le rapprochement de celle

du domaine du lien intersubjectif» (p. 39). Là où il y a divergence, c'est dans le temps au cours duquel ces événements surviennent. Mahler situe le rapprochement entre quinze et vingt-deux mois, alors que le domaine de lien intersubjectif dont parle Stern se situe beaucoup plus tôt, entre sept et quinze mois.

Ce qui est plus important cependant, c'est l'assertion de Stern suivant laquelle tous les domaines continuent de se développer en parallèle durant toute la vie durant. Masterson relie les troubles dont nous parlions à une période spécifique, celle du rapprochement, de la relation mère/enfant. Yontef (1993) est très critique de ce point de vue, qui, dit-il, «est théoriquement faux parce que je rejette cette vue linéaire, historique, mécaniciste de relation de cause à effet» (p. 467). Il croit que l'origine de la personnalité limite résulte d'une interaction mutuelle et qu'elle arrive avant la période de dix-huit mois et continue de se développer pendant plusieurs années après. L'expérience de Yontef rejoint les observations de Stern qui veulent que le domaine du lien intersubjectif apparaisse aux environs de sept mois et que, comme ce domaine continue de faire partie de l'expérience de la personne (ce qui peut donner lieu à des désordres du caractère), cela peut également arriver à une période ultérieure.

Je verrais que la contribution de Stern nous fournit une compréhension additionnelle sur l'origine des désordres du caractère tout en gardant les principes qui nous guident déjà dans le traitement de ces troubles. Ainsi, suivant Stern, nous savons déjà que, faute d'accordage approprié, le petit enfant est bouleversé et se retire tout en essayant de retourner vers son parent pour tenter de communiquer. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que l'enfance d'un caractère pourrait avoir été marquée par un manque d'accordage ou par un accordage mal ajusté durant les périodes du développement du soi nodulaire ou du lien intersubjectif. Faire l'accordage approprié avec nos clients de façon non-verbale et où l'affect est fort est susceptible d'avoir un impact important sur la relation thérapeute/client. Yontef parle d'un accordage empathique dans le cas des personnalités narcissiques.

Il est important pour le thérapeute d'avoir une attitude qui favorise l'inclusion ou l'empathie plutôt que l'expression ouverte de soi, l'insistance active au dialogue ou aux mises en situation... La relation empathique avec un thérapeute risque d'être pour les clients narcissiques la première fois que quelqu'un les écoute vraiment, est attentif à leur vrai soi... quelqu'un qui ne donne pas le message qu'ils devraient expérimenter quelque chose d'autre que ce qu'ils expérimentent en ce moment (p. 444).

Cela rappelle le commentaire mentionné plus haut par un de mes clients.

On peut conclure que les découvertes de Daniel Stern sur le monde expérientiel des nourrissons, recherches basées sur des données expérimentales faites auprès de ces derniers, possèdent beaucoup de liens avec la théorie de la Gestalt. Elles ont également beaucoup d'implications pour la pratique de la thérapie gestaltiste. Entre autres, elles nous mettent au défi de porter une plus grande attention à l'accordage que nous faisons avec nos clients, elles nous encouragent à élargir notre conscience de la co-création et du champ intersubjectif impliqué dans la relation thérapeute/client. Dans ce sens, la base théorique sur laquelle la Gestalt repose s'en trouve solidifiée. Le point faible de ces recherches demeure que les travaux de Stern se limitent à la petite enfance; le fait que ces domaines demeurent actifs pour toujours ne les rend pas suffisants pour tenir compte des influences ultérieures sur les enfants plus âgés et sur les adolescents. Cependant, elles peuvent répondre aux praticiens gestaltistes qui se préoccupent des dimensions du développement dans une perspective intersubjective plutôt que dans une perspective isolationniste. Si on les considère en fonction du modèle de développement dans le champ de Wheeler, je crois que la compréhension des travaux de Daniel Stern est, en effet, utile « pour l'enrichissement de la perspective du thérapeute ».

Glossaire

Pour la compréhension de cet article, il m'a semblé important de fournir quelques définitions de certains termes techniques. J. C.

RIG:

Représentations d'interactions généralisées. Les nourrissons ont une aptitude à regrouper les expériences. Ainsi, un nourrisson de dix mois auquel on présente différents masques dont certains traits sont différents d'un masque à l'autre, va, à la fin, choisir celui qui représente l'ensemble des traits différents, masque qu'il n'a cependant pas vu tel quel. Lorsqu'il s'agit d'expériences interactives, affirme Stern, l'aptitude du nourrisson à les abstraire et à se les représenter par des RIG commence plus tôt. Les RIG peuvent ainsi constituer une unité de base pour la représentation d'un soi nodulaire.

Invariants de soi :

Ce sont les aptitudes que le nourrisson doit développer pour la constitution d'un soi nodulaire. Elles sont au nombre de quatre.

1. *L'activité propre où le nourrisson est l'auteur de ses propres actions et non pas de celles des autres. Elle comprend: le vouloir moteur (v.g.: prendre un objet); la rétroaction proprioceptive (sentir la préhension), la prévisibilité des conséquences (si je ferme les yeux, il fait noir).*
2. *Cohérence de soi. Le nourrisson a le sentiment d'être un tout non-morcelé. Elle est garantie par l'unité de lieu, la cohérence du mouvement, de la structure temporelle, de la structure d'intensité et de la forme.*
3. *Affectivité de soi. Le caractère subjectif du sentiment constitue l'expérience invariante de soi. Les affects (joie, surprise, chagrin, etc...) sont des invariants de soi. L'organisation et la manifestation de chaque émotion sont bien définies et changent peu au cours du développement.*
4. *Permanence de soi. Assurée par la mémoire, qui donne un sens de continuité d'expérience.*

Marion Gillie, M.A., C. Psychol, AFBPS, est psychologue certifiée et vit à Oxford. Au moment de la rédaction de cet article, elle finissait une maîtrise en psychothérapie gestaltiste avec le Centre de Gestalt de Londres et l'Université de Londres du Nord. Elle est en pratique privée à Oxford et à Londres. Elle possède également un diplôme en Gestalt dans la consultation auprès des organisations. Elle est associée et directrice de Sheppard Moscow Ltd., une firme de consultants dans le domaine du changement organisationnel.

Adresse pour correspondance: 53, Ramsay Road, Headington, Oxford, OX3-8AY Angleterre.

Référence additionnelle à la bibliographie de l'article du BGJ: la traduction française du livre de Daniel Stern, *The Interpersonal World of the Infant*:

Le monde interpersonnel du nourrisson (1989). Traduit de l'américain par Alain Lazard et Dominique Pérard, PUF.

Notes biographiques

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.

Danielle **POUPARD**, Ph. D.

Danielle Poupard est psychologue clinicienne et diplômée du **Gestalt Institute of Cleveland**. Associée au Centre de croissance et d'humanisme appliqué (1975-79), elle pratique la thérapie Gestalt en cabinet privé. Elle offre des services de psychothérapie auprès d'individus et de couples ainsi que de supervision et de consultation professionnelle.

Jorge **VASCO**

Jorge Vasco, M.Ed. est psychologue en pratique privée à Montréal. Il a été formé à la Gestalt-thérapie et au modèle de la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet au CIG. Il s'intéresse depuis plusieurs années aux rôles et impacts des facteurs d'ordre ethnique, culturel ou social dans le processus psychothérapeutique.

Marc-Simon **DROUIN**

Psychologue clinicien, a complété une formation de troisième cycle au Centre d'Intervention Gestaltiste de Montréal et une formation de superviseur au modèle de la PGRO. Superviseur didacticien du CIG et membre du Groupe de Recherche et d'Intégration en Psychothérapie (GRIP), il intervient dans la formation du premier cycle. Professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) dans la section psychodynamique/

humaniste, il s'intéresse particulièrement à l'efficacité de la psychothérapie et au rapprochement entre les diverses approches thérapeutiques.

Pierre VAN DAMME

Psychologue clinicien, Responsable d'une école de Gestalt thérapie à Lille (France). Superviseur didacticien du CIG, il est un des membres actifs du Groupe de Recherche et d'Intégration en Psychothérapie (GRIP).



Association Québécoise Gestalt
C.P. 428, succursale Delorimier
Montréal, Québec, Canada
H2H 2N7
514-971-7838

QU'EST-CE QUE L'AQG ?

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

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

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

Moyens : Publication d'une revue professionnelle annuellement. Publication d'un bulletin pour les membres 2 à 3 fois par année. Causeries préparées par des collègues, lors du partage d'un repas, 6 à 8 fois par année. Centre de documentation pour les membres regroupant des écrits sur la Gestalt: livres, revues québécoises et étrangères. Colloque annuel. Journées de formation spéciales données par un membre sénior de la communauté internationale. Répertoire des membres diffusé à travers la province. Conférence-bénéfice. Activités sociales.

Je désire devenir membre de l'Association Québécoise de Gestalt

NOM: _____

ADRESSE: _____

TÉLÉPHONE: _____

Pour informations, s'adresser au 971-7838

La Revue québécoise de GESTALT

Volume 5 • Printemps 2002

MOT DU PRÉSIDENT DE L'AQG

ÉDITORIAL

RÉCITS DE VIE EN GROUPE ET GESTALT:

ROMAN FAMILIAL ET TRAJECTOIRES SOCIALES

Danielle **POUPART** et Jacques **RHÉAUME**

LES ENJEUX DÉVELOPPEMENTAUX DANS LE TRAITEMENT
DES PERSONNALITÉS PATHOLOGIQUES

Gilles **DELISLE**

GESTALT SUR FOND D'AFRIQUE

Marie-Claude **DENIS**

suivi d'un conte de Normand **AUBERTIN**

ÉCRITS ET ACHÈVEMENTS

Marité **VILLENEUVE**

Avec la collaboration de Claudette **BERTHIAUME**, Gaétane **BOURDAGES**,
Jacline **CÔTÉ-BRISSON**, Sylvie **DESROSIERS**, Norbert **FOURNIER**, Louise **MIRON**,
Gisèle **ROBERT**, Jacqueline **ROMANO-TORAMANIAN**, Christian **ROY**.

LES BLESSURES VIRILES: VERS UNE GESTALT
DE L'IDENTITÉ MASCULINE

Jean-Pierre **PLOUFFE**

L'ÉCRITURE À T-ELLE UN SEXE? RÉFLEXIONS PSYCHO-POÉTIQUES

Marité **VILLENEUVE**

RÉSUMÉ DE LECTURE

Janine **CORBEIL**

HOMMAGE À MIRIAM POLSTER

NOTES BIOGRAPHIQUES

Je désire recevoir la Revue québécoise de Gestalt:

Vol. 2, n° 1 () Vol. 2, n° 2 () Vol. 3 () Vol. 4 () Vol. 5 () Vol. 6 ()

NOM: _____ Membre _____ (25\$)

ADRESSE: _____ Non-Membre _____ (25\$)

_____ Institution _____ (40\$)

TÉLÉPHONE: _____ (résidence) _____ (travail)

Nombre d'exemplaires: Vol. 2, n° 1 ____ Vol. 2, n° 2 ____ Vol. 3 ____ Vol. 4 ____ Vol. 5 ____

Chèque à l'ordre de l'AQG (Association Québécoise de Gestalt) TOTAL: _____

L'exprimerie

Dernières
parutions

BIBLIOTHEQUE DE GESTALT-THERAPIE

CONTACT AND RELATIONSHIP IN A FIELD PERSPECTIVE <i>Jean-Marie ROBINE (Ed.) & Gary YONTEF, Michael MILLER, Lilian FRAZÃO, Philip LICHTENBERG, Margherita SPAGNUOLO-LOBB, Peter PHILIPPSON</i>	€ 20
NE PLUS SAVOIR - PHENOMENOLOGIE ET ETHIQUE DE LA PSYCHOTHERAPIE, <i>Jacques BLAIZE</i>	€ 23
PRESENT AU MONDE : Paul GOODMAN <i>Bernard VINCENT</i>	€ 30
CULTIVER L'INCERTITUDE (parution : nov. 03) <i>Frank M. STAEMMLER</i>	€ 24
PATHOLOGIES DE L'EXPERIENCE (Cahiers de GT)	€ 28
Y A-T-IL TECHNIQUES ? (Cahiers de GT)	€ 28

Demandes de catalogues complets et commandes : www.gestalt-ifgt.com

L'exprimerie • 87 cours d'Albret • 33000 BORDEAUX • France • fax : +33.556 90 05 04



AU CENTRE DE LA PERSONNE
Psychologie et orientation

■ Service de psychologie

Épuisement professionnel, difficulté à dire non, mal d'être, harcèlement psychologique, perfectionnisme trop élevé, transition reliée à une étape de vie

■ Service d'orientation professionnelle

Orientation, bilan des compétences, gestion de carrière, coaching individuel, gestion du changement

Comprendre, assimiler pour créAGIR sa vie

Richard Filion

Psychologue

1045 rue Bernier, Saint-Jean-sur-Richelieu J2W 1X4

☎ (450) 349-3048

Télécopie: (450) 359-7992

Courriel: info@acdp.qc.ca

*Gaétane Bourdages
Agnès Trempe
Jorge Vasco*

BOURDAGES, TREMPE, VASCO

PSYCHOLOGUES

406, boul. Saint-Joseph Est, Montréal (Québec) H2J 1J5
Téléphone: (514) 288-2082 Télécopieur: (514) 288-0620



*Henriette Blais, M.Ps.
Lise Bougard, M.Ps.*

SERVICE DE PSYCHOTHÉRAPIE individuelle et conjugale

Pour adultes, adolescents, personnes âgées et couples

Problématiques:

Troubles de l'humeur, anxieux, somatoformes, de l'adaptation
Malaises et maladies physiques, handicaps
Deuil, séparation, passages de vie
Condition féminine, croissance personnelle
Troubles de la personnalité

Intervention de courte et de longue durée

SERVICES DE SUPERVISION CLINIQUE

LIEUX DE TRAVAIL:

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

H. BLAIS
St-Lambert: (450) 671 • 6457
Laval-Ahuntsic: (450) 668 • 1003

L. BOUGARD
St-Lambert: (450) 671 • 6457



**Centre
d'Intervention
Gestaltiste**

Sessions de perfectionnement clinique

2003-2004

**Le processus thérapeutique I,
avec Gilles Delisle, Ph.D.**

À Québec, les 27 et 28 mai 2004,
à Montréal, les 10 et 11 juin 2004. 250 \$ (plus taxes).

**Le processus diagnostique en psychothérapie,
avec Line Girard, M.Ps.**

Jour 1 et 2: 7 et 8 novembre 2003.

Jour 3 et 4: 12 et 13 mars 2004.

On peut s'inscrire à 1, 2, 3 ou 4 jours, selon ses besoins.
Chaque jour est au coût de 125 \$ (plus taxes). Pour ceux
qui s'inscrivent aux 4 jours, le coût est 450 \$ (plus taxes).

**La Gestalt et le corps,
avec Janine Corbeil, L.Ps.**

Corps I: 14, 15 et 16 novembre 2003, 375 \$ (plus taxes).

Corps II: 23, 24 et 25 avril 2004, 375 \$ (plus taxes).

**Les crises développementales de la vie adulte,
avec Gilles Delisle, Ph.D.**

À Gatineau, les 5 et 6 février 2004, 250 \$, (plus taxes)

Pour renseignements et inscriptions
(514) 481-4134

Danielle Poupard, ph.d.

PSYCHOLOGUE

*psychothérapie auprès
d'individus et de couples
supervision*

(514) 272-3966

40, Chemin Bates, Bureau 224, Outremont (Québec) H2V 1A8

CRITÈRES DE SÉLECTION ET DE CORRECTION D'UN ARTICLE

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

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

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

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

CORRECTION DES ARTICLES: Les articles sont lus et évalués de façon anonyme par au moins deux lecteurs. La correction du français sera faite si nécessaire. Ces corrections respecteront le style personnel des auteurs.

PRÉSENTATION DE L'ARTICLE: Les textes doivent être soumis en français et respecter les normes usuelles des présentations scientifiques. L'auteur(e) remet quatre exemplaires dactylographiés. L'article ne devrait pas dépasser 20 pages manuscrites (8000 mots) à double interlignes. Il doit être accompagné d'un résumé d'environ 100 mots, rédigé en français et en anglais. La page couverture et le résumé doivent mentionner le titre de l'article mais non pas le nom de l'auteur. Les références doivent respecter les règles de l'American Psychological Association. Une fois l'article accepté, l'auteur reçoit les modifications suggérées. Par la suite, il remet deux copies (triple interlignes) de son texte corrigé avec une disquette Macintosh. L'article doit être envoyé à l'attention de la coordonnatrice de la Revue québécoise de Gestalt à l'adresse de l'AQG.

La Revue québécoise de GESTALT

Volume 6 • 2003

MOT DE LA PRÉSIDENTE DE L'AQG

ÉDITORIAL

LES QUINZE ANS DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE GESTALT

UNE PIONNIÈRE DE LA GESTALT NOUS A QUITTÉS.

HOMMAGE À ÉLAINE KEPNER

À L'ENCONTRE DU STRESS, DE LA FATIGUE ET DE L'ÉPUISEMENT,
UNE VIE PLEINEMENT SAINÉ

LA FATIGUE DE COMPASSION CHEZ LES INTERVENANTS
QUI TRANSIGENT AVEC LA VIOLENCE FAMILIALE ET CONJUGALE

L'EMPATHIE EN GESTALT THÉRAPIE:
QUELQUES CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET ÉTHIQUES

DÉPRESSION, RÉGRESSION ET PROPOSITION D'OUVERTURE
MULTIMODALE DE L'EXPÉRIENCE DÉPRESSIVE

L'ETHNOCULTUREL, DE L'EXPÉRIENCE À L'INTERVENTION

DANIEL STERN: UNE THÉORIE DU DÉVELOPPEMENT
POUR LA GESTALT?

NOTES BIOGRAPHIQUES