

Revue québécoise de Gestalt

Frontières d'accueil
De la rencontre à la compréhension

Les Éditions de l'AQG



Volume 10 • 2007

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

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

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION :

Gaétane BOURDAGES

COMITÉ DE RÉDACTION :

Gaétane BOURDAGES

Marc-Simon DROUIN

Diane DUGUAY

Danielle POUPARD

Sylvain SEABORN

Agnès TREMPE

CONCEPTION GRAPHIQUE DE LA COUVERTURE

ET MISE EN PAGE :

JC design

www.juliecloutier.com

IMPRESSION :

Le Caius du livre inc.

La *Revue québécoise de Gestalt* est publiée par :

Association Québécoise de Gestalt

C.P. 428, succ. Delorimier

Montréal (Québec) H2H 2N7

Canada

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

ISSN 1206 5978

Dépôts légaux : Bibliothèque nationale du Québec
et Bibliothèque nationale du Canada.

Structures et processus De l'objet interne au champ expérientiel	83
François CHANEL	
Une neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique	111
Gilles DELISLE	
Recherche en Gestalt-thérapie	139
Uwe STRÜMPFEL	
Traduction et adaptation de l'anglais par Claire ALLARD et Janine CORBEIL	
Résumé de lecture	177
Agnès TREMPE	
Erratum	181
Notes biographiques	183

Mot de la présidente

Voilà 15 ans, la Revue québécoise de Gestalt voyait le jour. D'abord éditée par Les Éditions du Reflet sous la direction de Gilles Delisle, qui en est le fondateur, elle est confiée en 1995 à l'Association Québécoise de Gestalt qui a poursuivi la mission et relevé le défi de nous offrir annuellement un nouveau cru.

Un rêve récent où je participais à un groupe d'écriture m'a mise en contact avec l'angoisse de la page blanche et au doute d'apparaître. Cette expérience me plonge au cœur de l'univers de l'écriture. Chapeau à nos auteurs, qui osent se découvrir. Ils livrent leur expérience, communiquent leurs connaissances et leurs réflexions qui prennent forme à travers leurs mots, nous touchent, interpellent, donnent du sens, suscitent la réflexion, inspirent. Bref, nous sommes rejoints dans notre propre pratique et nos questionnements, parfois dans nos vulnérabilités.

Je voudrais rendre hommage à tous les auteurs de ces 12 numéros de la RQG qui nous ont offert, par leur travail minutieux et persévérant, des articles de grande valeur contribuant ainsi à la vitalité et à l'évolution de la Gestalt au Québec.

Au nom du conseil d'administration, je voudrais également remercier l'équipe de rédaction qui, tout au long du processus d'écriture, a soutenu et encouragé les auteurs. Je tiens également à remercier particulièrement Gaétane Bourdages qui a assuré avec force, persévérance et générosité la coordination de ce numéro.

Et vous, lecteurs et lectrices, je souhaite que vous y trouviez une nourriture savoureuse et substantielle pour faire vivre et intensifier votre goût de la Gestalt et, qui sait, vous donner l'élan créateur pour vous lancer à votre tour dans cette aventure d'expansion de soi et aussi de cette approche psychothérapeutique.

Monique MADORE
Présidente de l'Association Québécoise de Gestalt

Éditorial

De tous les concepts gestaltistes, celui de frontière est assurément un des plus significatifs et des plus riches. Les frontières se déploient partout, à tout moment, et une part importante de notre vie consiste à trouver des façons créatrices de les reconnaître et de les gérer. Ce nouveau numéro de la Revue québécoise de Gestalt nous invite à un voyage à travers les frontières. Frontières d'accueil, frontières permettant la rencontre et la compréhension de l'univers qui nous entoure.

Quoi de mieux pour amorcer notre itinéraire que le texte de Louise Lacasse: Accueillir avant d'intervenir. L'auteure nous partage son expérience du rôle de l'accueil en psychothérapie et de son effet sur le client. Sa réflexion l'amène à cerner ce qui doit être accueilli de l'expérience du client et de celle du thérapeute dans la rencontre thérapeutique. À travers des exemples cliniques, elle nous fait part de cette gestion singulière des frontières psychiques.

Ce qui est accueilli de l'expérience du thérapeute doit-il nécessairement être dévoilé? Alexandre Carle, Chantal Bournival et Marc-Simon Drouin nous invitent à une réflexion sur le rôle de l'autodévoilement en psychothérapie. Intervention riche mais hautement controversée, l'utilisation de l'autodévoilement de la part du thérapeute doit être guidée par des principes cliniques, éthiques et déontologiques.

La gestion des frontières est un défi de taille à l'intérieur du couple. Nicole Hébert nous présente certains enjeux auxquels sont confrontés les couples contemporains et un aperçu des difficultés qu'ils rencontrent en thérapie. Elle nous propose diverses avenues de compréhension et de traitement de ces difficultés.

Les frontières sont parfois étanches et complexes entre certains univers. Les trois prochains articles nous proposent une gestion créatrice des frontières permettant des échanges riches entre des univers parfois éloignés.

Diane Duguay nous présente un essai d'intégration personnelle entre l'univers psychologique et celui de la spiritualité. Elle nous propose une esquisse du fonctionnement psychique qui en découle.

François Chanel nous propose un regard sur le champ gestaltiste inspiré du concept physique de champ. Il tente de montrer comment cette perspective permet de redéfinir la notion d'objet interne chère à la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet tout en préservant la vision unitaire du champ défendue par Perls et Goodman.

Le développement récent des neurosciences affectives et cognitives offre la possibilité d'éclairer différemment des enjeux cruciaux du développement précoce et de la psychothérapie. Gilles Delisle nous propose d'examiner quelques-uns des rapprochements qui peuvent être utiles à la compréhension et au traitement des pathologies développementales que sont les troubles de la personnalité.

À une époque où les données probantes sont à la mode et envahissent le terrain de l'intervention thérapeutique, bon nombre de gestaltistes se heurtent à une frontière rigide et inhospitalière entre les univers de la clinique et de la recherche. La traduction du texte de Uwe Strümpfel par nos collègues Claire Allard et Janine Corbeil est en quelque sorte un passeport pour ceux qui souhaitent visiter l'univers de la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie gestaltiste en ne perdant pas de vue leur identité de clinicien.

Pour terminer, Agnès Trempe nous offre ses réflexions sur le plus récent livre de Jean-Marie Delacroix intitulé *La troisième Histoire, Patient-psychothérapeute: fonds et formes du processus relationnel*. Elle considère cet écrit comme «une œuvre très importante» et nous en recommande la lecture; selon elle, il saura intéresser tant les nouveaux thérapeutes que les plus chevronnés.

Le comité de rédaction vous souhaite donc le meilleur des voyages à travers les univers qu'ont pris la peine d'explorer pour vous les auteurs de ce numéro.

Marc-Simon Drouin
Comité de rédaction

Accueillir avant d'intervenir

Louise LACASSE

Résumé

L'auteure partage ici son expérience du rôle de l'accueil en psychothérapie et son effet sur le client. Sa réflexion l'amène à cerner ce qui est accueilli, du client et du psychothérapeute, dans la rencontre psychothérapeutique. Elle fait apparaître l'enjeu, pour le thérapeute, de recevoir le client dans sa souffrance sans tenter de l'en extraire. Deux exemples cliniques soulignent le lien entre l'accueil de la personne souffrante et la structure psychologique de celle-ci. L'auteure conclut en indiquant l'importance, l'exigence et la difficulté pour le thérapeute d'être présent à *ce qui est*, autant en lui que chez son client, dans le processus thérapeutique.

PRÉSENTATION

Formée aux approches existentielles humanistes, j'ai vite adhéré aux principes et aux concepts de la Gestalt-thérapie. Des démarches de formation en Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet et en Abandon Corporel associées à une pratique clinique axée de plus en plus sur la psychothérapie de longue durée m'ont menée à réfléchir davantage à ma pratique et à ma manière d'intervenir.

De ces réflexions, l'envie de dire, d'affirmer et de partager mon expérience émerge et cherche un chemin pour s'exprimer. C'est pourquoi je veux tenter, aujourd'hui, de mettre en mots et de partager une expérience que je vis de plus en plus avec mes clients, c'est-à-dire: « Accueillir avant d'intervenir ».

ACCUEILLIR

Dans un premier temps, je soulignerai ce qui est accueilli de l'expérience de la personne cliente, puis je mettrai en lumière ce qui est en jeu dans l'accueil de sa souffrance. Par la suite, j'explorerai le lien entre l'accueil de la souffrance et la structure psychologique de cette personne et je terminerai en soulignant l'importance que le thérapeute et le client se reçoivent tels qu'ils sont dans la rencontre.

L'accueil, en psychothérapie, s'avère incontournable. C'est un des aspects importants de notre formation. Recevoir nos clients, évaluer leur situation, tenter de cerner ce qui pose problème, établir un diagnostic, proposer une démarche susceptible de les aider à sortir de l'impasse sans oublier de créer l'alliance thérapeutique sont les étapes habituelles de nos premières entrevues. L'accueil dont je parle ici est d'un autre ordre. Dans mon cheminement des dernières années, j'ai expérimenté un niveau d'accueil auquel je n'avais pas eu accès auparavant. Je me suis sentie reçue et acceptée dans des espaces de moi, souvent irrecevables à mes yeux, dans des lieux non encore délimités, à peine en émergence. Dans le regard de ma thérapeute, ces recoins de moi avaient la possibilité d'« être », sans chercher à y changer quoi que ce soit. Il s'agit simplement de faire de la place à « ce qui est, comme c'est ». Dans un mouvement d'osmose, j'ai donc pu, à mon tour, me faire de la place et assumer davantage qui je suis.

D'après Aimé Hamann : « Le mode de rapport qu'enclenche le psychothérapeute pour que tout ce qui émerge en lui, venant de lui ou des personnes avec lesquelles il est en rapport, soit son être à lui — crée les conditions pour que l'être de l'autre soit reçu dans sa globalité, comme organisé en lui. » (1996, p. 143).

Je sais et je vois qu'accueillir ce que vit l'autre laisse place à la reproduction et à la reconnaissance de comportements adaptatifs dans la relation immédiate. Cependant, la disposition d'accueil du thérapeute dans l'ouverture à lui-même et à l'autre permet l'émergence de sentiments ou d'états archaïques chez le client dont ni l'un ni l'autre ne soupçonnent l'existence. Ce sont, à mon avis, ces sentiments et ces états que reçoivent pleinement le client et le thérapeute qui pavent le chemin de la réparation. De même, Gilles Delisle (2001) affirme que :

La destination de l'itinéraire thérapeutique, c'est la réparation. Non pas la "mécanique-réparation" par laquelle l'un des partenaires est le bénéficiaire de l'action réparatrice de l'autre, mais bien cette action convergente sans être toujours conjointe, d'où renaissent la cohérence, la continuité, l'altérité. (p. 48).

Même en connaissant l'importance de cette étape, il ne m'est pas toujours facile d'y accorder tout l'espace nécessaire. Le client qui amorce une thérapie est souffrant. Il vit une situation insatisfaisante et espère que nos rencontres vont apporter des changements à court terme. Cette conjoncture peut créer une tension et m'inciter à la performance et à l'efficacité. Ainsi, je peux avoir la tentation d'intervenir trop rapidement. Par exemple, tout en étant présente et chaleureuse, je me mets à faire des hypothèses, à expliquer au client ce qui se passe pour lui, essayant de le sortir de cette impasse

que je perçois intolérable. J'empêche alors mon client de faire face à son histoire, à sa souffrance, à ses impasses. Pourtant, je sais bien qu'il ne peut en faire l'économie.

Accepter d'accompagner l'autre au cœur de sa souffrance n'est pas une mince affaire. Consentir à l'accueillir tel qu'il est et dans *ce qui est* suppose que je fasse de même avec mon expérience. Être en mesure de reconnaître, de porter et de moduler ce que la rencontre éveille en moi me permet de saisir le mode de relation dans lequel mon client évolue. Je peux ainsi intervenir avec beaucoup plus d'acuité. Le client, se sentant reçu dans ce qu'il est, et ce, sans avoir à être différent, peut alors faire confiance, baisser la garde et accepter la présence de quelqu'un dans la recherche d'un chemin pour se dire. Delacroix (2006) nous éclaire sur ce point :

[...] nous sommes dans l'intersubjectivité ou plus exactement dans la recherche de l'intersubjectivité. Deux personnes, à la recherche du je et du tu, deux personnes cherchant à exister en tant que sujet face à un autre qu'elles tenteront de percevoir en tant que sujet. Deux sujets cherchent à advenir l'un par l'autre, à « s'apparaître à l'occasion de l'autre » pour reprendre le titre de l'ouvrage de J.-M. Robine. (p. 434).

DOULEUR ET SOUFFRANCE, PASSAGES OBLIGÉS

Traverser la douleur, sans la contourner ou tenter de s'en extraire, n'est pas chose facile. Et pourtant, il me semble que c'est le seul chemin, puisque le sens d'une souffrance est au cœur de la souffrance même et que refuser de la vivre, c'est refuser de *co-naître* avec elle. Souvent, les douleurs que nous avons occultées se sont encapsulées. Elles ne peuvent rien révéler de leur histoire et des traces qu'elles ont laissées en nous, traces avec lesquelles nous nous débattons toujours. Cette carapace qui protège de ressentir ne peut s'ouvrir seule. Elle a besoin du regard et de la parole de l'autre pour se fissurer. Ainsi, selon Mooney :

Ce n'est pas dans les manuels qu'on apprend à gérer la douleur. Pour la comprendre, il faut la vivre, apprendre à occuper le même espace qu'elle, comme dans une espèce de mariage. Alors seulement, et à condition de rester ouvert et disposé à voir, elle vous montre, le temps aidant, comment vous transformer. (2002, p. 219).

Depuis trente ans, je reçois des personnes en souffrance. Quelques-unes sont désespérées. Les défenses nécessaires qu'elles ont mises en place pour survivre ne tiennent plus la route. D'autres, découragées et non convaincues de leur valeur, s'échinent à se montrer parfaites. Pour certaines, la confiance en soi et en l'autre est devenue une quête quasi inaccessible. Chacune de ces personnes me touche de manière différente. Elles éveillent toutes en moi des

*f. marie -
gives
s'écroule
f. l'indescribable
attachement*

sensations, des impressions, des émotions et des sentiments qui m'interpellent dans ma disposition à les accueillir telles qu'elles sont. Quelquefois, je ressens une telle urgence d'agir que j'en oublie que la route qui mène au mieux-être est faite de la reconnaissance et de l'acceptation de qui l'on est et de notre manière d'être dans notre rapport à soi et aux autres. Ce n'est que par la suite que nous avons la liberté de moduler notre façon d'être et d'agir d'une manière plus satisfaisante.

SOUFFRANCE ET PARCOURS DE VIE

Je réalise que la disposition d'accueil m'est plus facile à vivre avec certaines personnes. Malgré les situations de vie difficiles qu'elles rencontrent, elles ont évolué dans un environnement qui, sans s'avérer parfait, a été suffisamment stable et réconfortant pour les aider à se construire d'une manière satisfaisante. Cependant, elles n'ont pu assimiler certaines épreuves dans leur parcours de vie. Ces coups durs ont laissé des empreintes qui, encore aujourd'hui, entravent leur cheminement. Lorsqu'une personne accepte de vivre son malaise avec moi, elle a souvent accès à des images et à des sensations qui donnent un sens différent, et ce, tout au long de nos rencontres. Ceci lui permet, tout en saisissant la complexité de ce qu'elle a vécu, de revisiter ses zones d'ombre. Des réponses différentes peuvent alors émerger, se répercutant dans sa manière d'être, avec elle-même et avec les autres.

Premier exemple clinique : Aurélie

Aurélie est une jeune femme de trente ans, aînée d'une famille de six enfants. Elle est issue du milieu ouvrier, d'un père sociable, ouvert et aimant, quoiqu'il soit exigeant et rigide dans l'éducation de ses enfants, et d'une mère dévouée, secrète et peu liante dans ses relations familiales. Aurélie devient technicienne en service social et adore son travail. Elle se présente en thérapie parce que son compagnon lui dit qu'elle en a besoin. Lui-même en démarche personnelle, il semble voir chez son amie un manque de confiance, une faible estime d'elle-même et une difficulté à s'affirmer. Aurélie ne comprend pas très bien ce qu'elle fait en thérapie. Oser parler d'elle n'est pas coutumier. De longs moments de silence ponctuent nos rencontres. Elle semble attendre mes questions et désirer que je devine ce qui se passe en elle sans avoir à le dévoiler, comme s'il ne s'agissait pas de son expérience et de sa vie.

Je la sens mal à l'aise et inconfortable. Je suis assaillie par une pulsion : faire quelque chose à tout prix. Je sens bien ma difficulté à vivre ce malaise avec elle. Poser plus de questions, refléter la moindre de ses répliques m'éviterait de ressentir mon inconfort tout en me laissant l'illusion que je lui facilite la tâche. Je choisis de rester sobre dans mes interventions, en m'appuyant sur le fait

qu'elle vient à nos rencontres avec beaucoup d'assiduité. L'accueillir dans son ambiguïté, sentir l'impact de son mode d'être dans la relation, ici et maintenant, nous donne l'occasion de questionner et d'explorer le « comment ça se passe entre nous » et de trouver le sens que nous pouvons en dégager. Cette attitude a semblé lui permettre de cheminer à son rythme.

De fait, après plusieurs mois, elle me dit : « Là, je sais pourquoi je viens en thérapie. » Elle me parle alors de son mal de vivre et de sa faible estime d'elle-même. Aurélie a été abusée sexuellement par un ami de la famille, dès l'âge de 5 ans jusqu'à l'âge de 12 ans, moment où elle a été capable de le repousser et de le menacer d'appeler au secours s'il récidivait.

Son image d'elle-même était entachée de cette expérience qu'elle avait gardée secrète, probablement à cause de son conflit interne entre la peur éprouvée initialement et le plaisir ressenti malgré un sentiment d'impudeur et de culpabilité. Elle se sentait tachée, brisée, fautive, sale. Ce qui venait d'elle ne pouvait être que nocif pour elle et pour les autres. En acceptant d'explorer cette étape de vie avec moi et de faire place aux sentiments et aux émotions vécus dans ces événements tragiques, Aurélie a pu prendre la mesure de ce qu'elle avait éprouvé et ressentait encore, et reconnaître les parts d'ombre et de lumière qui l'habitaient. Ce faisant, sa vision et son estime d'elle-même se sont modifiées et son rapport aux autres également.

SOUFFRANCE ET STRUCTURE

Être en position d'accueil ne m'est pas facile, en présence de personnes dont la détresse est palpable. Leur offrir ma capacité de les recevoir telles qu'elles sont, alors que ce n'est pas ce qu'elles attendent au moment présent, ne m'apparaît pas couler de source. Je suis sollicitée dans mon désir de les réparer, de leur donner ce que j'ai l'impression d'avoir reçu, soit l'expérience d'être importante pour quelqu'un, le sentiment d'avoir une place sur cette planète et le droit d'être ce que je suis.

Je reçois des personnes pour qui l'expérience d'aimer et d'être aimées est hors de portée. Certaines ne vivent que dans le regard de l'autre. D'autres, au contraire, font tout pour éviter le contact et vivent isolées, tout en étant entourées. Leur mal de vivre semble s'être tricoté à même la structure de leur être. Une douleur de fond les torture. Une souffrance sans forme, sans mot, sans image et souvent vide de sens, les habite. La vie n'est plus qu'une suite d'actes à exécuter. Le plaisir s'avère inexistant et le contact avec les autres apparaît comme une aventure périlleuse. Pour survivre, elles ont développé des habiletés auxquelles elles s'accrochent dans le travail, dans les loisirs ou dans les sports. Incapables de se nourrir affectivement, elles errent et cherchent un port d'attache. Pour

elles, ressentir et porter ce qui les habite semble inaccessible. Lorsqu'elles arrivent en thérapie, elles ont souvent essayé plusieurs moyens pour sortir de l'impasse. Certaines ont déjà fait des démarches thérapeutiques, d'autres consultent pour la première fois. Cependant, toutes attendent, sans vraiment y croire, qu'un changement s'opère. Elles espèrent devenir une « autre personne » ou trouver un moyen de transformer leur environnement pour souffrir un peu moins.

Dans ma pratique et dans ma propre démarche, j'ai compris que la personne se construit à travers son histoire et qu'elle ne peut pas être là, devant moi, autre que ce qu'elle est. Généralement, elle ne sait pas qui elle est. Ce qu'elle croit connaître d'elle n'a souvent aucune importance à ses yeux. Il lui faudra rencontrer un thérapeute capable de la recevoir comme elle est pour qu'elle puisse à son tour faire de la place à qui elle est.

Delacroix (2006) écrit: « Ceci est fondamental dans la posture de Gestalt-thérapie qui sort de la position de celui qui sait et qui considère l'autre comme un objet à observer; étudier et écouter pour qu'il change. » (p. 435).

Deuxième exemple clinique: Gabriel

Gabriel, 45 ans, informaticien, s'est recyclé en éducation spécialisée auprès des jeunes, à la suite de certains déboires professionnels. Six mois auparavant, il avait rencontré Philippe, un gestionnaire de 32 ans, bel homme, intelligent et sociable. Ils étaient « tombés amoureux ».

Gabriel se présente en thérapie avec un fort sentiment de jalousie et d'anxiété. Le caractère extraverti de Philippe et sa facilité à établir des contacts avec les autres laissent Gabriel sur le qui-vive. Il a peur que Philippe l'abandonne. Cependant, rien dans les faits ne lui donne raison. Les moments très agréables qu'il passe avec son ami, les marques d'amour et les discussions sérieuses qu'ils ont sur le sujet n'arrivent pas à le rassurer véritablement. Gabriel est très souffrant et son sommeil s'en ressent. Dès qu'il n'est plus en présence de Philippe, il est obnubilé par son inquiétude et sa peur d'être dupé. La situation est difficile pour les deux hommes et risque, à long terme, de provoquer exactement ce que Gabriel appréhende.

Lors de notre première entrevue, je peux percevoir le malaise sur son visage. Très réservé, retiré, dégageant peu d'énergie, il donne l'information nécessaire tout en me surveillant du coin de l'œil pour ensuite baisser les yeux. Après avoir partagé l'information, il s'arrête et attend. Il n'a plus rien à dire. Aux questions que je lui pose sur ce qu'il ressent, il ne sait que répondre. Les questions factuelles ne lui donnent guère de répit puisqu'il me dit avoir peu de mémoire. Il a le sentiment de n'avoir pas grand-chose à partager. Il se sent vide.

Je suis intriguée et interpellée par l'expérience qui se déploie devant moi. Je me sens touchée par la souffrance, la fermeture et la bataille intérieure qu'il semble mener. En même temps, je me demande si je suis en mesure de l'aider. Comment travailler avec quelqu'un qui me dit ne pas savoir, ne pas se souvenir, et qui semble accorder peu d'importance à ce qui se passe pour lui? Il m'apparaît, à ce moment-là, complètement hermétique. Je me donne quelques rencontres pour bien évaluer la situation et jauger ma capacité à l'accompagner.

La poursuite de sa démarche est ardue. Pour lui, les contacts sont difficiles et me rencontrer ne l'est pas moins. Il dit éprouver ce malaise même avec ses amis proches, ressentir peu le plaisir, ne pas se fier à ce qu'il pense, ne pas avoir d'opinions arrêtées, n'être sûr de rien, encore moins par rapport à ses ressentis. Il a l'impression d'être un contenant vide. On peut être attiré par lui, mais on en a rapidement fait le tour, dit-il.

J'arrive à reformuler avec justesse le peu qu'il me dévoile. Mes reflets semblent coller à sa réalité, sans toutefois le toucher émotionnellement. Il s'avère que j'ai les bons mots pour le décrire et parler de son expérience, mais sans que cela tisse un lien entre nous. Il m'admire, doutant encore plus de son intelligence et de sa capacité à l'introspection.

Sa relation avec Philippe l'habite complètement. Il est convaincu qu'il va perdre sa place auprès de lui. Le sentiment d'être à la fois lui-même et en contact avec l'autre ne fait pas partie de ses expériences. Il revit la même chose avec moi, il n'est pas du tout persuadé que je veux travailler avec lui.

En fait, je me vis bien malhabile à le rejoindre. La situation m'interpelle. M'appuyant sur le concept d'identification projective, je peux saisir qu'il éveille en moi ce qu'il vit à l'égard de lui-même. Est-il à ce point démuné ou complètement empêtré dans une manière d'être qui semble exister depuis longtemps?

Delisle nous fait part de la pensée de Tansey et Burke sur ce concept:

Le processus d'identification projective [...] nous accompagne toute notre vie et constitue l'un des fondements du développement du moi intégré. Il agit donc constamment au sein de la relation thérapeutique, où il est vu comme le mode de transmission inconsciente de représentations de soi et de l'objet. (Delisle, 2001, p. 82).

Au cours des rencontres subséquentes, lorsque je lui parle, je n'ai pas le sentiment d'être entendue. Il reprend le même contenu, les mêmes phrases. Ce qui est dit durant la séance semble pour lui s'effacer au fur et à mesure ou tomber dans l'oubli. À la fin de la rencontre, il me confie ne rien retenir de ce que j'ai dit comme si rien ne s'était vécu entre nous. Lorsque nous explorons ce fait, il me révèle ne se souvenir de rien et vivre la même expérience par

rapport aux livres qu'il lit, aux films qu'il voit. Rien ne semble s'imprimer en lui. « C'est vide », dit-il.

À la rencontre suivante, il revient sur le fait qu'il ne retient rien et croit avoir un problème de mémoire important. Je lui reflète qu'il semble croire qu'il a un déficit cognitif. Il acquiesce. Je l'incite à vérifier avec son médecin pour confirmer ou infirmer cette croyance qu'il porte. Puis, je partage avec lui ma vision des choses, selon mon point de vue professionnel. Cette expérience, quoique difficile, doit avoir un sens. La seule façon de le découvrir, c'est de vivre et d'explorer ensemble comment ça se passe pour lui, en lui et entre nous.

Il me fait alors part du fait qu'il filtre tout. Par exemple, lorsqu'il lit un livre, s'il est tenté de surligner un passage important à ses yeux, il ne le fait pas d'emblée. Il craint qu'une personne, lisant ce livre après lui, puisse le juger et se faire une opinion négative. Je reviens sur cette image qui, à mon sens, semble illustrer sa manière d'être en relation. Se pourrait-il qu'il transporte ce filtre avec lui, tout le temps et depuis très longtemps ?

Il reconnaît vivre comme ça. Je lui reflète qu'il se peut bien que ce filtre ait déjà été très utile pour lui, mais qu'à force de s'en servir il est devenu épais, compact et que, depuis longtemps, il n'y a plus rien qui entre et plus rien qui sort de lui. L'image semble faire écho à sa réalité. Il reste là, en silence, me regarde et me dit : « C'est vraiment comme ça que je vis. » Je l'invite à tenter une expérience avec moi. Je lui demande de placer son foulard devant son visage de manière à ne plus me voir et d'observer ce qui se passe pour lui. Il accepte. Il ne me voit plus, il ressent une bouffée de tristesse monter en lui et reconnaît ce qu'il vit depuis longtemps. En fait, il réalise qu'il se cache, qu'il boude et même qu'il disparaît.

Une fissure vient de s'ouvrir dans sa carapace. N'allons pas trop vite, prenons le temps d'être là, ensemble, dans ce qui se passe pour lui et entre nous. Accueillons ce moment comme étant la seule manière d'être en lien en ce moment. Je suis touchée de vivre cette expérience avec lui. Au fur et à mesure des rencontres, nous prendrons le temps de construire notre relation en tenant compte de son filtre. Par le dialogue herméneutique, nous découvrirons le sens de cette manière de faire et d'être. Non pas pour qu'il l'élimine, mais pour qu'il devienne plus libre d'en faire usage. Au sujet du dialogue herméneutique, Delisle écrit :

Le dialogue herméneutique est une construction du sens de l'expérience. Donc une construction dialogale, causer à deux, dans un discours à deux voix, dont la fonction est non seulement d'activer l'expérience [...] mais aussi d'aller chercher dans l'expérience les fragments de sens qui se sont éclatés, qui se sont déliés, délités même, et de leur permettre de se rassembler, de redevenir ensemble pour générer un éclairage sur le sens d'une souffrance, sur le sens d'une trajectoire et pour permettre au développement de se réactiver là où il s'était arrêté et enlisé. (2003, p. 9).

ÊTRE LÀ AVEC CE QUI EST

Quelle responsabilité m'incombe, lorsque des êtres humains blessés tentent une nouvelle expérience relationnelle avec moi ! Quelquefois, je suis leur dernier espoir, ils croient en moi plus qu'en eux-mêmes.

Ma croyance, en rencontrant mes clients, est que la qualité de ma présence et ma capacité à créer des liens solides, alliées à mes connaissances de l'être humain et de l'intervention thérapeutique, leur permettront de vivre une expérience relationnelle différente de celles auxquelles ils sont habitués.

Comment, tout en étant la représentation du phare qu'ils cherchent, demeurer cette voie transitionnelle qui les mènera à se rencontrer ? Dans cette forme d'engagement qu'est la psychothérapie, je pourrais croire que je suis l'agent de changement, que j'ai quelque chose à faire, que quelque chose m'est dû, et ce, afin de me voir et me percevoir comme compétente et indispensable. Dans les faits, j'ai la responsabilité d'être présente à moi-même et à l'autre, de bien faire ce que je sais faire et d'espérer que l'autre prendra ce dont il a besoin pour renaître à lui-même et continuer son chemin.

Si, à certains moments, je réussis à me mettre dans cette disposition, à d'autres, je patauge. Cette position intérieure de présence à soi et à l'autre demande une vigilance et une conscience de soi-même de chaque instant. Selon Delacroix :

[...] Nous sommes dans le paradigme de la subjectivité, de l'intersubjectivité, de la recherche ensemble, de la co-pensée, de la co-création, et cela nous amène à nous engager dans la relation et à être prêts à accueillir ce qui vient sans l'avoir prémédité ou prévu. (2006, p. 435).

De fait, le client et moi construisons notre relation thérapeutique dans la vérité de ce que nous sommes. Je ne puis être psychothérapeute qu'avec ce que je suis. J'accueille, je reçois et j'interviens à ma manière. D'une part, j'utilise ma personnalité, mes habiletés, la conscience de ce qui m'habite dans le contact avec l'autre, mon ambivalence entre le désir de l'accueillir comme il est et celui de le réparer ; d'autre part, j'utilise mes schèmes de référence et mes croyances, autant personnelles que celles que j'ai acquises au niveau professionnel. Selon Josette Stanké (1996) :

Notre être ne peut être que ce qu'il est. Là est notre seule possibilité. Notre seule vérité. Mais nous refusons des parties de notre totalité : le non reçu et l'irrecevable. Dans la mesure où nous parvenons à les reconnaître, à les recevoir, comme à soi, comme soi, nous devenons vrais. (p. 1).

Parfois, les « vérités » auxquelles j'adhère m'aveuglent et m'empêchent de voir l'autre tel qu'il se présente à moi. Je le construis pour qu'il s'insère bien dans les jalons référentiels que je connais et qui me rassurent. À d'autres occasions, je suis présente, sans attente. Un moment magique s'installe. L'autre est là, devant moi et j'ai, tout à coup, accès à son monde, un monde que je n'ai jamais visité, un monde qui lui appartient tout entier et qu'il me donne à découvrir avec lui. Alors, je ne sais plus. Je suis. Je ressens. Je marche vers l'autre sans filet en faisant confiance à mon corps qui me dira ce qui se passe pour moi dans cette rencontre avec l'autre. Ainsi, je fais de la place à ce qui va naître. Delacroix va dans ce sens lorsqu'il écrit : « Se laisser surprendre, dérouter, accepter quelquefois de se perdre, de ne plus rien comprendre, d'être dans l'errance, pour mieux aller vers, à la rencontre de. » (2006, p. 435).

Le fait d'accueillir ce qui se passe pour moi dans le contact avec cette personne et de recevoir tout ce qui est, comme cela est, ouvre un espace pour se rencontrer. C'est à ce moment que j'ai le sentiment de toucher au sens profond du mot « accueillir » qui, selon moi, demeure l'essentiel d'une rencontre thérapeutique.

Références

- Delacroix, J. M. (2006). *La troisième histoire*. Saint-Jean de Brayes: Dangles.
- Delisle, G. (2001). *Vers une psychothérapie du lien*. Montréal: Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2003). *Le dialogue herméneutique en psychothérapie. Actes des journées d'étude 2001* (2^e éd.). Roubaix: Institut de Gestalt du Nord.
- Hamann, A. (1996) *Au-delà des psychothérapies: l'abandon corporel*. Montréal: Éditions internationales Alain Stanké.
- Mooney, C. (2002). *Déviances mortelles*. Barcelone: Seuil.
- Stanké, J. (1996). Avant-lire. Dans A. Hamann, *Au-delà des psychothérapies: l'abandon corporel*. Montréal: Éditions internationales Alain Stanké.

Abstract

The author shares her experience of the function of a receptive and welcoming attitude on the part of the therapist, and its effect on the client. Her reflection brings her to define what is welcomed, coming from the client and also from the therapist himself, in the therapeutic encounter. She brings to light the challenge that it represents, for the therapist, to receive the client who is in pain without trying to free him from it immediately. Two clinical examples underline the relation between the receptivity to the suffering person and the psychological structure of this person. The author concludes by indicating the importance, and the difficulty for the therapist, to be present to *what is* in the therapeutic process. This presence applies to his own experience as well as to that of the client.

L'autodévoilement du thérapeute

Les aspects déontologiques, éthiques et cliniques

Alexandre CARLE
Chantal BOURNIVAL
Marc-Simon DROUIN

Résumé

L'autodévoilement du thérapeute est l'une des interventions les plus controversées en psychothérapie. La plupart du temps, les thérapeutes prennent la décision de s'autodévoiler ou non, selon leur intuition clinique et leurs conceptions théoriques. L'objectif de cet article est d'amener les thérapeutes à se questionner sur cette intervention délicate, en considérant les aspects déontologiques, éthiques et cliniques. Une recension des écrits théoriques et empiriques sur le sujet permettra de terminer cet article avec certaines pistes de réflexion pouvant guider le clinicien dans son choix de s'autodévoiler ou non. Cette décision reste un choix à faire « cas par cas » et plusieurs facteurs, tels la personne à qui l'on se dévoile, le contenu du dévoilement, son contexte et les raisons pour lesquelles nous le faisons sont à considérer. Nous nous pencherons également sur les impacts possibles de cette intervention chez les clients.

INTRODUCTION

L'autodévoilement du thérapeute est un sujet de plus en plus abordé dans les écrits sur la recherche en psychothérapie. Selon Farber (2006), l'intérêt accru que l'on porte à ce thème est lié à une certaine évolution, au cours des dernières décennies, de ce que devrait être la psychothérapie. Peu importe l'approche théorique, les psychothérapies tendraient à devenir plus « relationnelles », l'abstinence et l'anonymat n'étant plus perçus comme des qualités particulièrement aidantes. Les thérapeutes seraient appelés à être plus actifs, engagés, empathiques et authentiques dans ce qu'ils communiquent à propos du processus thérapeutique. Cependant, le dévoilement du thérapeute est loin de faire l'unanimité dans l'opinion des professionnels et un débat déontologique, éthique et clinique semble s'imposer sur ce sujet controversé. Selon une étude de Hill, Helms, Tichenor, Spiegel, O'Grady et Perry (1988), malgré que ce type d'intervention occupe seulement 1 % du temps en psychothérapie, les clients l'ont jugé comme la variable la plus aidante.

Toutes les études ne confirment pas ce résultat, mais celle-ci met l'accent sur l'importance et la puissance de l'impact que peut avoir cette intervention sur le client. Goldstein (1997) souligne qu'il est très important de développer une réflexion éthique et d'avoir une idée générale sur le sujet, et ce, avant que ce type de situation se présente, parce qu'il peut être difficile d'y réfléchir clairement de façon spontanée. L'hétérogénéité des définitions de l'autodévoilement pose problème lorsque nous voulons établir la prévalence et la fréquence de cette intervention et lorsque nous voulons comparer les différentes recherches sur le sujet. Nous voyons, dans la documentation, qu'il s'agit d'un type d'intervention que plusieurs thérapeutes exercent. Les résultats d'un sondage de Borys et Pope (1989) auprès des professionnels montraient que, dans leur pratique, 90,8 % des répondants rapportent ne s'être jamais ou presque jamais dévoilés à leurs clients et 7,4 % le font uniquement avec une certaine clientèle. De plus, 65,3 % des répondants considéraient que, dans la majorité des cas, c'était une pratique non éthique, alors que 29,5 % la considéraient comme éthique à certaines conditions. Ce sondage démontrait également que les thérapeutes hommes se dévoilaient davantage, alors que les thérapeutes d'approche psychodynamique exerçaient moins cette pratique. Le faible taux d'utilisation de l'autodévoilement nous invite à nous questionner sur la perception qu'en ont les répondants. D'autres sondages, réalisés auprès de psychologues et thérapeutes familiaux (Brock, 1987; Pope, Tabachnik, & Keith-Spiegel, 1987), ont rapporté des taux de dévoilement plus élevés: plus de 70 % des thérapeutes utilisaient l'autodévoilement à l'occasion.

Les écrits nous permettent d'observer que l'orientation théorique des thérapeutes les influence fortement. Selon l'approche psychanalytique traditionnelle, l'approche humaniste ou comportementale, les points de vue divergent significativement. Étant donné la grande diversité de points de vue sur le sujet, nous commencerons par définir l'autodévoilement. Nous ferons ensuite ressortir les principales idées débattues par différentes approches. Nous approfondirons le contenu que dévoilent les thérapeutes, les raisons pour lesquelles ils acceptent ou refusent de s'autodévoiler, à quel type de clients il est préférable de se dévoiler ainsi que les conséquences possibles de l'autodévoilement chez le client. Nous présenterons les principes éthiques ainsi que les règles déontologiques s'appliquant à ce sujet, et ce, tout au long de notre argumentation.

QU'EST-CE QUE L'AUTODÉVOILEMENT DU THÉRAPEUTE ?

Le terme «autodévoilement» peut évoquer de nombreuses images à notre esprit. Plusieurs définitions ont été formulées afin de mieux cerner ce concept. Il est donc pertinent de spécifier en quoi consiste l'autodévoilement. La grande diversité de définitions pose un problème lorsque nous voulons comparer diverses études sur le sujet. En effet, comme le concept est défini différemment selon les recherches, tous les résultats ne représentent pas le même phénomène. Certains chercheurs (McCarthy & Betz, 1978) divisent l'autodévoilement en plusieurs sous-catégories. Par exemple, ils séparent l'autodévoilement d'informations factuelles, événementielles (*self-disclosing statements*) et l'autodévoilement impliquant de l'information émotionnelle et cognitive du thérapeute envers le client dans le contexte thérapeutique (*self-involving statements*). Plusieurs auteurs distinguent également deux formes d'autodévoilement, soit l'autodévoilement positif ou négatif (Watkins, 1990). Cette distinction réfère à la valeur positive ou négative que l'on accorde à l'expérience que partage le thérapeute. Évaluer l'autodévoilement dans cette perspective s'avère complexe étant donné le caractère très subjectif de ce qui peut être positif ou négatif. Il faut également souligner que la plupart des auteurs se contentent d'étudier l'aspect verbal de l'autodévoilement, malgré l'importance du non verbal.

En effet, des aspects non verbaux, tels l'aspect physique du thérapeute, son habillement, ainsi que la décoration de son bureau, révèlent des informations sur sa personnalité. Une des raisons possibles de l'exclusion fréquente de cette variable à l'intérieur des études réside dans le caractère inévitable de ce type de dévoilement. Le thérapeute peut s'efforcer de minimiser les indices pouvant révéler des éléments sur sa personne (par exemple : ne pas mettre de tableau, de photos ou s'habiller avec peu d'extravagance), mais ceci fournit tout de même des informations. D'ailleurs, les thérapeutes sont plus à l'aise avec les références non verbales que verbales. Nombreux sont les cliniciens qui trouvent que leur bureau en dit déjà beaucoup sur eux et qu'il est inutile d'en dire davantage (Shadley, 2000). Nous avons trouvé plusieurs définitions de l'autodévoilement du thérapeute. Chacune fait part d'une réalité différente de ce phénomène. Ici, nous retiendrons une définition plus large, englobant l'ensemble de ce concept, et ce, afin d'élargir le débat éthique qui s'en suivra. Nous définirons l'autodévoilement comme une interaction dans laquelle le thérapeute révèle des informations personnelles sur lui-même ou révèle ses réactions et ses pensées envers le client, comme elles se manifestent à l'intérieur de la thérapie (Knox Hess, Petersen & Hill, 1997).

L'AUTODÉVOILEMENT ET LES DIFFÉRENTS MODÈLES THÉORIQUES

Approche psychodynamique

Les théoriciens psychodynamiques ont beaucoup écrit sur le sujet. Les écrits de Freud, qui ont établi les bases psychanalytiques, préconisent davantage une approche de neutralité, d'anonymat et de non-dévoilement en thérapie. En psychanalyse, le cadre et la neutralité du thérapeute ont comme objectif de promouvoir et de protéger le développement et la résolution du transfert. En étant neutre, dans une attitude de non-jugement, le thérapeute permet au client de projeter ses fantasmes inconscients dans un climat de sécurité (Bishop & Lane, 2001). La neutralité de l'analyste inciterait donc le client à se révéler davantage. Dans cette optique, l'autodévoilement du thérapeute apporterait du contenu extérieur qui contaminerait le transfert et en empêcherait la résolution. Ce type d'intervention détournerait le client de son expérience subjective en mettant l'emphase sur le thérapeute (Knox et al., 1997; Aponte & Winter, 2000; Hill & Knox 2002). Il paraît contradictoire que Freud lui-même ait pu, à l'occasion, se révéler à ses patientes et que sa pratique ait été plus flexible que le sous-entendaient ses écrits. Par exemple, avec certaines patientes il partageait ses rêves ainsi que ses souvenirs d'enfance, il leur montrait des photos de lui et discutait de ses intérêts personnels (Bishop & Lane, 2001; Goldstein, 1994). Nous pouvons croire que l'une des raisons pour laquelle Freud, dans ses écrits, valorisait à ce point la neutralité et le dévoilement minimal du thérapeute est la grande influence que l'époque victorienne a pu avoir sur sa pensée. En effet, cette époque est caractérisée par une répression importante et par une ambiance puritaine. Sa formation dans le domaine médical, où tout était aseptisé et où l'on prenait de nombreuses précautions pour empêcher la transmission d'infections de patients à médecins, a pu également avoir un impact sur son écriture (*Psychopathology Committee*, 2001).

Les psychanalystes traditionnels d'aujourd'hui mettent encore beaucoup l'accent sur la neutralité du thérapeute et encouragent très peu l'autodévoilement, mais plusieurs ont tempéré leur pensée et admettent que cette pratique peut avoir des avantages dans certaines situations. Par exemple, en psychologie du Soi, l'utilisation de l'autodévoilement peut servir à diminuer les défenses du patient lorsque celui-ci met en place un transfert d'*alter ego* (Oppenheimer, 1998). De plus, Ehrenberg (1984) croit que le partage des réactions émotives du thérapeute au patient peut ajouter une nouvelle dimension à la thérapie et favoriser l'exploration. Le partage des

réponses contre-transférentielles permettrait au patient de prendre, entre autres, davantage conscience des reproductions qui s'installent dans la relation thérapeutique. L'auteur met en garde quant aux démesures. En effet, elle mentionne qu'exprimer, trop peu ou à l'excès, son monde affectif peut détruire la relation thérapeutique. En ne répondant pas affectivement de manière appropriée, on pourrait provoquer un sentiment d'abandon, une résistance accrue, un détachement ou une fusion entre les deux participants.

Approche humaniste

L'acceptation grandissante de l'autodévoilement du thérapeute s'est développée avec l'émergence de la psychologie humaniste dans les années 1960, dans une ambiance de désenchantement et de rébellion face aux courants présents à l'époque. Les humanistes ont voulu se démarquer par rapport au modèle médical pratiqué à l'époque et ils ont mis en doute la validité du modèle de neutralité (*blank screen*) prôné en psychanalyse traditionnelle (Curtis, 1981). Selon les humanistes, le non-dévoilement du thérapeute est un mythe, car l'anonymat complet de celui-ci est impossible. Comme il a été mentionné plus tôt, le non verbal, le ton de la voix, le langage corporel, l'habileté à être empathique, et le type d'interprétations divulguent de l'information sur le thérapeute (*Psychopathology Committee*, 2001). Les psychologues humanistes ont reproché au modèle dominant de l'époque de considérer un travail essentiellement relationnel de manière chirurgicale. L'autodévoilement est davantage accepté dans cette approche, en se basant sur des concepts, telles la congruence, l'authenticité et l'ouverture d'esprit. Par exemple, Rogers (1961) définissait un thérapeute congruent comme « étant sans façade et étant ouvert aux différentes émotions et attitudes qui se manifestent à l'intérieur de lui »¹. En définissant la congruence de cette manière, Rogers a ouvert la porte à une plus grande implication de soi en thérapie.

Ces concepts ont été interprétés de manières différentes selon les auteurs. En effet, Rogers, dans ses concepts, ne manifeste pas clairement que le thérapeute doit dévoiler ses sentiments et réactions à son client. Il note que le thérapeute doit être ouvert et à l'aise avec ce que la relation évoque en lui. Il lui faut être apte à ne pas nier les sentiments qui se présentent en lui, mais il n'est pas mentionné qu'il lui faille les exprimer continuellement au client. Certains ont compris l'authenticité comme une invitation claire au dévoilement du thérapeute en thérapie. Carkhuff (1969) définissait l'authenticité comme : « L'habileté de l'aidant à être libre, spontané

¹ Rogers, C.R. (1961), p. 61. Traduction libre.

et profondément lui-même, dévoilant les informations personnelles significatives lorsque c'est approprié»². Même si cet auteur précise qu'il faut se dévoiler lorsque c'est approprié, il aurait sans doute été préférable de nuancer davantage sa définition puisqu'elle invite très fortement le thérapeute à se dévoiler sur de nombreux aspects de sa personne. Selon plusieurs auteurs humanistes, utilisé de manière adéquate l'autodévoilement du thérapeute servirait en particulier à démystifier le processus thérapeutique et à rendre le patient à l'aise à l'intérieur du processus (Knox et al., 1997).

En Gestalt-thérapie, l'autodévoilement du thérapeute revêt un caractère particulier. Au départ, la Gestalt se démarquait des courants de psychothérapie qui encourageaient la neutralité bienveillante, lesquelles préconisent que le thérapeute se tienne à distance émotionnelle de son client, respectant ainsi la règle d'abstinence. Cette règle a pour but d'entretenir une frustration qui favorise les mécanismes de transfert. La Gestalt encourage plutôt le thérapeute à être attentif à ce qu'il ressent, personnellement, dans l'instant, face à son client, en n'hésitant pas à partager délibérément une partie de ce ressenti avec lui. Le thérapeute gestaltiste est invité au dévoilement délibéré de sa personne dans une implication authentique, bien que contrôlée et sélective (Ginger, 1992). Il tente de construire une relation thérapeutique fondée sur l'intimité, l'intégrité et la prise de risques où il est à la fois participant engagé et observateur-commentateur. La relation dialogique gestaltiste (Hycner, 1985) n'est possible que dans la mesure où elle s'actualise au sein d'une relation foncièrement et fondamentalement égalitaire, vécue pour l'essentiel dans le registre *Je-Tu* (Buber, 1957).

Les développements plus récents de la Gestalt-thérapie (Delisle, 1998 ; Jacobs, 1989) ont provoqué une remise en question des positions traditionnelles de la Gestalt quant à l'autodévoilement du thérapeute. Delisle (1993) propose les notions d'intégrité et d'authenticité afin d'encadrer l'autodévoilement du thérapeute. Selon lui : « L'intégrité peut s'entendre de deux façons. Il s'agit d'abord de cette honnêteté profonde qui nous fait dire ce qui est ; la vérité, rien que la vérité... mais pas nécessairement toute la vérité. Tout ce qui est dit doit être ressenti (règle d'authenticité) ; tout ce qui est ressenti n'a pas à être dit (règle de discrétion) (Juston, 1990). » Dans un deuxième sens, Delisle parle de cette cohésion expérientielle qui fait que l'on vise à être en contact avec toutes les parties de notre expérience et à faire en sorte que le client rapatrie les siennes. Les notions d'authenticité et d'intégrité sont intimement liées à la notion d'autodévoilement et sont imbriquées

² Cité dans Wells (1994), p. 26. Traduction libre.

de façon précise aux trois phases de la relation thérapeutique élaborées dans son modèle (reproduction – reconnaissance – réparation).

Approche cognitive-comportementale

Les auteurs d'approche cognitive-comportementale ont peu écrit sur le sujet. À première vue, nous pourrions croire qu'ils sont contre ce type de pratique en raison de leur grande recherche d'objectivité dans leur observation du client. Par contre, nous avons pu constater que l'autodévoilement du thérapeute constitue une pratique courante chez les tenants de ce courant. En effet, une étude (*Psychopathology Committee, 2001*) démontrait qu'un traitement cognitif-comportemental est un des facteurs associés à une plus grande probabilité d'assister à un comportement d'autodévoilement du thérapeute. Dans cette approche, ce type d'intervention se base sur les concepts d'imitation sociale, de modelage et de renforcement vicariant (Knox et al., 1997; Curtis, 1981). Le client pourrait ainsi s'inspirer du thérapeute comme modèle afin d'apprendre certaines habiletés, telles l'affirmation de soi, la résolution de problèmes et l'habileté à s'adapter à de nouvelles situations (*coping*). Ainsi, le dévoilement de soi du thérapeute agirait comme un renforcement qui inviterait le client à se dévoiler davantage.

L'AUTODÉVOILEMENT ET L'ÉTHIQUE

Les points de vue diffèrent manifestement selon l'orientation théorique du thérapeute. La décision d'utiliser ou non l'autodévoilement comme intervention doit donc se baser sur une réflexion éthique consciencieuse. Les principes éthiques que propose le Code déontologique de la *Société canadienne de Psychologie* (SCP, 2000), principalement le respect de la dignité de la personne, les soins responsables ainsi que l'intégrité dans les relations, permettent de guider notre réflexion. Tout d'abord, le premier principe est le respect de la dignité de la personne. Chaque être humain doit être traité comme une personne et non comme un objet ou un moyen utilisé pour arriver à une fin. Ce principe nous amène, entre autres, à nous questionner: à quel besoin répondons-nous en effectuant un autodévoilement et à qui appartient-il? Ce principe réfère également à la dignité de la personne en tant qu'individu libre de ses choix, ayant droit à une vie privée et qui doit être traité avec justice par rapport aux autres individus. Est-ce que le thérapeute respecte la liberté du client ou lui impose sa vision des choses lorsqu'il procède à un dévoilement de sa personne ou de ses opinions?

Le second principe, soit l'offre de soins responsables, concerne davantage l'aspect clinique de l'intervention et la compétence du

thérapeute. C'est-à-dire que le thérapeute doit utiliser des méthodes qui auront un effet bénéfique sur le client. Il ne doit pas causer du tort au client ou, du moins, les avantages possibles qui suivent son traitement doivent être d'une plus grande importance que les inconvénients. Il s'agit donc ici d'évaluer les conséquences possibles sur le client. Il semble y avoir certains cas où l'autodévoilement aurait un impact négatif (principalement lorsque le dévoilement répond aux besoins du thérapeute) et d'autres où il serait bénéfique. Il s'agit de cerner, « cas par cas », si l'autodévoilement est approprié ou non, et si oui, comment le faire et quand? Y-a-t-il des moments où il serait nuisible de ne pas se dévoiler? Ce principe invite également les thérapeutes à bien se connaître, et à être conscients des raisons pour lesquelles ils utilisent ou non ce type d'intervention.

Le principe d'intégrité dans les relations concerne l'honnêteté de la démarche du thérapeute. Il doit faire preuve d'ouverture d'esprit et avoir le plus d'objectivité possible. Ce principe rejoint les concepts d'authenticité, de congruence et d'acceptation inconditionnelle des psychologues humanistes, mais il ne suppose pas nécessairement qu'il faille tout dévoiler au client par souci d'honnêteté. Les deux premiers principes règnent sur ce dernier. En effet, par moments, révéler un fait personnel au client peut lui être nocif. Lorsque c'est le cas, il est préférable que le thérapeute le garde pour lui ou qu'il trouve une autre manière, moins nuisible, de l'utiliser dans le processus thérapeutique.

En résumé, plusieurs principes éthiques s'entrecroisent et peuvent se contredire. Selon nous, un principe prime l'ensemble des autres: l'éthique du moindre mal. Il s'agit d'évaluer selon la situation, le contenu et les individus en cause ainsi que selon les impacts possibles chez le client et de choisir de se dévoiler ou non, selon ce qui causerait le moins de tort et le plus de bien possible à ce dernier. Certains principes éthiques du Code de l'*American Psychological Association* (APA, 2002) sont également utiles à notre réflexion. Les principes généraux de bienfaisance et de malfaisance, de fidélité et de responsabilité, d'intégrité, de justice et de respect de la dignité et des droits de l'individu s'appliquent à la problématique de l'autodévoilement du thérapeute. Ces principes seront davantage approfondis lors de notre discussion sur les différents aspects de l'autodévoilement. En effet, comme la décision du thérapeute de se dévoiler est un choix à faire « cas par cas », nous devons savoir: à qui, dans quel contexte, quel contenu et pour quelles raisons est-il éthique de pratiquer ce type d'intervention? Nous analyserons également les conséquences possibles sur le client.

QUE DÉVOILENT LES THÉRAPEUTES?

Dévoilement d'informations sur ses compétences

D'un point de vue éthique, il ne semble pas approprié de tout dévoiler au client. Certains types de contenus seraient plus adéquats que d'autres. Wells (1994) définit quatre types de contenus possibles dans l'autodévoilement. La première catégorie a trait aux informations concernant sa formation, son expérience et sa pratique. Le lieu où il a obtenu son diplôme, son nombre d'années d'expérience, ses valeurs éthiques face à la thérapie et son orientation théorique sont des exemples de ce type de contenus. Selon le principe éthique des soins responsables de la SCP (2000), le thérapeute devrait en effet dévoiler ce type d'informations. Le client qui s'engage en thérapie doit consentir de manière éclairée. Le client est en droit de connaître les compétences de son thérapeute et les méthodes de traitement utilisées. Il doit également y avoir une entente sur les objectifs à atteindre. Les informations sur l'expérience et la formation du thérapeute peuvent s'avérer importantes dans sa décision de s'engager ou non en thérapie. Le principe éthique C du code de l'APA (2002), l'intégrité, rejoint également cette idée que le thérapeute doit donner ces informations honnêtement. Des directives sont également énoncées à cet effet dans le Code déontologique actuel de l'*Ordre des Psychologues du Québec* (OPQ, 1983). L'article 14 du dernier code affirme que «le psychologue doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité, objectivité et modération». Cet article est, par contre, un peu vague et n'indique pas clairement les informations que nous devrions fournir au client. Le projet de nouveau Code de déontologie de l'OPQ (2001) semble régler en grande partie ce problème en étant plus précis dans ses consignes. En effet, l'article 3.41 stipule que «le psychologue doit faire preuve d'intégrité envers le client en décrivant ses qualifications, sa formation, sa compétence et celle de ses associés ou des personnes sous sa supervision».

Du côté américain, l'article 10.01 du Code de l'APA (2002) régit également ce type d'informations. Il est mentionné que le client doit être complètement informé de tout élément important concernant le processus du traitement afin qu'il puisse consentir de façon éclairée. Epstein (1994) semble croire que ces principes s'appliquent au dévoilement du thérapeute quant à sa formation et à son expérience. Il avance qu'il serait non éthique de garder ce type d'informations pour soi (entre autres, l'orientation théorique du thérapeute) en se basant sur le principe éthique du respect de l'autonomie du client.

Dans cette première catégorie de dévoilement, nous pourrions également inclure les renseignements concernant les radiations passées du thérapeute. Si le client lui demande, le thérapeute se doit de répondre sans mentir à ce sujet selon le principe C de l'APA (2002), soit celui d'intégrité. Le Code de déontologie actuel de l'OPQ (1983) mentionne, à l'article 16, que «le psychologue doit informer son client éventuel, ou la personne qui en est responsable légalement quand le client n'est pas en mesure d'évaluer la situation, de tous les aspects de son activité professionnelle susceptibles de l'aider dans sa décision de recourir ou non à ses services.» Nous pouvons croire que des informations, telles la formation du psychologue, son expérience ou ses radiations passées sont incluses dans cet article, mais le concept de «tous les aspects susceptibles de l'aider» reste tout de même assez flou et il est toujours possible de débattre à savoir quelle information est nécessaire ou non pour un consentement éclairé.

À la lumière de ces informations, il semble éthique pour le thérapeute de dévoiler le contenu de sa formation et son expérience, mais ce dernier doit se montrer avisé dans la manière dont il présente ces informations et comprendre les raisons pour lesquelles il les fournit. En nous basant sur le même principe éthique de la SCP (2000) et le même article déontologique 14 de l'OPQ (1983), nous croyons que le thérapeute doit informer le client avec modération et intégrité. Son dévoilement doit répondre au questionnement du client et ne doit pas servir à remplir son besoin de validation et de gratification ni imposer les «connaissances scientifiques» du milieu à l'expérience subjective du client. Le thérapeute qui vante ses grandes compétences et son expertise dans le but d'impressionner le client ou de le manipuler va à l'encontre des principes de respect de la dignité de la personne et des soins responsables. Prenons pour exemple un thérapeute qui, lors d'une divergence d'opinions entre lui et son client, mentionnerait qu'il croit avoir raison, puisqu'il a étudié longtemps sur le sujet et qu'il possède un postdoctorat.

Dévoilement d'informations sur sa vie personnelle

Le deuxième type de contenus que propose Wells (1994) concerne les événements, circonstances et perceptions de la vie personnelle du thérapeute à l'extérieur de la thérapie. L'état matrimonial, les conflits émotionnels personnels du thérapeute ainsi que ses opinions politiques sont des exemples d'informations que l'on peut retrouver dans cette catégorie. Les événements peuvent faire partie de la vie actuelle du thérapeute ou s'être produits dans le passé. Peterson (2002) rapporte que les thérapeutes de l'approche féministe

croient qu'il est approprié de dévoiler son orientation sexuelle, ses croyances religieuses ainsi que ses opinions politiques au client, en se basant sur les principes éthiques A et D de l'APA, c'est-à-dire le principe de bienfaisance et de justice. Ces principes pourraient correspondre à ceux de respect de la dignité de la personne et de soins responsables dans le Code de la SCP (2000). Les thérapeutes féministes pensent que ces informations permettent au client de choisir un thérapeute partageant les mêmes croyances et que cela lui serait bénéfique, puisque le thérapeute deviendrait plus aisément un modèle à suivre. Par exemple, un thérapeute homosexuel qui traiterait un client ayant des difficultés à vivre son homosexualité pourrait l'aider à accepter son expérience en la validant par son autodévoilement.

Par contre, Perlman (1991) est contre le dévoilement de l'orientation sexuelle du thérapeute, car cela pourrait répondre au besoin du thérapeute de se sentir compréhensif et compatissant. De plus, en se basant sur les mêmes principes éthiques de respect de la dignité de la personne et de soins responsables, le dévoilement de certains éléments personnels peut être nocif pour le client, car il ne respecterait pas son autonomie et son système de valeurs. Un des objectifs possibles, en thérapie, vise à ce que le client réussisse à prendre davantage conscience de ses valeurs personnelles. Ainsi, le dévoilement du thérapeute pourrait être perçu comme une imposition de ses valeurs sur celles du client qui pourrait alors se censurer par crainte de déplaire au thérapeute.

Pour le client, l'impact des dévoilements appartenant à cette catégorie d'éléments de la vie du thérapeute est encore mal compris et les études se contredisent. En effet, la perception des clients et des non-clients diffère sur le sujet. Une étude de Carter et Motta (1988) démontre que les thérapeutes ayant dévoilé un épisode dépressif passé sont perçus par des non-clients comme étant moins professionnels, moins empathiques et moins attrayants. Ces auteurs expliquent l'importance de ce résultat puisqu'il y a une relation directe entre la perception du thérapeute et les gains en thérapie. Par contre, d'autres études viennent nuancer ces données. En effet, des chercheurs (Knox et al., 1997) ont rencontré des clients en leur demandant de rapporter un exemple de dévoilement du thérapeute qui leur a été bénéfique. Plusieurs ont rapporté qu'un dévoilement reflétant une expérience négative similaire à la leur avait eu un effet positif sur eux. Le partage (dévoilement) avait normalisé l'expérience du client et lui avait donné un espoir de réussite dans sa thérapie. Dans cette même étude, tous les exemples d'autodévoilement du thérapeute ayant eu un impact positif sur les clients étaient des informations personnelles non immédiates. Il est important de

mentionner que ce type d'autodévoilement du thérapeute sur sa vie personnelle est tout de même une intervention à risques. En effet, le thérapeute ne doit pas déborder du cadre, car la situation peut facilement déraiser. Plusieurs auteurs (Barnett, 1998; Gabbard, 1989; Simon, 1989) rapportent qu'un dévoilement inapproprié de la vie personnelle du thérapeute est fréquemment un précurseur de violations de plus en plus importantes du cadre thérapeutique, allant jusqu'à l'activité sexuelle avec le client. Il n'y a pas un lien causal, mais le dévoilement du thérapeute reste tout de même un facteur de risques important. Dans le cas où le thérapeute en arrive à la relation sexuelle avec son client, la règle déontologique 58.11 du Code de l'OPQ (1983) permet de sanctionner cet acte. Sans aller jusqu'à la relation sexuelle, l'autodévoilement pourrait également être précurseur d'une amitié entre le client et son thérapeute.

Même si, à première vue, l'amitié implique de moins grandes conséquences, il ne faut pas négliger cet aspect qui va à l'encontre des principes éthiques d'intégrité dans les relations: le thérapeute doit éviter les conflits de rôles pouvant nuire au client. L'article 20 du Code de l'OPQ (1983) régit également ce phénomène en affirmant qu'il faut «s'abstenir de rendre des services professionnels à des personnes avec qui il entretient une relation susceptible de nuire à la qualité de son intervention.» Il est par contre difficile de définir clairement à partir de quand la relation est «susceptible de nuire à la qualité de son intervention.» Quel est ce type de relation et comment le reconnaît-on?

Dévoilement des réactions et sentiments du thérapeute face au client

Le troisième type d'autodévoilement possible, selon Wells (1994), a trait aux réactions et aux sentiments du thérapeute par rapport au client, dans le cadre de la relation thérapeutique. Encore une fois, les opinions sont partagées sur le sujet. Du point de vue de l'éthique, les trois premiers principes de la SCP (2000), soit le respect de la dignité de la personne, les soins responsables et l'intégrité dans les relations doivent être pris en considération lorsque nous effectuons ce type de dévoilement. Nous devons opter pour ce qui causerait le moins de mal et le plus de bien au patient. Garfield (1987) fait partie de ceux qui sont en faveur de ce type d'intervention. Il stipule que, par moments, il s'agit d'un des seuls moyens de sauver l'issue de la thérapie en mettant au jour les conflits possibles dans la relation thérapeutique. À ce propos, il fournit un exemple (très discutable) de sa clinique personnelle où il a fait ce type de dévoilement. Garfield rencontrait un patient dépressif, dans un cadre hospitalier, depuis plusieurs semaines. Il obtenait peu de progrès.

La frustration se faisait sentir de plus en plus chez lui. Il a décidé de révéler ses sentiments. Une journée où Garfield était fatigué et découragé de la situation, le patient est entré dans son bureau et l'a vu qui se tenait la tête entre les mains. Il lui a demandé si quelque chose n'allait pas. Garfield lui a répondu qu'il n'allait pas bien, qu'il se sentait déprimé, car il ne percevait plus d'espoir de résultat chez son client et n'observait aucun effort de sa part afin de mieux fonctionner. Garfield est même allé jusqu'à dire qu'il pensait s'interner lui-même à l'hôpital. Le patient a réagi en s'excusant, avec un rire gêné. Il a demandé au thérapeute comment il pouvait l'aider. Garfield lui a dit qu'il le motiverait en démontrant davantage d'enthousiasme lors des séances et en améliorant son apparence physique et son hygiène. Cette intervention aurait eu comme impact la mobilisation du patient et, par la suite, une amélioration de son état général.

La logique de cette intervention serait sans doute de l'ordre de l'intention paradoxale, mais même si les effets rapportés ont été positifs sur le comportement du patient, nous pouvons douter que ce type d'intervention soit approprié du point de vue de l'éthique. En effet, nous ne devons pas qu'observer le changement comportemental, mais également analyser les raisons possibles pour lesquelles le patient a changé. Est-ce que le thérapeute a réellement fait cette intervention pour aider le patient ou était-ce davantage pour répondre à son besoin que la thérapie avance rapidement? Dans le cas où ce type d'intervention remplit les besoins du thérapeute, même si son intention était bonne il irait à l'encontre du principe éthique du respect de la dignité humaine. En effet, dans ce cas, nous pourrions assister à un renversement des rôles où le thérapeute se sert de son patient comme personne aidante. Dans cette optique, le patient se mettrait à répondre aux besoins du thérapeute et à ne plus être considéré en tant qu'individu, ce qui risquerait de répéter une possible expérience antérieure blessante (Wells, 1994).

Aucun impact négatif n'est rapporté sur le patient dans ce cas, mais Bishop et Lane (2001) soulignent que, souvent, les clients peuvent avoir peur de la réaction du thérapeute suite à un dévoilement de sentiment négatif et, alors, ils n'expriment pas les effets négatifs possibles qu'ils peuvent ressentir. Selon ces deux auteurs, communiquer ses sentiments négatifs au client est pratiquement toujours une erreur, puisque ce serait souvent reçu comme une critique et une trahison de la confiance du client envers son thérapeute. Wells (1994) ajoute que ces interventions peuvent conscientiser le client à la vulnérabilité du thérapeute. Il peut alors censurer ses propos afin de protéger ledit thérapeute. Il aura moins

confiance en sa capacité d'offrir un environnement sécuritaire et s'inhibera davantage. En matière de déontologie, on pourrait considérer que l'article 30 du Code de l'OPQ (1983) pourrait s'appliquer lors d'excès, puisqu'il mentionne que «le psychologue doit subordonner son intérêt personnel ou, le cas échéant, celui de son employeur ou de ses collègues de travail à l'intérêt de son client.» Il est clairement expliqué que si le psychologue intervient pour soulager sa souffrance ou son impuissance plutôt que d'agir dans l'intérêt du client, il enfreint les règles qui lui sont imposées. Dans le cas où le psychologue a réellement besoin de soutien, selon l'article 7 du Code de l'OPQ (1983) il doit aller «consulter un autre psychologue, un membre d'une autre corporation professionnelle ou une autre personne... lorsque l'intérêt du client l'exige.»

Malgré tout, il ne faut pas conclure que le dévoilement de réactions ou de sentiments personnels envers le client en thérapie est à éviter en tout temps. Les résultats sont diversifiés dans le domaine et certains démontrent que cette technique peut avoir des avantages. Hendrick (1988) rapporte que certaines études confirment que la révélation de cognitions et d'émotions reliées au client à l'intérieur du contexte thérapeutique est liée à davantage de communication de la part du client ainsi qu'à une évaluation plus positive de son thérapeute. Maroda (1998), quant à lui, exprime que l'expression de ses sentiments peut être efficace si c'est fait de manière raisonnable et qu'elle se limite à des émotions ressenties et non à des fantasmes ou autres informations personnelles. Selon lui, cette expression d'émotion peut s'avérer bénéfique lorsqu'elle est tentée dans un contexte où le patient est assuré que le thérapeute ne l'abandonnera pas suite à des sentiments négatifs. Pour Maroda, ne montrer aucune émotion au client peut être perçu comme un abandon du thérapeute, de l'évitement ou même un manque d'intérêt envers lui.

Reconnaissance de ses erreurs

Le quatrième et dernier type de contenu possible d'autodévoilement du thérapeute, selon Wells (1994), touche la reconnaissance de ses erreurs en thérapie. Il y a très peu de recherches et d'écrits sur ce type de dévoilement, mais on peut supposer qu'il a un impact en thérapie. Certaines études, dont Hendrick (1988), montrent que les thérapeutes qui admettent leurs erreurs sont perçus comme étant plus attrayants, empathiques, professionnels, ayant moins de jugement critique et étant plus dignes de confiance. Il semble donc bien vu de s'excuser en thérapie, en autant que ce soit pour des erreurs que l'on ait réellement commises. Admettre ses erreurs peut rejoindre les principes éthiques d'intégrité dans les relations

et de soins responsables dans la SCP (2000), de même que les principes d'intégrité et de bienfaisance dans l'APA (2002). En effet, ce type d'intervention évoque l'honnêteté du thérapeute, évitant ainsi qu'il accuse le client sans raison. Le client n'a pas à prendre la responsabilité d'erreurs qui ne lui appartiennent pas. Si le thérapeute n'admet pas ses erreurs, il devient nuisible pour le client (par exemple: en répétant la relation traumatique que ce dernier a pu avoir avec ses parents). On peut penser que ce type d'intervention peut favoriser la mise en place d'une alliance thérapeutique forte et augmenter la confiance du client en son thérapeute. D'un autre côté, en se basant sur les mêmes principes, dans certaines situations et avec une certaine clientèle, il est possible de croire qu'il est nuisible de s'excuser en thérapie lorsque c'est injustifié. C'est-à-dire que le thérapeute qui s'excuse constamment, sans avoir commis de faute (par exemple: un thérapeute qui s'excuse d'avoir provoqué de la tristesse chez le patient en le questionnant sur son enfance) n'envoie pas une image solide et peut projeter un malaise face aux émotions plus difficiles. Un client fragile qui a besoin d'un thérapeute fort et sécurisant peut ainsi voir la vulnérabilité du thérapeute et avoir peur de se livrer. Les excuses à répétition seraient pour lui un indice qu'il n'est pas dans un environnement sécuritaire pour se livrer à l'autre qui fait des erreurs.

Dévoilement d'événements personnels malheureux actuels

Les thérapeutes ne sont pas à l'abri d'événements malheureux dans leur vie et ceux-ci peuvent avoir un impact sur leur travail en thérapie. Un divorce, un deuil ou une maladie grave sont des exemples possibles de ce type d'événements. En effet, ils peuvent provoquer des changements de rendez-vous, des absences et peuvent rendre le thérapeute moins disponible émotionnellement. Est-ce que, dans ces cas précis, le thérapeute doit éthiquement le dévoiler à son client? Encore une fois, il s'agit d'une décision à prendre « cas par cas ». Goldstein (1997) souligne que les thérapeutes doivent se sentir libres de ne pas tout dévoiler au patient, parce qu'ils ont aussi droit à leur vie privée. Ce n'est pas parce qu'ils vivent un événement difficile ou parce que le patient se rend compte d'un changement et fait une demande au thérapeute que celui-ci est obligé d'y répondre. Bram (1995) croit qu'exprimer sa maladie à son patient peut avoir un impact négatif sur ce dernier en inhibant sa capacité à exprimer sa colère envers le thérapeute ou ses préoccupations par rapport à son propre besoin. De plus, il ajoute qu'il faut faire encore plus attention avec ce type de dévoilement; celui-ci peut très facilement devenir exploitant et aller contre le premier principe éthique de respect de la dignité de la personne en étant le reflet du

besoin du thérapeute d'aller chercher, à son profit, du soulagement et de l'empathie.

Goldstein (1997) va dans le même sens en mettant en garde face au danger possible d'un renversement de rôle. Elle mentionne que le thérapeute ne doit pas dévoiler ce type de contenus s'il croit que cela peut faire émerger trop de matériel non résolu à l'intérieur de lui. Il est risqué que le thérapeute utilise ses patients comme support social afin de se soulager. Pour diminuer le risque d'exploiter ses clients à ses fins, comme le mentionne l'article 7 du Code de l'OPQ (1983) mentionné précédemment, le thérapeute qui souffre doit demander l'aide des proches ou d'un autre professionnel en supervision.

Les propos de ces deux auteurs (Bram et Goldstein) sont, par contre, nuancés. Il semble parfois nécessaire, selon eux, de dévoiler ce type de contenu. Ils mentionnent que par moments, cela irait contre les principes éthiques de garder pour soi de telles informations. Bram (1995) exprime que lorsque le thérapeute souffre d'une maladie grave pouvant provoquer l'interruption future de la thérapie, il doit informer le client de son état afin que celui-ci ait toutes les informations nécessaires pour être libre de choisir de poursuivre ou non avec ce thérapeute. Nier l'arrêt possible irait contre le premier principe éthique de la SCP de respect de la dignité de la personne. En effet, ce principe souligne l'importance du consentement éclairé et de la liberté de choix du client. Les codes de déontologie québécois et américains prévoient également ce type de situation. L'article 28 de l'OPQ (1983) mentionne «qu'avant d'interrompre ses services auprès d'un client, le psychologue doit l'en aviser dans un délai raisonnable et s'assurer que cette cessation de service n'est pas préjudiciable à son client». L'article 7 complète cette énoncé en déclarant que «[...] le psychologue doit diriger son client vers l'une de ces personnes (autre professionnel) lorsque l'intérêt du client l'exige». Il est donc très clair que le psychologue qui sait qu'il devra arrêter de pratiquer aura l'obligation d'avertir son client à l'avance. Ce qui demeure ambigu, c'est s'il doit mentionner les raisons obligeant cet arrêt de travail.

Nous pouvons croire qu'au plan clinique il peut être préférable d'être honnête envers le client pour éviter qu'il se sente abandonné ou qu'il croie que la cessation de la thérapie puisse être due à ses comportements. L'article 10.9 du Code de l'APA (2002) va dans le même sens que l'OPQ (1983) en indiquant que le psychologue doit s'assurer que le client aura les ressources et les soins appropriés s'il doit mettre fin à la thérapie. Il ne peut cesser de traiter un patient en le laissant à lui-même. Goldstein (1997) apporte un exemple de

cas où le non-dévoilement de la maladie du thérapeute a eu un impact négatif sur sa patiente. Le psychologue souffrait d'une maladie grave et la patiente remarquait, d'une séance à l'autre, que son thérapeute dépérissait. Elle a tenté d'aborder le sujet de sa santé à plusieurs reprises, mais à chaque fois elle s'est sentie coupée et redirigée. Elle a même pensé à changer de thérapeute, mais ne l'a pas fait par principe de loyauté. Une journée, elle s'est présentée à son rendez-vous et le thérapeute était absent. Par la suite, à l'exception d'un message sur son répondeur, laissé par la conjointe du thérapeute et mentionnant que ce dernier ne pourrait plus reprendre sa pratique, elle n'a plus jamais eu de nouvelles. Elle n'a reçu aucune aide ou référence suite à ce message. La carte de Noël qu'elle lui a envoyée par la poste lui est revenue. Cette expérience fut très pénible pour elle, et une période de deux ans fut nécessaire avant de passer outre ses sentiments d'abandon et de rejet afin d'aller chercher de l'aide et de recommencer avec un autre thérapeute.

QUELLES SONT LES MOTIVATIONS DES THÉRAPEUTES À SE DÉVOILER ?

Nous devons également nous demander quelles sont les raisons invoquées pour s'autodévoiler ou non. Comme nous l'avons déjà mentionné, afin de respecter l'éthique ces raisons doivent être reliées aux besoins du client et non à ceux du thérapeute. Le dévoilement peut être utilisé pour l'atteinte de plusieurs objectifs, mais la majorité d'entre eux restent théoriques et sont très peu confirmés au point de vue empirique. Tout d'abord, Hill et Knox (2002) rapportent que lors de sondages, les thérapeutes indiquent que les raisons les plus fréquentes pour lesquelles ils se dévoilent sont les suivantes : ils désirent augmenter la similarité perçue entre eux et le client, entretenir une bonne alliance thérapeutique, valider la réalité du client ou normaliser son expérience, offrir une manière différente de penser et d'agir et également répondre au désir des clients. Curtis (1981) indique qu'il est fréquemment invoqué que l'autodévoilement peut être utilisé pour démystifier le processus thérapeutique et diminuer les défenses du client. Wells (1994) ajoute qu'il est souvent rapporté que l'autodévoilement est utilisé afin de démontrer l'engagement du thérapeute dans la thérapie, de construire une confiance, d'offrir un modèle à suivre et d'augmenter le sentiment d'autonomie chez le client.

Bergsma et Mook (1998) soulignent qu'un des objectifs thérapeutiques devrait être de diminuer graduellement le déséquilibre de pouvoir entre le thérapeute et le client. L'une des méthodes à utiliser pourrait être l'autodévoilement du thérapeute lorsque la thérapie est avancée. Les raisons évoquées par les thérapeutes

semblent donc être liées au principe éthique de soins responsables et de bienfaisance. En effet, ils disent effectuer ce type d'intervention pour le bien du client. Nous pouvons nous questionner à savoir si les clients ont la même perception de ces interventions. Dans la recherche de Knox et al. (1997), les sujets ont perçu les dévoilements de leur thérapeute comme étant une tentative de normaliser leur expérience, de les rassurer ou de les aider à effectuer des changements constructifs. Il est possible de croire que la perception positive de l'intention du thérapeute ait pu contribuer à l'expérience du client en ce qui a trait au caractère aidant de l'intervention.

Les raisons invoquées pour se dévoiler peuvent parfois différer des raisons réelles. Même si le thérapeute rationalise son dévoilement par de bonnes intentions, celui-ci peut répondre inconsciemment à d'autres besoins qui lui sont propres. Être psychologue n'est pas un métier facile, et cela peut devenir épuisant. Il peut être tentant de s'autodévoiler pour se soulager de ses conflits personnels (Bishop & Lane, 2001). Le dévoilement peut exploiter le client lorsqu'il est intrusif ou manipulateur. Le thérapeute peut alors tenter d'orienter le client dans certaines directions ou tenter de lui faire confirmer son interprétation en utilisant le dévoilement de soi. Par exemple, une intervention du thérapeute qui dirait à un client fragile et peu confiant, en processus de divorce: «Je sais comment vous vous sentez. Moi, quand j'ai divorcé, je me suis senti trahi par ma conjointe, alors je pense que c'est également le cas pour vous.» Ceci pourrait être une tentative du thérapeute de faire avouer quelque chose au client pour valider son besoin d'être compréhensif. L'article 21 de l'OPQ (1983) régit ce comportement et mentionne que «le psychologue ne doit recourir à aucun procédé dans le but de forcer une personne à faire des aveux.» Un des problèmes de cet article de loi est qu'il est difficile de déterminer réellement ce qu'était l'objectif du thérapeute dans son intervention.

À QUI LES THÉRAPEUTES SE DÉVOIENT-ILS ?

Nous avons mentionné qu'il est inapproprié de s'autodévoiler auprès de tous les clients, mais quelles sont les caractéristiques du client qui peuvent influencer notre décision? Il existe peu d'écrits sur les traits du client qui favorisent un impact positif de l'autodévoilement. On retrouve principalement des mises en garde concernant l'autodévoilement à certains types de clients. Il faut, en tout temps, tenir compte de son histoire et de ses besoins actuels. Les clients négligés dans leur enfance, dont les sentiments n'ont jamais été validés ou qui ont été privés d'intimité seraient

particulièrement à risques de subir des effets négatifs suite aux dévoilements du thérapeute, puisqu'on risquerait de reproduire une dynamique d'intrusion ou d'invalidation de leur expérience subjective. Les clients qui, enfants, ont joué le rôle de confident et de figure parentale peuvent également très facilement reproduire cette situation en thérapie en négligeant leurs besoins par crainte de blesser leur thérapeute (Goldstein, 1994; Goldstein, 1997). Cette auteure conseille d'éviter l'autodévoilement avec les clients à risques dont elle fournit un profil. Ils vivent des problèmes de limites, ils ont une mauvaise perception de la réalité, ils sont prêts à adopter n'importe quelle caractéristique du thérapeute, ils ont tendance à se concentrer uniquement sur les besoins des autres, ils ont peur d'un rapprochement avec leur thérapeute, ils sont très centrés sur eux-mêmes, ils tentent d'éviter les émotions intenses. La plupart de ces clients auraient tendance à se conformer au thérapeute, ce qui ferait en sorte qu'il lui serait plus facile d'oublier les besoins du client pour ensuite s'éloigner du cadre thérapeutique établi. Wells (1994) souligne d'autres éléments importants à considérer. En des termes plus psychodynamiques, elle mentionne qu'il est nécessaire d'évaluer la force du Moi du client avant d'utiliser l'autodévoilement. Un client avec un Moi plus faible serait moins apte à nuancer les propos du thérapeute et aurait davantage tendance à s'y conformer.

La force de l'alliance thérapeutique est également à considérer, car le facteur le plus important serait la qualité de la relation thérapeutique au moment du dévoilement et non la phase de la thérapie ou le contenu (Wells 1994; Goldstein 1997). Dans la recherche de Wells (1994), les participants qui n'avaient pas une bonne relation avec leur thérapeute ont, pour la plupart, abandonné la thérapie suite à un dévoilement de ce dernier. De plus, les attentes du client face à son thérapeute semblent avoir un impact majeur. Nous avons mentionné (*Psychopathology Committee*, 2001) que ceux qui s'attendent à beaucoup de dévoilement de la part de leur thérapeute se dévoilent davantage, si un thérapeute utilise fréquemment ce types d'interventions. L'inverse se produit lorsqu'ils s'attendent à peu de dévoilement de sa part. L'âge du client semble également être un facteur à considérer. Peterson (2002) souligne que le dévoilement de soi peut être utile dans les thérapies avec les enfants, car il leur permettrait de mieux comprendre le rôle du thérapeute et qu'il faciliterait l'établissement d'un lien de confiance. Le processus thérapeutique leur semblerait ainsi moins étranger. Avec les adolescents, ce type d'intervention peut être mal reçu, car ils sont en grande recherche d'autonomie et d'individualisation. Cependant, l'autodévoilement approprié du thérapeute peut

fournir un modèle dans leur travail identitaire. Il serait moins approprié d'intervenir de cette manière auprès des personnes âgées. En effet, celles-ci sont souvent isolées socialement et le thérapeute peut remplir un rôle davantage social que professionnel. Le psychologue serait alors plus aisément vu comme un ami avec qui il est agréable de discuter plutôt qu'un spécialiste favorisant un mieux-être.

Il est donc possible pour le thérapeute de sélectionner certains clients à qui l'autodévoilement pourrait être plus bénéfique qu'à d'autres. Par contre, ceci amène à réfléchir aux principes éthiques de la SCP (2000) du respect de la dignité de la personne et à celui de justice du Code de l'APA (2002). Est-il éthique de se dévoiler uniquement à certains de nos clients? La prudence est de mise lorsqu'il est possible que plusieurs des clients du même thérapeute puissent entrer en contact à l'extérieur de la thérapie ou lorsque celui-ci pratique dans une petite communauté. Goldstein (1997) apporte un exemple tiré de sa pratique personnelle où cette situation s'est présentée. Elle a décidé de mentionner à certains patients qu'elle devait annuler leur séance pour être aux côtés de son père très malade, mais elle a choisi de ne pas le dire à d'autres qu'elle considérait plus vulnérables. Elle n'avait pas prévu que deux de ses clients se rencontreraient entre-temps et qu'ils discuteraient de la situation. Celle qui n'avait pas été informée s'est sentie rejetée et blessée par la décision de Goldstein. Nous pouvons donc voir, à l'aide de cet exemple, la grande complexité du choix à faire lorsque l'opportunité de s'autodévoiler se présente.

IMPACTS DE L'AUTODÉVOILEMENT

De nombreuses conséquences possibles ont été postulées depuis le début, mais on observe peu de recherches empiriques validant ces différentes positions théoriques. Il existe tout de même certaines recherches qui ont évalué les impacts possibles à court et à long terme de l'autodévoilement du thérapeute. Hill et Knox (2002) ont recensé différentes études des dernières années sur les effets de ce type d'intervention. Ils rapportent que les études sur l'impact à court terme démontrent des résultats positifs. Nous l'avons vu, certains chercheurs (Hill et al., 1988) ont constaté que les clients jugent l'autodévoilement du thérapeute comme l'une des interventions les plus bénéfiques dans leur thérapie. Par ailleurs, la même étude révèle que les thérapeutes jugent cette technique comme l'une des moins bénéfiques pour leur client. Ils expliquent ces résultats par l'idée que les thérapeutes pourraient se sentir plus vulnérables face à leurs patients en craignant d'avoir perdu une certaine crédibilité ou prestance suite au dévoilement.

Hill, Mahalik et Thompson (1989) ont observé que les dévoilements à contenu rassurant étaient perçus comme plus aidants par les clients et les thérapeutes que ceux à contenu plus confrontant. La recherche qualitative de Knox et al. (1997) avec des sujets en cours de thérapie a démontré que les interventions d'autodévoilement du thérapeute ont augmenté l'*insight* des clients et leur ont permis de changer leur perception du thérapeute en le rendant plus humain, plus vrai et moins parfait, ce qui était associé avec une meilleure relation thérapeutique et un meilleur équilibre du pouvoir. Cela ne veut pas dire qu'ils percevaient leur relation avec leur thérapeute comme étant parfaite, mais qu'ils avaient une vision plus juste et qui n'était plus uniquement bonne ou mauvaise. Il est également mentionné que la vision plus réaliste du thérapeute n'était pas liée à une perte de son statut de professionnel.

À plus long terme, aucune étude n'a réussi à établir un lien direct entre l'issue finale de la thérapie et la fréquence d'autodévoilement de la part du thérapeute. Certaines études (Ramsdell & Ramsdell, 1993) ont trouvé des effets positifs du dévoilement sur le traitement. Un sondage a été effectué auprès d'anciens clients en thérapie et ces derniers ont évalué cette intervention comme étant très positive. À première vue, on pourrait penser que la majorité des études ne trouvent que des effets bénéfiques pour le client suite à l'utilisation de l'autodévoilement par le thérapeute, mais il ne faut pas oublier que ce sujet demeure très controversé. Les études rapportant des effets négatifs sont rarement des recherches à grande échelle, avec un grand nombre de sujets et sont, pour la plupart, des histoires de cas, mais ceci n'est pas une raison pour négliger leur importance. En effet, l'autodévoilement peut devenir bénéfique lorsqu'il est utilisé de manière appropriée, mais une intervention d'autodévoilement du thérapeute représente toujours un risque, puisque l'impact dépend de nombreux facteurs difficiles à évaluer sur-le-champ lorsque la situation se présente.

CONCLUSION

À la lumière de ces réflexions, il semble très important, dans l'utilisation du dévoilement, que cette intervention soit utilisée afin de répondre au besoin du client et non à celui du thérapeute. L'intervention doit s'appuyer sur un rationnel derrière qui vise un effet thérapeutique chez le client. Étant donné les risques importants de débordement du cadre que peut entraîner cette intervention, elle doit être utilisée adéquatement. En effet, comme c'est une intervention qui semble avoir un grand impact chez le client, le thérapeute peut être tenté de l'utiliser en désespoir de cause pour faire bouger les choses, lorsqu'il sent qu'il est dans une

impasse et qu'il croit que le client ne progresse pas en thérapie. Nous avons vu que les clients s'attendent à un certain dévoilement de la part des thérapeutes, mais il est important de préciser que ceux-ci ne doivent pas se sentir obligés de répondre à cette demande et doivent être à l'aise de garder certaines informations pour eux.

Peterson (2002) propose certaines questions qu'on peut se poser avant de choisir de s'autodévoiler ou non. Ces questions sont : est-ce que cette information est nécessaire pour respecter le consentement éclairé du client ? Est-ce que l'autodévoilement répond au besoin du client ou au mien ? Est-ce que le client pourra utiliser cette information de manière aidante et constructive ? Est-ce que le dévoilement de cette information peut interférer avec le progrès thérapeutique, par exemple contaminer le transfert ? Ce questionnement est intéressant, mais comme le mentionne Goldstein (1997) le thérapeute doit tout de même y avoir réfléchi, puisqu'il aura peu de temps pour réagir. Il est important de demeurer flexible sur le sujet. En effet, nous le rappelons, la décision de s'autodévoiler est une décision à prendre « cas par cas ». Il faut tenir compte d'une certaine fatalité de l'expression naturelle et il ne faut pas nier ce qui est manifeste. Par moments, le dévoilement de certaines informations ou émotions est inévitable et ce qui devient important est de se questionner sur « comment faire pour que cette interaction soit thérapeutique ». Une des manières de diminuer le risque d'un impact négatif chez le client est de vérifier l'effet ressenti auprès de lui, suite au dévoilement du thérapeute. De cette façon, il est possible d'avoir une idée de l'expérience subjective du client face à l'intervention et de la travailler immédiatement. Il sera ainsi moins risqué que le client garde pour lui ses réactions et que celles-ci prennent une ampleur démesurée.

Les thérapeutes peuvent faire des erreurs, mais celles-ci, lorsque bien travaillées avec le client, peuvent également devenir thérapeutiques. Bishop et Lane (2001) mettent en garde les thérapeutes débutants. Ces professionnels avec moins d'expérience seraient à risque de sortir du cadre plus facilement lorsqu'ils utilisent l'autodévoilement en raison d'un manque d'assurance et d'une identité professionnelle plus fragile. Le dévoilement du thérapeute peut déraper sur des sujets délicats et complexes et les thérapeutes novices seraient moins habiles à gérer ce type de situation. Ils doivent apprendre à construire et à maintenir un cadre thérapeutique de base avant de s'avancer dans des interventions relationnelles plus risquées. Ces auteurs proposent également une intervention alternative possible aux dévoilements d'émotions du thérapeute à l'égard de son client. Par exemple, plutôt de dire : « Je

me sens blessé par rapport à votre comportement envers moi», le thérapeute peut dire: «Je me demande si vous voudriez que je me sente blessé par votre comportement». Le thérapeute met ainsi moins l'emphase sur lui et recentre la situation sur les besoins du client.

Les recherches démontrent que le dévoilement du thérapeute peut être thérapeutique lors de certaines situations. Ce qui importe, c'est de prévenir les situations où ce serait fait de manière inappropriée. Une des manières possibles d'éviter que ces interventions soient faites pour répondre aux besoins du thérapeute plutôt qu'à ceux du client est de faire attention à soi.

En tant que thérapeute, il faut s'accorder des moments de répit et faire en sorte d'avoir une vie relativement satisfaisante à l'extérieur de notre travail pour ne pas avoir à répondre à nos besoins dans nos relations avec nos clients. Lorsqu'un événement ou une situation extérieurs nous affectent et risquent d'avoir un impact sur notre travail, il peut être approprié d'aller chercher de l'aide, que ce soit sous forme de supervision, de psychothérapie personnelle ou tout simplement, par le support des proches.

Références

- American Psychological Association (2002). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. En ligne, mai 2007
<http://www.apa.org/ethics/code2002.pdf>
- Aponte, H. J. & Winter, J. E. (2000). «The Person and Practice of the Therapist: Treatment and Training». Dans: Baldwin, M. (Ed.) *The Use of self in therapy (2nd edition)* (p. 84-111). Binghamton, NY, U.S.: The Haworth Press.
- Barnett, J.E. (1998). «Should psychotherapists self-disclose? Clinical and ethical considerations». Dans: VandeCreek, L., Knapp, S. et al. (Eds.) (1998). *Innovations in clinical practice: A source book*. Vol. 16 (419-428). Sarasota, FL, U.S.: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Bergsma, J. & Mook, B. (1998). «Ethical Considerations in psychotherapeutic systems». *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19, 371-381.
- Bishop, J. & Lane, R.C. (2001). «Self-disclosure and the Therapeutic Frame: Concerns for Novice Practitioners». *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 31 (4), Hiver, 245-256.
- Borys, D.S. & Pope, K.S. (1989). «Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers». *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 283-293.
- Bram, A.D. (1995). «The physically ill or dying psychotherapist: A review of ethical and clinical considerations». Dans: Peterson, Z. (2002). «More than a mirror: The ethics of therapist self-disclosure». *Psychotherapy: Theory/Research/Training*, 39 (1), 21-31.

- Brock, G. (1987). «Ethics casebook». Dans: Farber, B. A. (2006). *Self-Disclosure in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Buber, M. (1957). *Je et Tu*. Paris: Aubier.
- Carkhuff, R.R. (1969). *Helping and human relations*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Carter, R.L. & Motta, R.W. (1988). «Effects of intimacy of therapist self-disclosure and formality on perceptions of credibility in an initial interview». *Perceptual and Motor Skills*, 66, 167-173.
- Curtis, J. M. (1981). «Indications and contraindications in the use of therapist's self-disclosure». *Psychological Reports*, 49, 499-507.
- Delisle, G. (1993). *Les troubles de la personnalité, perspective gestaltiste* (3^e édition). Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestal-thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Ehrenberg, D. (1984). «Psychoanalytic engagement II: Affective considerations». *Contemporary Psychoanalysis*, 20, 560-583.
- Epstein, R. S. (1994). *Keeping boundaries: Maintaining safety and integrity in the psychotherapeutic process*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Farber, B. A. (2006). *Self-Disclosure in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Gabbard, G.O. (Ed.) (1989). *Sexual Exploitation in Professional Relationships*. Washington, D. C.: American Psychiatric Inc.
- Garfield, R. (1987). «On self-disclosure: The vulnerable therapist». *Contemporary Family Therapy*, 9 (1-2), Printemps-Été, 58-77.
- Ginger, S. (1992). *La Gestalt: une thérapie du contact* (4^e édition). Paris: Hommes et Groupes éditeurs.
- Goldstein, E.G. (1994). «Self-disclosure in treatment: What therapists do and don't talk about». *Clinical Social Work Journal*, 22, 417-433.
- Goldstein, E.G. (1997). «To tell or not to tell: The disclosure of events in therapist's life to the patient». *Clinical Social Work Journal*, 25, 41-58.
- Hendrick, S. S. (1988). «Counselor Self-Disclosure». *Journal of Counseling and Development*, 66, 419-424.
- Hill, C.E., Helms, J.E., Tichenor, V., Spiegel, S.B., O'Grady, K.E., & Perry, E.S. (1988). «Effects of therapist response modes in brief psychotherapy». *Journal of Counseling Psychology*, 35, 222-233.
- Hill, C.E & Knox, S. (2002). «Self-Disclosure». Dans: Norcross, J. (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, 255-265, New York: Oxford University Press.
- Hill, C.E., Mahalik, J.R. & Thompson, B.J. (1989). «Therapist self-disclosure». *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26, 290-295.
- Hycner, R. H. (1985). «Dialogical Gestalt Therapy: An Initial Proposal». *The Gestalt Journal*, 8 (1), 23-49.

- Jacobs, L. (1989). « Dialogue in Gestalt Therapy and Theory ». *The Gestalt Journal*, 12 (1), 25-67.
- Juston, D. (1990). *Le transfert en psychanalyse et en Gestalt-thérapie*. Lille : La boîte de Pandore.
- Knox, S., Hess, S.H., Petersen, D. A. & Hill, C.E. (1997). « A Qualitative Analysis of Clients Perceptions of the Effects of Helpful Therapist Self-Disclosure in Long-Term Therapy ». *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 44 (3), 274-283.
- Maroda, K. (1998). « Why mutual analysis failed ». *Contemporary Psychoanalysis*, 34 (1), 115-132.
- McCarthy, P. R., & Betz, N.E (1978). « Differential effects of self-disclosing versus self-involving counselor statements ». *Journal of Counseling Psychology*, 25, 251-256.
- Oppenheimer, A. (1998). *Heinz Kohut*. Presses Universitaires de France.
- Ordre des psychologues du Québec (1983) *Code de déontologie de l'Ordre des psychologues*. En ligne mai 2007
<http://www.ordrepsy.qc.ca/opqv2/fichier/20050713-172338-CodeDeonto.pdf>
- Ordre des psychologues du Québec (2001). Projet de nouveau code de déontologie. Dans: L. Brunet (2005). Recueil de textes, PSY 8412 - Déontologie en psychologie.
- Perlman, G. (1991). « The question of therapist self-disclosure in the treatment of married gay men ». Dans: C. Silverstein (Ed.). *Gays, Lesbians, and their therapists: Studies in psychotherapy*. New York: Norton, 201-209.
- Peterson, Z. (2002). « More than a mirror: The ethics of therapist self-disclosure ». *Psychotherapy: Theory/Research/Training*, Vol. 39 (1), 21-31.
- Pope, K.S., Tabachnik, B.G. & Keith-Spiegel, P.C. (1987). « Ethics of practice: Beliefs and behaviors of psychologists as therapists ». *American Psychologist*, 42 (11), 993-1006.
- Psychopathology Committee of the Group for the Advancement of Psychiatry. (2001). « Reexamination of Therapist Self-Disclosure ». *Psychiatric Services*, 52 (11) 1489-1493.
- Ramsdell, P.S. & Ramsdell, E. A. (1993). « Dual Relationships: Client perceptions of the effect of client counselor relationship on the therapeutic process ». *Clinical Social Work Journal*, Vol.21 (2), 195-212.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- Shadley, M.L. (2000). « Are all Therapists Alike? Use of Self in Family Therapy: A multidimensional Perspective ». Dans: Baldwin, M. (Ed) *The Use of self in therapy (2nd edition)*. Binghamton, N.Y., U.S.: The Haworth Press, 127-137.
- Simon, R.I. (1989). « Sexual exploitation of patients: How it begins before it happens ». *Psychiatric Annals*, 104-122.

Société Canadienne de Psychologie (2000). *Code canadien de déontologie professionnelle des psychologues: Troisième édition*. En ligne mai 2007 [http://www.cpa.ca/cpasite/userfiles/Documents/publications/code-deontologie\(TEMP\).pdf](http://www.cpa.ca/cpasite/userfiles/Documents/publications/code-deontologie(TEMP).pdf)

Watkins, C.E., Jr. (1990). «The effects of Counselor Self-Disclosure: A Research Review». *The Counseling Psychology*, Juillet, 477-500.

Wells, T. L. (1994). «Therapist self-disclosure: It's effects on clients and the treatment relationship». *Smith College Studies in Social Work*, November, 65(1), 23-41.

Abstract

Self-disclosure by the therapist is one of the most controversial interventions in psychotherapy. Most often, the therapist's decision to self-disclose will be made on the basis of clinical intuition and theoretical orientation. The goal of this article is to stimulate reflection on this delicate subject while considering the deontological, ethical and clinical issues. A theoretical and empirical review of the literature reveals certain areas of reflection that provide the clinician with guidance in the process of deciding to self-disclose or not. The decision to self-disclose to a patient remains a case by case intervention depending on the person to whom the clinician is disclosing, the content of the disclosure, the context and the reasons why the therapist is disclosing. The impact that self-disclosure can have on patients will also be discussed.

Amour et engagement

Les enjeux du couple contemporain en thérapie

Nicole HÉBERT

Résumé

L'auteure décrit certaines difficultés présentées par les couples en thérapie. Les vignettes cliniques décrivent et illustrent certains enjeux du couple contemporain. L'auteure explore ensuite diverses avenues de compréhension et de traitement, incluant la méthode de base qu'utilisent les psychologues du centre de consultation conjugale Objectif-Couple, à Montréal. Son point de vue s'étaye sur ses formations et lectures, notamment en psychothérapie systémique, en Gestalt et en psychanalyse.

INTRODUCTION

Continuer de croire en l'amour inconditionnel, durable, voire éternel devient difficile lorsqu'une personne avec qui l'on a fait de grands projets et investi toute sa personne déçoit profondément nos attentes. Sera-t-il possible de faire confiance et de s'abandonner à nouveau, de livrer son âme, sans crainte d'être dénigré, heurté ou ridiculisé? Que l'on ait un partenaire ou pas, la question préoccupe. C'est ainsi que certaines personnes vivant en couple doutent profondément de leurs propres sentiments. Elles éprouvent de la difficulté à mettre le mot *amour* sur ce qu'elles ressentent pour la personne qui partage leur vie.

Il y a parfois des recouvrements cocasses entre deux langues qui se ressemblent. Par exemple, un même mot, en finlandais, signifie *mariage*, alors qu'en estonien, il signifie *problème*. Une telle confusion fait peut-être partie de l'inconscient collectif, car on voit à l'heure actuelle un certain engouement pour le célibat. Après de cuisants échecs, on préfère apprivoiser la solitude et entretenir des liens plus étroits avec la famille, les amis ou un animal de compagnie. On peut assouvir ses besoins charnels avec un amant de passage ou un *fuck friend*. Dommage, car la vie conjugale recèle maints trésors, même s'il faut parfois l'aide d'un tiers pour les découvrir.

Cet article a pour but d'exposer, à partir de l'ambivalence que vivent les couples, différentes voies pour redonner espoir à ces partenaires blessés, en colère, et qui se sentent lésés. Cela requiert

l'utilisation d'une approche différente de la psychothérapie individuelle. L'analyse des dynamiques personnelles ne suffit pas à éclairer ce qui s'est construit entre deux êtres au fil du temps. Le thérapeute, quant à lui, doit se sentir solide s'il ne veut pas se voir coincé entre deux pugilistes. Travailler avec les couples représente une aventure fascinante et la formation continue constitue un « incontournable » afin d'être en mesure d'assumer ce rôle exigeant. Les diverses avenues que j'ai empruntées ont étoffé les réflexions que je partagerai ici. Il ne s'agira pas de définir précisément quelle est la meilleure méthode d'intervention, mais de présenter celle que je pratique, en constante évolution, avec l'espoir qu'elle puisse susciter réflexions et discussions.

Mon approche a comme canevas la méthode originale d'Objectif-Couple, élaborée par André Surprenant, psychologue, collègue, ami et premier mentor en thérapie conjugale. Je lui dois beaucoup, puisqu'il m'a fait confiance en me référant mon premier couple. J'ai, depuis, bénéficié de son expertise et de son soutien indéfectible.

Je dois également une reconnaissance toute particulière à madame Janine Corbeil pour son enseignement et son soutien pendant les premières années de ma pratique auprès des couples. La pertinence et la richesse de ses remarques continuent d'être de précieux atouts dans ma compréhension des systèmes et colorent encore mes interventions.

Différentes sources de références seront posées comme appui à mes observations ; chacune a des ramifications multiples, la première étant ma pratique en bureau privé auprès de nombreux couples depuis 1999, étayée par diverses supervisions, formations et lectures. De ces lectures, je souhaite plus particulièrement partager *Can Love Last ? The Fate of Romance over Time*, de Stephen A. Mitchell (2002)¹. Cet ouvrage fascinant m'a été proposé au début de l'année 2006 et je l'ai lu comme on goûte un bon repas entre amis, lentement, mais sans attendre que ça refroidisse. C'est avec délectation que j'ai découvert les liens inouïs que ce psychanalyste sympathique établit entre nos attentes amoureuses et les solutions parfois scabreuses que nous mettons en œuvre pour les combler et, en même temps, éviter qu'elles se matérialisent.

Autre source d'inspiration importante, mon expérience personnelle d'être en couple avec le père de mes enfants depuis vingt-huit ans. J'ose m'en vanter, car ce n'est pas chose courante à notre époque. Nous avons dû, pour conserver une certaine harmonie,

¹ Dans ce texte, toutes les mentions de cet auteur réfèrent à cette publication.

nous remettre en question et consulter. Je suis à peu près certaine que nous ne serions plus ensemble sans cela. Bien que les couples qui me consultent n'en sachent rien, c'est en grande partie cette expérience qui m'aide à leur transmettre l'espoir.

Dans un premier temps, je tenterai donc de déterminer de quoi est faite l'impasse des couples qui consultent. Elle sera définie en termes d'idéalisation, de peur du conflit, de perte de l'amour romantique, de polarisation et de différenciation. Je décrirai ensuite quelques-uns des enjeux qui concernent plus précisément les couples actuels, tels la performance, le compromis et l'expression du désir. Seront ensuite posés les défis de la thérapie conjugale comme l'accueil de la demande d'aide et les techniques pour susciter le dépassement, dont la méthode d'Objectif-Couple, et l'exploration des dynamiques familiales d'origine.

Afin d'éviter la complexité, j'utiliserai parfois le masculin pour décrire les comportements ou intentions des partenaires amoureux. La majorité des attitudes décrites dans cet article peuvent correspondre autant à un sexe qu'à l'autre lorsque cela n'est pas autrement indiqué.

L'IMPASSE

Commençons par définir ce qui amène les conjoints à se remettre en question de façon stérile, au point de chercher une aide extérieure. La notion d'impasse sera décortiquée afin d'en faire ressortir les enjeux principaux que sont l'idéalisation, la peur du conflit, la perte d'amour romantique, la polarisation et la différenciation.

L'idéalisation

Ce sentiment constitue évidemment une donnée importante en ce qui concerne la déception amoureuse. Mitchell en parle comme d'un élément essentiel à l'amour. Il affirme que le fait d'aimer implique une sorte de négociation interne avec les aspects idéalisés de l'être aimé. Certes, tomber amoureux comporte le fait d'enjoliver tous les traits de la personne que l'on apprécie, mais ce psychanalyste établit une différence entre l'attraction que l'on éprouve envers une personne qui possède réellement certains attributs et le coup de foudre pour quelqu'un sur qui l'on projette l'atteinte de ses propres besoins. Dans ce dernier cas, une fois le quotidien mis en place, les lunettes roses ne tiennent plus et c'est la débandade. Cela, je crois, constitue l'une des principales causes de remise en question des couples récents, quoiqu'elle en soit une à l'occasion pour les couples au long cours.

Mitchell avance qu'il est beaucoup plus risqué de s'abandonner dans une relation de longue durée que dans une histoire passagère. Selon lui, le fait d'espérer quelque chose de vital de la part de quelqu'un qui compte énormément pour nous représente le plus grand péril de la vie émotionnelle. L'exclusivité de la relation fait en sorte que l'on a tendance à s'attendre à ce qu'une seule et même relation comble tous nos besoins: sociaux, affectifs ou sexuels. Or, qu'avons-nous appris aux premiers jours de notre vie qui permette de croire cela probable? Nombre d'entre nous sommes nés dans un contexte qui négligeait nos appels de phares. Nous avons, pour une grande majorité, développé la faculté de nous tourner au plus vite vers une autre source ou encore vers nous-mêmes, sublimant par divers moyens des besoins criants de chaleur humaine, d'intimité ou de reconnaissance de notre valeur.

Selon Mitchell, l'idéalisation joue encore ici un rôle délicat. Alors que l'être humain a besoin de se sentir en sécurité, le fait de continuer à idéaliser l'être aimé déstabilise. Peut-on vraiment tout attendre d'une seule et même personne? Il devient impérieux de «dompter», d'encadrer cette facette de l'amour. En effet, un épisode d'idéalisation peut coûter cher si l'on s'y abandonne avec l'être qui détient à la fois la capacité de combler notre besoin de sécurité et celle de nous abandonner à sa guise. Il est donc préférable de ressentir du désir pour quelqu'un qu'il est aisé de perdre ou qui est simplement inaccessible.

Suivant cette logique, prenons pour exemple un conjoint qui constate ne pas trouver satisfaction dans la sexualité avec sa partenaire. Ce besoin étant non négociable, il remet sa relation en question. Sa sécurité affective et sa stabilité se voient ainsi mises en péril. La solution consiste à limiter l'expression de son désir dans le couple, à se mettre à croire qu'il n'y en a plus (probablement à cause de l'autre), quitte à assouvir ses besoins charnels à l'extérieur, préservant ainsi les besoins de base d'attachement et de stabilité avec sa douce moitié.

Un homme de cinquante ans me consulte au sujet d'une ambivalence qu'il ressent depuis nombre d'années par rapport à sa conjointe. Il a eu quelques aventures, dont la dernière est toujours active. Le parcours du couple est assez traditionnel, mais quelques années après la naissance de leur premier enfant, Madame a une aventure qu'elle déclare à son conjoint et à laquelle elle met fin rapidement. Monsieur vit durement la trahison, mais pardonne. C'est par la suite qu'il commencera lui-même à combler ailleurs ses besoins passionnels. Selon lui, son désir pour sa conjointe a toujours été mitigé depuis l'incartade de cette dernière. Il continue par ailleurs à la trouver intéressante et belle et dit passer de très bons moments en sa compagnie. Mais te

contact charnel entre eux ne lui apporte aucun plaisir, alors qu'il se dit excité par sa maîtresse sans qu'il puisse se l'expliquer véritablement.

Suivant la théorie énoncée plus haut, les agissements de cet homme ont pour but de diviser ses investissements afin d'éviter la perte de sa sécurité affective. Il décrit la femme qu'il fréquente actuellement comme moins sophistiquée que sa conjointe et se voit difficilement tout abandonner pour elle. Mais s'il la quittait, il se retrouverait pris au piège de tout attendre de sa conjointe et il risquerait, du même coup, de tout perdre. À la maison, il retrouve toujours la femme qu'il connaît bien, la mère de ses enfants, avec qui il peut discuter et être à son aise. Il dira d'ailleurs: «C'est difficile de vivre auprès de la perfection.» Dehors, il rencontre une femme imparfaite, mais qui l'excite et lui permet de s'éclater dans sa virilité et sa fantaisie. L'ambivalence est pénible, mais la porte de sortie est toujours là, de même que sa sécurité d'attachement. C'est ce qu'on appelle *sauver la chèvre et le chou*. Mais une partie importante de lui est nettement insatisfaite. En vérité, il est divisé et cela est très inconfortable.

La consultation individuelle autour d'une telle question peut s'avérer longue, et le client se voit coincé entre deux choix seulement. L'ambivalence est à son comble et la maintenir indéfiniment peut devenir stérile. Le but de la thérapie doit être d'ouvrir le champ des possibilités, tout en explorant l'étroitesse des avenues que privilégie le client. Tout comme il pourrait quitter sa femme sans nécessairement former un nouveau couple avec sa maîtresse actuelle, il pourrait revoir les paramètres de son mariage et tenter de s'y laisser surprendre. Cependant, les résistances présentes dans un tel cas donnent à penser que la thérapie conjugale serait prolifique, car elle permettrait d'identifier plus rapidement la dynamique qui prévaut, aidant le client et sa conjointe à ressentir et à nommer clairement ce qu'ils souhaitent faire de leur vie à venir, que ce soit ensemble ou chacun de son côté. Il est plausible que, depuis leur mariage, cet homme ressente une pression d'être à la hauteur des attentes d'une femme qu'il perçoit comme bonne et parfaite en tous points. Qu'arriverait-il s'il exprimait cela, en thérapie avec elle? Peut-être serait-il confronté lui aussi au rejet qu'il lui fait subir depuis toujours et qui la pousse à masquer ses imperfections pour ne pas lui déplaire davantage. Le thérapeute aurait probablement l'occasion de faire une intervention paradoxale, les félicitant de leur grande habileté à éviter le conflit, ce qui mettrait en lumière à quel point celui-ci leur aurait été bénéfique par moments afin que la personnalité de chacun s'épanouisse. L'idéalisation de la relation dans l'harmonie leur a probablement fait perdre de vue leurs besoins individuels.

La peur du conflit

Chez le couple d'un certain nombre d'années, l'idéalisation peut aussi exercer son rôle de façon constructive et complexe. Toujours selon Mitchell, elle est fertile lorsque les qualités idéalisées chez l'autre sont les mêmes que ce dernier valorise en lui-même. Ainsi, lorsque ce mécanisme est partagé, une mythologie partielle à deux se construit peu à peu, contribuant à consolider l'intimité réelle du couple. Toutefois, il devient risqué de fonder ses attentes sur ce seul aspect. Entretenir l'illusion que cette belle harmonie soit le pain quotidien du couple constitue probablement la pierre d'achoppement de nombreuses relations pourtant bien implantées.

Un couple dans la cinquantaine me consulte concernant des tensions lors de voyages de plaisance. Il s'avère qu'ils ne parviennent, ni l'un ni l'autre, à tolérer l'idée même de conflits. Advenant une divergence d'opinions, ils se referment tous deux et entrent dans une colère improductive, puisque rien ne se dit. Il leur a donc fallu apprendre à se disputer de façon efficace, à exprimer leur mécontentement de façon plus spontanée, sans craindre de blesser l'autre. Le fait est qu'ils se croyaient beaucoup plus vulnérables qu'ils ne l'étaient en réalité. Leurs discussions sont devenues plus franches et chacun a dû admettre ses torts à l'occasion. Comme ils se permettaient de se montrer imparfaits et différents, leur relation s'est dynamisée. L'humour y a pris plus de place et le couple s'est engagé sur une voie plus enrichissante.

La perte de l'amour romantique

Mitchell utilise l'expression « *romantic love* » pour décrire ce que l'on estime avoir perdu après une certaine période de vie conjugale. En effet, la plupart du temps les personnes qui attachent une grande importance à cet aspect du lien sont déçues lorsque la relation s'engage dans une phase empreinte d'habitude, de routine et de non-dits. Or, comme il le souligne, l'humain éprouve sa vitalité et le sens de sa vie beaucoup plus vivement dans l'état d'amour romantique, autant envers lui-même qu'envers un autre. La perte de cet état entraîne donc une certaine désillusion.

L'amour romantique a la réputation d'être impulsif, naturel, fougueux et captivant. Il n'y a pas d'efforts à faire pour le maintenir, tout y coule de source, si je puis me permettre. Au contraire, une relation qui dure est évidemment pénible par moments. Elle demande persévérance, tolérance, patience et engagement. Or, si l'on se surprend à calculer ses gestes, à planifier ses approches, on s'imagine vite pris dans un engrenage sans signification. On a l'impression de jouer dans une mauvaise pièce de théâtre qui ne finira jamais, puisque l'on s'est juré fidélité pour la vie.

La polarisation

Ne sachant pas toujours bien voir en eux-mêmes, les amoureux déchus sont enclins à pointer l'autre comme source de leurs malheurs, par manquement ou par délit. On lui reproche de n'avoir pas été attentif, d'avoir abusé de notre tolérance, profité de notre générosité, d'être dur ou inconséquent. Celui qui se voit accusé tombe des nues, lui qui se croyait en confiance et avait cessé de déployer tous ses charmes pour laisser sa vraie nature se révéler dans un abandon sans mélange. L'accusé croyait bien faire en appliquant ses propres méthodes, interprétant les besoins de l'autre et s'efforçant tout de même de les combler à satiété, selon lui. Se voyant ainsi pointé du doigt, il ne fait que se défendre, évitant soigneusement d'écouter vraiment les doléances de son juge qui ne cesse de le blâmer, exprimant rarement un besoin clair et exempt d'amertume. Il s'agit souvent, pour l'accusé, de résister aux attentes de l'autre, ressenties comme la reproduction d'une relation du passé dans laquelle il se voyait dénigré et soumis à la tyrannie d'un parent, d'un frère ou d'une soeur. L'issue comporte une capacité d'ouverture, ce dont bien des gens s'avèrent incapables, la blessure étant toujours vive. Chacun reste donc campé dans sa polarité, l'intimité s'effrite et l'idée de couple perd à ce moment tout attrait.

Dans de pareils cas, il est utile, en entrevue, de proposer des exercices permettant de court-circuiter cette impasse. Le thérapeute doit aider chacun des conjoints, à tour de rôle, à identifier chaque mot, geste ou mimique sur lesquels il se base inconsciemment pour interpréter les paroles de l'autre. En fait, il s'agit de déconstruire le dialogue jusqu'à ce qu'il perde sa rigidité. Les conjoints se rendent vite compte à quel point ils ne s'écoutent pas véritablement et deviennent plus attentifs, autant aux mots qu'au langage non verbal.

La différenciation

On entend souvent dire que les contraires s'attirent. Selon cet adage, la personne qui se moule facilement au nid douillet du bonheur à deux serait donc portée à choisir un anxieux qui s'inquiète au moindre signe d'amollissement de la passion. Ce dernier refuse de s'abandonner totalement, de crainte que l'amour soit à tout jamais évacué, faute de vigilance, de ce lien qui avait représenté, naguère, la quintessence du contact humain. Malheureusement, c'est souvent cette vigilance même qui viendra tout bousiller, qu'elle s'exprime sous forme de jalousie, de demande insistante et excessive de contact ou de recherche d'harmonie parfaite dans les échanges, de confluence, quoi !

Manon se décrit elle-même comme naïve. Elle s'est investie dans sa relation avec Marc sans se soucier de ses actifs financiers. Ils ne se sont pas mariés. Tous deux font carrière et payent différents biens rattachés à la vie domestique. Marc gagne un plus gros salaire et est l'unique propriétaire de leur maison. Ils ont un jeune enfant et Manon assume les frais de garde, l'épicerie et les vêtements du petit, en plus de ses dépenses personnelles, ce qui vient vite à bout de sa paye. S'il fallait qu'ils se quittent, elle se retrouverait sans un sou avec l'obligation de se meubler à crédit. Lorsqu'ils arrivent en thérapie, ils sont tous les deux à cran, se sentant floués, chacun à leur façon. Quand Manon lui demande de réviser leur arrangement, Marc se voit forcé de partager ce qu'il a acquis de son labeur. Manon se sent lésée, elle qui a dépensé sans compter et sans l'assurance que ses investissements étaient pris en compte. Elle faisait confiance aveuglément en l'intégrité de Marc parce qu'elle l'aimait, mais elle se rend compte que la balance du pouvoir ne penche pas de son côté.

Ce qui se joue, ici, n'a pas seulement trait à la dimension financière de la relation, mais aussi, et surtout, à la confiance aveugle de quelqu'un qui a idéalisé son partenaire, ne tenant pas compte de ses besoins en matière de sécurité. Cette impasse est le symptôme qui met en relief la lutte de pouvoir dans laquelle tous les couples arrivés à l'étape de différenciation se retrouvent.

Manon a cru d'emblée à la générosité de Marc qui se montre aujourd'hui extrêmement jaloux de ses possessions et peu enclin à partager, même avec la mère de son enfant et malgré l'apport non négligeable de sa conjointe dans la vie du ménage. Il bafoue ainsi sa confiance et ruine probablement toute possibilité de rétablir le lien amoureux. Ce couple a vécu dans la confluence, ne sachant pas prendre la distance nécessaire pour voir le déséquilibre des avantages et des insécurités. Cet *awareness* leur aurait assurément valu quelques malaises, mais par la suite, des aménagements auraient procuré confort et équité dans l'arrangement. Malheureusement, ils sont à présent découragés et désespérés face au fiasco que représente, pour eux, leur petite famille.

Or, comme nous l'explique Joseph Zinker (1994), chaque personne doit développer la conscience, l'*awareness* de soi comme entité différente de celle de l'autre. Son expérience interne et sa perception doivent se différencier de celles de son partenaire. Selon lui, le thérapeute doit soutenir l'identification de frontières claires en encourageant l'expression au « je » des émotions et des attentes de chacun. Ainsi, il eut été préférable que Manon tienne compte de ses besoins et de ses investissements dans toutes les dimensions de sa vie personnelle et conjugale. Si elle les avait fait connaître à Marc, il aurait été en mesure de déterminer ce qu'il avait envie d'assumer ou non dans cette union.

LES ENJEUX DU COUPLE CONTEMPORAIN

Voilà comment se présente parfois l'impasse du couple. Celle-ci peut prendre de multiples visages dont je n'ai donné qu'un bref aperçu. Poursuivons l'exploration en regardant de plus près la réalité des couples, aujourd'hui. Quelques entraves majeures entrent en ligne de compte dans la perte d'harmonie du couple. Elles méritent d'être définies succinctement: la course à la performance, le refus du compromis et l'expression du désir.

La course à la performance

Les femmes étant pratiquement toutes sur le marché du travail, le couple doit composer avec un emploi du temps assez chargé. Les contraintes qu'impose la société sous-tendent une performance accrue à tous les plans, que ce soit matériel, physique, esthétique, intellectuel ou sexuel. Les parents souhaitent, pour leurs enfants, une vie remplie de succès. Les études en psychologie organisationnelle parlent d'« *achievement* » concernant les adultes, mais leur progéniture se voit également confrontée à cette exigence, et ce, dès la garderie. Les parents qui ne parviennent pas à se voir comme les motivateurs d'un tel rendement se sentent dévalorisés, voire anxieux et perdants. Ils en arrivent à se blâmer de mal s'y prendre, de saboter l'épanouissement du rejeton. Ce qu'ils sabotent, en fin de compte, c'est le plaisir de vivre.

De plus en plus, durant les dernières décennies, les enfants naissent de couples plus âgés. Ce facteur donne l'impression de personnes capables de se centrer davantage sur leur vie privée, si l'on ne tient pas compte du fait que la performance au boulot est toujours de mise, même à cinquante ans. À cet âge, on ne « commence » pas une famille nombreuse; on a plutôt un ou deux enfants. Ces derniers sont dès lors objets d'une attention soutenue qui empiète, à l'occasion, sur l'énergie autrefois allouée à dorloter le couple qui perd au change. Ces parents n'ont plus à étudier les fins de semaine, mais il n'est pas de tout repos de *faire* le taxi pour les cours de patinage, de ballet et autres cours. Sans compter qu'il faut emmener l'enfant partout, y compris en vacances dans le Sud, au souper du samedi soir avec les amis, en visite chez la famille élargie, et tout cela en continuant de faire du sport pour garder la ligne... Ouf!

Martine a 43 ans et André en a 50. Ils n'en peuvent plus. Ils n'ont qu'un enfant et toutes leurs activités sont devenues des corvées. L'attention que Madame accorde au fils gruge le temps autrefois alloué au couple, selon Monsieur, qui en souffre. Cependant, plus ou moins conscient de l'impact réel de ce manque, il se plaint d'être le seul à vider les poubelles, alors qu'elle est sur les bancs de la patinoire. Comme il est devenu grincheux et désagréable,

Madame fuit dans la chambre du fils à lire des histoires sans fin et le papa se retrouve seul avec l'impression de se taper toutes les corvées. Le dilemme de la poule et l'œuf se manifeste en un conflit constant et virulent. Est-ce parce que Monsieur est grincheux que Madame s'esquive avec fiston ? Ou est-ce le fait qu'elle l'abandonne qui rend le conjoint intolérant ? Ces gens ont complètement perdu le plaisir de la vie à deux. Ils sont noyés dans l'attention à donner à l'enfant, la carrière et les tâches domestiques. Ils oublient de prendre soin du lien qui les avait pourtant unis pendant des années, avant la naissance de leur fils.

Le refus du compromis

Différents enjeux sont en effet reliés aux nouvelles façons de négocier avec le temps, autant dans la sphère privée que sociale ou économique. Le couple et la famille se voient confrontés à des pressions qui les obligent à suivre aveuglément le troupeau ou à prendre conscience de leurs propres valeurs et à se positionner avec vigueur et intégrité, ce qui n'est pas une mince affaire.

À l'heure actuelle, tout est consommé rapidement et nos acquisitions sont jetables. Il est difficile, dans un tel contexte, de « donner le temps au temps » de faire son œuvre. Tous s'attendent à des résultats rapides, selon leur conception des choses. Qu'il s'agisse d'un enfant ou d'une maison, certaines personnes trouvent difficile de patienter, de prendre le temps de « vendre » leur idée à l'autre. Le manque de maturité et la prédominance des besoins narcissiques peuvent aussi être la cause de frustration, alors que les enfants et les projets familiaux prennent beaucoup de place au sein d'une jeune famille. Comme on l'a souvent soutenu dans la publicité, on veut une vie sans compromis ! Il ne faut donc pas s'étonner d'en voir beaucoup abandonner le bateau à la première tempête.

L'expression du désir

Parmi cette consommation sans compromis se trouve l'usage de pornographie sur Internet, un moyen sans grands risques (l'accoutumance mise à part) de s'offrir un moment d'extase. Beaucoup d'hommes jeunes, en couple, s'y adonnent ; ainsi, la conjointe peut dormir et récupérer sans qu'une demande de relation sexuelle lui soit imposée. Mais quel piège ! Mitchell y voit l'expression d'une préférence pour le désir encadré et convenu, comparé au désir spontané ou débridé. Tout cela donne l'impression que nous vivons une époque où le désir charnel est acte de volonté et non plus pulsion.

Il est pourtant agréable de sentir que son conjoint vous désire tout à fait spontanément. Mais, oh ! complication ! Toujours selon Mitchell, nous voulons être désirés seulement au moment de notre

choix. Suivant cette logique, nous devrions indiquer à l'autre que c'est le bon moment. Ce qui revient un peu à passer une commande. Puis, on finit par reprocher à l'autre de ne plus nous désirer, alors que c'est ce qu'on avait commandé. Aïe! aïe! aïe! quelle galère!

LES DÉFIS DE LA THÉRAPIE CONJUGALE

Consulter un psychothérapeute demande du courage, autant en couple qu'individuellement. Il y a une part de honte à montrer sa défaite, d'autant qu'ils sont deux à faillir à la tâche. Et, malgré l'impasse dans laquelle se trouvent ces hommes et femmes, leur motivation à chercher de l'aide part d'un réel espoir de réussir leur vie en tant qu'êtres dignes d'amour et de respect et en tant que famille. C'est pourquoi il importe de les recevoir avec rigueur et authenticité. La première séance représente, comme en thérapie individuelle, un moment clé pour susciter l'implication dans la démarche. Par contre, en thérapie conjugale c'est aussi l'un face à l'autre que les partenaires s'engagent. Il est donc important qu'ils entrevoient la possibilité que la thérapie les aide à s'en sortir ou du moins à voir plus clair dans cet imbroglio où ils se trouvent. Nous verrons ici comment accueillir la demande d'aide. Je décrirai les grandes lignes de la démarche d'Objectif-Couple, utilisée afin de susciter le dépassement. Enfin, je proposerai certaines avenues pour aller plus loin dans l'exploration des dynamiques personnelles et conjugales, partant de deux vignettes cliniques.

Accueillir la demande d'aide

Lors du premier entretien, on observe divers degrés de découragement, jusqu'à une baisse de vitalité inquiétante, l'un ou les deux partenaires étant parfois aux prises avec une santé mentale déficiente. Certains, hommes ou femmes, vivent une colère telle qu'elle rend l'accès à leur motivation dans la démarche fort difficile. C'est le cas d'André, en couple avec Martine. Cependant, de nombreux couples moins souffrants viennent consulter parce qu'ils sentent un dérapage, une perte de vitalité. Leur souhait est de retrouver la confiance dans ce lien qui fut, au départ, le refuge par excellence. Ils se demandent s'ils ont mal choisi leur partenaire et sont à la croisée des chemins. Si le thérapeute ne parvient pas à leur faire croire que «l'amour existe encore», comme dans la chanson, ils se quitteront et briseront souvent une famille, ce qu'ils ont de plus précieux. Ces couples permettent au thérapeute d'exercer au mieux ses compétences les plus variées et lui apportent, à l'occasion, la joie et la satisfaction de voir reflourir un lien précieux.

Tous méritent un accueil généreux, inconditionnel et objectif. Il est naturel toutefois d'avoir tendance à se faire une opinion personnelle sur les causes du conflit. Le thérapeute peut aussi éprouver une plus grande sympathie pour l'un de partenaires. C'est alors un défi supplémentaire de maintenir une saine distance avec ses préférences pour faire en sorte que chacun se sente traité équitablement. Ces gens-là se sont choisis, ce qui commande le respect de leurs motivations et de leurs besoins.

Il importe, dans un premier temps, d'entendre la version de chacun sur la nature du conflit ou comment est définie l'impasse. Le thérapeute offre ensuite un reflet qui démontre sa compréhension et son ouverture. Il expose ensuite, dans les grandes lignes, la démarche à effectuer. Assez souvent, l'un des conjoints demande un pronostic. Il est bon de donner une réponse authentique, mais succincte, à cette question et de suggérer que soit reportée à la prochaine séance l'exploration des possibilités de dépassement du couple.

Susciter le dépassement

Il peut sembler risqué de s'avancer avec certains couples sur le terrain de la querelle et de l'amertume. L'imposition d'un cessez-le-feu doit venir du thérapeute et porter en même temps un message d'espoir. Assez tôt dans le processus, on découvre la vulnérabilité de ces êtres qui ne savent plus comment se rejoindre, se toucher. Or, comme le dit Mitchell, une relation à long terme, impliquant des enfants, le partage du quotidien et l'achat d'une propriété, se doit de bien fonctionner. Aider les partenaires à nommer leurs blessures et à entendre celles de l'autre requiert un doigté et une patience qu'il n'est pas toujours aisé de maintenir, mais qui comporte d'énormes gratifications. Le fait d'être outillé, tant au plan pratique que théorique, constitue un précieux atout.

Méthode Objectif-Couple

Chez Objectif-Couple, dès le début de la thérapie nous utilisons, comme outil d'évaluation, un questionnaire d'une dizaine de pages qui donne à chacun des conjoints l'occasion de faire le point sur son niveau de satisfaction dans les multiples dimensions de la vie conjugale. Les réponses permettent au thérapeute d'identifier rapidement les domaines à explorer. La majorité des couples apprécie cet outil qui leur permet de prendre du recul et de faire un peu la part des choses. Le niveau d'anxiété baisse et ils arrivent à la deuxième entrevue avec une attitude de plus grande ouverture. Déjà, le dialogue s'amorce autour de points plus précis, mais aussi sur un ton plus posé.

L'étape suivante consiste à leur faire partager les aspects positifs qu'ils perçoivent chez l'autre. C'est souvent l'occasion d'un contact plus intime et un puissant moyen de rapprochement. À la fin de cette séance, les conjoints reçoivent la consigne de préparer une liste de petits gestes d'attention ou de tendresse à poser au quotidien. Ils doivent échanger leurs listes et les mettre en pratique rapidement. Il arrive fréquemment que l'un des partenaires éprouve de la difficulté à identifier ce que l'autre pourrait faire pour lui plaire. Lors de la rencontre qui suit, cet élément de la méthode permet d'explorer leur capacité de s'attendre à un bon geste de la part de l'autre et peut donner suite à une analyse plus approfondie du niveau d'estime de soi des partenaires. À l'occasion, on entend l'un ou l'autre dire qu'il « fait déjà tellement de choses ! » La prochaine étape viendra éclairer davantage ce type de réaction.

Les réponses à une échelle de satisfaction dans les différentes dimensions de la vie du couple servent de base à la formulation des demandes avec ouverture. Ici encore, le degré de difficulté à se conformer à la consigne peut donner à voir, de façon percutante, plusieurs mécanismes de contact plus ou moins bien adaptés. Si un couple est confluent, l'exercice sera assez ennuyant et peu concluant. Dans ce genre de situation, le thérapeute se demande à quoi il peut bien être utile. Au contraire, si le couple se montre très polarisé et que l'exercice achoppe toujours après quelques tentatives, ce peut être l'occasion d'explorer les causes sous-jacentes du conflit principal. Dans certains cas, c'est à ce stade que la démarche s'engage en profondeur.

Lorsque les demandes se présentent plus spontanément et qu'elles sont devenues assez productives, on peut poursuivre avec la suite du questionnaire et vérifier la perception que chacun a de lui-même et de l'autre, les projets du couple, son mode de vie, etc. Il s'agit d'une étape de renforcement qui peut être d'assez courte durée et pendant laquelle on ne fait que vérifier les acquis.

À chacun des stades de la méthode, il est possible d'approfondir de façon herméneutique les nœuds qui deviennent apparents. Les étapes servent en quelque sorte de tremplin à l'analyse. Par ailleurs, il ne faut pas minimiser l'utilité d'une telle méthode, car avec certains couples plus indolents ou figés, le fait de suivre pas à pas les réponses au questionnaire soutient le thérapeute qui se sentirait autrement démuné ou découragé. De plus, les résultats que donne la seule utilisation de cette approche sont souvent assez appréciables.

Exploration de la dynamique

Tout ne s'est pas entièrement transformé au sein du couple durant les dernières décennies. Les reproductions d'une dynamique familiale,

les projections sur le conjoint de son agressivité ou de son évitement, tout cela continue de se mettre en place allègrement, et à l'insu des protagonistes, naturellement. Recevoir des couples en consultation permet justement d'observer ces mécanismes, non seulement à travers les paroles échangées, mais de façon plus prégnante encore par l'expression des corps.

Agnès et Julien forment un couple depuis 12 ans. Dans la quarantaine, ils n'ont pas d'enfant, mais un chat dont ils parlent avec un sourire dans les yeux. Agnès est menue, presque chétive, Julien est grand et bien portant. Elle a un visage accablé, souvent teinté d'amertume, et sa voix est éteinte, sans éclat. Il a les épaules voûtées, le cou tendu vers l'avant. Il semble toujours en attente d'un verdict. Agnès est insatisfaite. Elle voudrait que Julien assume plus de responsabilités matérielles. Il veut bien, mais il a entrepris de réaliser des projets qui sont lents à se concrétiser. Il est patient, elle ne l'est plus. Leur couple s'est étioilé et ils se chamaillent sur le ménage et la litière du chat. Leur histoire familiale nous apprend qu'il a une mère extrêmement exigeante. En ce qui la concerne, elle a des parents irresponsables qui l'ont négligé de toutes les façons. Il semble qu'ils se soient mis ensemble pour tenter de réparer les pots cassés. Ne le sachant pas, ils retrouvent presque leur pire cauchemar.

Tout cela est typique de la reproduction des relations d'objet dont parle Gilles Delisle (1998). Lorsque survient une impasse au sein de la thérapie, il faut étoffer la méthode de base par le recours à une approche multimodale, incluant la construction dynamique d'un sens à donner au choix amoureux. Elle implique un dialogue herméneutique à trois, rappelant la technique individuelle de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet enseignée par Gilles Delisle. Pour le couple, le thérapeute devient alors la courroie de transmission du sens. Son observation phénoménologique lui permet de traduire l'émotion derrière les mots employés, le ton, les expressions, la posture et de mobiliser l'attention de chaque conjoint alors que l'autre parle, de façon à ce que soient captés par le couple l'atmosphère, le type de système qui prévaut et qui les a menés à la quasi-rupture. Il s'agit de leur faire voir, littéralement, comment ils fonctionnent ensemble, mais aussi de les amener à saisir pourquoi ils sont ensemble, quel est leur but inconscient dans cette aventure relationnelle.

Diane et Gilles vivent ensemble depuis 18 ans. Ils ont deux enfants et une vie trépidante. En thérapie, Diane se plaint de bien des choses. Ses insatisfactions ne compteraient pas tellement, dit-elle, s'il arrivait que Gilles se montre repentant lorsqu'il manque à ses obligations ou qu'il ne répond pas à ses attentes. Selon lui, elle en demande beaucoup. Elle lui rappelle donc la fois où il avait oublié d'aller la prendre après le travail, alors qu'il s'était engagé à le faire et qu'il ne s'était même pas excusé. Excédé, il

rétorque: « Quoi, tu veux que je te baise les pieds maintenant ? » La thérapeute s'enquiert, à savoir s'il s'était engagé à la prendre ou pas. Il se met alors à se défendre, rétorquant qu'il lui arrive, à elle aussi, d'oublier beaucoup de choses importantes. Il affiche alors une expression boudeuse. Confronté par la thérapeute au fait qu'il a effectivement manqué à son engagement, il l'admet, ajoutant qu'il se sentait très mal, mais que ça ne semblait pas suffire à calmer la colère de sa conjointe.

Selon Mitchell, la culpabilité est la punition que l'on s'inflige soi-même en battant sa culpabilité et elle sert de diversion à l'expérience insupportable de la honte. On est alors loin de prendre la responsabilité de ses actes et manquements envers l'autre. Cet homme éprouve sans doute de la difficulté à présenter des excuses, probablement à cause de la honte insupportable ressentie quand il se voit pris en défaut. Il se débat maladroitement en accusant sa conjointe de lui demander d'étaler sa culpabilité. Il apparaît nécessaire de l'aider, le plus délicatement possible, à prendre conscience de sa honte et d'inciter sa conjointe à respecter ce qui est en train d'émerger en lui. La thérapeute offre alors un modèle d'écoute et l'exploration du passé de Monsieur s'avère essentielle pour éclairer ce qu'il ressent lorsqu'il perçoit la déception de sa partenaire, quel filtre de son histoire passée vient teinter cette perception et comment il se protège des répercussions que cette expérience fait renaître chez lui. En fait, lorsqu'il entend la critique de sa conjointe, il entend aussi un père intolérant face à ses imperfections de petit garçon et il se sent humilié.

Selon Zinker (1994), il est primordial que l'intervention auprès du couple soit vécue de façon équitable. Il faut équilibrer l'interprétation de façon à passer de l'analyse à la synthèse et créer un tout, plutôt que mettre les choses en morceaux pour les observer. Dans ce dernier cas, il est évident que la perception de Monsieur ne vient pas seulement de son schéma interne, mais aussi de son interprétation du ton de Madame. Quelque chose, dans sa façon à elle de s'adresser à lui, de lui dire son mécontentement, vise à le faire sentir mal. Pourquoi ?

En explorant son histoire, nous découvrons que la famille de Madame était très portée sur la critique. Elle a grandi avec l'impression de ne jamais donner satisfaction aux attentes de ses proches. Elle constate avec émotion à quel point elle se comporte avec son mari comme sa mère avec elle, se montrant impatiente et intraitable, haussant rapidement le ton et donnant peu de crédit aux arguments de son conjoint. La reproduction de ce type d'interaction semble être la seule façon qu'elle connaît de faire connaître son besoin.

C'est par un tel travail d'analyse en thérapie que les partenaires retrouvent leur dignité l'un face à l'autre en voyant leur vulnérabilité respectée. Ils apprennent à prendre le temps d'identifier ce qu'ils ressentent, à le nommer, à exprimer une demande claire de changement et à sortir du conflit pour retrouver le confort d'être ensemble. Tout un cycle de contact, quoi ! Bien sûr, ils se retrouveront en conflit tôt ou tard, mais l'expérience qu'ils ont vécue en thérapie leur donnera le courage et les moyens de passer à travers. Leur lien sera plus riche, car ils auront appris l'un de l'autre. Comme dans les contes de fées, le dépassement ne peut se faire qu'en traversant des épreuves.

CONCLUSION

Il est évident que cet article est loin de faire le tour de la question des enjeux du couple. De nombreuses théories contribuent à la compréhension des mécanismes de la relation conjugale. Je pense, entre autres, à la théorie de l'attachement qui offre des pistes incontournables pour expliquer le choix amoureux et les pièges dans lesquels nous tombons tous, tôt ou tard. Les recherches des dernières décennies en psychologie permettent d'établir un lien entre l'attachement précoce de l'enfant et la relation affective adulte, autant dans la santé que la pathologie. Il y aurait intérêt à approfondir davantage cette piste ultérieurement.

Une chose est certaine, la thérapie conjugale est l'occasion pour les clients d'apprendre à se connaître et à comprendre comment ils fonctionnent en relation. Comme on m'a appris à le dire : que la relation survive ou non, la démarche aura été bénéfique pour tous les liens qu'ils établiront au cours de leur vie. La plupart des gens que j'ai reçus en consultation se sont montrés ouverts à apprendre, à suivre les consignes, à prendre des risques. Ce qui me touche énormément, c'est de voir les attentes, mais aussi la confiance dans leurs yeux. Je ressens alors une responsabilité et cela m'oblige à une grande authenticité, autant envers moi-même qu'envers eux.

Le travail auprès des couples me semble la voie incontournable d'une véritable évolution de société. À l'heure actuelle, on observe une telle préoccupation du lien amoureux et de la famille, que l'on ne peut que se mobiliser en tant que thérapeute pour contribuer à faire en sorte que la base que constitue le couple en société soit plus saine et à même de bien préparer la génération future aux défis qui l'attendent. En terminant, j'ose espérer que cet article suscitera quelques vocations thérapeutiques et je demeure ouverte à la discussion ainsi qu'à la collaboration.

Références

- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reffet.
- Mitchell, S. A. (2002). *Can Love Last? The Fate of Romance over Time*. New York: Norton.
- Zinker, C. J. (1994). *In Search of Good Form*. Cambridge: GIC Press.

Abstract

The author sketches out some of aspects of the disarray of contemporary couples. Through a few clinical examples, she proposes ways in which they can be helped in recovering harmony and developing a broader view of their opportunities in finding happiness together. References are taken from Gestalt theories as well as systemic and psychoanalytic perspectives to shed light on dynamics that often take place between two people in love. This article also lays out general lines of marital therapy as practiced by psychologists at Objectif-Couple, a Montreal based clinic.

Le fonctionnement optimal de l'être humain

Vision gestaltiste et vision chrétienne

Diane DUGUAY

Résumé

Centrée sur le développement du potentiel humain, l'auteure met en relief les indications avancées à ce sujet par la théorie gestaltiste d'une part, et par la vision chrétienne d'autre part. Elle présente un essai d'intégration personnelle des sphères psychologique et spirituelle, et propose une esquisse du fonctionnement psychique qui en découle.

INTRODUCTION

Dans ce texte, j'aimerais vous faire part de ma réflexion au sujet des caractéristiques du fonctionnement optimal de l'être humain. Celle-ci s'appuie sur certains concepts de la théorie gestaltiste, sur certaines idées-forces de la littérature chrétienne et sur mes considérations personnelles. Au cœur de cette exploration se trouve ma préoccupation quant au devenir de l'homme et à son lien avec l'Autre. Je suis intéressée d'une part, par le travail que l'humain a à faire sur lui-même pour guérir des blessures de l'âme qui lui causent des problèmes de santé mentale et, d'autre part, par le processus d'évolution qui conduit à la maturité (comme on dit d'un fruit bien mûr qu'il est à maturité) : être au meilleur de ce que nous pouvons être en tant que personnes. Dans cet univers guérison-évolution, je mettrai en évidence les éléments propices au déploiement de notre nature humaine. Mon but n'est pas de retourner à un syncrétisme des concepts religieux et scientifiques, mais plutôt de clarifier la vision de l'homme qui sous-tend ces deux sphères, et de les mettre en parallèle.

LE FONCTIONNEMENT OPTIMAL SELON LES FONDATEURS DE LA GESTALT

En m'appuyant sur quelques citations, je tenterai de mettre en lumière certaines caractéristiques définissant la santé psychologique pour certains auteurs, dont Perls, Hefferline et Goodman, qui écrivent :

La description de la santé et de la maladie psychologiques est relativement simple. C'est une question d'identifications et d'aliénations du Moi. Si un individu s'identifie à son Moi en formation, et n'essaie pas d'inhiber son excitation créatrice qui le pousse à découvrir la solution à venir, et, réciproquement, s'il aliène ce qui, organiquement, n'est pas lui et ne peut donc être vitalement intéressant, mais plutôt un facteur perturbateur de la figure-fond, alors il est psychologiquement sain, car il n'hésitera pas à employer tous ses pouvoirs pour résoudre les difficultés qui se présenteront à lui. Mais si, au contraire, il aliène son Moi et, à cause de fausses identifications, essaie de conquérir sa propre spontanéité, il fera de sa vie une chose fade, confuse et douloureuse. Nous parlerons donc du « Moi » quand nous ferons référence au système d'identifications et d'aliénations.

Dans cette optique, notre méthode thérapeutique sera la suivante : exercer le Moi, à l'aide de diverses expériences, à prendre conscience de ses différentes fonctions jusqu'à revivre spontanément le sentiment que « c'est moi qui suis en train de penser, de percevoir, de sentir, de faire ». Arrivé à ce stade, le patient est capable de se prendre en main. (1979, p. 19)

Les gestaltistes savent que le Moi dont parlent ici les auteurs est un Moi faisant partie d'une entité plus large qu'ils appellent le Self. Il ne s'agit pas du Moi psychanalytique, au centre de l'équilibre psychique pour cette discipline. Les éléments que les auteurs reconnaissent comme déterminants pour la santé psychologique sont :

- La capacité de reconnaître les différents processus (sur les plans cognitif, affectif, sensoriel et comportemental) qui se passent en soi ;
- La capacité de les faire siens ;
- La capacité d'accueillir la charge énergétique de son processus créateur dans la recherche de solutions concernant les défis que la vie offre ;
- La capacité de discerner ce qui est soi et ce qui n'est pas soi organiquement ;
- La capacité de respecter sa propre spontanéité.

La capacité de *reconnaître et de s'approprier* les différentes manifestations de soi repose sur une importante présence à soi et une bonne sensibilité. Elle demande aussi de l'humilité quand ces manifestations ne correspondent pas à l'idéal que nous avons pour nous-mêmes. À cet égard, l'*awareness* ou présence à soi représente l'attitude fondamentale pour l'exercice de cette capacité. Il s'agit de porter attention aux sensations corporelles, aux états affectifs, aux désirs, aux images intérieures et aux pensées qui nous habitent, c'est-à-dire à notre expérience interne. Cette expérience intérieure

est le fruit des apprentissages passés, des blessures passées, du contact actuel avec l'Autre et de la force du désir actuel.

Accueillir la charge énergétique de son processus créateur implique la capacité de pouvoir tolérer une certaine intensité d'excitation et de la canaliser jusqu'à la complète réalisation de son projet. La capacité corporelle de porter cette charge est primordiale au sens où un système électrique est capable d'assumer une certaine intensité. Le concept gestaltiste de soutien interne réfère, entre autres, à cette capacité de maîtriser les fonctions physiologiques, tels la respiration, le contrôle musculaire et la concentration. Celles-ci interviennent dans la régulation de l'énergie.

Les auteurs font aussi référence à la *capacité de discerner* entre ce qui est Soi organiquement et ce qui ne l'est pas. Ils supposent qu'il peut y avoir en nous des éléments étrangers accolés à notre nature véritable, éléments semblables à des parasites sur un arbre. Comment reconnaître ce qui est Soi organiquement? Chacun peut reconnaître qu'il est en train d'éprouver tel affect, d'avoir telle perception ou de poser tel geste... Mais comment acquérir la conviction de faire l'expérience de notre nature véritable?

La fonction *Je*, notion développée dans les écrits gestaltistes, assume la tâche de discerner en soi l'étranger et l'original, l'ancien et le nouveau, l'héritage et la création. L'exercice de cette fonction repose sur le développement d'une perception raffinée des impressions d'être vrai ou d'être faux. Elle implique aussi une attitude lucide où l'on doit faire l'exercice consistant à porter un regard attentif sur ce que l'on devient instant après instant, au sens où l'on pourrait dire que l'on assume la paternité de chacune des fonctions qui s'exercent en nous et des gestes que l'on pose. Il m'apparaît difficile de certifier la conformité de tel processus interne avec la nature véritable de la personne. Cependant, il est possible pour l'individu d'assumer la création de la manifestation de lui-même à chaque instant. Ici interviennent le désir et la volonté de l'individu ainsi que son humilité, basés sur une attitude responsable: il utilise son énergie créatrice pour manifester ce qu'il veut devenir.

Il me semble aussi que cette capacité de discernement repose sur une *attitude très aimante et même admirative à l'égard de sa véritable nature*. Comment soutenir, jour après jour, la recherche du contact avec le Soi véritable et son expression et comment relever les défis de la vie, si ce n'est par un ardent amour de sa vie même? Il s'agit ici d'une quête où le sujet, se prenant pour objet d'intérêt, cherche amoureusement à se connaître. Perls et al. soulignent que:

Cette intégration (par le Self) n'est pas passive; c'est un ajustement créateur. Dans les situations de contact, le Self est le pouvoir qui

forme la gestalt dans le champ; ou mieux, le Self est le processus figure-fond dans les situations de contact.

Dans la prise de conscience de la situation actuelle, le caractère passé de la situation est donné comme un état de l'organisme et de l'environnement. Mais, à l'instant même de la prise de conscience, le donné fixe se dissout en multiples possibilités; il est vu comme une potentialité. Tandis que la prise de conscience se poursuit, ces possibilités sont reformées en une nouvelle figure qui émerge de la potentialité-fond: le Self s'identifie alors à certaines de ces possibilités et en aliène d'autres. L'avenir, c'est l'orientation de ces multiples possibilités vers une nouvelle figure unique... mais la fonction du Self ne se réduit pas à l'acceptation de ces possibilités; elle consiste aussi à les identifier et à les aliéner; à parvenir à la formation d'une nouvelle figure; à différencier les «réponses obsolètes» du comportement, unique et nouveau, que la situation appelle. (1979, pp. 181-182)

Je me plais à concevoir ce processus de la formation de la figure comme celui d'une recherche de la réponse la plus pertinente pour la situation actuelle. Nous pourrions aussi parler de la recherche du prioritaire ou de l'essentiel, dans la situation présente. La réponse pertinente est source de vitalité. Elle est créatrice de vie, permettant à la fois de la perpétuer et d'en favoriser la manifestation singulière en ce moment. N'est-ce pas de détachement dont parlent ici les auteurs? Détachement des anciennes façons de faire, de penser et même des anciens attachements affectifs? À la manière du bouddhiste qui recherche le vide, le Self sain se dépouille de l'ancien, périmé, pour accueillir le nouveau qui cherche à se manifester. Ce vide est plein de possibilités et la nouvelle figure représente alors un ajustement créateur. Nous devrions retrouver, dans cette manifestation, un sentiment d'être vrais et *congruents*. La créativité et la pertinence de cette nouvelle figure s'appuient, entre autres, sur la première étape du cycle de contact, soit la profondeur de la plongée en soi pour y recueillir l'émergence essentielle. Perls et al. nous précisent leur définition de la spontanéité: «La spontanéité, c'est le sentiment de vivre, d'agir, l'organisme-environnement présent n'étant ni son artisan, ni son œuvre, mais croissant avec et en lui.» (1979, p. 183).

Les auteurs parlent ici de la qualité centrale du Self sain grâce à laquelle l'être humain est dans un état de conscience où il perçoit le lien intime qui l'unit à son organisme et à l'environnement. Il ne les domine ni n'est dominé par eux. Il est de la même vague de vie ou de croissance qu'eux et ils sont sa maison. Cette spontanéité n'est pas un passage à l'acte, mais une spontanéité lucide.

Un concept de santé idéale ?

Je crois que ce qu'évoquent les auteurs représente le déroulement d'un processus parfait, d'une fluidité absolue. En ce sens, il a le mérite d'indiquer les paramètres favorisant l'évolution humaine. Cependant, nous nous trouvons tous quelque part sur ce continuum, plus ou moins freinés par nos conditionnements passés et nos mécanismes de défense, mais habités aussi par cet idéal de vitalité. La santé et l'évolution ne reposent-elles donc pas sur cette faculté fondamentale qui consiste à reconnaître comme siens ces attachements néfastes et, se voyant à la fois homme de passé, de présent et d'avenir, à accepter avec humilité l'imperfection pour qu'il y ait un perfectible possible ?

LE FONCTIONNEMENT OPTIMAL SELON L'ENSEIGNEMENT CHRISTIQUE

Je vais m'appuyer sur certains passages bibliques pour mettre en lumière les indications du Christ à propos de la finalité humaine ou de son plein épanouissement. Mes propos ne se prétendent pas exhaustifs; je souhaite plutôt commenter certains passages qui m'interpellent plus particulièrement. Je ferai aussi référence à des auteurs qui se sont intéressés à la vie spirituelle de l'homme.

Demeurer en lien intime avec Dieu

Jésus, s'adressant à ses disciples, leur parle de sa relation avec son Père et avec eux :

Je suis le vrai cep, et mon Père est le vigneron. Il retranche tout sarment qui ne porte pas de fruit en moi; et il émonde tout sarment qui porte du fruit, afin qu'il en porte encore davantage. Déjà, vous êtes purs, à cause de la parole que je vous ai annoncée. Demeurez en moi, et moi, je demeurerai en vous. Le sarment ne peut de lui-même porter du fruit, s'il ne demeure attaché au cep. Il en est de même pour vous: vous ne pouvez non plus porter du fruit, si vous ne demeurez en moi. Je suis le cep, vous êtes les sarments. Celui qui demeure en moi et en qui je demeure, porte beaucoup de fruits, car hors de moi, vous ne pouvez rien faire...C'est la gloire de mon Père que vous portiez beaucoup de fruits, et que vous soyez mes disciples. (Jean, 15, 1-8)

Le Christ nous invite ici à nous percevoir inclus en Dieu (ou le Père) et à accueillir Dieu en nous. Cette interpénétration est gage de créativité, d'une abondante récolte. De ce lien intime découle une fécondité puissante. Il nous invite aussi à accepter les pertes dans notre vie et à adopter une attitude de lâcher-prise face à celles-ci puisqu'« il émonde tout sarment qui porte du fruit ».

Considérer l'Esprit comme source de vie au sein de la matière

L'apôtre Jean rapporte les propos de Jésus :

Moi, je suis le pain de vie. Celui qui vient à moi n'aura jamais faim et celui qui croit en moi n'aura jamais soif... En vérité, en vérité, je vous le dis, celui qui croit (en moi) a la vie éternelle... C'est l'Esprit qui vivifie. La chair ne sert de rien. Les paroles que je vous ai dites sont Esprit et vie. (Jean, 6, p. 35, p. 47, p. 63)

L'enseignement du Christ différencie l'Esprit et la chair. Il situe la force de vie sur le plan de l'Esprit, la chair sans l'Esprit ne sert à rien, c'est en l'Esprit que la chair puise sa force.

Jésus se présente comme l'esprit nourricier et il est humain, bien en chair et en os. Son invitation à croire en lui en tant qu'esprit incarné nous indique qu'en l'homme, il y a cette pierre précieuse, cette source de vie qui est davantage que la vie biologique, qui est même fondatrice de celle-ci. J'aimerais ici citer Annick de Souzenelle, psychotérapeute et chrétienne-orthodoxe à la foi puissante :

C'est que l'on oublie trop souvent que la transcendance nous habite, qu'elle nous est, paradoxalement... immanente! Elle nous habite, mais non pas comme un élément étranger qui viendrait s'ajouter à ce qu'est l'Homme: elle est intimement liée à la nature même de l'Homme. Voilà une chose qui est peu dite et peu comprise. Par exemple, lorsque l'on répète les mots de Paul: «le corps, temple de l'Esprit», on a souvent l'image de deux pôles: le corps-matière qui se fait réceptacle, d'une part, et l'Esprit, objet reçu, qui «descend» en lui, de l'autre. Conception trop théorique, car c'est l'Image divine qui est première, fondatrice de tout être, lequel, à partir d'elle, construit ses textures les plus subtiles, jusqu'à celles de son corps; chacune des cellules du corps est significative de l'Esprit qui la fait vivre. Celui qui comprend le corps à travers chacun de ses organes et de ses cellules, qui le «voit» tel qu'il est, entre par là même dans l'intelligence de l'Esprit. Ce faisant, il transforme son corps en se transformant lui-même. (1993, p. 38)

La vision christique de l'homme consiste donc à reconnaître qu'il est esprit et matière et que l'esprit est premier face à la matière. Nous pourrions dire que le Christ affirme que l'infiniment grand est dans l'infiniment petit ou encore que le transcendant (Dieu) est dans l'immanent, le corps humain; et celui-là constitue la «pierre d'angle» de celui-ci.

Aimer l'autre

Et quel est le commandement fondamental de l'enseignement christique? Les propos de Jésus, cités par son disciple Jean, l'affirment clairement :

Je vous donne un commandement nouveau : Aimez-vous les uns les autres ; comme je vous ai aimés, vous aussi aimez-vous les uns les autres. C'est à l'amour que vous aurez les uns pour les autres, que tous reconnaîtront que vous êtes mes disciples.

Comme le Père m'aime, moi aussi je vous aime. Demeurez dans mon amour. Si vous gardez mes commandements, vous demeurerez dans mon amour, comme moi-même j'ai gardé les commandements de mon Père, et je demeure dans son amour. Je vous ai parlé de la sorte, afin que cette joie, qui est la mienne, soit en vous, et que votre joie soit dans la plénitude. (Jean, 13, 34-35 et Jean, 15, 9-11)

Dans ces passages, l'insistance du Christ sur l'importance d'aimer est manifeste. Il souligne aussi la nature de Dieu en tant que bienveillance aimante. De plus, Il affirme que la filiation d'amour entretenue par le respect de la volonté du Père et de la sienne engendre une joie totale. Les disciples du Christ sont invités à respecter les commandements, l'ancien et le nouveau. Le Christ et ses disciples sont de tradition juive et sont donc tenus de respecter les commandements que Moïse reçut sur le Sinai. Quels sont les plus importants ? Un docteur de la loi posa à Jésus cette question et l'apôtre Mathieu fait état de cet échange :

Maître, quel est le grand commandement de la loi ? Et Jésus lui répondit : « Tu aimeras le Seigneur ton Dieu de tout ton cœur, de toute ton âme et de toute ta pensée. C'est le premier et le grand commandement. Et voici le second, qui lui est semblable : Tu aimeras ton prochain comme toi-même. De ces deux commandements dépendent toute la loi et les prophètes. » (Mathieu, 22, 36-40)

Nous voici donc au cœur de la conception christique de la santé ou du plein développement de l'homme : une créativité abondante et l'expérience d'une joie totale en sont les manifestations. *Aimer les autres*, qui est le commandement du Christ, et *accomplir la volonté du Père* en sont les éléments indispensables.

Que nous dit de plus le Christ à propos de la volonté du Père et de son accomplissement ? Il répond à cette question alors qu'Il parle aux disciples de son lien intime avec le Père. Il expose l'attitude qu'Il entretient avec sa profondeur :

En effet, ce n'est pas de mon propre chef que j'ai parlé, mais le Père, qui m'a envoyé, m'a dicté ce que je dois dire, et m'a prescrit ce que je dois enseigner. Et je sais que son commandement, c'est la vie éternelle. Ce que je dis donc, je le dis conformément à ce que m'a dit le Père. (Jean, 12, 49-50)

Que veut dire : « [...] son commandement, c'est la vie éternelle » ? Il ne s'agit pas d'un temps qui ne finit pas, mais plutôt d'une expérience qui se situe hors des dimensions spatio-temporelles. Annick de Souzenelle précise la nature de cette vie éternelle :

Dire que YHWH (Tétragramme représentant le Divin pour les Juifs), que « Je suis » nous habite, qu'il s'est incarné, c'est dire que le noyau de notre être est l'Être qui fut, qui est et qui sera, ou mieux (car Il ne connaît ni passé, ni présent, ni futur) : c'est reconnaître à l'Homme un statut potentiellement divin, c'est affirmer qu'il est participant de la divinité et que sa nature peut devenir participable à la nature divine. (1993, p. 221)

Pour l'homme, respecter ce commandement du Père implique la capacité de reconnaître en lui une nature qui n'est pas limitée par les lois du temps et de l'espace. Le Christ parle même de l'accomplissement de la volonté du Père comme d'une nourriture, d'un aliment essentiel. L'enseignement christique, en prônant l'amour et le respect de la volonté du Père, constitue une vision unificatrice de l'être humain en relation avec son environnement. Au commandement du Père qui soulignait l'intemporalité de l'humain, le Christ ajoute la nécessité, pour l'homme, d'être en relation aimante avec son environnement. L'expérience de faire *un* avec la profondeur de son être représente un bien précieux pour le Maître Jésus.

Ce n'est pas seulement pour eux que je prie, mais encore pour tous ceux qui croiront en moi par leur parole, afin que tous soient un, comme vous, Père, vous êtes en moi et moi en vous; afin qu'eux aussi soient en nous et que le monde croie que c'est vous qui m'avez envoyé. Je leur ai donné la gloire que vous m'avez donnée, afin qu'ils soient un comme nous sommes un: moi en eux, et vous en moi, afin qu'ils soient parfaitement un, et que le monde connaisse que c'est vous qui m'avez envoyé, et que vous les avez aimés comme vous m'avez aimé.» (Jean, 17, 20-23)

GESTALT VERSUS CHRISTIANISME

Relation horizontale versus relation verticale

J'aimerais mettre en lumière certains éléments permettant de situer la place respective qu'occupent la Gestalt et l'expérience spirituelle, qui s'appuie sur une foi christique. Considérons, d'une part, que l'être humain entretient une relation avec Dieu, relation que nous pourrions qualifier de *verticale* et, d'autre part, qu'il entretient une relation avec son semblable, relation que nous qualifierons *d'horizontale*. Les religions et les pratiques spirituelles ont appuyé sur le développement de cette première relation, ce qui a donné lieu aux religions monothéistes et polythéistes. Quant à elle, la Gestalt (thérapie humaniste, non conformiste) s'intéresse à la relation horizontale. Le christianisme ainsi que d'autres religions a aussi parlé de l'importance de la relation à un semblable, puisque le Christ, comme nous l'avons vu plus haut, en a fait un commandement,

indiquant par là même la nécessité de cette voie de déploiement spirituel. Si nous intégrons ces deux relations, nous retrouvons l'image de la croix.

La croix, symbole important pour l'humanité, est présente avant le christianisme. J'en fournis ici une interprétation, afin de situer les deux dimensions de mon propos. À l'automne dernier, le livre *De l'œuf à l'éternité* de Vincent Fleury, chercheur au CNRS, biophysicien et spécialiste de morphogénèse, faisait partie de mes lectures de loisir; j'ai été fascinée d'y apprendre que la croix est à l'origine de la structure du corps humain. (2006, p. 82). Cette différenciation effectuée, je vais présenter les parentés, les différences et mon intégration personnelle de ces deux visions de l'homme.

Parentés

Le lâcher-prise

Je retrouve dans la Gestalt, comme dans la spiritualité chrétienne, la primauté accordée au lâcher-prise ou à la *spontanéité créatrice et pertinente*. En effet, celle-ci constitue un critère de santé pour les fondateurs de la Gestalt (cf. à la partie «Le fonctionnement optimal selon les fondateurs de la Gestalt»). On y retrouve une allusion, dans les propos du Christ, quand Il s'entretient avec Nicodème, un notable juif: « Ne t'étonne pas, si je t'ai dit: / Il vous faut naître d'en haut. / Le vent souffle où il veut / Et tu entends sa voix, / Mais tu ne sais pas d'où il vient ni où il va. / Ainsi en est-il de quiconque est né de l'Esprit. » (Jean, 3, 7-8)

L'exercice de la présence à soi

En lien avec le lâcher-prise, l'exercice de la *présence à soi* est également prôné dans ces deux visions du développement humain. Laura Perls disait: « L'objectif, en Gestalt, consiste à mettre en relief toutes ces fixations qui, peu à peu, se sont figées, d'en dégager l'énoncé de l'existence de la personne, de les rendre actives et soumises au contrôle des muscles volontaires. » (1993, p. 17)

La thérapie gestaltiste, par la prise de conscience des résistances, tente de défaire les rigidités psychiques et corporelles qui empêchent l'être humain de laisser couler en lui la rivière de la vie; il s'agit de défaire les nœuds, qui entravent l'exercice de sa volonté, limitant ainsi sa liberté de choix.

La recherche du sentiment d'être un et vrai

Nous avons pu le constater par les citations apportées dans les deux précédentes parties, les deux visions de l'être humain préconisent la recherche de l'expérience intérieure d'unité et de vérité. Ainsi,

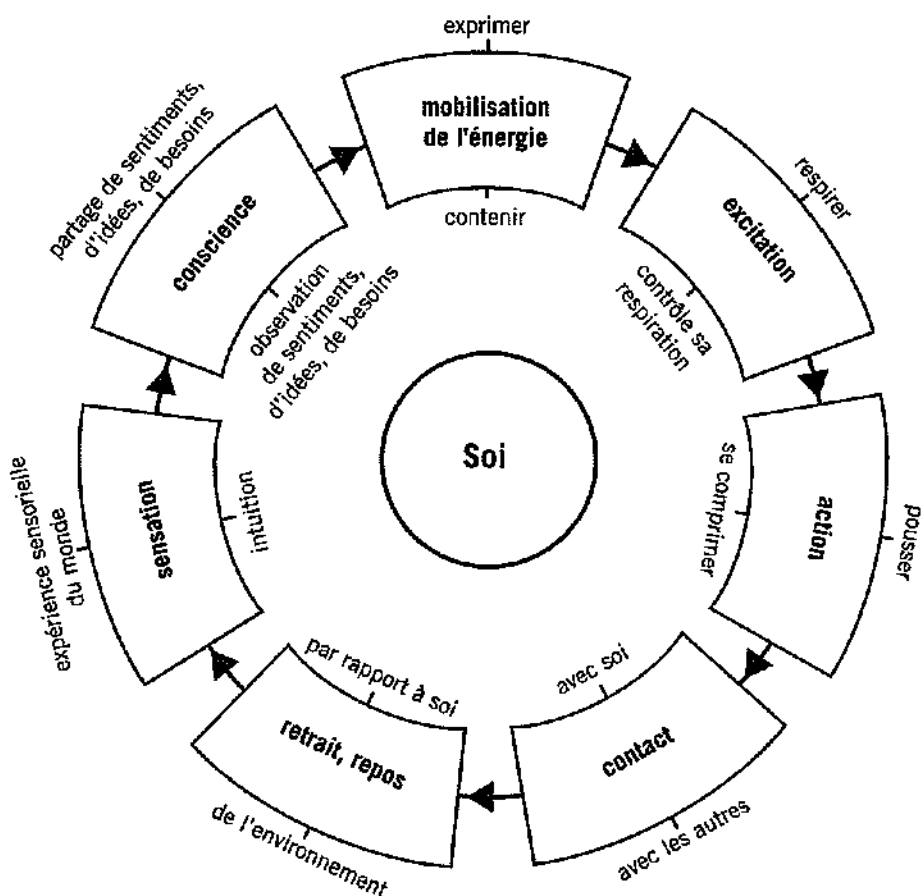
de part et d'autre, on nous incite à faire la lumière sur nos propres obstacles à une vision claire, à nous scruter afin de pouvoir agir librement par la suite. La guérison durable repose sur une transformation intérieure engendrée par la persévérante recherche d'un regard lucide sur soi-même.

Différences

La Gestalt-thérapie suppose une *conception de l'homme bipartite*: un corps et une âme perçus comme unifiés, car la Gestalt est une approche holistique de l'être humain. En effet, les différents processus, en cause dans le cycle de contact, font appel aux seules fonctions du corps et de la psyché: réceptivité aux sensations, interprétation de ces sensations, mobilisation de l'énergie, accomplissement de l'action, permettant le contact puis le retrait (voir Figure 1).

Figure 1 : Cycle de contact en Gestalt

Tiré de Zinker, J. (1981), *Se créer par la Gestalt*



Quant à elle, la vision chrétienne présente une *conception tripartite* de l'homme : corps, âme et esprit. Les citations des paroles de Jésus nous ont permis d'observer la prépondérance accordée à la relation intime avec l'Esprit, en soi. Comme thérapeute gestaltiste chrétienne, je me sens fortement interpellée à intégrer ces différences.

En effet, à première vue, dans le cycle de contact gestaltiste, les fonctions spirituelles ne sont pas présentes. Cependant, dans la vision plus globale de la Gestalt, on retrouve des éléments propres à la vie spirituelle : ainsi, la spontanéité comme critère de santé et la voix moyenne du Soi (cf. à la partie « Le fonctionnement optimal selon les fondateurs de la Gestalt ») sont reliées à une vision bouddhiste qui prône le détachement et le lâcher-prise. Cette vision a inspiré de manière fort enrichissante le regard que nous portons sur notre corps et le lien que nous entretenons avec celui-ci. Elle a permis une réceptivité aux sensations corporelles et elle a fourni, grâce à des techniques d'intervention créatrices, des moyens concrets d'aller au-delà des tabous que la société (en particulier l'Église catholique), avait et a peut-être encore, envers le corps. Le cycle de contact repose sur une conception, inspirée des traditions spirituelles orientales. Il présuppose que l'individu se situe dans une manière d'être, caractérisée par la conscience de soi ou la présence à soi. En effet, la présence aux sensations corporelles ouvre la porte au monde inconscient ou au non-dit. Elle fait un croc-en-jambe bienveillant au moi conservateur ! Les forces vives, les blessures et les fixations se retrouvent dans le corps. Introduire une partie spirituelle à la vision gestaltiste implique la reconnaissance, dans le corps, de la présence du processus de vie, de maladie et de mort. L'Esprit étant défini comme la Vie, il y a une subtile différenciation à effectuer au sein même des forces que nous sommes.

Essai d'intégration personnelle

Le concept d'Être essentiel chez Dürckheim¹

Dans cette tentative exploratoire d'intégration de la vision gestaltiste et de la vision chrétienne, je ferai appel au concept d'Être essentiel, tel que développé par Karlfried Graf Dürckheim, psychologue et guide spirituel. Ce concept, fondamental pour cet auteur, représente la dimension où la présence divine, en l'homme, est de même nature que la réalité divine qui fonde tout l'univers ; l'Être essentiel correspond aux fondements de l'identité humaine. Le contact avec celui que Dürckheim appelle « Toucher de l'Être » nécessite et transforme la qualité de sa conscience. Dürckheim explique la nature de cette expérience :

¹ Voir Dürckheim (1985) et Marchal (1995)

Alors, comment savons-nous donc qu'il existe (l'être)? Uniquement par des expériences particulières qui transcendent l'ordre de notre conscience naturelle. Elles nous transforment et nous orientent vers une vie et un ordre supérieurs. Et même si, dans des expériences de tous les genres possibles, allant au-delà des normes naturelles de notre conscience, si, par toutes les nouvelles forces, images, essences et systèmes qui apparaissent à notre esprit, nous percevons le mystère de la profondeur et que, sans chercher à le connaître, nous le conservons en nous-mêmes, le traitant ainsi légitimement et éludant le constant danger de le dénaturer, nous risquons encore de trahir son sens essentiel par une connaissance et des lois rationnelles. Nous parlons donc ici de l'Être, uniquement dans le sens de la Vie dans sa profondeur, en soi insondable, incompréhensible, surnaturelle. (1985, p. 85)

Il existe, en l'homme, une tension entre le pôle du moi existentiel, attaché au monde spatio-temporel, et le pôle de l'Être essentiel. Le premier favorise l'adaptation à la vie de tous les jours et le second relie l'homme à l'Absolu, à sa profondeur ontologique. Résoudre cette tension est le but de l'évolution humaine. Cet Être essentiel est souvent caché à notre conscience, comme le soleil, sous une épaisse couche de nuages. Les stimulations de la vie quotidienne peuvent nous en détourner. Cependant, elles peuvent aussi être des occasions de percevoir ou de manifester notre Être essentiel. Dürckheim insiste (comme le préconisent d'ailleurs plusieurs traditions spirituelles) sur l'importance de la vigilance.

La thérapie, selon Dürckheim, comporte deux volets: la guérison des problèmes névrotiques et le développement d'une attitude qui permet à la Plénitude de l'Être de se manifester. Dans la même lignée que Jung, il préconise le travail sur l'Ombre en soi. Dürckheim met l'accent sur la pratique très régulière d'exercices particuliers: exercices corporels, exercices permettant l'expression de l'Ombre, la méditation, la centration au quotidien et l'adoption d'une attitude valorisant les expériences de « Touchers de l'Être »:

- Les exercices corporels s'adressent au corps que l'on est, plutôt qu'au corps que l'on a. Ils visent à mettre le corps au service de l'Être essentiel, en favorisant la prise de conscience de l'attitude juste, de la respiration juste et de la tension juste.
- Les exercices qui favorisent l'expression de l'Ombre utilisent des moyens, tels le modelage de l'argile, le chant spontané et le dessin libre.
- La méditation représente un travail spirituel fondamental pour Dürckheim. Dans cet exercice, la personne plonge dans sa profondeur et vit un sentiment apaisant et libérateur

qui lui offre un contact avec une réalité qui la dépasse et l'inclut, où la plénitude de l'Être rejoint le méditant.

- La centration au quotidien consiste à tenter de vivre toutes les situations de la vie, en demeurant centré sans être esclave ni de son rationalisme ni de son émotivité. Elle repose sur l'acceptation de tout, même de l'intolérable, ouvrant ainsi l'accès à une *Force* insoupçonnée qui porte l'individu au-delà des contingences de la vie ordinaire.
- L'adoption d'une attitude valorisant les expériences de « Touchers de l'Être » est primordiale, dans cette thérapie. Il s'agit de faire de la place, de donner de l'importance à ces moments où nous nous sentons en lien avec une réalité transcendante, où nous expérimentons le numineux. Selon ce psychologue, quatre domaines permettent de maximiser cette expérience : la contemplation de la nature, l'érotisme, l'art authentique et le culte religieux.
- J'aimerais préciser que pour ce praticien il n'est pas nécessaire d'être chrétien pour effectuer ce cheminement vers le contact avec l'Être, mais simplement de reconnaître une dimension spirituelle en l'homme.

Dans la pratique thérapeutique de Dürckheim, beaucoup d'éléments de sa vision de l'homme me sont apparus proches parents de la Gestalt. La Gestalt traite aussi le corps que l'on est, non pas le corps que l'on a ; cependant, elle est davantage axée sur la prise de conscience de ce qui est, alors que Dürckheim insiste sur l'éducation du corps. Le travail sur l'expression de l'Ombre (que les gestaltistes appellent plutôt intégration des résistances) ainsi que la centration au quotidien nous sont familiers. Cependant, la méditation et l'attention portée aux « Touchers de l'Être » sont propres à la thérapie de Dürckheim.

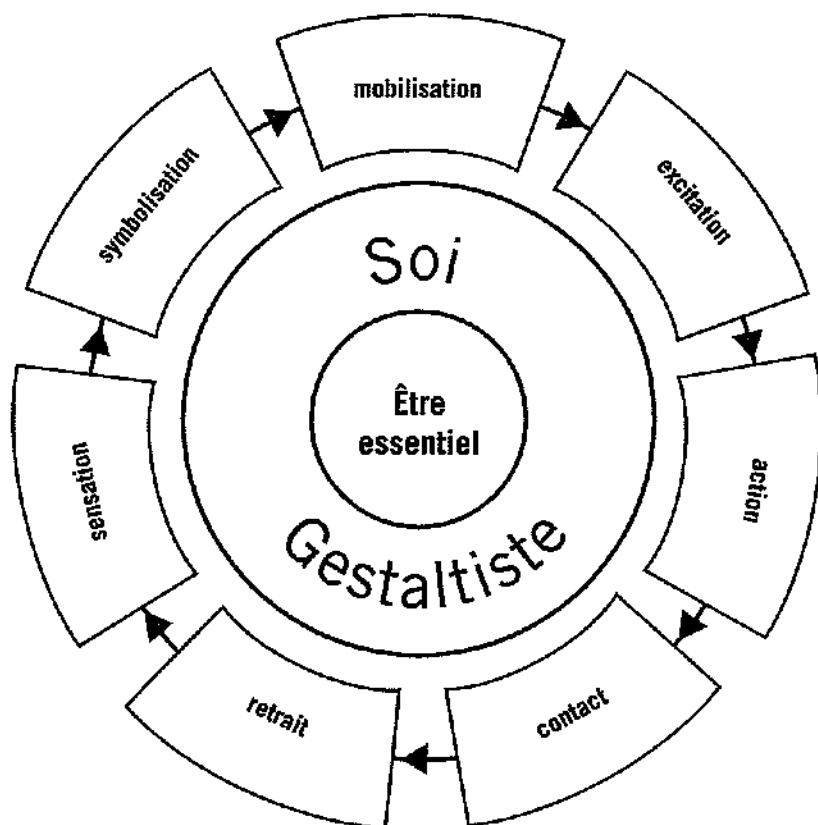
La lecture des œuvres de ce praticien a été très nourrissante : son concept d'Être essentiel a donné du sens à certaines expériences de ma vie. Je me suis questionnée à savoir si la réalité que recouvrait ce concept était incluse dans le concept gestaltiste du Soi. Je crois que le Soi, avec ses trois fonctions, articule bien les rouages à la base de la qualité de la relation de l'organisme et de l'environnement. De plus, il m'a semblé que le concept d'Être essentiel de Karlfried Graf Dürckheim enrichissait la compréhension de l'expérience de l'intériorité.

Afin d'en explorer les possibles, j'ai ajouté ce concept d'Être essentiel au cycle de contact gestaltiste et j'ai tenté de préciser les interactions entre celui-ci et les concepts traditionnels. Dans mon effort d'intégration entre la Gestalt et la vision chrétienne de

l'homme, le concept de l'Être essentiel représente le noyau de l'être renfermant la nature spécifique de la personne et son projet de vie, alors que le Soi gestaltiste est l'outil au service de la manifestation de cet Être essentiel.

En intégrant le concept d'Être essentiel au cycle de contact gestaltiste, tel que représenté dans la Figure 1, nous obtenons la figure suivante.

Figure 2: Cycle de contact proposé



Je vais maintenant exposer comment s'articulent les relations entre les différentes fonctions du Soi gestaltiste et de l'Être essentiel. La présence au contenu indifférencié du fond de notre expérience représente, comme nous le savons, la fonction *Ça*. La Vie se manifeste en désirs et en souffrance de blessures passées et actuelles ; ces désirs peuvent être d'ordre physiologique, psychique ou spirituel. Reconnaître l'Esprit-en-soi ou, comme dirait Dürckheim « l'Être essentiel », c'est reconnaître la manifestation du désir de contact avec le transcendant ou « le-plus-que-moi-même-en-moi ». On trouve, dans ce contenu indifférencié du fond de notre expérience,

des impulsions de l'Esprit qui demandent à être différenciées des impulsions psychiques et des impulsions physiologiques.

La fonction *Je* permet le discernement de ce qui est soi et de ce qui est étranger à soi. Elle est l'instrument de différenciation interne et externe (selon la théorie de prise de forme de Jean Gagnon, 1999, 2006). C'est, bien sûr, sur le plan de la différenciation interne que nous retrouvons le subtil travail de différencier les impulsions psychiques des impulsions spirituelles, c'est-à-dire celles qui dérivent des fonctions de la psyché et celles qui dérivent de l'Être essentiel. Ces dernières sont parfois ressenties comme un manque, une insatisfaction à l'égard de la qualité de sa vie ou comme une intuition à agir dans un certain sens, ou encore comme un sentiment positif d'être à sa place... elles s'apparentent aux expériences reliées à ce que Maslow (1976) appelle «les méta besoins». Cette notion d'impulsions spirituelles est un domaine que j'aimerais approfondir, dans un article ultérieur.

La fonction *Personnalité* constitue l'outil de la conscience de notre histoire personnelle, de notre identité et de notre trame de vie. Grâce à elle, nous pouvons reconnaître nos projets de vie significatifs, que certains appellent «le destin».

En ce qui a trait au passage à l'action, dans le cycle du contact, la vision gestaltiste enseigne que l'on doit rechercher la satisfaction des besoins de l'individu: besoins corporels (vie physiologique) et psychiques (vie cognitive et affective). Si nous adoptons la vision tripartite, incluant une partie spirituelle, cela implique qu'il faut reconnaître des besoins d'ordre spirituel (vie spirituelle) et nécessite un discernement supplémentaire sur le plan de l'orientation de nos comportements afin que ceux-ci tiennent compte des besoins de l'Esprit.

Quand le Soi (gestaltiste) est sain, et que ses fonctions s'exécutent librement, les différentes étapes menant de l'impulsion *désirante* à l'accomplissement se réalisent avec grâce et efficacité, et ce, pour chacune de ces classes de besoins. Le travail psychothérapeutique (qui permet la guérison des blessures de l'âme) donne à l'individu une meilleure capacité de transcender ses blessures ou vulnérabilités afin de demeurer aligné sur les forces de vie, en lui. Ainsi, la volonté peut choisir d'être dans une ouverture vigilante aux impulsions de son Être essentiel. La fluidité du lien, entre le Soi gestaltiste et l'Être essentiel, engendre une expérience d'harmonie intérieure que nous pourrions aussi comprendre comme une intégration organique des relations verticale et horizontale.

Et, dans la pratique...

Cependant, qu'implique le fait de tenir compte de la relation verticale pour le psychothérapeute gestaltiste ? Certains parlent de cette relation comme de la relation avec la *Vie*, signifiant que la vie biologique repose sur une vie plus grande, qui l'inclut et la régit, introduisant ainsi une notion de hiérarchie et, donc, de verticalité ; le Chrétien va dans ce sens. Cependant, pour ce dernier, cette Vie n'est pas impersonnelle, mais peut s'incarner dans des personnes : chacun des êtres vivants est animé par cette Vie, et le Christ représente le prototype de l'humain reconnaissant cette Vie, en lui.

Pour moi, qui suis thérapeute gestaltiste et chrétienne, tenir compte de cette relation verticale signifie : appuyer mes interventions sur une conception de la psyché humaine qui ferait appel à la présence, en l'humain, d'une puissance bienveillante qui le dépasse, mais qu'il peut entrevoir par son intuition. Plus concrètement, la conception du cycle de contact doit s'enrichir d'impulsions, émergeant de ce centre divin, impulsions qui seront, par la suite, interprétées et canalisées par le discernement, lors de la phase de symbolisation et des phases subséquentes.

En effet, l'Être essentiel forme la fonction créatrice en nous : le *Cela* qui permet l'*Amour* et la *Connaissance*. Le Christ ne cessait de répéter à ses disciples et à la foule qui l'écoutait, comme à ceux qui l'accusaient, que la justesse de ses propos reposait sur le lien qu'il entretenait avec son Père. Pour moi, le lien investi avec le Père représente la quête de la réponse la plus pertinente et la plus vivante possible, devant les multiples défis que la vie nous offre. Le Père porte l'impulsion de l'accomplissement : nos œuvres sont sa gloire, si elles sont les fruits de notre union intime avec le Christ. Par conséquent, le déploiement de la vie consiste à s'abandonner à l'élan vital qui nous habite, tout en exerçant une maîtrise inspirée par les commandements du Christ. Plus concrètement, cela signifie que l'on doit accomplir chaque cycle de contact en s'appuyant sur l'enseignement christique.

Je me plais à percevoir le Père comme concept symbolique personnifiant les lois de la vie. Respecter sa volonté signifie respecter les lois de vie. Le lien avec le Père se nourrit dans le terreau de la relation horizontale, soit celui des liens que nous entretenons avec notre environnement. Le regard posé sur nos comportements et attitudes, dans les liens avec les autres, nous permet de retirer les voiles qui recouvrent notre nature aimante et connaissante. Nous pouvons aussi le faire grâce aux cadeaux que la Vie et nos proches nous font, lorsqu'ils nous servent de miroirs, ou quand ils nous aiment.

Le travail de reconnaissance de nos blessures émotives et de notre vulnérabilité nous aide à rouvrir notre cœur et à aimer plus librement. Nos souffrances, réappropriées, guéries par des relations réparatrices et par la Vie essentielle, peuvent devenir nourrissantes, tel l'humus.

Ainsi l'homme, consciemment *abandonné à son Être essentiel et lié harmonieusement à l'Autre*, est fermement soutenu: il fait place au mystère de la Vie et à la rencontre créatrice avec son semblable qui lui pavent le chemin, le guérissent et lui permettent de nager dans les eaux troubles et noires de l'intolérable, vers son accomplissement. Nous retrouvons dans l'Apocalypse (21, 45) la référence à cet immense pouvoir de créativité: «Voici, je fais toutes choses nouvelles.»

CONCLUSION

Dans ce texte, qui a représenté un effort d'intégration des concepts gestaltistes et chrétiens, j'ai tenté de dessiner très sommairement une vision et un fonctionnement de l'être humain, susceptibles de soutenir mes interventions en tant que psychothérapeute. J'ai voulu faire part de mon cheminement. Ces deux visions ont, nous l'avons vu, plusieurs points en commun. Elles peuvent s'enrichir l'une l'autre. Cependant, la vision spirituelle chrétienne m'incite à préciser le fond de l'être et à poser une entité spirituelle qui se manifeste plus ou moins selon la santé des fonctions du Soi gestaltiste. Ce noyau est formé d'une identité et d'un potentiel.

Je n'en suis qu'à un balbutiement. J'espère poursuivre ma réflexion à un degré plus pointu et plus pragmatique. J'aimerais circonscrire les expériences reliées aux besoins spirituels. De même, j'aimerais parvenir à une formulation plus détaillée des changements que cette conception implique dans ma pratique de la psychothérapie. Je souhaite que cette réflexion ait été, pour certains d'entre vous, une source de stimulation.

Références

- La Bible de Jérusalem.* (1973). Paris: Du Cerf.
- De Souzaenelle, A., Mouttapa, J. (1993). *La Parole au cœur du corps.* Paris: Albin Michel.
- Dürckheim, K. G. (1985). *Pratique de l'expérience spirituelle.* Paris: Du Rocher.
- Fleury, V. (2006). *De l'œuf à l'éternité.* Paris: Flammarion.
- Gagnon, J. (1999). «Prendre forme en relation: fondements pour une compréhension gestaltiste des pathologies limites». *Cahiers de Gestal-thérapie*, 6, 65-115.

- Gagnon, J. (2006). « La complexité selon Edgar Morin et la prise de forme en relation. » *Revue québécoise de Gestalt*, 9, 207-236.
- Marchal, J. et G. (1995). Durckheim le thérapeute. Dans *Regards inédits sur Graf Durckheim*, ouvrage collectif. Béthanie : Éditions Alphonse Goettman.
- Maslow, A.H. (1976). *Être humain : la nature humaine et sa plénitude*. Traduction d'Agnès Prigent et Laurence Nicolaieff. Paris : Eyrolles, 2006.
- Perls, F., Hefferline, R.E., Goodman, P. (1979). *Gestalt-thérapie*. Montréal : Stanké. Ouvrage original publié en 1951 sous le titre *Gestalt Therapy : Excitement and Growth in the Human Personality*.
- Perls, L. (1993). *Vivre à la frontière*. Traduction de Janine Corbeil. Montréal : Les Éditions du Reflet. Ouvrage original publié en 1992 sous le titre *Living at the Boundary*.
- Zinker, J. (1981). *Se créer par la Gestalt*. Montréal : Éditions de l'homme.

Abstract

The author explores the development of human potential in relation to Gestalt theory and Christian thought. Her essay explores her personal integration of these two fields, psychological and spiritual, from which she suggests a model of the psyche's behaviour.

Structures et processus

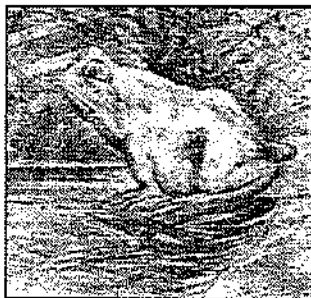
De l'objet interne au champ expérientiel

François CHANEL

Résumé

Cet article propose un regard sur le champ gestaltiste inspiré du concept physique de champ. Nous tenterons de montrer comment cette perspective permet de redéfinir la notion d'objet interne, chère à la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet, tout en préservant la vision unitaire du champ, défendue par Perls et Goodman. Un des avantages essentiels de cette nouvelle définition, en renonçant à la distinction entre interne et externe pour décrire l'organisme, étant de pouvoir rendre compte, avec les mêmes outils thérapeutiques, tant des phénomènes habituellement pensés et mis en œuvre au sein d'une relation thérapeutique duelle que des phénomènes proprement collectifs observés en situation groupale.

Issue d'une perspective résolument phénoménologique, la Gestalt-thérapie s'est, depuis toujours, centrée sur le processus advenant à chaque instant à la frontière-contact entre l'organisme et l'environnement. En France, Robine, s'appuyant sur la philosophie existentielle et phénoménologique, a ancré radicalement la pratique de la psychothérapie dans la situation présente. Au Québec, sous l'impulsion de Delisle, s'est développée une perspective inscrite dans le pragmatisme nord-américain dans laquelle est réintroduite une structuration relativement permanente du Self. Bien que chacune soit vigoureuse, prospère et solidement inscrite culturellement et socialement, ces deux perspectives se retrouvent parfois en tension, comme s'il fallait donner préséance à l'une ou à l'autre. Dans cet article, nous allons défendre l'idée que débattre sur ce mode dichotomique reviendrait, dans la traditionnelle imagerie gestaltiste, à statuer sur la forme suivante : grenouille ou cheval ?



Nous allons proposer un ajustement théorique évoquant une définition plus précise de la notion de champ qui unifie ces deux aspects au sein de la théorie gestaltiste. Cette définition reprendra les travaux de Kurt Lewin, précurseur majeur de la Gestalt qui a le premier transposé le concept de champ issu de la théorie électromagnétique à la psychologie des groupes restreints. Nous tenterons d'y conjuguer à la fois les apports de Delisle, intégrant le concept d'objet interne, et l'enracinement dans la théorie originale de Goodman, tel que développé par Robine.

AJUSTEMENTS THÉORIQUES

Nous savons, comme le note Robine (1997), que: « Toute théorie est une fiction parmi d'autres fictions, mais que c'est grâce à elle et à travers elle que nous essayons de construire du sens à notre expérience. » Rares sont ceux qui osent affirmer sur la place publique qu'ils détiennent une (voire *La*) théorie possédant un caractère de vérité établi. Ce sentiment d'adhérer à une vérité, sentiment plus ou moins conscient, plus ou moins explicite et surtout plus ou moins rigide, est néanmoins un des ingrédients nécessaires à la cohésion d'un groupe de personnes qui adhèrent à une même théorie, théorie qui tient lieu de vérité provisoire dont le caractère subjectif et relatif est reconnu. Celui qui propose un ajustement conteste néanmoins la théorie en tant que vérité, en tentant bien souvent d'y intégrer des vérités extérieures. Au moment de proposer un tel ajustement me revient la mise en garde par laquelle Robine (2004) poursuit: « On ne peut impunément passer d'une discipline à l'autre, d'un système de pensée de référence à un autre sans risquer l'aveuglement consécutif à la possible fascination. » Or, malgré ces risques, c'est précisément ce que nous allons faire. Une certaine prudence s'impose donc.

Fiction et réalité

Si toute théorie est une fiction, toute fiction n'est pas une théorie. Une théorie est assujettie à la réalité dont elle doit rendre compte. Prenons quelques instants pour examiner ce concept (en apparence évident) de réalité. Traditionnellement, la réalité est ressentie comme un continuum entre, d'une part, ce qui nous est donné comme une évidence et fait consensus et d'autre part, ce qui nous échappe encore, qui existe indépendamment de nous et qui reste à découvrir. Ce que Thomas Kuhn (1983) a appelé «la science normale» opère précisément à la frontière, entre les deux. Elle s'appuie sur le réel connu pour rendre connu ce qui ne l'est pas encore. Par contre, au fil de ses progrès, cette science normale se heurte à certains aspects du réel qui ne se conforment pas, qui résistent, qui invalident même parfois ce qui est déjà connu et qui, finalement, contraignent la théorie à quitter certaines formes et lui en imposent d'autres. Kuhn a précisément décrit ces périodes durant lesquelles la science normale se retrouve contestée puis dépassée par une autre norme faisant intervenir des critères qui lui sont totalement extérieurs et qu'elle refuse *a priori* de considérer comme pertinents: «Durant les révolutions, les scientifiques aperçoivent des choses neuves et différentes, alors qu'ils regardent avec des instruments pourtant familiers dans des endroits qu'ils avaient pourtant déjà examinés.» (p.157). Ce qu'il résume un peu plus loin par une boutade: «Ce qui, avant la révolution, était pour l'homme de science un canard, devient un lapin.» (p.158). Autrement dit, la révolution scientifique ne modifie pas seulement la réalité inconnue en la précisant, mais elle modifie rétroactivement, et de manière parfois très troublante, la réalité déjà connue.

En matière de révolution scientifique, la physique du siècle dernier est proprement fascinante. Elle a dû opérer une série de remises en cause radicales. L'une des grandes victimes de ces ajustements: le réalisme classique, c'est-à-dire la «Réalité en soi», existant objectivement dans l'espace et le temps, jadis objet fondamental et incontesté de la recherche. La physique, à son corps défendant, a dû renoncer à l'idée d'une objectivité forte, indépendante de la perception et de la représentation que nous pouvons nous faire du réel. Elle a dû se contenter d'un réalisme à objectivité faible qui est celui de la physique quantique: tel observateur a observé tel phénomène dans telles conditions. On ne peut en dire plus du réel. Il en résulte que l'observateur ne peut être séparé de l'observation. Comme ses instruments, il fait partie de l'énoncé.

Autrement dit, la physique n'a guère eu d'autre choix que de jeter un regard vers l'humain, un peu du côté de la psychologie dont le sujet d'étude n'est pas la réalité, mais l'expérience subjective qui

en est faite. Inversement, la psychologie a, depuis toujours, certaines aspirations à une réalité plus objective. De Freud au *DSM IV*, en passant par la neuropsychologie, les thérapies cognitivo-comportementales et le mouvement de fond des données probantes, elle recherche l'accès à une connaissance se voulant précisément objective, c'est-à-dire dégagée de l'expérience personnelle de l'observateur. Ce mouvement cartésien produit des vérités : cette approche thérapeutique fonctionne, et celle-là ne fonctionne pas. Mouvement paradoxal en soi, tellement il est à la fois, comme nous allons essayer de le montrer, dépassé et malgré cela étonnamment dominant dans la recherche actuelle en psychologie.

Naviguant entre les écueils d'un scientisme, qui consisterait à vouloir formaliser la nature humaine avec les instruments de la physique, et d'un relativisme qui réduirait le réel à une convention sociale, nous allons parcourir ensemble quelques révolutions scientifiques qui ont mené la physique à introduire la notion de champ, et, à la suite de Lewin, tenté de transposer ces connaissances au concept de champ en Gestalt.

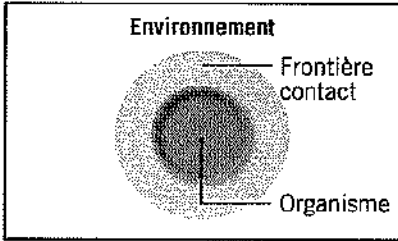
La théorie du Self de Goodman, et ses suites

Commençons par le commencement. Le concept de champ en Gestalt a été introduit par Perls, Hefferline et Goodman (1951) dans leur ouvrage fondateur. Évidemment, nous ne rappellerons pas ici l'ensemble de la théorie et nous nous contenterons des points essentiels à notre propos. En rejetant l'idée de structuration psychique au profit d'une centration radicale sur la phénoménologie du processus de contact, en cours à chaque instant, leur apport marqua une rupture importante par rapport à la culture psychanalytique dominante de leur époque. Qu'en est-il aujourd'hui, 50 ans plus tard, de l'évolution de ces idées originales ? Nous allons nous intéresser en particulier à deux développements contemporains de la théorie.

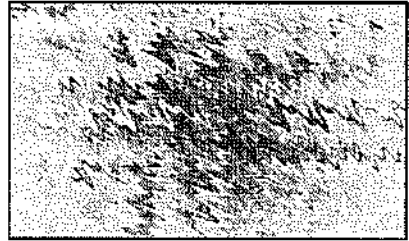
Alors qu'en France, Jean Marie Robine (1997, 2004) défend et incarne un *réenracinement* dans les propositions initiales de Perls et Goodman pour les développer, au Québec, Gilles Delisle (1998) propose une révision importante qui réintroduit la notion de structure au sein du Self afin de rendre compte des pathologies de la personnalité. Rappelons quelques points saillants de la définition du Self dans ces deux conceptions.

Pour Robine comme pour Goodman, le Self est la fonction qui, lorsqu'il y a contact, organise le rapport figure/fond et l'émergence des formes à la frontière-contact. Lors du retrait, le Self se dissout, l'organisme et l'environnement retrouvent leur état indifférencié. Notons ici ce point important sur lequel nous reviendrons :

Goodman qualifie la notion même de distinction entre organisme et environnement de « dichotomie névrotique ». Dans le schéma qui suit, cette perspective est illustrée par une représentation du champ organisme/environnement tel qu'organisé par le Self, lorsqu'il y a contact, et de l'état de ce champ lors du retrait.



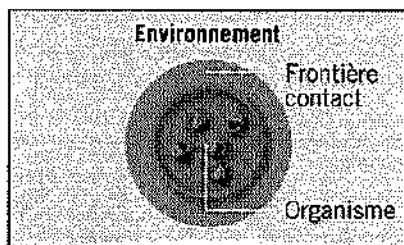
État du champ organisé par le Self
lors du contact



État du champ en l'absence de
contact

Delisle adopte, quant à lui, une perspective radicalement différente sur ce point. Il affirme que l'organisme et l'environnement sont distincts et qu'il existe bien un univers interne séparé de l'univers externe. Il affirme également que ce Self est structuré et qu'il contient des fractions du champ organisme/environnement qui y sont intériorisées de manière à la fois précoce, pathologique et inévitable. Ces intériorisations, nommées dans son modèle : *microchamps introjetés*, sont les traces laissées par des situations inachevées (car inachevables au stade développemental où l'expérience en est faite) *déposées* et conservées à l'intérieur du Self. Ce dernier se voit ainsi attribuer une fonction de contenant (exercée par la fonction *Ça*). Ces objets internes sont à l'origine de la pathologie, et la thérapie aura comme objectif de les dissoudre. Pour cela, le processus thérapeutique tendra à les amener progressivement à la conscience, en réactivant, au sein de la relation thérapeutique, l'expérience actuelle de l'inachevé du passé et en relevant comment le champ thérapeutique tend à se reconfigurer en fonction du champ interne.

Un tel Self peut être représenté de la manière suivante :



Self contenant une série d'objets internes

Un tel apport a l'avantage irremplaçable de rendre compte de la continuité temporelle tant du Self que de l'expérience qui en est faite, et de situer la rencontre thérapeutique au coeur de cette continuité. Sans remettre en cause cet acquis que nous souhaitons conserver, nous allons cependant reprendre la critique de Marie-Claude Denis (dans Delisle, 1998).

Ce modèle traite du microchamp introjecté comme d'un organe psychique qui doit se sustenter et d'une structure interne clivée lui conférant un statut d'entité dotée de sa dynamique propre et cherchant à se maintenir. Cette proposition directement tirée de la théorie des relations d'objet apparaît elle-même comme une introjection qui, en ce qui me concerne, n'est pas encore digérée. (p. 218)

Nous allons, dans la suite de cet article, nous attarder plus particulièrement à ce phénomène décrit par la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet comme l'intériorisation d'une fraction du champ. Nous allons en proposer une description qui nous rapprochera des racines Goodmaniennes soutenues par Robine. Cette intériorisation ne nous paraît pas uniquement, comme la PGRO a tendance à le concevoir, un phénomène développemental remontant à un passé plus ou moins archaïque.

Il nous arrive à tous, comme thérapeutes ou comme clients, de demeurer en contact au sortir d'une entrevue avec des expériences singulières, parfois intenses et durables. Nous pouvons, par exemple, nous sentir particulièrement incompétents après une entrevue avec un client ou encore ressentir un certain plaisir que notre thérapeute soit fier de nous. Bien qu'étant nôtres, ces expériences sont aussi fortement induites par le contact avec un autre et elles ne cessent pas quand l'autre a disparu. À ce titre, nous avons donc « intériorisé » quelque chose de cette interaction. Ce *quelque chose* est bien une part de nous et une part de l'autre et, selon les circonstances, il peut être plus ou moins intense et plus ou moins durable.

Delisle utilise, pour désigner ce phénomène, le construit complexe et fécond d'identification projective auquel la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet accorde une place importante, tant dans son enseignement que dans sa pratique de la psychothérapie. Cependant, il ne lui accorde pas un plein statut de mécanismes de régulation du contact et l'on observe un certain décalage entre la place importante qu'il lui accorde en pratique et le peu d'élaboration qu'il en fait dans son modèle.

C'est ce décalage que nous allons tenter de réduire. Ces considérations théoriques nous semblent fondamentales, car nous allons défendre l'idée que les processus mis en œuvre lors des identifications projectives sont exactement les mêmes qui président à la constitution progressive des objets internes. Fidèles à nos fondements phénoménologiques, nous allons spécifiquement tenter de préciser comment une interaction peut produire un tel effet d'intériorisation, comment une expérience peut se propager d'un organisme à l'autre et, plus précisément, comment cette transmission se manifeste là où nous sommes équipés pour l'observer : à la frontière- contact organisme/environnement.

Cette question nous met face à une limite du champ conçu comme un rapport entre *organisme* et *environnement*, puisque l'un et l'autre sont simultanément l'un et l'autre lorsqu'on parle d'une telle interaction complexe où un organisme agit à distance sur un autre, où quelque chose se transmet d'un organisme à un autre.

Un parallèle fondamental

Nous prendrons un certain recul pour examiner cette large question qui s'est manifestée sous toutes sortes de formes au long de l'histoire de l'humanité : comment quelque chose agit sur autre chose, comment un corps agit-il sur un autre corps ? C'est, bien sûr, au travers de nos perceptions du réel que la question a d'abord été abordée : pourquoi un caillou rebondit-il sur un autre caillou plutôt que pénétrer à l'intérieur ? Pourquoi un aimant attire-t-il certains métaux, mais pas d'autres ? Pourquoi la Terre tourne-t-elle autour du Soleil ?

En réponse à toutes ces questions, la physique, environ un siècle avant la Gestalt et après rien de moins qu'un siècle et demi d'efforts, a réussi à produire un concept aussi révolutionnaire qu'éloigné de nos perceptions intuitives : le concept de champ. Grâce à lui, les forces électrostatiques observées depuis des décennies ont pu être expliquées, comme le rapportent aujourd'hui tous les ouvrages de physique élémentaire : *Une charge électrique crée un champ électrique dans l'espace qui l'entoure. Lorsque nous approchons une deuxième particule chargée, celle-ci ne va pas interagir directement avec*

la première, mais plutôt réagir au champ dans lequel elle se trouve. De cette façon, le champ joue le rôle d'intermédiaire entre les particules chargées.

Cette explication a été confirmée expérimentalement et est maintenant universellement acceptée. À cet égard, elle acquiert donc un statut de réalité (objective, faible, mais unanime) et constitue une des bases fondamentales de notre science normale. Pour étudier les interactions humaines, nous allons proposer le parallèle fondamental suivant: *Un individu crée un champ dans l'espace qui l'entoure. Lorsque nous approchons d'un deuxième individu, celui-ci ne va pas interagir directement avec le premier, mais plutôt réagir au champ dans lequel il se trouve. De cette façon, le champ joue le rôle d'intermédiaire entre les individus.*

Nous voici parvenus à l'essentiel de notre propos: transposer à notre domaine d'étude le concept de champ, tel que défini et affiné par la physique au cours des trois derniers siècles. Nous allons donc explorer l'hypothèse selon laquelle notre champ gestaltiste peut être conçu et décrit de manière analogue aux concepts mathématique et physique de champ.

Cette idée est loin d'être récente; il y a plus d'un demi-siècle que Lewin l'a développée afin de rendre compte des interactions complexes au sein de groupes humains, dans un effort d'intégration entre le social et le psychologique. Nous allons poursuivre cet effort d'intégration, et ce, dans une perspective spécifiquement gestaltiste.

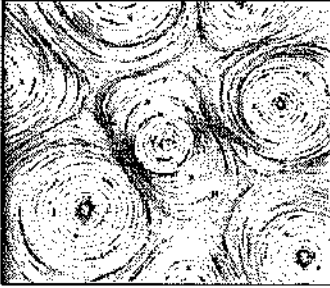
UN PEU D'HISTOIRE

Nous verrons, en quelques paragraphes, comment les théories scientifiques se sont enchaînées en autant de tentatives d'explication, d'attribution de sens à ces phénomènes dont nous faisons l'expérience. Nous nous intéresserons en particulier à la naissance et au développement du concept de «champ». Ceux qui voudraient approfondir la naissance du concept de champ pourront se plonger dans le fascinant ouvrage de William Berkson (1974): *Fields of Force, the Development of a World View, from Faraday to Einstein*¹. Enfin, nous observerons dans quelle mesure ces connaissances, développées au fil des siècles, peuvent éclairer nos réflexions sur les transactions entre organisme et environnement.

¹ Dans cette section, les références à des auteurs absents de la liste de références sont tirées de ce volume.

Descartes: le règne de la matière

Descartes (1630) concevait l'espace comme étant rempli de corpuscules de formes et de tailles différentes. Ces particules en mouvement agissaient l'une sur l'autre, par contact de proche en proche, et ce, dans différentes directions et de manière complexe.



Autrement dit, pour lui, si la Lune tourne autour de la Terre, c'est qu'il y a derrière elle des particules qui l'empêchent de s'éloigner, et entre elle et la Terre des particules qui l'empêchent de se rapprocher. Pour lui, la question-clé consiste à étudier les lois qui régissent la collision des corps.

Newton: au-delà de la perception

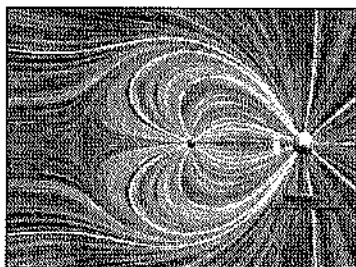
Newton (1686) revisite notre représentation du monde. Pour lui, l'univers est entièrement constitué de corpuscules et de vide. Cependant, il existe une troisième entité: les forces. Chaque corpuscule a la propriété d'agir à distance et d'exercer instantanément des forces sur tous les autres corpuscules. Il a défini le concept de gravité et proposé un modèle de calcul de ces interactions. Ce modèle était tellement simple et expliquait tellement de phénomènes que cela a enclenché une révolution scientifique qui fonda la science normale pendant deux siècles.

Faraday: une substance nouvelle

Après la gravité, les phénomènes électriques et magnétiques, nettement plus éloignés de notre perception directe, s'imposèrent à l'étude. En 1820, le Danois Hans Ørstedt découvrit, par hasard, qu'une aiguille aimantée, située à proximité d'un fil parcouru par un courant électrique, était déviée. Cette expérience fit beaucoup parler. Plus tard, le physicien français André-Marie Ampère présenta une théorie selon laquelle l'électricité et le magnétisme seraient deux aspects d'un même phénomène.

Faraday passa sa vie à étudier les liens entre ces phénomènes. Ses observations l'amènèrent à mettre en cause l'idée newtonienne d'une force agissant instantanément à distance, comme explication de l'interaction entre les corps. Pour Faraday, le bon sens imposait que préexiste à l'interaction entre les deux corps un « état nécessaire à l'action », réparti dans tout l'espace. Lorsqu'un second corps est introduit, la force qu'il subit « concrétise » cette énergie qui préexistait. Pour représenter et conforter ses conceptions, il inventa même des schémas sur lesquels couraient des « lignes de

champ», graphiques qui matérialisaient en quelque sorte les « courbes de niveau » de « l'état nécessaire à l'action ». Bien sûr, les tenants de la science dominante contestèrent cette hypothèse. Ce fut un débat long et complexe qui déboucha finalement sur une expérience infirmant sans équivoque l'hypothèse d'action à distance instantanée.



Ainsi naquit ce qui allait mener à l'idée moderne de champ: entité immatérielle médiatrice de forces qui agissent non plus instantanément, mais se propagent dans l'espace à une certaine vitesse. Comme gestaltiste, étant donné la place centrale qu'occupe le concept de champ dans notre modèle, il s'agit là d'une évolution cruciale.

Illustration : des lignes de champ électrique entre deux charges de signes opposés qui s'attirent.

Champ, énergie et lumière

Le physicien allemand Hermann Ludwig Von Helmholtz précise le concept d'énergie. Il montre en particulier que cette quantité se conserve et se transforme, sans perte entre différentes formes: énergies cinétique (de mouvement) et thermique. Celles-ci sont donc bien les différentes manifestations d'une même entité physique. La thermodynamique, munie de ses deux célèbres principes, s'est par la suite consacrée à l'étude des lois régissant les transformations de cette énergie d'une forme à l'autre.

Maxwell, grâce à ses célèbres équations, confirme en 1864 l'unification de l'électricité et du magnétisme en une « nouvelle substance » qui correspond bien au concept de champ défini par Faraday: le champ électromagnétique. Par ailleurs, il montre également que cette nouvelle substance est fondamentalement continue, dénuée de toute propriété mécanique et telle que ses oscillations se propagent à une vitesse de l'ordre de 300 000 kilomètres par seconde. Il démontre également que le champ électromagnétique véhicule ce que Helmholtz a défini comme énergie. Les champs électriques et magnétiques sont donc une nouvelle forme d'énergie qui peut se transmettre aux énergies déjà connues, toutes mécaniques ou thermiques (et, par exemple, faire tourner l'aiguille d'une boussole).

De là à supposer que la lumière n'était qu'un type particulier d'ondes électromagnétiques, il n'y avait qu'un pas que Maxwell

franchit sans hésitation, ce qui ne fut malheureusement confirmé expérimentalement qu'en 1888, après sa mort, par l'Allemand Heinrich Rudolf Hertz. L'aspect ondulatoire de la lumière était donc vérifié et sa nature identifiée plus précisément: une onde électromagnétique, véritablement différente de la matière et absolument pas mécanique.

Aussi curieux que cela puisse nous paraître aujourd'hui, la conception moderne de champ en tant qu'entité qui n'a pas besoin de support matériel était hors de portée des scientifiques du XIX^e siècle. Le champ électromagnétique de Maxwell était donc censé être supporté par un milieu matériel qui fut nommé: éther. Cet éther continu remplissait le vide entre les atomes, mais rien d'autre.

Einstein: le vide et la fin des absolus

Vient ensuite Einstein (1905) qui, étudiant cette fameuse vitesse à laquelle se propagent les ondes, en vint à remettre en cause le caractère absolu de la notion de simultanéité et, plus fondamentalement, l'indépendance des notions d'espace et de temps qui régissent la physique qu'on appellera après lui «classique». Ces ajustements rendent la notion d'éther inutile. Elle est donc abandonnée. Le champ électromagnétique, radicalisant ainsi son immatérialité, se propage désormais dans le vide. Une autre conséquence déconcertante de ces principes nouveaux: la masse, c'est-à-dire la matière, n'est qu'une forme particulière d'énergie ($E=mc^2$). C'est presque banal, aujourd'hui. Dans la démonstration d'Einstein, l'énergie à laquelle la masse finit par être égale est bien une énergie interne, essence même de la matière.

Cette conclusion va manifestement à l'encontre de nos appareils perceptuels et conceptuels et les physiciens ne l'ont acceptée qu'à contrecœur, parce que la «réalité» elle-même le leur a imposé, ouvrant ainsi de nouveaux domaines d'exploration que Michel Cazenave (1998) nous décrit dans son *Dictionnaire de l'ignorance*. Cette conclusion explique cependant, mieux que toute autre auparavant, la nature des corps astronomiques et l'origine des atomes qui constituent les poussières d'étoiles que nous sommes.

La complémentarité quantique

La matière est composée de corpuscules. Les corpuscules sont des entités discrètes, c'est-à-dire des sortes de petites boules localisées dans des régions très restreintes de l'espace. Ils y décrivent des trajectoires le long desquelles, à tout instant, leur position et leur vitesse sont, jusqu'à un certain point, déterminées.

Les ondes de la physique classique sont des phénomènes non localisés, continus et occupant sinon tout l'espace, du moins une

certaine étendue spatiale. Elles n'ont pas davantage de trajectoires que la houle qui vient frapper les côtes. Elles ont, par ailleurs, la propriété absolument remarquable de pouvoir se superposer. La somme de deux ondes est une onde. Cette propriété ne vaut pas pour les corpuscules. La somme de deux boules de billard n'est pas une boule de billard. Ondes et corpuscules sont donc concepts sans lien de parenté évident. Et pourtant, ce n'est pas la Sainte Trinité que les physiciens ont dû se résoudre à constater, mais quand même une sacrée dualité. En effet, plus personne aujourd'hui ne conteste que la lumière se manifeste sous deux formes équivalentes et indissociables.

- Tantôt, comme nous l'avons dit plus haut, sous forme d'un champ délocalisé dont les oscillations se propagent dans l'espace: le champ électromagnétique dont la fréquence détermine la couleur que nous percevons (ou que nous ne percevons pas, si elle est en dehors de l'étroit spectre visible).
- Tantôt sous forme d'un faisceau de particules sans masse ni charge électrique, localisées dans l'espace: le photon qui peut entrer en collision avec la matière localisée.

Plus étrange encore, c'est la manière selon laquelle nous choisissons d'observer qui détermine la manière dont elle se manifeste. Réciproquement, les modèles de la physique actuelle attribuent à chaque particule une fonction d'onde qui la décrit sous forme délocalisée.

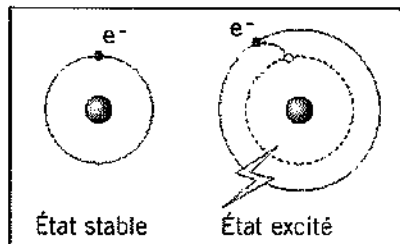
Lumière et matière

Nous savons maintenant que la matière est faite de particules très petites, en mouvement dans le vide (le volume de l'atome est constitué d'au moins 99,99999999999999 % de ce vide que la physique a eu tant de mal à concevoir!). C'est, là encore, un phénomène de champ qui permet d'expliquer la cohésion de la matière: comme le champ gravitationnel explique la stabilité orbitale des planètes autour du Soleil, des galaxies autour de leur centre, le champ électromagnétique transporte la force d'attraction qui stabilise le mouvement orbital des électrons autour du noyau de protons et de neutrons. Plus une orbitale est éloignée du noyau, plus la vitesse des électrons qu'elle contient est élevée et plus ils emmagasinent une énergie importante sous forme cinétique. La physique a démontré que seules certaines orbitales précises et discrètes sont possibles au sein de l'atome, et que les électrons doivent sauter de l'une à l'autre en absorbant ou en émettant des quantités très précises (des quantas) d'énergie (on pourrait aussi dire: selon certaines longueurs d'onde, très précises). C'est précisément ce phénomène qui a donné son nom à la mécanique

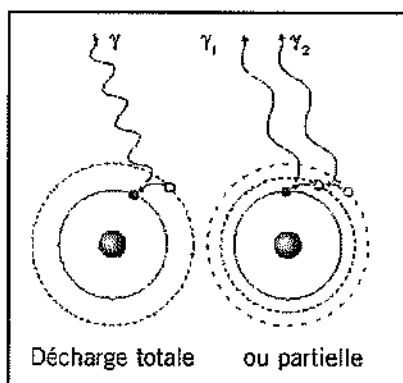
quantique. Une des applications les plus familières de ce phénomène est, sans doute, la lumière laser qui peuple désormais notre univers quotidien. C'est également par l'intermédiaire du champ électromagnétique que des atomes peuvent s'associer en molécules plus ou moins complexes et plus ou moins stables. La chimie en général, et la biochimie en particulier se consacrent à l'étude des transformations des substances chimiques issues des changements dynamiques de ces liens.

Lumière et matière sont en constante interaction. Nous allons donner trois exemples pour illustrer les processus par lesquels ces ondes électromagnétiques se propageant dans l'espace et interagissent avec la matière. Nous utiliserons ces exemples pour décrire la manière dont les expériences humaines interagissent par l'intermédiaire du champ de la Gestalt.

Nous voyons tous les jours le filament d'une ampoule électrique ou le gaz d'un tube de néon émettre de la lumière. D'où vient cette lumière, comment est-elle générée? Par un courant électrique, c'est-à-dire un faisceau d'électrons qui percute les atomes du filament de l'ampoule ou ceux du gaz. Lorsqu'un atome de matière reçoit un apport d'énergie (énergie transmise ici par l'électron incident), ses électrons absorbent cette énergie sous forme cinétique: leur vitesse augmente et ils passent sur une orbitale supérieure. On dit alors que l'atome est dans un état *excité*. Lorsque l'électron retombe sur son orbite d'origine, il restitue cette énergie emmagasinée en émettant un photon, particule de lumière porteuse d'énergie qui se propage dans l'espace environnant. Lorsque le courant électrique est interrompu, tous les électrons retombent sur leurs orbites stables et, en une fraction de seconde, l'ampoule cesse d'émettre de la lumière.



Poursuivons par un autre exemple: une fois notre lumière éteinte, si nous avons collé au plafond de ces petites étoiles phosphorescentes qui décorent les chambres de nos enfants, celles-ci continuent à briller quelque temps. Pourquoi? Pour des raisons très semblables: là aussi, ces électrons ont été excités, mais cette fois-ci, par des photons incidents (la lumière de notre ampoule précédente). Par contre, lorsqu'on éteint la lumière, les atomes restent excités. Leurs électrons ne retombent que petit à petit sur leurs orbites stables, émettant ainsi de la lumière plusieurs minutes, et parfois plusieurs heures, après l'extinction de l'ampoule. À retenir, donc, ici: une excitation peut se conserver au sein même de la matière pour une décharge ultérieure.



Enfin, longtemps après que nos étoiles se sont éteintes, le lendemain matin, plus besoin d'ampoule: le soleil brille. Cette lumière-ci fait appel à un niveau d'énergie nettement supérieur. Les deux exemples précédents concernaient les électrons, celui-ci fait intervenir les noyaux (d'où son nom d'énergie nucléaire) constitués de particules beaucoup plus massives (un proton ou un neutron a une masse égale à 1 820 fois celle d'un électron). Il y a, dans ce phénomène, mutation de la matière d'une substance à une autre (de l'hydrogène à l'hélium, de l'uranium au plutonium). C'est la matière elle-même qui se désintègre, se dématérialise et libère une partie de cette énergie interne dont Einstein nous a appris qu'elle était constituée. Elle change de forme, passant d'une masse discrète et localisée à une énergie ondulatoire et délocalisée qui se propage dans l'espace. Le phénomène inverse peut se produire: des ondes délocalisées se condensent en matière localisée. Cette création de matière à partir de vide est encore plus étrangère à nos perceptions directes, donc à notre appréhension spontanée du monde. Et pourtant, elle est observée tous les jours dans nos accélérateurs de particules. À noter ici que ces ondes ont

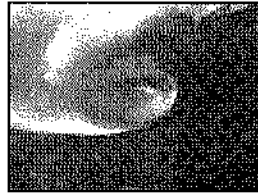
une fréquence beaucoup plus élevée, donc une énergie et un pouvoir de pénétration nettement supérieurs. Ce phénomène parfois naturel (au sein du Soleil ou dans nos mines d'uranium), parfois artificiel, peut s'étaler sur des durées extrêmement courtes comme sur des dizaines de milliers d'années.

En conclusion

Nous espérons avoir réussi à décrire et préciser cet aspect de la réalité auquel la physique attribue la dénomination de champ. Il m'apparaît important, en concluant ce chapitre, étant donné l'écart entre ce concept et notre équipement perceptuel, de rappeler par une illustration familière aux gestaltistes la distinction fondamentale entre le champ lui-même (concepts délocalisés et étendus dans l'espace) et une perturbation de l'état de ce champ en un point donné, perturbation qui peut se propager dans l'espace à une certaine vitesse. C'est cette perturbation qui transporte et transmet quelque chose, le champ étant, quant à lui, le fond perturbé.



Le champ
Le fond (ici la mer)



Une onde se propageant dans le champ
Une figure (ici la vague)

QU'EST-CE QUE ÇA CHANGE ?

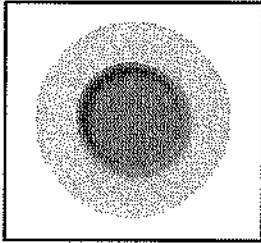
Munis de ces connaissances, revenons à la psychologie et aux interactions humaines. Plaçons-nous dans la situation d'un Faraday qui, feuilletant les pages des revues scientifiques les plus récentes, se mettrait à repenser le monde.

Nous proposons de penser le champ de la Gestalt comme une entité immatérielle, continue, délocalisée et omniprésente. En conformité avec les bases phénoménologiques de la Gestalt, nous conviendrons, dans ce qui suit, de le nommer *champ expérimentiel*. Ce terme me paraît particulièrement adéquat, dans la mesure où il peut désigner, dans le langage courant, tant un processus instantané (je vis l'expérience du contact avec mon client) qu'un contenu stable et intégré à ce que je suis (j'ai 15 ans d'expérience). Ce terme pourra donc rendre compte, tant de l'aspect continu délocalisé (processus) que de l'aspect discret localisé (structure). L'expérience est donc à la fois quelque chose que *j'ai* et que *je vis* à chaque instant.

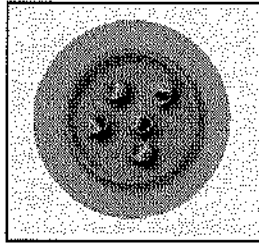
Ce champ peut être le siège de perturbations qui se propagent sous forme d'ondes en son sein. De la même manière que pour les ondes électromagnétiques, en se propageant, ces perturbations transportent quelque chose dans l'espace et le transmettent. Nous nommerons ce qui est ainsi transporté *expérience* et considérerons que c'est précisément par ce type de processus qu'une expérience peut être transmise d'un individu à l'autre. Dans les sections précédentes, nous nous sommes intéressés aux phénomènes à l'origine de ces perturbations du champ, ainsi qu'à l'impact de ces variations sur les substances qu'elles rencontrent. Nous allons faire le même exercice pour le champ expérientiel. De la même manière qu'un champ électrique est induit par une particule portant une charge électrique, nous pourrions dire qu'un champ expérientiel est induit par une expérience portant une charge expérientielle. De la même manière que l'énergie peut se condenser sous forme de matière, de particules discrètes et localisées, le champ expérientiel peut se condenser en expériences, elles aussi discrètes et localisées.

La notion de structure (objet interne discret et localisé) ne s'oppose plus à la notion de processus (champ continu et délocalisé). Ils deviennent, au contraire, deux manifestations complémentaires, indissociables et nécessaires d'une même unité. Cette perspective est totalement en accord avec le principe dialogique, une des bases du paradigme de complexité défini par Edgar Morin et intégré par Gagnon (2006) dans sa théorie de la prise de forme en relation. Nous pouvons donc remplacer le concept de microchamp introjecté (mi-organisme, mi-environnement) cher à la PGRO par celui de condensation du champ expérientiel. Cette représentation nous paraît plus conforme à la perspective fondamentalement unitaire de la Gestalt. Elle abolit, en particulier, la distinction problématique entre organisme et environnement.

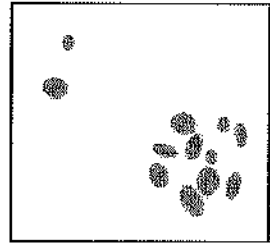
En effet, dans cette nouvelle optique, le Self devient une constellation particulière d'expériences en rapport dynamique constant les unes avec les autres. Le champ expérientiel est le médiateur des forces de cohésion qui maintiennent ces expériences dans une relative stabilité spatiale et temporelle telle que nous pouvons les percevoir globalement comme un tout, comme un Self, un individu extérieur à nous. Cette formulation nous semble plutôt compatible avec les propos de Robine: «Ce que je vis comme "moi-même", c'est-à-dire mon "Self", n'est rien d'autre qu'un champ replié.» Robine (1997).



Goodman



PGRO



Champ expérimentiel

La notion même de discontinuité entre un intérieur et un extérieur, entre un organisme et un environnement n'est plus pertinente. En effet, de quoi serait faite une frontière entre *quelque chose* qui est moi et *quelque chose* qui n'est pas moi? Tout au plus, pourrions-nous dire que chacun a sa propre expérience de séparation/individuation. Mais cela ne sera qu'une expérience particulière dont la nature n'est pas différente des autres expériences. La discontinuité est désormais entre le vide immatériel et étendu dans lequel le champ expérimentiel est, et les composantes discrètes de Selves, qui sont des regroupements d'expériences localisées dans ce champ. La frontière-contact devient une commodité tout à fait arbitraire à la disposition de l'observateur pour délimiter ce qu'il veut observer.

La notion fondamentale de contact en Gestalt prend des contours plus précis. Contrairement à la connotation intuitive liée au terme de contact, ce phénomène n'opère pas sur le mode de l'univers cartésien, c'est-à-dire localisé, associé à une distance nulle, mais bien à *distance* et par l'intermédiaire du champ qui véhicule quelque chose.

Application clinique

Nous allons tenter de montrer comment de tels concepts peuvent être cliniquement utiles. Pour cela, nous allons reprendre un exemple clinique déjà commenté dans un autre article (Chanel, 2004) qui fait intervenir non pas une dyade client/thérapeute, mais un système plus complexe client/équipe d'intervenants.

Dans une ressource d'hébergement de courte durée, lors d'une discussion clinique d'équipe, un des intervenants prend la parole et fait part, d'une voix très chargée d'émotion, des préoccupations suivantes :

« Samedi dernier, je me suis retrouvé à devoir appliquer une décision, prise par un collègue, avec laquelle j'étais en désaccord. Il était écrit dans le plan intervention que Michel devait quitter dans la journée. En même temps, cette journée-là il était extrêmement anxieux, il ne savait pas où aller et son taux de glycémie était dangereusement élevé. Je ne comprenais pas

pourquoi il devait partir cette journée-là. J'en ai discuté avec mes collègues présents, et j'ai finalement décidé de prolonger son séjour. J'ai trouvé la décision très difficile à prendre et je trouve ça très difficile d'en parler ici aujourd'hui.»

Après un long silence et quelques échanges, l'intervenant responsable du dossier prend la parole. Il parle rapidement, d'une voix forte et irritée.

« Michel ne faisait pas ses démarches. Il me semble qu'il y avait déjà eu pas mal de flou dans ce dossier-là et que la situation tournait en rond depuis longtemps. On n'est pas cohérent comme équipe. Ce gars-là est dépendant, il ne fait pas ses démarches. Il fallait mettre une limite, sans ça, il ne se passerait jamais rien avec lui. Là, je me suis tanné et j'ai fixé la limite à samedi et il devait partir. Je ne comprends pas pourquoi il était encore là lundi! »

Le premier intervenant ne dit rien, baisse la tête et ses yeux se remplissent de larmes.

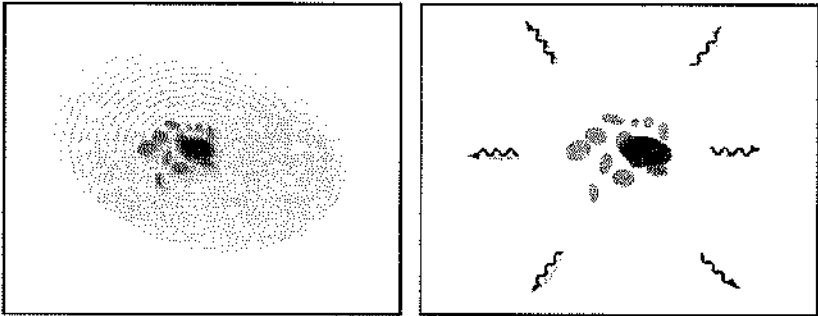
Un troisième intervenant conclut : « De toute façon, il est parti mardi. C'est réglé et ça ne sert plus à rien d'en parler. Moi j'ai un problème avec Ginette, et j'ai absolument besoin qu'on en parle maintenant. »

De l'intrapsychique au champ

La PGRO nous fournit les outils nécessaires pour donner un sens interne à partir de chaque situation duelle client/intervenant. Le client y reproduit ses situations inachevées, il remet en place les impasses de contact issues de son histoire. Le même microchamp introjecté produit des effets différents, selon les résonances qu'il trouve en chaque intervenant. Tant pour Robine que pour Delisle, la modélisation strictement dyadique organisme/environnement et l'indifférenciation de cet environnement rendent cependant plus difficile de penser la trace laissée par le client après son retrait du champ, à la frontière-contact intervenant 1/intervenant 2.

Pour penser et décrire cette trace, nous ne nous intéresserons plus au rapport entre un organisme et son environnement, mais au champ lui-même, à ce champ expérientiel que nous avons défini comme concept immatériel, étendu et continu dans l'espace et le temps, ainsi qu'aux condensations du champ expérientiel en expériences discrètes et localisées. Nous pourrions donc dire, dans cette perspective, que le client porte une (en fait, plusieurs) expérience non assimilée, issue de cycles de contacts interrompus. Cela correspond à ce que Goodman placerait dans la fonction *Personnalité*. Dans les faits, nous portons tous une constellation d'expériences qui ne sont pas parfaitement assimilées. Nous dirons, dans notre modèle, que ces expériences demeurent activées au sens où elles portent une charge expérientielle. Cette charge

expérientielle produit, comme nous l'avons vu, des perturbations dans le champ expérientiel avoisinant. Ces charges expérientielles sont parfois nombreuses et intenses. L'activation est alors *constante* et le rayonnement expérientiel émis se propage dans le champ avec une forte intensité et un fort pouvoir de pénétration. Nous pourrions alors faire un parallèle avec les phénomènes nucléaires pour ces personnes (vivant, par exemple, ce que le *DSM IV* décrit comme trouble de personnalité limite sévère) qui déclenchent autour d'elles de perpétuelles et intenses tempêtes affectives.



Nous pouvons représenter ainsi une expérience activée dans le champ et ses effets se propageant sous forme ondulatoire ou corpusculaire.

Chaque intervenant de notre exemple, par empathie et précisément pour accomplir son travail, se rapproche du client et partage ainsi avec lui un même espace expérientiel. Il baigne alors dans les ondes puissantes émises par le client et voit ainsi certaines de ses expériences personnelles activées. Parfois, comme l'ampoule qui s'éteint instantanément, cette activation cesse très rapidement dès qu'il s'éloigne du client, et l'intervenant retrouve alors son état stable. D'autres fois, comme nos petites étoiles phosphorescentes, l'activation demeure ; après le contact, l'intervenant conserve une charge expérientielle. Si chaque intervenant ne parvient pas à se décharger de cette excitation, il en conserve une charge qui va, à son tour, produire des perturbations dans son espace expérientiel.

Dans l'exemple mentionné plus haut, chaque intervenant porte encore une telle charge et son expérience présente est encore largement (et, ici, inconsciemment) affectée par l'univers expérientiel du client, bien que celui-ci ait disparu du champ. Chacun voit probablement de ses situations inachevées activées ou réactivées et a ainsi une expérience singulière, une représentation spécifique de la situation du client. Lors de la discussion clinique, chacune de ces expériences chargées irradie le champ et affecte donc chaque membre de l'équipe. Nous voyons ainsi apparaître un phénomène émergent proprement groupal où toutes ces

expériences se conjuguent, s'additionnent, interagissent et produisent une série de phénomènes qui n'appartiennent à personne en propre, bien que chacun en fasse son expérience et y apporte ainsi sa contribution. Lewin ne désavouerait certes pas une telle perspective de rétroactions réciproques et permanentes.

Dynamique entre champ expérientiel et expérience

Un des intérêts d'une telle représentation du champ est de pouvoir traiter de manière analogue des enjeux « intrapsychiques » et des enjeux « interpersonnels ». Dans le premier cas, il s'agit d'étudier la dynamique entre des expériences si proches les unes des autres que leur interaction puissante les maintient dans une stabilité temporelle et spatiale, stabilité telle que nous percevons cet agrégat comme un Self séparé, comme un organisme évoluant dans un environnement. Dans le second cas, nous étudierons le même type d'interaction, mais cette fois-ci entre des expériences plus distantes, chacune liée à des Selves différents.

Comment concevoir et décrire la constitution et la nature de ces expériences? Notre propos n'étant pas de réinventer la roue, nous allons suivre les traces de Delisle et nous tourner, comme lui, vers le vaste patrimoine de la psychologie clinique. De nombreux auteurs ont consacré leur vie professionnelle à explorer et décrire tel ou tel aspect particulier de l'expérience humaine qui leur paraissait plus central. Si leurs idées ont traversé l'épreuve du temps, c'est sans doute qu'ils ont saisi quelque chose de juste de notre nature humaine. Et, quels que soient notre approche et nos désaccords avec tel ou tel auteur, beaucoup d'entre nous mettent spontanément leurs lunettes freudiennes, winnicottiennes, lacaniennes, kleinienne ou autres pour éclairer une expérience particulière, pour un client donné.

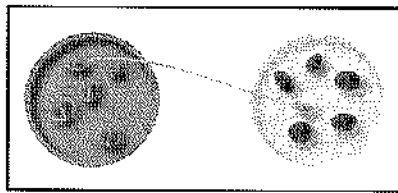
Dans cet esprit, nous pourrions parler, par exemple, de l'expérience de séparation-individuation, de l'expérience narcissique, de l'expérience oedipienne, de l'expérience de l'attachement, etc. « Expérience » dans le sens ou plus exactement dans les deux sens complémentaires que nous avons évoqués plus haut. Au sens processuel: l'expérience que nous faisons à chaque instant de notre narcissisme ou de notre attachement. Au sens structural: comment notre estime de nous, notre capacité à vivre des liens se sont constituées avec le temps en quelque chose de relativement stable, un fond familial à partir duquel nous abordons le monde. Ces expériences se seront constituées par un enchaînement de condensations, discrètes et locales, de ce champ expérientiel immatériel continu et délocalisé, généré par notre entourage, familial d'abord et social ensuite, dans lequel nous sommes plongés

en permanence. Lorsqu'une expérience est assimilée, elle est intégrée de manière stable à notre Self, à notre expérience de nous-mêmes. Elle se loge dans le fond, disponible à réagir de manière ajustée aux stimuli reçus des autres par l'intermédiaire du champ. Par contre, une expérience peut être inassimilable, auquel cas elle demeurera activée, source de rayonnement qui aura un impact d'autant plus puissant et pénétrant que l'expérience est archaïque et intense. Elle influera alors sur les expériences avoisinantes, en premier lieu celles du Self de la personne: son expérience de l'attachement agit sur son expérience de l'estime de soi, qui, en retour, agit sur la première. Chaque expérience à la fois agit sur toutes les autres et est affectée par elles. Nous sommes ici en pleine conformité avec le principe récursif, une autre base du paradigme de complexité toujours rappelé par Gagnon (2006).

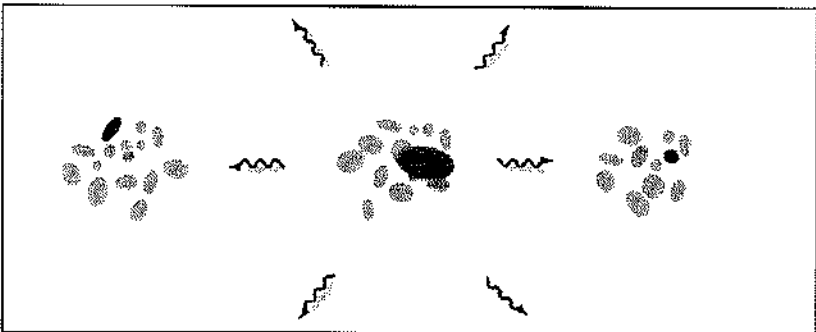
Nous pourrions, dans cette optique, assimiler les expériences activées de manière puissante et durable à ce que la PGRO nomme *objet interne* et ainsi conserver l'essentiel des outils de cette approche dans le cadre de la psychothérapie individuelle.

Le champ: phénomène collectif

Si nous revenons à notre exemple clinique, nous reformulerons l'identification projective à partir des schémas suivants et nous parlerons désormais d'une activation de l'expérience de l'intervenant induite par le client.



Identification projective de la PGRO

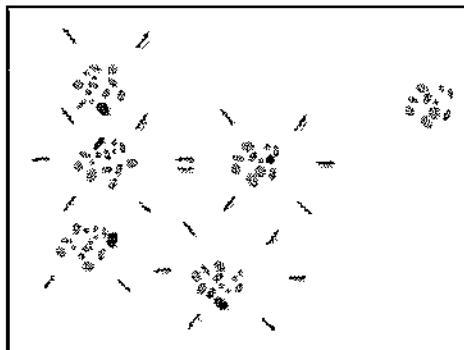


Activation induite par le client chez chacun des intervenants

Après le départ du client, l'équipe baigne dans les effets rémanents de la charge expérientielle non assimilée, donc encore active dans le champ expérientiel. Dans le meilleur des cas, l'équipe possède de bons mécanismes de régulation qui lui permettent de réduire cette activation. L'énergie expérientielle sera alors condensée, fixée au sein d'une série d'expériences réparties dans différents Selfs qui s'en trouvent ainsi consolidés. L'expérience est assimilée par tous, donc par le système. Chacun a pu repérer la dynamique du client et ses réactions personnelles qui ont pu être mentalisées et assimilées donnant à chacun et à l'équipe une stabilité et une compétence enrichies. L'équipe est mieux préparée à assimiler la série d'expériences à venir ou encore à se réguler dans le champ activé par les contacts avec la clientèle.

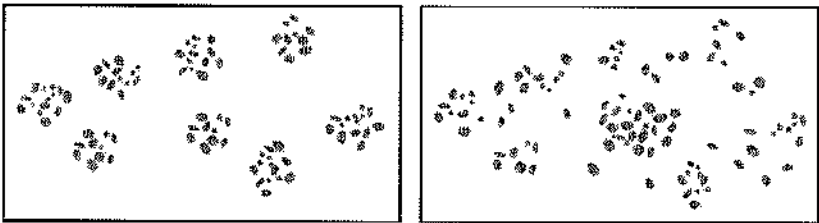
Il arrive cependant qu'une équipe ait de la difficulté à procéder à cette assimilation. L'expérience n'est pas assimilée et une activation du champ demeure. Par les apports extérieurs répétés de la clientèle et leur cumul avec le temps, par les résonances des expériences individuelles chargées, ces activations se généralisent au sein de l'équipe et un champ expérientiel intense se chronicise et génère des symptômes collectifs.

L'activation du champ est désormais distribuée en une série d'expériences portées par les Selfs en présence. Tout nouvel intervenant qui se joint à l'équipe se trouve plongé dans un champ plus ou moins intense qui va activer certaines de ses expériences. Traiter l'activation auprès d'un individu, d'un Self particulier, n'est plus suffisant, car même s'il réussit à en assimiler quelque chose, replongé dans ce champ-là, son expérience sera réactivée. Cette équipe-là va, à son tour, activer des expériences dans les équipes avoisinantes. Si les mécanismes de régulation sont défaillants, la charge va se propager dans le champ (que l'on aura alors tendance à qualifier de champ social), de proche en proche au sein de notre complexe système de santé.



Groupe de thérapie

Enfin, quelques mots sur l'application de tels concepts à une situation familière en Gestalt: les groupes. Groupes de thérapie ou groupes de formation, ils sont le siège de phénomènes collectifs. Nous pouvons considérer la situation de groupe comme le rapprochement d'un certain nombre de Selfs constitués dans un espace expérientiel commun. Chaque individu est constitué, comme nous l'avons vu, d'un ensemble d'expériences dont la cohérence est maintenue relativement stable par des interactions mutuelles de ces expériences. Le cadre de la thérapie de groupe ou de la formation induit certains effets dans le champ, en général par l'énoncé (ou l'absence) de consignes spécifiques. Ces effets induisent à leur tour une activation de certaines expériences présentes, particulièrement de ces expériences d'autant plus communes qu'elles sont archaïques et inhérentes à la nature humaine. L'activation se propage de «proche en proche» induisant parfois d'intenses résonances du champ lui-même. Cette perturbation du champ peut alors modifier la distribution des forces entre ces expériences et amener à leur réorganisation temporaire dans cet espace expérientiel de groupe. La cohésion individuelle des Selfs peut alors diminuer. Cette situation *ré-évoque* une configuration archaïque où le Self naissant est constitué en partie des expériences des Selfs environnants dans le champ desquels il baigne.



Le groupe de Selfs initial devient alors: un Self groupal

De la multitude des expériences en interaction complexe émergent des formes dynamiques selon certains principes attracteurs. Là encore, nous pourrions nous tourner vers des auteurs qui ont exploré avec brio la nature de ce que Kaës (1993), à la suite de Anzieu (1981), nomme des *organisateurs groupaux*. Il s'agit là d'un courant actuel de la psychanalyse qui, tout en proposant un regard passionnant sur ces phénomènes groupaux, est considéré avec une certaine réticence par les tenants d'une psychanalyse plus traditionnelle, plus intrapsychique.

Plus proche de nous, Gagnon (2006) affirme la nécessité de nous tourner vers les sciences de la complexité. Celles-ci ont pour objet la prédiction du comportement des systèmes dynamiques non linéaires, c'est-à-dire de systèmes composés d'un grand nombre de constituants en interaction et impossibles à découper en sous-systèmes théoriquement plus simples à étudier et que l'on pourrait ensuite rassembler en un tout. Comme pour confirmer ces parallèles, les physiciens, mathématiciens, biologistes qui se penchent sur ce sujet utilisent, pour désigner l'organisation résultant de ces interactions complexes, un terme qui nous est quelque peu familier : *émergence*. Et leur mot d'ordre n'est autre que « le tout est plus que la somme des parties ». Le numéro spécial de *Sciences et Avenir* (2005), intitulé « L'énigme de l'émergence », nous donne accès aux réflexions actuelles sur ces phénomènes.

L'émergence d'un Self groupal se nommerait sans doute plus familièrement dans notre théorie comme l'émergence d'une gestalt de groupe. Nous pourrions donc décrire simplement, à l'aide des concepts conjugués d'expériences et de champ expérientiel, l'émergence de gestalts familiales, tribales ou, pourquoi pas, d'une « gestalt des banlieues », entité étendue, délocalisée qui prend forme et émerge spontanément par l'activation simultanée et réciproque d'une multitude d'expériences (d'exclusion, de désespoir, de colère...) cohérentes et disséminées, enchâssées au sein d'une multitude de Selves individuels.

Quelques principes pour une définition du champ

Brissaud (2002) a procédé à une collection fort intéressante de différentes conceptions du champ en Gestalt. Parlett (1991) a proposé une des définitions les plus précises qui évoque cinq principes fondamentaux que nous rappelons ici :

- 1 Principe d'organisation : tout est interdépendant et c'est la situation totale qui donne le sens. La signification d'un simple facteur dépend de sa position dans le champ.
- 2 Principe de contemporanéité : ce ne sont pas le passé et le futur réels qui importent, mais bien l'expérience présente des souvenirs du passé et les attentes du futur.
- 3 Principe de singularité : chaque configuration du champ en chaque instant est unique.
- 4 Principe de processus changeant : le champ est en perpétuelle transformation. Toute configuration est essentiellement transitoire.
- 5 Principe de possible pertinence : aucune partie du champ ne peut être exclue. Tout élément du champ fait partie de l'organisation totale et ne peut être exclu, aussi petit soit-il.

À partir des idées développées dans cette présentation, nous proposons un ajustement de la définition du champ reposant sur les principes suivants :

- 1 Principe de continuité spatiale: le champ a une valeur, un état en chaque point de l'espace. Cette valeur varie de manière continue de proche en proche dans l'espace expérientiel.
- 2 Principe de continuité temporelle: le champ varie de manière continue dans le temps. Son état, à chaque instant, est conditionné par son état à l'instant précédent ainsi que par ce qui se produit en l'instant présent.
- 3 Principe de réciprocité: un organisme crée un champ dans l'espace qui l'entoure. Par l'intermédiaire de ce champ, il influe sur les organismes environnants de la même manière qu'il est influencé par le champ induit par ceux-ci.
- 4 Principe d'additivité: en un point de l'espace, l'état du champ résulte de la somme de chacun des champs induits par les expériences présentes dans l'espace expérientiel environnant.
- 5 Principe de complémentarité: l'expérience psychique peut se manifester et se concevoir également de manière discrète localisée et de manière continue délocalisée.
- 6 Principe de complexité: le champ est inconnaissable dans sa totalité. Il est le siège de phénomènes émergents non réductibles et non déterminables.

Cette définition du champ largement inspirée du champ électromagnétique semble opposée au point de vue de Robine (2004).

L'usage de l'analogie avec le champ magnétique constitue une métaphore intéressante lorsqu'on y fait appel dans une psychologie à une personne, elle devient plus périlleuse dans une psychologie à deux personnes ou plus, et le champ interpersonnel ou groupal échappe alors difficilement à la substantification.

Autant nous partageons avec lui l'intérêt pour la métaphore, autant nous divergeons quant à la condamnation de la substantification. Le rejet de cette dernière comme un corps étranger me paraît comparable au rejet que les pionniers de la physique moderne ont dû affronter lorsqu'ils ont induit le concept de conscience pour rendre compte de la substance. De la même manière que la physique n'a pu échapper à l'intégration de l'intervention de la conscience, je crois que l'intégration de la substance nous sera, à nous aussi, imposée par l'expérience, par la réalité qui dit non, qui résiste. La vogue actuelle des neurosciences est un des

courants qui témoignent de cette substantification. En lien avec notre propos, on s'y intéresse par exemple à des phénomènes comme les neurones miroir où quelque chose semble transmis directement d'un système nerveux à un autre. Nous préférons, quant à nous, développer ces aspects du réel plus directement à partir de nos concepts gestaltistes qui nous semblent particulièrement bien adaptés pour ce faire.

CONCLUSION

Les idées exposées ici sont embryonnaires et laissent une large place à des réflexions et développements futurs plus spécifiques. Par exemple, il faudrait réexaminer les mécanismes d'interruption ou de régulation du contact à partir de cette conception du champ. Il serait également intéressant d'étudier ces phénomènes dans une perspective développementale: comment une ou des expériences se constituent-elles sous l'influence du champ dont elles émergent? Quelles sont les fréquences, les longueurs d'onde plus ou moins pénétrantes, les résonances particulières que nous partageons tous?

On pourrait également se demander si le champ expérientiel pourrait être pluriel. En effet, en physique, le concept de champ s'applique à des phénomènes de nature fondamentalement différente et qui agissent dans des registres distincts. Par exemple, la gravité (existante, mais totalement négligeable entre les particules atomiques) devient absolument déterminante dans les interactions entre corps cosmiques. De la même manière, y aurait-il donc, au sein des relations interpersonnelles, des champs dont l'action est dominante à plus petite échelle, et d'autres, dont l'action se manifeste à plus grande échelle, par exemple aux plans historique et social? Quoi qu'il en soit, de tels champs viendraient s'ajouter à ceux auxquels nous aurions déjà attribué un caractère de réalité, modifiant sans doute ainsi la perception que nous en aurions développée, chaque avancée suscitant ainsi d'autres inconnus.

Références

- Anzieu, D. (1981). *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal* (2^e éd.). Paris: Dunod. Ouvrage original publié en 1975.
- Berkson, W. (1974). *Fields of Force, the Development of a World View, from Faraday to Einstein*. New York: A Halsted Press book.
- Brissaud, F. (2002). « Variations autour du champ ». *Cahiers de Gestalt-thérapie*, n°11, l'Exprimerie.
- Cazenave, M. (1998). *Aux frontières de la science. Dictionnaire de l'ignorance*. Paris: Hachette littératures.

- Chanel, F. (2004). « Champ social, champ clinique ». *Revue québécoise de Gestalt*, 7, 65-95.
- Delisle, G. (1998) *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- « L'énigme de l'émergence ». Hors-série, n° 143. *Sciences et avenir*. (2005).
- Gagnon J. (1999). « Prendre forme en relation: fondements pour une compréhension gestaltiste des pathologies limites ». *Cahiers de Gestalt-thérapie*, n°6, L'Exprimerie.
- Gagnon, J. (2006) « La complexité selon Edgar Morin et la prise de forme en relation ». *Revue québécoise de Gestalt*, 9, 207-236.
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe*. Dunod.
- Kuhn, T. (1983). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris: Flammarion.
- Lewin, K. (1968), cité par Kaufmann, P. Dans Kurt Lewin, *Une théorie du champ dans les sciences de l'homme*. Paris: Vrin.
- Parlett, M. (1991) « Réflexions sur la théorie du champ ». *British Gestalt Journal*, 1, 2, Traduction Catherine DELAFON, *Cahiers de Gestalt-thérapie*, n° 5, Plain-champ, Éditions du Collège de Gestalt-thérapie, 1999.
- Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*. New-York: Julian Press.
- Robine, J.M. (1997). *Pli et dépli du Self*. Publié par: l'Institut Français de Gestalt-thérapie. Réédité (1998). *Gestalt-thérapie — la construction de soi*. L'Harmattan.
- Robine, J.M. (2004). *S'apparaître à l'occasion d'un autre*. Bordeaux: L'exprimerie.

Abstract

The author examines the Gestalt concept of field in the light of the definition of this same concept in the physical sciences. He attempts to demonstrate how this perspective allows a redefinition of the notion of internal object, so important to the *Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO)* theory, while at the same time maintaining the unitary vision of the field proposed by Perls and Goodman. One of the essential advantages of this new definition which foregoes the distinction between the internal and the external in the description of the organism, would be the possibility to explain, with the same therapeutic tools, the phenomena conceptualized and put into action in the dual therapeutic relationship as well as the collective phenomena observed in group situations.

Une neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique

Gilles DELISLE

Résumé

Les développements récents des neurosciences affectives et cognitives offrent la possibilité d'éclairer différemment certains des enjeux cruciaux du développement précoce et de la psychothérapie. L'auteur examine ici quelques-uns de ces rapprochements, qui peuvent être utiles à la compréhension et au traitement des pathologies développementales que sont les Troubles de la personnalité. La théorie des systèmes d'activation émotionnelle de base de Panksepp, de même qu'un aperçu des diverses formes de la mémoire à long terme sont ainsi rattachés à la neurodynamique du développement et de la psychothérapie. Enfin, la fonction réparatrice de la relation thérapeutique est examinée sous l'angle de la régulation affective des affects dissociés.

Les neurosciences actuelles peuvent-elles apporter quelque chose d'utile à la théorie et à la pratique concrète de la psychothérapie? Les développements récents de cette branche de la connaissance, éperonnée par l'évolution rapide de l'imagerie médicale, obligent en tout cas à se poser la question. Nul clinicien ne saurait nier, aujourd'hui, que la vie psychique est reliée à des activités neuronales spécifiques. C'est pourquoi, en divers lieux et par divers angles d'approche, on voit progressivement apparaître ce que Gabbard (2000) appelle une « psychothérapie neurobiologiquement informée ».

Ces nouvelles possibilités d'observer le cerveau *in vivo* ont ouvert la voie à deux grands axes de recherches, riches en promesses pour la psychothérapie. Le premier concerne la pathogenèse et la malléabilité de certains éléments constitutifs des pathodynamiques. Ici se posent des questions telles: quelle est l'histoire neurodéveloppementale de l'impulsivité? De la honte? De l'incapacité à se calmer? De l'angoisse de séparation, etc.? En fait, la question ne se limite pas à l'histoire développementale. Elle interroge tout autant les conditions de la réversibilité de ces états mentaux ou de ces propensions.

Le deuxième axe de recherche est celui des mécanismes d'action de la psychothérapie, à savoir : comment la psychothérapie agit-elle sur la connexion synaptique ? À quelles conditions les effets de la psychothérapie se généralisent-ils et se pérennisent-ils ?

QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES

Faut-il, avant tout, rappeler que Freud était neurologue ? En son temps, la neurologie était une jeune science, voisine de la psychiatrie. Comme l'écrit Shterenshis (1999) :

Il est d'usage de dire et de croire que l'histoire de la neurologie clinique du 19^{ème} siècle est liée à l'histoire de la psychiatrie. Bien que la neurologie et la psychiatrie soient des disciplines cliniques voisines, le développement de la neurologie clinique diffère de celui de la psychiatrie en Europe au 19^{ème} siècle. L'histoire des soins en neurologie est celle d'une séparation graduelle des maladies nerveuses par rapport aux autres maladies mentales. Malgré les efforts des psychiatres allemands, l'influence de la psychiatrie sur cette discipline a été très limitée

Ne pouvant espérer grand-chose de la méthode anatomoclinique pour l'avancement de ses recherches, Freud amorça un mouvement qui, rapidement, se dissocia de la neurologie clinique. Tant et si bien que le 20^e siècle vit les deux branches de connaissance évoluer dans des directions qui auraient bien pu ne plus se croiser.

En fait, il faut attendre la fin des années 1970 pour voir Eric Kandel, psychiatre et futur Prix Nobel de médecine, réunir à nouveau les deux disciplines du mental. Sous un titre qui ne laisse pas de doute quant au fond du propos¹, Kandel écrit [traduction libre] : « Je veux considérer l'idée peut-être simpliste, mais utile, qui veut que le plan ultime où l'on puisse chercher à comprendre comment fonctionne l'intervention psychothérapeutique est le même que celui où l'on interroge l'efficacité de la psychopharmacologie — c'est-à-dire les neurones et leurs connexions synaptiques ». Sans entrer dans le contenu de ce texte, on peut néanmoins avancer qu'il signe le début du rapprochement dont il sera question ici. D'un écrit à l'autre, des publications naissent et donnent une tribune à ce début de convergence. Le *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* paraît en 1989 et voici les années 1990, la décennie du cerveau, qui voient apparaître une sorte d'effervescence encore peu organisée, mais riche en potentialités.

¹ Kandel, E. R. (M.D.). « Psychotherapy and the Single Synapse: The Impact of Psychiatric Thought on Neurobiological Research », *New England Journal of Medicine*, vol. 301, n° 19 (Nov. 8, 1979), p. 1028-1037.

À l'aube du 3^e millénaire, le rapprochement n'est plus une hypothèse de travail, mais un fait avec la fondation de la *Société Internationale de Neuro-Psychanalyse*, en juillet 2000. Ajoutons que dans son ouvrage préparant la publication du *DSM-V*, l'APA consacre 50 pages, soit un chapitre entier, à la question de l'apport des neurosciences à la compréhension de la pathogenèse des troubles mentaux (Kupfer et al., 2002). Bref, nous assistons à la naissance d'un nouveau paradigme qui recèle un potentiel d'unification d'un champ d'investigation, de théorisation et de pratique par trop atomisé. Pour préciser le pôle de convergence qui m'intéresse ici, je parlerai de neuropsychothérapie.

Il ne s'agit pas d'une « validation » de la psychothérapie par les neurosciences ! Il s'agit plutôt, comme l'écrit Solms (2002), de la mise en dialogue d'une approche objective et d'une approche subjective du cerveau : celui que l'on observe au moyen de la neuroimagerie, et celui qui s'éprouve en se prenant pour objet de sa subjectivité ou pour sujet de son objectivité. Ainsi, le contrat épistémologique implicite en est-il un de soutien et d'orientation réciproques. Pour ceux qui aspirent à mieux comprendre le fonctionnement du système nerveux central (SNC) **en situation thérapeutique**, cette dialectique épistémologique se joue entre Éros et Psyché d'une part, et entre Neuros et Psyché, d'autre part.

LE CERVEAU, VERSION TROISIÈME MILLÉNAIRE

De quoi donc a-t-il l'air, ce cerveau « nouveau » du 3^e millénaire qui n'a pas tellement changé depuis quelques millénaires ? Il a toujours « la taille d'une noix de coco, la forme d'une noix de Grenoble, la couleur d'un foie de veau et la consistance d'une pêche trop mûre. » (Sykes-Picot et Simon, 2004) ! Ce drôle de fruit est formé de milliards de cellules, chacune se reliant électrochimiquement à une moyenne de 10 000 autres. Bref, il s'agit de l'entité biologique la plus complexe connue sur terre. C'est plutôt la représentation que nous en avons qui, elle, a changé. Il n'y a pas si longtemps, l'idée que l'on se faisait du cerveau était celle d'une structure achevée, comprenant un nombre fixe de cellules. Cet organe devait plus ou moins établir les limites du registre de notre vie affective. Il était la matière. Il incarnait, au sens strict, la nature dans un rapport dichotomique avec la culture. Il était l'inné qui établissait en définitive les limites de l'acquis. Or, de nombreuses recherches ont permis d'établir que l'héritage génétique en lui-même ne constitue pas un bon *prédicteur* de l'apparition de troubles mentaux. Les modèles actuels sont indiscutablement multifactoriels, conjuguant le bagage génétique et les facteurs environnementaux qui en façonnent l'expression (Gabbard, 2000).

À l'ère du déterminisme du cerveau, celui-ci était considéré comme une réalité strictement organique et matérielle déterminant les émotions. Les perspectives étaient résolument dichotomiques, le corps s'opposant à la tête, le physique au psychologique, la nature à la culture. Aujourd'hui, il est établi que le cerveau est un organe d'une très grande plasticité qui peut croître et s'intégrer pendant toute la vie. Organe profondément et essentiellement interpersonnel, on peut même dire, inversant les anciennes propositions, qu'il est « créé » par les émotions, lesquelles le structurent et l'organisent !

De là à imaginer qu'il peut y avoir des corrélats neurodynamiques des instances ou fonctions psychiques, comme Freud l'avait anticipé, il n'y a qu'un pas, mais on ne le franchit pas aisément. Certes, on peut concevoir globalement le système limbique comme s'apparentant au *Ça* et les lobes préfrontaux comme fonctions exécutives du *Moi*. Mais cela ne va pas très loin. Toutefois, avec Damasio (1995, 2000, 2003) et Panksepp (1998) on approche la vie instinctuelle ou pulsionnelle sous l'angle de la phylogénétique affective. Ainsi, Panksepp recense quatre systèmes d'activation émotionnelle : recherche de plaisir-jouissance, colère-rage, peur-angoisse, panique-détresse. Ces systèmes sont transmis *phylogénétiquement*. À l'aube de l'humanité, ils étaient déjà nécessaires à la survie de l'individu et de l'espèce. Ils sont « économiques », en ce sens qu'ils permettent une réponse automatique à des événements biologiquement significatifs. La singularité du tempérament de chaque individu viendrait de variations constitutionnelles d'une personne à l'autre.

Mais ce sont là des données embryonnaires et on ne trouvera pas beaucoup de neuropsychanalystes pour affirmer, en la matière, de grandes certitudes. Encore moins lorsqu'il s'agit de concepts dynamiques, tels le refoulement et le clivage. Sur le plan neurodynamique, de tels concepts renvoient à l'étude de la mémoire sous ses différentes formes. Car, au fond, c'est bien de cela qu'il s'agit : comment se fait-il qu'on ne « sache » pas, qu'on ne sache plus, ce qui pourtant s'est passé pour nous ? Comment se fait-il qu'en dépit de l'absence de souvenirs, nous nous comportions comme si le souvenir se jouait dans le présent ? L'étude de la mémoire à long terme et de ses liens inextricables avec la vie affective occupe un large pan de la neuropsychanalyse. On sait aujourd'hui que les souvenirs ne sont pas « entreposés » dans leur intégralité dans une sorte d'archives localisables dans le cerveau. Leurs éléments constitutifs sont plutôt distribués en diverses régions et plusieurs fonctions corticales et sous-corticales sont impliquées aussi bien dans leur stockage que dans leur rappel. Dans ces processus complexes, l'amygdale et

l'hippocampe jouent des rôles essentiels et passablement différenciés que l'on esquissera plus loin.

LA PSYCHOTHÉRAPIE, UNE INTERVENTION PUISSANTE QUI AGIT SUR LE CERVEAU DE MANIÈRE DURABLE

Selon Kandel (1998), la psychothérapie génère des changements dans l'expression des gènes et modifie durablement la force des connexions synaptiques. Dans l'échange verbal entre un client et un thérapeute, il se passe autre chose que le contact visuel et le contact verbal. Au-delà de cette frontière-contact, le système neuronal du thérapeute est en voie d'exercer un effet indirect, mais bien réel et, on l'espère, durable sur celui du client. Et, sans doute, vice-versa.

À l'heure des données probantes, il peut être rafraîchissant de savoir que la psychothérapie et certains psychotropes ont des effets neurophysiologiques semblables; que la psychothérapie, tout comme la fluoxétine (Prozac), entraîne une réduction du métabolisme cérébral, à la pointe droite du noyau caudé (Gabbard, 1994); que des interventions psychologiques peuvent modifier la réponse du cerveau à certains facteurs biochimiques (Shear et al., 1991); que des thérapies psychodynamiques ont un impact significatif sur la métabolisation de la sérotonine (Viinamäki et al., 1998).

Quant à la Gestalt-thérapie, voyons ce qu'en dit Cozolino (2002) dans *The neuroscience of psychotherapy*.

La psychothérapie gestaltiste est une forme unique de thérapie psychodynamique qui est particulièrement pertinente aux questions d'intégration neuronale.

Le thérapeute gestaltiste croit qu'en maximisant la conscience de tous les aspects du Self — incluant les cognitions, les émotions, le comportement et les sensations — il en résulte une accentuation de la maturation et de la santé psychologique. Ce processus global (gestalt) dépend de l'intégration des circuits neuronaux responsables de chacune de ces fonctions.

En fait, la structure essentielle de la Gestalt-psychologie, puis de la Gestalt-thérapie semble en phase avec celles qui irriguent les neurosciences actuelles. Qu'il s'agisse du continuum d'*awareness* ou du mouvement figure-fond, la Gestalt-thérapie s'est toujours démarquée par son attention constante à l'intégration de la triade comportement-affect-cognition.

LE RÔLE DE LA MÉMOIRE DANS LA PSYCHOPATHOLOGIE ET LA PSYCHOTHÉRAPIE

Quiconque veut s'orienter dans cet univers complexe où un être humain, par la parole et le contact, agit consciemment et intentionnellement sur la psyché d'un semblable, se doit d'examiner les méandres de la mémoire. Or, de mémoire en tant que telle, il est relativement peu question dans les écrits sur la psychothérapie. La psychanalyse, réfutant depuis toujours l'idée d'une mémoire passive, statique et accessible, a créé un vocabulaire spécifique pour traiter des énigmes de la mémoire. Qu'il s'agisse de clivage, de refoulement, de rétroflexion, l'univers théorique de la psychothérapie est riche de concepts qui tentent de cerner les étonnantes singularités de la mémoire. Or, cette mémoire psychodynamique n'est pas immatérielle. Elle dépend du fonctionnement de divers sous-systèmes du système nerveux central. Rendre justice aux complexités neuronales de la mémoire nécessiterait bien plusieurs centaines de pages. Contentons-nous, ici, d'évoquer succinctement les grandes lignes de cette complexité en ce qu'elles peuvent avoir d'utile pour le clinicien d'aujourd'hui.

Dans l'univers des neurosciences cognitives, la mémoire n'est pas une et indivise. Elle prend de multiples formes, exerce diverses fonctions. La mémoire peut être une mémoire à court terme ou à long terme bien sûr, mais elle peut aussi être explicite, implicite, déclarative, épisodique, sémantique. Posons tout de suite que la mémoire qui intéresse le psychothérapeute généraliste c'est, bien sûr, la mémoire à long terme dans ses différentes fonctions. Les recherches récentes présentent une image complexe et très intriquée des fonctions mnésiques et de leur localisation. On sait aujourd'hui que l'hippocampe, les lobes temporaux ainsi que les structures du système limbique qui leur sont rattachées agissent en interaction complexe dans la consolidation de la mémoire à long terme. L'hippocampe jouerait les aiguilleurs, pilotant l'association modulaire entre différentes régions corticales et limbiques (Moscovitch, 1992). Mais, outre l'hippocampe dont la maturation est relativement tardive — il n'est pleinement fonctionnel que vers l'âge de deux ans —, l'amygdale peut intervenir dans la formation de souvenirs. Selon Amini et al. (1996), la mémoire implicite des relations d'attachement précoce, relations communiquées dans le langage de l'affect, forme une structure neuronale durable qui influence l'autorégulation affective et les comportements relationnels. En psychothérapie, les cliniciens observent souvent des épisodes de contact où la conduite d'un client semble « inadaptée » au champ actuel, mais l'aurait été dans le champ du passé développemental. Divers systèmes thérapeutiques utilisent

divers construits pour expliquer le phénomène. Dans la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO), on parlera de l'infiltration d'un microchamp introjecté dans les émergences du Ça. Du point de vue de la neurodynamique de la mémoire, on parlerait de l'intrusion de la mémoire implicite/procédurale précoce dans la conscience adulte. Cette mémoire implicite/procédurale est un matériau essentiel du processus thérapeutique et l'on conçoit de plus en plus qu'elle forme une large part de la dynamique transférentielle. Les relations d'attachement précoce, intériorisées et engrammées en tant que mémoire procédurale, seraient le ressort central de la dynamique transférentielle (Amini et al., 1996). Comme on le verra plus loin, il est des formes dialogales qui, en psychothérapie, rendent la mémoire implicite/procédurale davantage accessible au travail de la conscience. De fait, il se pourrait que le processus cardinal de la psychothérapie des troubles de la personnalité soit cet échange continu entre les mémoires implicite et explicite. C'est la raison pour laquelle, éclairée par la neurobiologie, la psychothérapie pourrait être conçue comme une relation d'attachement direct dont la finalité serait la *revisitation* de la mémoire implicite de l'attachement.

Par ailleurs, la plasticité développementale du cerveau — donc la plasticité des modules mnésiques — est bien illustrée dans certaines recherches récentes, telle celle de Driessen et al. (2000). Cette équipe de chercheurs allemands a établi, dans un groupe de sujets ayant une personnalité limite et ayant connu des relations développementales traumatiques, que leur hippocampe était en moyenne plus petit de 16 % que celui de sujets normaux. La taille des amygdales était inférieure de 7 %. On savait depuis quelque temps déjà (Gurvits et al., 1996) que chez des sujets présentant un état de stress post-traumatique, la taille de l'hippocampe était inférieure à la normale. En 2002, Gilbertson et al. ont démontré, en étudiant des jumeaux monozygotes, que la taille de l'hippocampe précédait l'apparition du trouble.

Il est trop tôt pour tirer de grandes conclusions de ce genre de recherches, d'autant plus qu'elles ne sont pas longitudinales et qu'elles portent sur des populations différentes. Il reste qu'elles convergent avec ce que plusieurs formes de psychothérapie relationnelle ont posé théoriquement. La PGRO, entre autres, conçoit que les traumatismes relationnels précoces, vécus dans un contexte où se fondent l'indispensable et l'intolérable, sont de nature à laisser des traces non conscientisables, mais agissantes: les microchamps introjectés. Ensuite, elle conçoit que ces microchamps introjectés tendront à façonner l'expérience d'une manière telle qu'elle présente des affinités thématiques avec les

traumas développementaux. Dans les recherches que je viens de citer, des traumatismes précoces semblent entraver le développement de structures mnésiques essentielles qui doivent affecter les modes de rappel du trauma. Ensuite, avec une autre population, il semble que cette singularité neurodéveloppementale soit corrélée avec l'apparition, à l'âge adulte, d'états de stress post-traumatiques, dont il n'est pas déraisonnable de penser que, sur le plan du sens de l'expérience vécue, ils puissent entretenir des liens d'affinité thématique avec les traumas originaux.

La plasticité neuronale se reflète dans la malléabilité de la mémoire, car les souvenirs sont aussi modifiés à chaque rappel (Bruner, 1990). D'autres expériences (Ceci et Bruch, 1993; Loftus, Milo et Paddock, 1995) démontrent cette malléabilité de la mémoire et la puissance de la coconstruction du sens sur le façonnement des rappels. C'est sans doute par là que se rattache aux neurosciences l'axiome herméneutique de la multiplicité verticale de sens: «Le sens que je donne maintenant à tel ou tel événement est forcément, même légèrement, différent de celui que j'y attribuais lors de la séance de la semaine dernière...».

FONCTIONS NEUROTHÉRAPEUTIQUES DU DIALOGUE HERMÉNEUTIQUE

Revisiter les expériences de l'enfance avec des moyens d'adulte, c'est, à proprement parler, interpellier diverses formes de la mémoire à long terme et peut-être, par-dessus tout, les rendre accessibles à la conscience émotionnelle. La capacité à éprouver consciemment les affects associés à des situations inachevées est l'un des buts fondamentaux de la PGRO. Or, l'activation des structures limbiques et des autres structures sous-corticales ne suffit pas, en elle-même, à une expérience consciente de l'émotion. La participation du cortex est nécessaire à l'expérience émotionnelle (Lane et Garfield, 2005). Sachant que les souvenirs sont modifiés à chaque rappel, il découle que le dialogue herméneutique du champ 4² permet souvent une réécriture créatrice et positive de l'histoire personnelle. Les neurosciences affectives et cognitives peuvent nous fournir les outils permettant d'éclairer les moyens par lesquels le dialogue herméneutique peut modifier les schémas cognitivo-affectivo-comportementaux que sont les impasses de contact ainsi que la nature des souvenirs liés à des *Dilemmes de Contact* et à autant de microchamps introjetés.

² Dans la PGRO, le champ 1 désigne l'ici et maintenant de la relation thérapeutique. Le champ 2 réfère aux autres moments de la relation thérapeutique. Le champ 3 représente l'ensemble des relations significatives de la vie actuelle du client et le champ 4 désigne le passé développemental.

Des données substantielles montrent essentiellement que la psychothérapie modifie durablement l'activité fonctionnelle du cerveau et que des changements précis sont associés à un résultat thérapeutique positif. Ces changements précis sont surtout localisés dans les lobes préfrontaux (Gabbard, 1994). Il y a tout lieu de croire que le dialogue thérapeutique optimal est de nature à tirer parti du plus puissant outil d'autorégulation qui soit : le langage. Dans le développement précoce, c'est par l'intériorisation du langage que la prohibition devient inhibition, que l'idéal fonde l'éthique, que l'hétérorégulation affective devient autorégulation affective.

La nature du dialogue en psychothérapie est telle qu'il favorise la mise en place de conditions neurodynamiques semblables à celles qui prévalaient au cours du développement. Quand l'herméneutique est correctement calibrée, cet état de régression est modulé par le travail du lobe préfrontal, ce qui tend à accroître la sphère d'influence du moi. La façon dont le langage est utilisé pour décrire l'émotion modifie ce que l'on sait de l'émotion et la façon dont celle-ci est éprouvée consciemment (Lane et Garfield, 2005). L'herméneutique spécifique du champ 4 prend alors la forme d'une « revisitation » du passé développemental qui, à chaque fois, en modifie peu à peu le souvenir et l'expérience. Elle repose sur l'intégration des processus sémantiques de l'hémisphère gauche et des réseaux affectifs de l'hémisphère droit. En outre, comme nous l'enseigne la GT, elle mobilise le corps dans sa gestuelle narrative et dans la mise en acte.

Ainsi, la rescénarisation de l'histoire modifie la nature et la qualité de nos souvenirs et réorganise les circuits neuronaux. En outre, elle favorise l'intégration neurophysiologique d'une manière durable.

LA FRONTIÈRE-CONTACT ET LA RELATION THÉRAPEUTIQUE³

La capacité à inférer ce qu'une autre personne pense et éprouve représente sans doute l'essence de l'interaction humaine. Cette qualité fondamentale s'exprime à son zénith dans toute psychothérapie relationnelle. Appelée tantôt *mentalisation*, tantôt *posture intentionnelle*, tantôt *théorie de l'esprit*, cette fonction humaine suppose des opérations neurologiques d'une très grande complexité où doivent forcément se conjuguer tant les fonctions perceptuelles que l'activation de l'affect et l'attribution de sens. Or,

³ Cette partie du texte puise abondamment dans un chapitre qu'Allan N. Schore (2003a) consacre à la neurobiologie de l'identification projective, dans son ouvrage *Affect Regulation and the Repair of the Self*. La référence complète se trouve dans la liste des références.

la neuroimagerie fonctionnelle et les neurosciences actuelles nous permettent maintenant d'observer l'activation neurodynamique d'une personne, alors qu'elle s'emploie à saisir l'état mental d'une autre (Calarge et al., 2003). Ces nouvelles données laissent entrevoir la possibilité de mieux saisir les corrélats neurologiques de l'interaction entre les trois axes de la compétence thérapeutique : le réflexif, l'affectif et l'interactif. Du point de vue de la PGRO, la relation thérapeutique s'optimise à proportion de la capacité du thérapeute à rester fluide dans les trois axes de compétence, et ce, à mesure que la relation évolue entre les modes transférentiel, réel et herméneutique.

Toutes les approches de la psychothérapie, à commencer par Freud, ont dû, à un moment de leur histoire, poser les balises de ce qu'est et de ce que n'est pas une relation thérapeutique. L'attention flottante freudienne peut se définir comme un état mental permettant à l'esprit, à la psyché du thérapeute, d'agir comme récepteur des communications inconscientes du client. Mais à l'autre bout, il faut pouvoir conceptualiser un émetteur. C'est en grande partie à partir d'un concept kleinien fondamental, soit l'identification projective, que l'on peut retracer, dans l'histoire des concepts psychanalytiques, le processus d'émission et de transmission de ces communications inconscientes. La question devient alors : comment un système inconscient agit-il comme transmetteur et arrive-t-il à influencer les fonctions réceptives d'un autre système inconscient ?

Pour le gestaltiste, habitué à penser la relation en termes de contact, de frontière-contact, de champ, la question qui se pose c'est bien : « Par quels chemins le continuum d'*awareness* se module-t-il au sein de la relation thérapeutique ? » Mais, en deçà de ce questionnement reste celui du développement précoce, ce champ-racine de la conscience et de l'*awareness*. La neurodynamique contemporaine dispose maintenant des moyens qui nous permettent de revisiter ces réalités fondamentales du développement et du processus thérapeutique. Bien qu'il faille reconnaître à Melanie Klein (1946) le mérite d'avoir étudié la vie affective du nourrisson et d'avoir envisagé ce temps de la vie dans ce qu'il peut avoir de non idyllique, les connaissances neuroscientifiques actuelles nous obligent à mettre de côté les contenus *phantasmatiques*⁴ élaborés, qui nécessiteraient un cortex *représentationnel*.

⁴ L'orthographe habituelle de ce mot est : fantasme. Cependant, on respecte la graphie qu'a proposée Susan Isaacs, collaboratrice de Klein, soit phantasme, quand il s'agit d'un phantasme inconscient.

La régulation affective : un enjeu crucial du développement

Pour les neurosciences affectives, l'enjeu développemental le plus crucial est celui de la régulation affective, ce qui fait dire à Lane et Garfield (2005) que la capacité à éprouver consciemment les affects associés à des situations inachevées est l'un des buts fondamentaux de la psychanalyse. Aussi, pour les neurosciences affectives, la conscience émotionnelle est-elle considérée comme une trame développementale distincte d'autres domaines cognitifs et il est tout à fait possible, en principe, que le développement soit interrompu dans un domaine et continu dans un autre (Lane et Garfield, 2005).

Or, les premiers états mentaux sont, en fait, des états psychobiologiques. Ils sont, comme l'écrivait déjà Winnicott (1942), transigés dans le champ mère-nourrisson et se développent à une frontière-contact hautement efficace, faite de transactions rapides essentiellement non verbales. C'est par cette communication d'états psychobiologiques essentiels que s'établit une passerelle entre l'intrapsychique et l'interpersonnel, entre l'organisme et l'environnement. Il s'agit là de l'élément essentiel de la frontière-contact primitive.

Les connaissances actuelles permettent de relier la psychobiologie des états affectifs et la neurobiologie des processus affectifs de l'hémisphère droit. À la différence de l'hémisphère gauche, l'hémisphère droit mature rapidement et domine la vie neuropsychique pendant les trois premières années de la vie. C'est au cours de cette période cruciale que, de l'avis de tous les auteurs de la tradition des *Relations d'Objet*, doivent s'établir l'attachement sécure et la régulation affective qui en est le corollaire. Or, on sait l'importance de la régulation affective dans la psychothérapie des personnalités pathologiques. Cette régulation joue assurément un rôle bien plus important dans le traitement que ne le font l'interprétation, l'*insight* ou l'*awareness*. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, c'est peut-être particulièrement vrai des patients qui ne sont pas portés sur l'introspection.

Au cours du développement neuroaffectif, le nourrisson doit avoir recours à une « stratégie » précoce et inconsciente afin de « survivre » à des états intensément affectifs. Parce que nous sommes des êtres phylogénétiquement relationnels, nous sommes naturellement doués pour faire appel à l'autre en situation de stress. En ce sens, les émotions ont une fonction adaptative (Damasio 1995, 2000; Frijda, 1994; Panksepp, 1998). Pour Panksepp, les premiers outils de la survie ce sont les systèmes fondamentaux d'activation émotionnelle. C'est en vertu de

l'activation naturelle, normale et prévisible des systèmes essentiels d'activation émotionnelle que le Self s'anime et s'enracine dans le corps. Mais parce que l'espèce humaine ne survit pas, sans un Autre qui protège et nourrit au début de la vie, nous sommes, dès le départ, engrammés à communiquer nos états somatoaffectifs les plus primaires. Ce serait, selon Schore (2003b), ce processus qu'aurait saisi Klein sous le vocable d'identification projective.

La régulation affective et la relation thérapeutique

Depuis ses origines, la Gestalt-thérapie affirme qu'en psychothérapie ce n'est pas le passé que nous cherchons dans ses traces mnésiques. De plus en plus, la psychanalyse et la neuropsychanalyse adoptent ce point de vue et proposent que ce que nous cherchons à mettre au jour en psychothérapie, c'est la logique des stratégies de régulation affective du patient. Ne serait-ce qu'à ce titre, la compréhension de la neurodynamique du Self en relation peut nous servir de boussole.

Pour cela, il nous faut comprendre la psychothérapie comme nécessitant une **relation**, donc, par essence, un processus non pas unidirectionnel, mais bidirectionnel et interactif. Dans la relation thérapeutique optimale, le psychothérapeute, comme la mère avant lui, *prend en lui*, contient et tolère une partie intolérable de l'expérience, voire de l'identité émotionnelle du patient. Il la contient le temps qu'il faut, préparant un travail de coconstruction du sens de cette expérience intolérable et, pourtant, indispensable. Dans les troubles sévères de la personnalité, ces expériences intolérables sont si massives que le travail de coconstruction de sens, donc de *remétabolisation* des introjects ne peut progresser que très lentement, par monts et par vaux. On peut dire ici que la stratégie de régulation affective du patient équivaut à communiquer implicitement et inconsciemment à l'autre ses états affectifs intolérables. Du point de vue du thérapeute, le temps 1 de la stratégie thérapeutique ce n'est évidemment pas de refuser de porter l'intolérable et l'indicible, mais de le prendre avec autant d'*awareness* que possible.

Les personnalités primitives ont inscrit l'expérience précoce d'être utilisées en tant qu'écran de projection pour des éléments répudiés de l'identité parentale. Ces personnes n'ont pu établir et maintenir une relation avec un parent qui agit comme un miroir pour l'intégration et la différenciation de divers aspects du Self naissant (Robbins, 1996). Ces interactions précoces à la frontière-contact contiennent une charge affective intense qui « dérégule » rapidement l'enfant. C'est là l'essentiel d'une relation traumatique. Elle entraîne chez le Self naissant une réponse psychobiologique composée de deux éléments distincts et successifs que décrit bien

Schore (2003b) : la suractivation et le désespoir. La suractivation est une sorte de protestation sans les mots pour la dire. Ce sont des cris, des pleurs, une rotation de la tête à 90 degrés. La branche sympathique du système nerveux autonome (expansion de l'énergie) est alors en pleine activité. Vient ensuite la dissociation, analogue au désespoir dont parle Bowlby. Elle prend la forme d'un désengagement des stimuli du monde externe et d'une attention exclusive aux stimuli internes. Le cortisol (qui inhibe le comportement) et les opioïdes (qui diminuent la douleur) sont alors en pleine action et la branche parasympathique du système nerveux autonome (qui conserve l'énergie) est aux commandes. D'un point de vue neurodynamique, ce couple hyperactivation/dissociation représenterait le fonctionnement phénoménologique de l'identification projective, en temps réel. Ici, une réserve semble s'imposer. On peut admettre que la phénoménologie de l'une des formes répandues d'identification projective, en particulier en ce qui concerne les enjeux développementaux liés à l'attachement, soit telle. Cependant, il semble quelque peu réducteur de résumer par là tous les phénomènes d'identification projective, du moins si l'on utilise le concept dans son acception postkleimienne, ainsi que le font Langs (1976), Ogden (1979, 1982) ou Tansey et Burke (1989). Dans la mesure où l'identification projective peut aussi être le véhicule de parties désavouées de soi, autour des enjeux narcissiques ou oedipiens, il n'est pas évident qu'elle se manifesterait strictement par le couple suractivation/dissociation (Delisle, 1993; 2004). Ces autres formes, plus subtiles et moins primitives, de « contagion affective » restent à élucider sur le plan neurobiologique.

Il reste que les personnes qui ont vécu leur développement précoce dans un champ relationnel traumatique ont appris à faire un usage excessif de l'identification projective afin de survivre à des épisodes répétitifs de stress interactif qui désorganisent le Self naissant. C'est ce processus de survie affective qui à la fois *anime* et *paralyse* la relation thérapeutique, qui la rend parfois paradoxalement suractivée et désespérée. De la même façon que les appels de l'enfant provoquent souvent une mésadaptation accrue de l'environnement, les manoeuvres du patient limite entraînent parfois une désorganisation partielle du Self thérapeutique de celui qui l'accompagne. C'est largement parce que ce processus initial et observable de suractivation/désespoir s'est accompagné d'une mésadaptation accrue de l'environnement que le Self naissant a « appris » à l'inhiber. Ne restent plus, à la surface des choses « adultes », que des dérivés plus ou moins subtils de ces états primitifs.

Le dilemme de contact issu d'un trauma développemental sur le plan de l'attachement générerait donc ces processus successifs de

suractivation et de désespoir, avec leurs substrats sympathique et parasympathique qui s'inscrivent dans le système limbique en voie de maturation. À la longue, ils acquièrent une permanence et une durabilité en tant que stratégie de régulation des affects.

Abus et négligence précoces entraînent donc d'importantes ruptures d'attachement et aussi des dérèglements graves des systèmes psychobiologiques naissants, en particulier dans l'hémisphère droit qui se développe bien avant l'hémisphère gauche. Ces expériences du champ 4 (le développement de l'enfance et de la petite enfance) sont stockées dans la mémoire implicite-procédurale et, plus tard dans la vie, elles augmentent le recours à la dissociation.

Cette stratégie primitive de régulation à la frontière-contact s'exprime ouvertement quand la relation thérapeutique présente des affinités thématiques telles qu'elle en vient à ressembler à l'une de ces dérives précoces de l'attachement. C'est le cas quand le thérapeute manifeste une grave mésadaptation face à la désorganisation du patient. La compétence réflexive du thérapeute se trouve enrayée, alors que sa compétence affective subit d'importantes distorsions. Alors, la dimension transféro-contretransférentielle de la relation occupe tout le champ. Le contact est massivement *dérégulé* par le recours, de part et d'autre, tantôt à la projection, tantôt à l'introjection, à la déflexion et à la rétroflexion, sans *awareness* de ce qui est en cours (Delisle, 1998).

Le champ de la relation thérapeutique, du moins dans ses dimensions transférentielle et herméneutique, en est un de communication d'hémisphère droit à hémisphère droit, voire une conversation entre systèmes limbiques (Buck, 1994). Cet aspect de la frontière-contact c'est celui de la communication implicite, alors que des signaux émotionnels non verbaux propres à l'espèce sont dirigés vers le récepteur et compris implicitement et instantanément par celui-ci.

Pour que cette conversation entre systèmes limbiques ne soit pas un dialogue de sourds, mais un véritable dialogue herméneutique, pour qu'elle soit mise au profit de la réparation plutôt qu'à celui de la reproduction, le thérapeute doit pouvoir créer les conditions neurodynamiques propices. Si le cerveau gauche communique ses états à d'autres cerveaux gauches au moyen de comportements linguistiques conscients, le cerveau droit, lui, communique non verbalement des états inconscients, à d'autres cerveaux droits qui sont en état de syntoniser ces communications (Schoore, 2003b). Doit-on concevoir que l'écoute thérapeutique suppose une interruption volontaire de l'hémisphère gauche et une disponibilité à la rêverie syntonisée des hémisphères droits? C'est du moins ce que

font les thérapeutes gestaltistes lorsqu'ils acceptent de se laisser couler pendant un temps dans une sorte de confluence où ils se laissent baigner dans l'atmosphère que crée le client. C'est encore ce qu'ils font lorsqu'ils se projettent dans son univers et acceptent d'en ressentir les textures. On sait déjà que les thérapeutes qui savent s'abandonner à ces rêveries syntonisées manifestent une plus grande activité électrophysiologique du lobe frontal droit. (Alpert et al. 1980). Surtout, le thérapeute doit pouvoir, quand il le faut, précéder le client dans cet univers de rêverie « maîtrisée ». Il semble, en effet, que le potentiel de réceptivité de l'hémisphère droit doive d'abord être perçu inconsciemment par le client pour que cette « conversation singulière » s'anime (Park et Park, 1997).

Ces états neuroaffectifs qui sont le fond avant d'être la figure du dialogue sont communiqués davantage par la prosodie (rythme, volume, tonalité) que par les éléments linguistiques du langage. C'est pourquoi le thérapeute sensible doit être, et ce, **dès le début**, à l'écoute de la prosodie du client. Cette prosodie ne s'écoute véritablement qu'avec l'hémisphère droit. Le thérapeute doit moduler son état afin d'épouser ce rythme prosodique et laisser son monde interne entrer en contact avec celui du client.

Ainsi, sous la surface de l'*awareness*, la réceptivité et la résonance empathique avec les états changeants du client déterminent et soutiennent l'alliance thérapeutique. Cependant, cette présence résonnante, cette confluence maîtrisée dépouillent aussi le thérapeute de certaines de ses protections. S'ouvrir à l'accueil de l'atmosphère du client, se laisser porter par la rêverie, c'est aussi donner congé au douanier de la frontière-contact et risquer l'entrée de matières dangereuses: les expériences intolérables du client. Cette infiltration, parfois cette invasion, déclenche un déséquilibre dans le cerveau droit du thérapeute. Son sentiment de compétence et sa compétence effective sont menacés par ce matériel implicite, encore innommé et parfois chaotique, qui vient housculer son monde interne. Sa compétence réflexive semble inopérante, la compétence affective se dissout alors que les émergences affectives perdent leurs nuances et s'approchent du primitif. Quant à la compétence interactive, elle s'abîme dans une communication prosodique involontaire d'affects non modulés.

La fonction réparatrice de la régulation affective

Dans la psychothérapie des troubles de la personnalité, la réponse du thérapeute aux prises avec ce que le client porte d'intolérable est un élément essentiel du traitement. Elle constitue le nerf de la cocréation de sens et le cœur de la réparation. Reconnaître et traiter les affects négatifs qui naissent de cette ouverture est la

partie la plus difficile de la psychothérapie (Ellman, 1991). Sous l'éclairage de la neurodynamique, la principale difficulté vient du fait que l'expérience douloureuse des relations développementales traumatiques est stockée dans la mémoire implicite-procédurale de l'hémisphère droit et *communiquée à un niveau non verbal et psychophysiologique* (Schoore, 2003b). Le thérapeute se trouve alors dans l'obligation de contenir dans *l'ici et maintenant* ce que l'environnement précoce du client n'a pu contenir *ailleurs et jadis*.

Cette tâche est rendue d'autant plus difficile que ces expériences précoces, stockées dans la mémoire implicite et réactivées dans *l'ici et maintenant* de la relation thérapeutique déclenchent des défenses puissantes dans le champ interne du thérapeute. Selon Gill (1994), l'analyste qui demeure alerte, non seulement à son expérience, mais également à sa contribution au processus, ressent autant, sinon **davantage** de stress que son patient. Dans ces moments critiques, la question fondamentale est de savoir si le thérapeute reste capable d'une autorégulation suffisante et s'il lui reste assez d'énergie psychique pour agir en corégulation interactive avec le client. Dans certains cas, son champ interne risque d'entrer dans une telle turbulence qu'il bloque ses signaux somatiques, ce qui brise inmanquablement la connexion empathique avec sa souffrance et avec celle du client. Sorti du canal de communication de l'hémisphère droit, il se place alors en mode cerveau gauche et peut ainsi offrir une «interprétation», un «recadrage» ou une «hypothèse herméneutique» de la résistance du client, au risque d'intensifier cette «résistance».

Ce que l'on sait aujourd'hui de la perception subliminale des affects et de la contagion émotionnelle autorise à penser que le client, même de façon subliminale, perçoit le refus du thérapeute de porter l'intolérable. L'expression faciale du thérapeute peut alors, à son insu, exprimer le dégoût et l'irritation; le ton peut devenir légèrement sarcastique ou cassant. Cette expression est brève et inconsciente et c'est ainsi qu'elle est perçue par l'hémisphère droit du client. Des recherches sur la communication psychophysiologique des émotions montrent que l'expression verbale de la colère provoque des changements électromyographiques détectables dans l'expression affective faciale du récepteur (Hietanen, Surakka et Linnankowski, 1998). Ainsi, l'expression faciale du thérapeute révèle-t-elle brièvement sa réaction à la communication des affects négatifs du client. C'est ce que j'entendais quand, dans les années 1990⁵, parlant de la dimension de l'intégrité dans la relation thérapeutique, j'affirmais qu'en relation thérapeutique de face à face, le

⁵ Vers une psychothérapie du lien.

client est en mesure de déceler inconsciemment même les affects contenus consciemment par le thérapeute (Delisle, 2000). Je suggérerais alors que le thérapeute parte de l'a priori suivant lequel le client « sait » ce que son thérapeute éprouve face à lui. Resterait à trouver une ou des façons de faire en sorte que cet *awareness* de fond passe en figure d'une manière assimilable et *métabolisable* par le client.

Des recherches neurobiologiques récentes montrent aussi que des expériences aberrantes précoces altèrent la capacité à traiter correctement l'information émotionnelle visuo-faciale, ce qui vient ajouter à la complexité de la transaction (Pollak et Kistler, 2002). Ces deux processus inconscients font sans doute partie des fondements de la synergie de la reproduction, au sens où l'entend la PGRO. Il est maintenant bien établi que les mises en acte les plus significatives du point de vue de la reproduction passent fondamentalement par les comportements relationnels non verbaux et inconscients dans la dyade thérapeutique (McLaughlin, 1991; Schore, 1997).

Quand la reproduction ne peut ouvrir sur la reconnaissance ou la coconstruction du sens, la compétence affective du thérapeute est indisponible et il n'est pas en mesure de se rétablir et de réguler son monde interne. Ses interventions équivalent alors à projeter un état affectif cocréé et non métabolisé, ce qui diminue encore l'alliance et éloigne, de ce fait, les possibilités éventuelles de réparation. La reproduction est alors complète. Le client est, ici et maintenant, comme jadis, davantage dérégulé sur le plan psychophysiologique par le contact avec un objet mésajusté. Il régresse alors aux processus d'hyperactivation et de dissociation du passé. Quand, dans un épisode thérapeutique, le client passe rapidement d'un état associé à la suractivation (affects intenses, discours chargé, agitation motrice) à un état plus ou moins dissocié (silence blanc, affect interrompu, évitement du regard, etc.) on peut émettre l'hypothèse que l'affect n'ait pas été « déchargé », qu'il soit toujours là, mais anesthésié et dissocié. Cette dissociation ne constitue pas une interruption de la reproduction, mais sa continuation sous une autre forme.

Et l'identification projective ?

On dit souvent de ces processus de contagion affective, que la psychanalyse kleinienne a décrits sous le vocable d'identification projective, qu'ils sont une tentative de contrôler le thérapeute. Les connaissances actuelles issues des neurosciences ne permettent pas d'accréditer cette thèse. Essentiellement, cette stratégie de régulation affective s'est élaborée trop précocement, alors que les structures

neurologiques nécessaires à l'intentionnalité étaient loin d'avoir atteint leur maturité. Aussi, derrière les affects explosifs, il vaut mieux ne pas voir l'intentionnalité, mais le désespoir, l'impuissance et une absence de moyens d'y faire face. Quand cette communication affective primaire est le fait d'une personne qui n'est pas gravement déréglée, son affect reste *conscientisable* et un thérapeute empathique peut l'approfondir. Autrement dit, son état affectif est accessible à la fonction *Personnalité* et elle peut s'identifier à cet état et le rendre partiellement explicite, ce qui facilite les processus de reconnaissance et de réparation. Quand, au contraire, le processus est initié par une personne présentant un trouble grave de la personnalité, les affects ne sont pas représentés pour ce qu'ils sont dans la fonction *Personnalité* — la réplique verbale du Self — et ils ne sont pas *dialogables*. Seul le thérapeute non dissocié, donc capable d'accéder à sa compétence réflexive, peut arriver à les tenir. L'expérience ce qui est à soi et ce qui vient du client. On peut dire alors que la compétence affective tient bon, mais que la compétence réflexive fonctionne au ralenti. Comme le client n'arrive pas à accéder à ce qu'il peut y avoir de *dialogable* dans son expérience, le thérapeute ne peut véritablement mettre en mots son expérience courante et doit la réfléchir longuement, ce qui sollicite fortement la région préfrontale de son cerveau et diminue sa liberté de rêverie dans l'hémisphère droit. Si le thérapeute doit longtemps contenir *au secret* cet affect dissonant, il peut ressentir éventuellement l'émergence d'affects dysphoriques. Cet affect est à lui, mais il est réveillé par la nécessité de contenir un affect qui n'est pas de lui. Cette expérience centrale de solitude et d'inutilité est l'une de celles que chaque thérapeute doit visiter et apprivoiser, car, souvent, elle fait partie des ressorts originels dans le choix de cette profession et elle est réactivée dans l'exercice de la profession.

ASPECTS NEURODYNAMIQUES DE LA RÉPARATION

L'autorégulation par le thérapeute des états négatifs projetés par le client est l'une des formes que prend la réparation interactive. La réparation la plus significative, celle qui touche au plus près du cœur du dilemme développemental, c'est celle qui vient du thérapeute aux prises avec un stress affectif et interactif. C'est dans ces moments-là que se conjuguent et se condensent les trois axes de la compétence thérapeutique: l'affectif, le réflexif et l'interactif. C'est d'abord la capacité de *contenir* du thérapeute qui met la reproduction sur la voie de la réparation, car elle représente, en elle-même, une expérience de contact que le client n'a pas suffisamment connue. Ce premier acte réparateur a d'autant plus

de portée que le thérapeute est simultanément l'objet de deux aspirations du client. L'une tend à évoquer en lui le même type de réponse (ou de non-réponse) émotionnelle que le client a connue. L'autre aspire à éveiller enfin chez l'Autre, comme chez lui, une réponse régulatrice.⁶

L'une des fonctions primordiales de l'environnement précoce est celle que Winnicott a fait connaître sous le nom de *holding*. Cette fonction de soutien par l'environnement, en l'occurrence la mère, fonde le processus qui, à partir de la maturation neurophysiologique engrainée par l'appartenance à l'espèce, fera du nourrisson une « personne ». C'est par la présence inaugurale de cette mère suffisamment bonne, qu'au-delà de la maturation neurologique va s'accomplir et s'exprimer la singularité génétique et historique de la personne en développement. C'est ici que la quasi infinie plasticité neuronale est à son zénith. Si l'enfant est ainsi tenu et contenu, ses activations émotionnelles primaires auront pour effet l'établissement de connexions neuronales qui, plus tard, favoriseront la régulation affective, fonction essentielle du lobe préfrontal droit. Dans le meilleur des cas, les connexions entre l'hémisphère droit et le gauche seront nombreuses et intégrées; les connexions entre le système limbique et le cortex auront les mêmes qualités.

Cependant, ceux (parmi nos clients) qui présentent une pathologie de la personnalité seront vraisemblablement marqués par une carence de l'une ou l'autre, voire des deux intégrations de synthèse neuronale. Le thérapeute qui refait le chemin développemental avec un client ayant un trouble de la personnalité doit donc *être* cet environnement de soutien et exercer de manière plus ou moins importante cette fonction de *holding*. Le *holding*, en psychothérapie, c'est souvent *entendre* et *attendre*. Mais ce que semble confirmer une perspective neurodynamique de la relation thérapeutique va plus loin. Contenir, c'est aussi, lors d'états de déséquilibre psychobiologique du cerveau droit, se garder de passer à la fonction de distanciation analytique du cerveau gauche. La clé d'un maintien en cerveau droit, c'est de résister à « boucler » l'expérience ou le sens (Schore, 2002), car « le cerveau droit s'active dans les expériences complexes, intérieurement contradictoires et fondamentalement irréductibles à un contexte non-ambigu » (Rotenberg, 1995). Traduits en termes herméneutiques, contenir c'est parfois ne *pas* faire sens ! C'est hausser son seuil de tolérance à l'ambiguïté, à l'incertitude, aux figures floues. La compétence affective du thérapeute consiste à détecter les émergences affectives

⁶ Voir Migone (1995) et Fosshage (1994).

dissonantes en lui-même et à les tolérer. Contenir est essentiel et indispensable, mais évidemment insuffisant. Le processus thérapeutique exige aussi que la paire dialogale thérapeute-client puisse à la longue « faire sens » des expériences dissonantes. Pour cela, le thérapeute doit s'autoréguler puis coréguler le client. Cela exige de lui des allers-retours entre le cerveau droit inférieur (limbique) et le cerveau droit supérieur (cortical) : ce que j'éprouve, ce à quoi je réagis. C'est dans ces allers-retours entre la compétence affective et la compétence réflexive que réside la possibilité d'une interaction qui soit régulatrice pour le client.

Dans ces interactions intenses et potentiellement déstabilisantes, alors que le thérapeute se laisse interpeller sur le plan de sa résonance affective, est-il thérapeutique qu'il communique son expérience interne au client? Historiquement, les avis sur cette question ont toujours été partagés et l'on trouve autant d'arguments pour que contre. Il fut un temps où elle était de celles qui traçaient la frontière entre les approches humanistes et les approches analytiques. Mais, comme chacun le sait, les lignes de partage ne sont plus ce qu'elles étaient. Ainsi, plusieurs auteurs de la psychanalyse contemporaine partagent, avec les humanistes, un consentement réfléchi et balisé au dévoilement de son expérience immédiate. Du point de vue de la neurodynamique du processus thérapeutique, le dévoilement sélectif et raisonné de l'expérience immédiate du thérapeute aurait une fonction herméneutique et réparatrice. Dans une intervention thérapeutique optimale, alors qu'il se trouve aux prises avec une identification projective, le thérapeute qui s'autorise à partager quelque chose de l'impact de l'activité neuroaffective du patient sur son expérience personnelle encourage ce dernier à l'exploration et au dévoilement. Ces moments d'interaction affectivo-réflexive favorisent l'intégration hémisphérique et la pertinence dialogale en est maximisée (Stark, 1999).

Ce dévoilement n'est pas cognitif, mais processuel/contretransférentiel/corporel (Freedman et Lavender, 1997). De fait, selon Schore (2003b) la capacité ou non à traiter son expérience corporelle au cœur d'une identification projective détermine le cours de la thérapie. Il est dans la nature même de cette communication affective intense, complexe, implicite et essentiellement prosodique, d'entraîner des sensations somatiques en cours de séance. On peut repérer deux types de réponse aux sensations somatiques en séance. D'une part, le style interprétatif qui évolue fréquemment vers des *reprojections* mutuelles; d'autre part, le style empathique-développemental où le thérapeute contient et régule, en même temps qu'il la modèle, la régulation chez le client.

Quand le thérapeute se place dans un état propice à la « conversation limbique », au dialogue des hémisphères droits, son expérience viscérale somatique est telle que son débit ralentit. Le volume de la voix baisse, la tonalité est plus grave et l'expression est calme. L'observation de ce processus par le client, à un niveau préconscient, permet la création d'un contexte « inconsciemment sécuritaire » (Schoore, 2002). De fait, le passage d'un affect négatif dérégulé à un affect positif régulé est communiqué *prosodiquement*.

Des recherches neurobiologiques montrent que la détection et le traitement du plus infime changement dans l'expression faciale s'opère en moins de 100 millisecondes (Lehky, 2000). Elle est enregistrée et reproduite dans l'hémisphère droit d'un observateur en moins de 300 à 400 millisecondes, soit à un niveau bien inférieur aux seuils d'*awareness* (Stenberg, Wiking et Dahl, 1998). Ces opérations de régulation dyadiques aident le client à intérioriser la résonance empathique du thérapeute à sa souffrance, à sortir de la dissociation et à accéder *éventuellement* à la mise en mots, ce qui crée de nouveaux circuits neuronaux entre la mémoire implicite et la mémoire explicite.

La réparation, ce serait donc la régulation interactive des affects primaires dissociés, l'intériorisation de cette régulation, puis la synaptogenèse des systèmes du cerveau droit impliqués dans l'autorégulation, de même que la croissance et la synthèse neuronales découlant de l'*IP* adaptative et contenue.

Quand l'enfant a un affect puissant qui menace de le submerger, il extériorise sa détresse. Le parent intériorise la projection, la contient, la module, lui « donne sens » et retourne l'affect transformé sous forme de *holding*, d'une remarque pleine de sens ou autre. L'enfant peut alors accepter l'affect métabolisé et l'état du Self comme étant le sien. Il intériorise aussi, éventuellement, le processus de *métabolisation* et apprend à contenir ses affects. C'est bien ce que fait le thérapeute en interaction affective intense.

SIX PRINCIPES POUR UNE CROISSANCE ET UNE INTÉGRATION NEURONALE OPTIMALES EN PSYCHOTHÉRAPIE (COZOLINO, 2002)

Je terminerai ce tour de mes premiers horizons neuropsychothérapeutiques en présentant une intéressante synthèse proposée par Cozolino (2002). Elle a le mérite de résumer un vaste champ de connaissances, encore éparpillées, fragmentaires et provisoires, en quelques principes propres à baliser prudemment la pratique du psychothérapeute qui souhaite placer sa clinique dans l'axe de ce nouvel éclairage.

1. Le développement et l'intégration optimale se produisent dans un contexte d'équilibre entre le «nurturance» et le stress.

La relation thérapeutique doit d'abord être sécuritaire et basée sur la confiance. Cet équilibre au sein de la relation thérapeutique optimise l'environnement neurobiologique qui permet la croissance et l'intégration neuronales. Le stress est nécessaire à l'activation des circuits émotionnels. Dans des états de stress élevé, l'activation du système sympathique inhibe les processus corticaux et nuit à leurs fonctions intégratives. Un stress modéré maximise la capacité des réseaux corticaux à traiter et à intégrer l'information et l'expérience. L'alternance entre activation et calme correspond aux rythmes neuronaux nécessaires à la croissance et au changement.

2. L'ajustement empathique thérapeute/client fournit le contexte de «nurturance» dans lequel la croissance et le développement peuvent se produire.

En activant les processus impliqués dans l'attachement et le *bonding*, et en modulant les niveaux de stress associés à la thérapie, l'**ajustement empathique** est à même de créer un environnement biochimique optimal capable de mettre en valeur la plasticité neuronale.

3. La participation de l'affect et de la cognition semble nécessaire au processus thérapeutique afin de créer un contexte favorable à l'intégration des circuits neuronaux dissociés.

Ni l'explication/compréhension sans affect ni la catharsis sans cognition n'agissent sur l'intégration des circuits neuronaux dissociés. Le client doit donc acquérir de nouvelles informations et faire de nouvelles expériences dans les sphères des **cognitions, émotions, sensations et comportements**.

Ce principe est au cœur du dialogue herméneutique, alors que le thérapeute s'emploie activement à garder l'affect à proximité du travail de création de sens (Delisle, 2001).

4. L'activation simultanée et répétée des réseaux neuronaux dissociés favorise leur intégration durable.

Les réseaux neuronaux qui sont dissociés ou inadéquatement intégrés doivent être activés simultanément ou en alternance. En PGRO, cela appelle des transitions interchamps optimales et des passages répétés de l'interne à l'externe et vice-versa. Ce principe soutient l'une des principales hypothèses de travail de la PGRO quant au dialogue herméneutique, soit que la coconstruction de sens est potentialisée par un affect modéré, gardé à proximité, voisin de la conscience du corps. Partant du célèbre principe de

Hebb (1949): «Les neurones qui s'activent ensemble travaillent ensemble», nous renforçons notre conviction dans l'utilité clinique des transitions interchamps. À son terme, ce travail encourage la formation d'une figure complexe et complète.

5. La capacité à tolérer et à réguler l'affect crée les conditions nécessaires à la croissance continue du cerveau durant tout le cours de la vie.

Une intégration accrue va de pair avec une capacité accrue à éprouver et à tolérer des pensées et des émotions jusque-là inhibées et dissociées au moyen de divers mécanismes de défense: projection et identification projective, clivage, etc. Dans la PGRO, cette capacité est fonction de la tolérance du thérapeute à la reproduction. Elle repose aussi sur sa capacité à tolérer l'ambivalence qui, en temps opportun, débouche sur la cocréation de sens. Elle repose surtout sur la compétence affective.

6. Le langage est un outil important du développement neurologique et psychologique.

La psychothérapie gestaltiste des troubles graves de la personnalité cherche l'intégration de la compréhension conceptuelle et de l'expérience corporelle/émotionnelle à travers des récits narratifs coconstruits par le client et le thérapeute. Le dialogue herméneutique entre le thérapeute et le client représente une matrice qui soutient l'intégration des réseaux neuronaux. Le façonnement de ces récits et le travail herméneutique qui l'accompagne nourrissent la mémoire autobiographique et créent une histoire du Self capable de soutenir la régulation de l'affect dans le présent, ainsi que le maintien des fonctions neurohoméostatiques dans le futur. Le repérage et le traitement des affinités thématiques interchamps, les passages du monde interne au monde externe et le dialogue herméneutique mettent le langage en chantier. Le niveau de langage que le thérapeute se fait fort d'ajuster à l'état mental du client, de même qu'au niveau de régression et à l'enjeu développemental couramment activé, oblige à des allers-retours entre les deux hémisphères et entre le système limbique et le cortex. Il sollicite le lobe préfrontal droit dans la régulation, voire le calibrage de l'affect qui accompagne les émergences.

La forme de mémoire, activée dans ce genre de dialogue, en fait une sorte d'oscillation entre les mémoires implicite et explicite et est de nature à maximiser l'intégration des réseaux neuronaux, car elle organise d'énormes quantités d'informations à travers de multiples trames narratives (Siegel, 1999).

CONCLUSION

Les progrès technologiques ont rapproché les neurosciences du champ d'action de la psychothérapie et les deux disciplines commencent à entretenir un dialogue fertile et fécond pour chacune d'elles. Les neurosciences permettent à la psychothérapie de mieux comprendre l'objet de son action et de mieux la cibler. En retour, la psychothérapie nourrit la réflexion des neurosciences en leur suggérant des pistes d'investigation issues de la fréquentation intime des complexités de la mémoire, de l'affect, de la dissociation, de l'impulsivité, etc. Ce mouvement apparaît irréversible et ne pourra être ignoré qu'au prix d'un déni volontaire de ce qu'il y a d'**incarné** dans l'expérience humaine.

Cette convergence ne pourra être ignorée, mais elle pourrait être « vidée de son sens » si les thérapeutes de demain en venaient à tout savoir de la neurobiologie et... presque rien de la rencontre, de l'expérience, s'ils maîtrisaient le solfège, mais n'aimaient pas la musique et ne savaient plus chanter.

Voilà où j'en suis dans ce voyage. Jusqu'à maintenant, la fréquentation de ce nouvel espace m'a fait mieux comprendre ce que je fais, ce que j'enseigne. J'ai vécu la partie la plus riche de ma vie professionnelle en naviguant entre le *comment* des gestaltistes et le *pourquoi* des psychanalystes. J'explore maintenant un autre univers de sens et j'entrevois, sur la planète *Neuros*, pourquoi le *comment* contient l'histoire et comment le *pourquoi* sculpte l'expérience.

Références

- Alpert, M., Cohen, N.L., Martz, M., Robinson, C. (1980). « Electroencephalographic analysis: a methodology for evaluating psychotherapeutic process ». *Psychiatry Research*, 2, 323-329.
- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., et al. (1996). « Affect, attachment, memory: contributions towards psychobiologic integration ». *Psychiatry*, 59, 213-239.
- Bruner, J.S. (1990). *Acts of Meaning*. Cambridge: Harvard University Press.
- Buck, R. (1994). « The neuropsychology of communication: Spontaneous and symbolic aspects ». *Journal of Pragmatics*, 22, 265-278.
- Calarge, C., Andreasen, N.C., O'Leary, D.S. (2003). « Visualizing How One Brain Understands Another: A PET Study of Theory of Mind ». *American Journal of Psychiatry*, 160, 1954-1964.
- Ceci, S., Bruch, M. (1993). « Suggestibility of the child witness: a historical review and synthesis ». *Psychological Bulletin*, 113, 403-439.
- Cozolino, L. (2002). *The Neuroscience of Psychotherapy*. New York: Norton.
- Damasio, A.R. (1995). « Toward a neurobiology of emotion and feeling: operational concepts and hypothesis ». *The Neuroscientist*, 1, 15-19.

- Damasio, A.R. (2000). *L'erreur de Descartes. La raison des émotions*. Paris: Odile Jacob. (Descartes' error, 1994).
- Damasio, A.R. (2003). *Spinoza avait raison*. Paris: Odile Jacob.
- Delisle, G. (1993). «La relation thérapeutique tridimensionnelle et l'identification projective». *Revue québécoise de Gestalt*, 1 (2), 57-86.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2000). *Vers une psychothérapie du lien*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2001). «Le dialogue herméneutique en psychothérapie. Conférence à l'Hôpital de Tourcoing, Lille». *Actes du colloque de Champ-G*.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité, perspectives développementales*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Driessen, M., Herrmann, J., Stahl, K., Zwaan, M., Meier, S., Hill, A., Osterheider, M., Petersen, D. (2000). «Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization». *Archives of General Psychiatry*, 57, 1115-1122.
- Ellman, S.J. (1991). *Freud's technique papers: a contemporary perspective*. New York: Jason Aronson.
- Fosshage, J. L. (1994). «Toward reconceptualizing transference: Theoretical and clinical considerations.» *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 265-280.
- Freedman, N., Lavender, J. (1997). «On Receiving the Patient's Transference: The Symbolizing and Desymbolizing Countertransference». *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 79-103.
- Frijda, N.H. (1994). «The structure of subjective emotional intensity». *Cognition and Emotion*, 8(4), 329-350.
- Gabbard, G.O. (1994). «Mind and brain in psychiatric treatment». *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 427-446.
- Gabbard, G.O. (2000). «A neurobiologically informed perspective on psychotherapy». *The British Journal of Psychiatry*, 177, 117-122.
- Gilbertson, M.W., Shenton, M.E., Ciszewski, A. et al. (2002). «Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma». *Nature Neuroscience*, 5, 1242-1247.
- Gill, M. M. (1994). «Transference: A change in conception or only in emphasis?» *Psychoanalytic Inquiry*, 4, 489-523.
- Gurvits T.V., Shenton M.E., Hokama H, et al. (1996). «Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related post-traumatic stress disorder». *Biological Psychiatry*, 40, 1091-1099.
- Hebb, D.O. (1949). *Organization and Behavior*. New York. Wiley.
- Hietanen, J.K., Surakka, V., Linnankoski, I. (1998). «Facial electromyographic responses to vocal affect expressions». *Psychophysiology* 35, 530-536.

- Kandel, E.R. (1979). «Psychotherapy and the single synapse». *New England Journal of Medicine*, 301, 1028–1037.
- Kandel, E.R. (1998). «A new intellectual framework for psychiatry». *American Journal of Psychiatry*, 155, 457-469.
- Klein, M. (1946). «Notes on some schizoid mechanisms». *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Kupfer, D.J., First, M.B., Regier, D.A. (2002). *A Research Agenda for DSM-V*. New York: APA Press.
- Langs, R. (1976). *The Bipersonal Field*. New York: Aronson.
- Lane, R.D., Garfield, D.S. (2005). «Becoming aware of feelings: Integration of cognitive-developmental, neuroscientific and psychoanalytic perspectives». *Neuro-Psychoanalysis*, 7, 5-30.
- Lehky S.R. (2000). «Fine discrimination of faces can be performed rapidly». *Journal of Cognitive Neuroscience*, 12, 848-855.
- Lofthus, E.F., Milo, E., Paddock, J. (1995). «The accidental executioner: why psychotherapy must be informed by science». *Counseling Psychologist*, 23, 300-309).
- McLaughlin J.T. (1991). «Clinical and theoretical aspects of enactment». *Journal of American Psychoanalytical Association*. 39, 595-614.
- Migone, P. (1995). «Expressed emotion and projective identification: A bridge between psychiatric and psychoanalytic concepts?». *Contemporary Psychoanalysis*, 31, 617–640.
- Moscovitch, M. (1992). «Memory and working with memory: A component process model based on modules and central systems». *Journal of Cognitive Neuroscience*, 4, 257-267.
- Ogden, T. (1979). «On projective identification». *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 357-374.
- Ogden, T. (1982). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. New York: Jason Aronson.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Park, L.C., Park, T.J. (1997). «Personal Intelligence». In *Psychological Mindedness: a contemporary understanding*. McCallum & Piper., 133-167. Mahwah: Erlbaum.
- Pollak, S.D., Kistler, D.J. (2002). «Early experience is associated with the development of categorical representations for facial expressions of emotion». *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 99, 9072-9076.
- Robbins, M. (1996). «The mental organization of primitive personalities and its treatment implications». *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 3, 755-784
- Rotenberg, V.S. (1995). «Right hemisphere insufficiency and illness in the context of search activity concept». *Dynamic Psychiatry*, 150-151.

- Schore, A. N. (1997). « Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders ». *Development and Psychopathology*, 9, 595-631.
- Schore, A.N. (2002). « Advances in neuropsychoanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. » *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 433-484.
- Schore, A. N. (2003a). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York : Norton.
- Schore, A. N. (2003b). *Affect Dysregulation and the Disorders of the Self*. New York : Norton.
- Shear, M. K., Fyer, A. J., Ball, G. (1991). « Vulnerability to sodium lactate in panic disorder patients given cognitive-behavioral therapy ». *American Journal of Psychiatry*, 148, 795-797.
- Shterenshis, M.V. (1999). « The position of nervous diseases between internal and psychiatry in the XIXth Century ». *Vesalius*, 5 (2), 67-71.
- Siegel, J. (1999). *The Developing Mind*. New York : Guilford.
- Solms, M., Turnbull, O. (2002). *The Brain and the Inner World*. New York : Other Press.
- Stark, M. (1999). *Modes of Therapeutic Action: Enhancement of Knowledge, Provision of Experience, and Engagement in Relationship*. New York : Jason Aronson.
- Stenberg, G., Wiking, S. & Dahl, M. (1998). « Judging words at face value: Interference in word processing reveals automatic processing of affective facial stimuli ». *Cognition and Emotion*, 12, 755-782.
- Sykes-Picot, M., Simon, R. (2004). « Discoveries from the Black Box. How the neuroscience revolution can change your practice ». *Psychotherapy Networker*. Sept-Oct.
- Tansey, M.J., Burke, W.F. (1989). *Understanding Counter-transference*. Hillsdale, N.J. : The Analytic Press.
- Vinamäki, H., Kuikka, J., Tiihonen, J. et al. (1998). « Change in monoamine transporter density related to clinical recovery: a case-control study ». *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, 39-44.
- Winnicott, D.W. (1942). « Review of the nursing couple ». *International Journal of Psychoanalysis*, 23, 179-181.

Abstract

Recent developments in the fields of affective and cognitive neuroscience shed a new light on crucial issues in development and in psychotherapy. This article examines some of those perspectives that may be particularly useful to understanding and treating the developmental pathologies known as Personality Disorders. Panksepp's theory of core emotional activation systems, as well as an overview of the different types of long term memory are linked to the neurodynamics of early development and of psychotherapy. Finally, the repairing function of psychotherapy is considered from the perspective of the regulation of dissociated affects.

Recherche en Gestalt-thérapie¹

Uwe STRÜMPFEL

Traduction et adaptation de l'anglais :

Claire ALLARD

Janine CORBEIL²

Prologue (note de la traduction)

Cet article porte sur les bienfaits de l'approche gestaltiste pour une grande variété de problématiques psychologiques : troubles psychiatriques, problèmes d'ordre psychosocial, populations dépendantes des drogues, atteintes du SIDA, de douleurs chroniques ou de symptômes psychosomatiques, etc. Il a d'abord été écrit en allemand et traduit en anglais par Martin Courtney. Étant donné l'importance, pour nous, des résultats qu'il présente, il nous a semblé éminemment opportun d'en offrir une traduction française aux psychothérapeutes francophones. De nombreuses recherches expérimentales ont été menées depuis bientôt quarante ans sur les effets de diverses techniques et approches gestaltistes. Sur 3 000 clients étudiés au cours de ces recherches, environ la moitié a suivi une thérapie gestaltiste. Ces études montrent, pour la plupart, que l'efficacité de la Gestalt-thérapie est égale ou supérieure aux autres approches. De plus, la stabilité des changements à long terme se vérifie pour la plupart des populations étudiées.

L'auteur, Uwe Strümpfel, Ph. D., est à la fois thérapeute-gestaltiste et psychologue expérimental. En 1989, il a fondé un groupe de recherches empiriques au DVG (Association allemande de Gestalt-thérapie), à l'origine de plusieurs publications. À titre de thérapeute, Strümpfel a travaillé dans divers domaines, surtout avec des personnes atteintes de maladies terminales, de populations dépendantes des drogues ou d'enfants de la rue, au Brésil. Il fut directeur des services psychologiques au Centre Tannenhof II, à Berlin, en Allemagne, dans une clinique psychosomatique pour abus de psychotropes (Psychosomatic Clinic for Substance Abuse). Il travaille à Berlin, en pratique privée, depuis 1996.

Uwe Strümpfel a publié un livre en allemand (2006) pour lequel il est à la recherche d'une traduction : Therapie der Gefühle. Forschungsbefunde zur Gestalttherapie. Therapy of Emotions. Research Findings on Gestalt Therapy. Cologne: Edition Humanistische Psychologie.

¹ Le texte original allemand a d'abord été traduit en anglais par Martin Courtney et publié sous le titre *Research on Gestalt Therapy* dans le *International Gestalt Journal* 2004, 27/1, 9-54.

² Traduit avec la permission de l'auteur et du ICJ.

Résumé

Cet article présente un bilan de la recherche en Gestalt-thérapie. En premier lieu, nous présenterons ce que la recherche nous dit des pratiques en Gestalt-thérapie. En deuxième lieu, nous nous attarderons sur les aspects «microscopiques» qui émergent du processus thérapeutique. Nous prêterons une attention spéciale à ce qui se passe dans le dialogue entre un thérapeute et son client. Puis, nous aborderons les éléments «macroscopiques» du processus thérapeutique où l'on peut observer des changements. Nous nous attarderons ensuite aux effets des thérapies de longue durée. Enfin, nous discuterons des effets spécifiques de la Gestalt-thérapie, tels que révélés par les études évaluatives, incluant des comparaisons avec d'autres types de psychothérapie.

INTRODUCTION

«La thérapie gestaltiste est une approche existentielle, expérientielle et expérimentale qui trouve sa source dans ce qui est et non dans ce qui n'est pas». Par cette phrase, Laura Perls (1992, p. 131) exprime l'essence de la philosophie et de la pratique de la Gestalt-thérapie avec laquelle travaille le thérapeute. Dans la section «Recherche», les aspects de base de la Gestalt-thérapie seront examinés du point de vue du chercheur. Au centre de cette approche thérapeutique repose l'immédiateté des sensations, une prise de conscience sous forme d'attention flottante. La centration sur le moment présent est un outil thérapeutique puissant : dans un moment unique, tout l'univers du client peut se déployer, c.-à-d. tout le passé est là, se reflétant dans ce seul instant. Des émotions exprimées de façon consciente émergent ; au moment où elles atteignent la conscience, des *insights* imprévus peuvent surgir soudainement.

Dans la section traitant des recherches sur le processus thérapeutique, nous verrons que des moments surprenants précèdent ou accompagnent les expériences thérapeutiques importantes (Teschke, 1996). L'immédiateté de la prise de conscience de ce qui se déroule entre le thérapeute et le client est considérée comme plus importante que les interprétations ou les explications du thérapeute (Orlinsky et al., 1994). C'est en ce sens que la Gestalt-thérapie est phénoménologique. Nous décrivons la principale signification qu'ont les émotions et en quoi elles constituent des éléments thérapeutiques cruciaux.

Dans la section sur la «Recherche», nous verrons que l'intensification progressive des émotions prend une signification spéciale, lorsqu'accompagnée par l'augmentation de l'intensité expérientielle. C'est en ce sens que la Gestalt-thérapie est de nature expérientielle.

On pourra également constater que l'intensification des émotions au cours d'un dialogue permet au conflit de prendre une figure claire, facilitant d'autant plus sa résolution. Dans ces moments thérapeutiques où les tensions sont fortes, elles s'incrument dans la mémoire et peuvent même faciliter d'autres changements dans le futur.³

Depuis ses tout premiers débuts, la Gestalt-thérapie a maintenu que des conflits névrotiques ne peuvent être résolus en contrant nos inclinations naturelles. Tout comme les recherches le révèlent, c'est quand le client approfondit la tendance de ses conflits névrotiques – par exemple en se laissant aller à ses comportements névrotiques – que les gains se font. Différentes interventions de la Gestalt-thérapie ont d'ailleurs pour but d'aller au cœur du conflit névrotique.

L'*awareness* de l'*ici et maintenant* fait partie de la pratique active du thérapeute avec son client. On peut reconnaître les groupes qui utilisent ce type d'intervention de base comme étant d'orientation gestaltiste. Dans un certain sens, on peut voir toutes les méthodes thérapeutiques employées par le thérapeute gestaltiste et tous ses efforts comme visant d'abord et avant tout à permettre une concentration sur l'*ici et maintenant*. Pour Isadore From (1984), la Gestalt-thérapie vise l'arrière-fond, c.-à-d. qu'elle porte attention aux impulsions logées à l'arrière-fond, celles qui y sont maintenues. La thérapie se centrant sur l'*awareness* aura pour résultat que cet arrière-fond vient à la surface. Le thérapeute invite tout d'abord le client à prendre la responsabilité de ses actions et de ses émotions. Le processus au moyen duquel les parties de la personnalité, occultées jusque-là, accèdent au niveau conscient et deviennent intégrées (voir la section: «Des processus microscopiques aux processus macroscopiques») représente une étape importante. La personne névrotique apprend ainsi à s'approprier ses impulsions au lieu de les supprimer ou de les projeter. Cette approche nous permet de comprendre le fait que des clients qui projettent (blâment autrui pour ce qui leur appartient) autant que ceux qui intériorisent (se blâment indûment) bénéficient tout autant de la thérapie gestaltiste. C'est ce que nous démontrerons dans la section sur les processus macroscopiques par l'examen de données centrées sur un programme de thérapie expérientielle (Beutler, Engle, et al., 1991; Beutler et al., 1993).

³ Dans certaines analyses présentées ici, l'utilisation de termes comme *dialogue* et *tensions grandissantes* semble simpliste et unidimensionnelle. Cependant, comme nous le verrons dans la partie intitulée « Les voix criées », les résultats se relient à la théorie de la Gestalt-thérapie.

INTERVENTIONS EN GESTALT-THÉRAPIE

From (1984) nous met sérieusement en garde contre tout réductionnisme qui ferait considérer la Gestalt-thérapie comme une somme pure et simple de techniques diverses. Le grand nombre de publications portant sur les techniques peut donner l'impression que la Gestalt se résume sommairement à un ensemble de techniques. Cela risque de fausser l'idée que l'on se fait de la Gestalt, la présentant comme un catalogue de conventions et de traditions qui nous sont familières, un genre de manuel d'utilisation pratique pour les groupes de sensibilisation. Cependant, aucune intervention ne peut être utilisée sans une compréhension des fondements théoriques qui la sous-tendent (From, 1984).

Le travail avec les rêves

Keller et al. (1995) ont fait une enquête auprès des psychologues cliniciens de la Floride. Ils ont découvert que la majorité des 228 psychothérapeutes qui ont répondu au sondage déclaraient utiliser les rêves, dans leur travail avec leurs clients. Ils disaient avoir recours à l'approche gestaltiste plus qu'à l'approche freudienne. Rien de surprenant à cela puisque d'éminents thérapeutes gestaltistes comme Polster et Polster (1973) donnent aux rêves une place centrale dans leur travail thérapeutique. Cependant, peu de recherches existent sur le sujet. Seulement deux études ont été faites (Grabner, 1998; Templeton, 1980; Gegenfurtner, sous presse).

Le travail avec les émotions

Le présent article porte tout spécialement sur le travail avec les émotions qui surgissent au cours du processus thérapeutique. Dans l'ensemble des thérapies, l'importance des émotions est de plus en plus reconnue. Dans la section des recherches portant sur le processus thérapeutique, nous verrons que le terme émotion est plutôt compliqué à définir de façon opérationnelle. La Gestalt-thérapie établit une distinction entre impulsions et émotions. Dans le cycle du contact, les impulsions apparaissent séquentiellement en premier. Elles deviennent «émotions» comme résultats de la fonction *Ça*, ce qui donne aux impulsions orientation et intentionnalité, lorsqu'elles ne sont pas supprimées ou projetées. Ainsi, les émotions possèdent une direction, un but qui engendreront le mouvement approprié dans une situation donnée.

Les émotions comportent donc deux composantes, soit l'impulsion et l'intention (Perls, et al., 1951). Greenberg a pu montrer l'importance des émotions tant dans les processus à court terme, pour la résolution de conflits, que dans les processus thérapeutiques

à long terme dans leur ensemble, incluant l'amélioration des principaux symptômes (Watson & Greenberg, 1996; Greenberg & Watson, 1998). Greenberg et Paivio (1997) proposent un nouveau cadre théorique en même temps qu'une classification des émotions, basée sur le rôle de ce qu'ils nomment « schèmes personnels ou émotionnels ». Leur notion de schèmes émotionnels est semblable à la conception des émotions de la Gestalt-thérapie et compatible avec les concepts du cycle de contact.

Pour la Gestalt-thérapie, il est important que le client accepte ses émotions, c.-à-d. qu'il ne les nie pas, ne les supprime pas et ne les projette pas. Le travail avec l'agressivité en est un exemple. La première contribution de Frederick Perls a porté sur le développement de la psychanalyse. Pour Perls, l'agressivité orale, qui sert à mâcher et à broyer ce qui doit être absorbé, est tout aussi importante que l'agressivité qui a une fonction de contrôle sur l'expulsion sphinctérienne (Perls, 1947). Le sens métaphorique de cette perspective est crucial quand on pense au jeune enfant qui doit « avaler tout rond » les ordres de ses aînés par peur d'être puni s'il exprime son agressivité. On parle ici d'introjection. Suite à l'inhibition de l'agressivité inculquée à l'enfant, le fait « d'avalier tout rond » empêche l'assimilation.

Brothers (1986) donne un exemple de recherche sur l'importance de l'agressivité au cours du développement. Tel que Perls et al. (1951) le conçoivent, beaucoup de nos actions impliquent une certaine dose d'agressivité. Dans ce sens, le postulat à la base de l'étude de Brothers (1986) stipule que l'agressivité constitue un aspect positif et sain de la fonction *Je*. La plupart des thérapeutes gestaltistes contemporains attribuent moins d'importance qu'autrefois à l'expression intense et cathartique de l'agressivité. Le but premier d'un exercice qui provoque une forte irruption de décharge agressive est que le client ait accès à la force de ses impulsions et qu'il prenne conscience de l'intensité de sa colère.

L'expression de sentiments de colère ou de dégoût laisse souvent place à des émotions de deuil lorsque celles-ci sont entremêlées avec les sentiments de colère. Dans ce cas, on dit que les émotions n'avaient pas complété leur gestalt. Greenberg et ses collègues ont démontré jusqu'à quel point l'expression de ces émotions « primitives » est associée à la reconnaissance et à l'expression de besoins demeurés insatisfaits; l'expression de ces émotions « primitives » facilite le pardon dans les cas de travail sur les traumatismes (Greenberg & Paivio, 1997; Goldman & Greenberg, 1997; Malcolm & Greenberg, 1998). Le travail avec des personnes atteintes d'une maladie terminale révèle souvent que derrière les émotions maintenues à l'arrière-fond comme la rage, la colère ou

le blâme, on découvre le besoin de pleurer sur son sort et d'entreprendre un processus de deuil. Dans de tels cas, l'expression des émotions est indispensable pour pouvoir faire face. C'est aussi le cas des patients affectés du VIH ou atteints du SIDA (Mulder et al., 1994).

Le traitement des sentiments non résolus aussi appelés « affaires inachevées » est important en psychothérapie puisque cela se traduit habituellement par des troubles d'ordre psychosomatique. Viola et McCarthy (1994) ont fait une recherche auprès de vétérans de la « Tempête du désert » et du Vietnam qui souffraient de désordres post-traumatiques et qui tentaient de surmonter les souvenirs traumatiques qui resurgissaient constamment. Au moyen d'une intervention gestaltiste, on organisa un rituel où l'expérience traumatisante était rejouée et mise au tombeau. Un des problèmes inhérents à ce type d'intervention est le risque de traumatiser à nouveau. Viola et McCarthy (1994) révélèrent que cette mise en situation dans le groupe a provoqué une réaction massive en chaîne (*a herd-like instinct*) parmi les vétérans; le récit de ces expériences traumatiques qui s'accumulaient les unes à la suite des autres fit que le groupe fut littéralement submergé. Le travail avec des victimes de traumatismes, qu'ils soient vétérans ou victimes de torture, requiert une tâche de longue haleine où une relation de confiance suffisante et de soutien approprié est préalablement établie entre le client et le thérapeute.

Utilisation d'interventions spécifiques à la Gestalt-thérapie

Diverses interventions ont pour but de soutenir le Self du client ou de la cliente. On peut concevoir que les interruptions de contact sont liées au fait que la personne n'est pas en contact avec une partie d'elle-même. Du point de vue de la Gestalt, on suppose que la personne n'est pas capable de compléter un cycle de contact avec les autres parce qu'elle ne peut pas, en quelque sorte, le supporter. Perls et al. (1951) définissent cela comme une incapacité à tolérer la frustration. Ceci s'applique à toutes les interruptions de contact: rétroflexion, projection, introjection, etc. Ce sont des substituts « créateurs » qui offrent une alternative au contact. À ce titre, elles ont pour but d'éviter la frustration. Wheeler (1991) va jusqu'à décrire ces interruptions comme étant des « fonctions de contact ». L'intention de Wheeler était de modifier l'attitude de base que les thérapeutes ont tendance à avoir face aux clients. De toute façon, comme nous l'avons vu plus haut, il s'agit de miser sur les ressources positives plutôt que de se concentrer sur les aspects pathologiques des clients.

La fonction *Ça* donne une direction aux impulsions en les transformant en émotions. Le travail thérapeutique qui porte sur cette sorte de contact intérieur est examiné au cours des études faites sur les processus microscopiques et sera suivi par des études qui passent des processus micro aux processus macro : jeux dramatiques avec la chaise vide ou avec les deux chaises que Greenberg utilise (voir la section : « Des processus microscopiques aux processus macroscopiques »). Lors d'études faites auprès de personnes souffrant de dépression (Watson & Greenberg, 1996 ; Greenberg & Watson, 1998 ; Goldman et al., 2000), on peut voir les différentes façons dont ces techniques sont efficaces. Elles amènent une forte tension émotionnelle, ce qui permet au client d'avoir accès à ses émotions. La technique de la chaise vide s'avère particulièrement efficace pour permettre de finir des situations émotives inachevées. La recherche sur le travail thérapeutique des dysfonctions du Self montre des résultats consistants quant à l'efficacité du jeu dramatique avec les deux chaises ; ce jeu permet l'intégration des parties de la personnalité jusque-là clivées. Les travaux de Mahrer et al. (1984, 1986, 1991, 1992), de Teschke (1996) et de Boulet et al. (1992, 1993) fournissent des exemples d'études sur le processus, décrivant les effets immédiats des techniques de « répétition » et d'« exagération ». Ces résultats montrent que des interventions dynamiques conduisent souvent à des effets surprenants et à des moments thérapeutiques de grandes découvertes. Comme nous le verrons dans les travaux de Greenberg, la montée de la tension émotionnelle au cours de dialogues constitue un préalable fondamental à tout changement spécifique, que ce soit pour la résolution de conflits ou pour la réduction des symptômes dépressifs.

D'autres études, rapportées dans la section des processus macroscopiques et dans les « Études cliniques » fournissent des exemples importants d'interventions thérapeutiques qui soutiennent les fonctions *Ça*, *Je* et *Personnalité*, c.-à-d. des études qui portent sur une population de patients psychiatriques devenus capables de bénéficier des ressources d'aide alternative, comme un soutien social en addition aux séances de thérapie (Cross et al. 1980, 1982) ; des patients atteints du VIH ou du SIDA qui, à la suite de la thérapie, transigent mieux avec leur maladie (Mulder et al., 1994) ; d'autres patients qui développent une meilleure gestion de leurs troubles dépressifs (Beutler, Engle, et al., 1991 ; Beutler et al., 1993). Plusieurs études antérieures et quelques autres en cours d'exécution sur l'anxiété, p. ex. par Butollo et al. (1997, 1999) ainsi qu'une étude de Pauls et Reicherts (1999), démontrent l'efficacité des interventions de type gestaltiste, parfois adaptées ou combinées à d'autres approches comme c'est souvent le cas dans la pratique clinique.

Thérapie de groupe versus thérapie individuelle

La Gestalt-thérapie fut individuelle à l'origine. Le style des premiers groupes peut être décrit comme de la thérapie individuelle dans un groupe, c.-à-d. que les thérapeutes travaillaient avec une personne dans le groupe (voir Lieberman et al. , 1973, pour une première enquête). Suivant une enquête faite par Frew (1988), l'expérience de presque tous les thérapeutes venait de leur expérience de formation. De plus, la majorité d'entre eux utilisaient le travail de groupe de temps à autre. Le groupe constitue donc une importante forme de thérapie gestaltiste, que ce soit dans les formations ou dans la pratique. Le fait que la Gestalt-thérapie se faisait dans des groupes (Frew, 1988) se reflète dans le petit nombre de projets de recherche faite sur la thérapie individuelle. Cependant, il y a un nombre grandissant de recherches sur la thérapie individuelle: plus de la moitié des recherches rapportées dans le présent article portent sur la thérapie individuelle.

RECHERCHES SUR LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Il existe une importante documentation de recherches qui jettent une lumière éclairante sur le processus thérapeutique en Gestalt-thérapie. Au centre de ces recherches se trouve le dialogue, avec son potentiel de contact humain pour la création de moments significatifs entre le thérapeute et le client. C'est là que s'ouvre une toute nouvelle voie: on pense que les points culminants ou moments décisifs dans la situation thérapeutique sont déterminants pour l'évolution du client. De quelle façon cette tension se construit-elle à l'intérieur du dialogue thérapeutique? Quelles sont les conditions, les circonstances qui font émerger ces points culminants, ces moments clés où le travail thérapeutique culmine vers une intensité émotionnelle, où les prises de conscience sont majeures? Ce sont ces instants où le client est profondément ému et imprégné de nouvelles découvertes dont il se souviendra des années durant. De nombreuses recherches au niveau microscopique du processus thérapeutique font la lumière sur ces questions.

Le processus microscopique

Le caractère holistique de la relation thérapeute/client veut que les sentiments et motivations du thérapeute fassent partie de la relation thérapeutique. Cette posture est en totale contradiction avec le rôle très circonscrit du psychanalyste. Tout comme les Perls avaient été attirés par la philosophie dialogique de Martin Buber (1958, 1965), certains chercheurs ont été attirés par le potentiel guérissant du dialogue en thérapie, ce qui a donné lieu à de multiples études sur les traitements thérapeutiques. Il en ressort que dans la majorité

des recherches sur le processus thérapeutique gestaltiste, le dialogue thérapeutique est au centre des investigations.

Trois groupes de recherche ainsi qu'un certain nombre d'études individuelles font partie de ce domaine. De plus, on a publié au-delà de 30 recherches sur la Gestalt-thérapie et les thérapies affiliées. Un grand nombre de ces recherches sont l'œuvre de Leslie Greenberg qui, depuis la fin des années 1970, a dirigé une série de projets sur les méthodes thérapeutiques où des éléments de la Gestalt sont intégrés (p. ex. Greenberg, 1980; Clarke & Greenberg, 1986). À plusieurs reprises, Greenberg a comparé la profondeur et l'intensité de l'expérience thérapeutique que le dialogue gestaltiste utilise avec d'autres méthodes de traitement. Un fait important demeure: les recherches indiquent que l'expérience émotionnelle vécue durant une session fournit aux clients le soutien nécessaire pour pouvoir maîtriser leurs conflits en dehors de leurs sessions de thérapie. Le programme de Greenberg sera présenté dans une section distincte, car il a établi des ponts entre la recherche microscopique et le processus macroscopique.

Un deuxième groupe, dirigé par Mahrer, a fait des recherches sur les stratégies thérapeutiques et les interventions d'éminents thérapeutes d'orientation gestaltiste ou autres; il a examiné le «matériel» filmé de sessions de thérapie et comparé différentes stratégies de traitement. On a pu y observer d'importants moments de dialogue thérapeutique. Dans une étape ultérieure, les interventions précédant ces moments furent également identifiées (p. ex. Mahrer et al., 1984, 1986, 1991, 1992). L'étude de ces séquences révèle des interventions-surprises où le thérapeute met le client au défi, le confronte, par exemple en se centrant sur son langage corporel (Mahrer et al., 1992). Boulet a adopté une stratégie de recherche similaire, le but théorique étant l'identification des moments importants d'une session de thérapie (Boulet et al., 1992, 1993). Comme Mahrer, il a développé un système de catégorisation des énoncés des thérapeutes et des clients et leur a donné un score. Un regroupement de ces énoncés ainsi cotés a permis d'en établir les moments significatifs.

Teschke (1996) a mené cette stratégie de recherche un pas plus loin. Au moyen d'enregistrements vidéo, il a entrepris une analyse exhaustive⁴ de moments importants, perçus comme des moments décisifs ou culminants au cours d'un processus thérapeutique. Qualifiant ces moments de «moments existentiels», il a demandé à trois groupes différents de les identifier: un groupe de thérapeutes,

⁴ Angus et Rennie (1989) ont employé une stratégie de recherche similaire dans leur étude sur les expressions métaphoriques de clients en psychothérapie.

un groupe de clients et un groupe d'observateurs indépendants. En comparant les réponses des trois groupes, il a établi comme « moments existentiels » ceux pour lesquels il y avait consensus. Une analyse de contenu méticuleuse et systématique a permis aux chercheurs de les replacer dans leur contexte sémantique. Par une combinaison de diverses stratégies de recherche, Teschke en est arrivé à une description phénoménologique de ce matériel, incluant la genèse des moments existentiels qui y étaient contenus.

Sous certains aspects, la description phénoménologique de Teschke et les modèles gestaltistes dialogiques de Greenberg se ressemblent. Les deux auteurs décrivent un processus au cours duquel la tension émotionnelle monte. Teschke reconnaît qu'une dimension hors contrôle dans l'augmentation de la tension constitue une partie essentielle du processus. Le thérapeute lui-même est pris par cette tension émotionnelle et devient partie prenante dans la gestalt qui émerge. Mahrer et al. (1991) réfèrent à l'élément-surprise qui, dans les interventions du thérapeute, précède les moments importants. Teschke (1996) a décrit ces événements de la même façon ; cependant, il a tenu à souligner que la spontanéité est mutuelle. Le thérapeute n'est pas l'unique instigateur et il peut lui-même être surpris par son client. Ce qui ressort de toutes ces recherches demeure l'attention qu'elles portent à l'augmentation de la tension émotionnelle au cours du processus thérapeutique.

D'autres auteurs ont étudié l'importance des expériences émotionnelles en thérapie. Comme pour les recherches déjà citées, ils reconnaissent la difficulté de « saisir » les émotions qui émergent au cours du processus thérapeutique, c.-à-d. posséder un cadre théorique au sein duquel les émotions peuvent être appréhendées de façon opérationnelle. La clarté des résultats est souvent obscurcie par cette difficulté d'opérationnalisation. Pour cette raison, certains auteurs avancent que lorsqu'on essaie de comparer différents types de traitements thérapeutiques, ceux-ci ne diffèrent qu'en fonction de ce que les praticiens prétendent à propos de leurs techniques, mais que, somme toute, il n'y a pas de véritable différence entre les divers traitements (p. ex. Brunink & Schroeder, 1979, Mecheril & Kemmler, 1992, Kemmler et al., 1991). Le manque de cadre théorique approprié peut aussi donner lieu à des résultats difficiles à interpréter (Viney, 1994). Il est donc d'autant plus important de vérifier sérieusement comment l'étape de l'opérationnalisation a été effectuée. Des catégorisations inadéquates peuvent facilement brouiller les différences sous investigation.

Des processus microscopiques aux processus macroscopiques

Les recherches de Greenberg et de ses collaborateurs sur les différents types de processus dialogiques s'étendent sur une période de 25 ans. Au cours de cette période, leurs études sont devenues de plus en plus sophistiquées et ils en sont arrivés à établir un lien entre le processus et les stratégies d'évaluation.

L'essentiel de ce travail a pour objet le développement d'un modèle idéal typique de dialogue intrapersonnel. Ce modèle porte sur une analyse des processus dialogiques que comporte une session. Avec les années, il a été modifié à quelques reprises afin d'y incorporer des éléments additionnels du dialogue thérapeutique. L'auteur commença par un modèle en quatre stades, qu'il réduisit à trois stades d'augmentation de la tension émotionnelle: la phase d'opposition, la phase mixte et la phase d'intégration. Les modèles subséquents incluent une définition de la qualité des sentiments et des besoins ainsi que l'émergence des expériences et souvenirs passés. De façon à en arriver à un tel modèle, et afin d'en démontrer la validité empirique, il a invariablement employé la méthode suivante.

Tout d'abord, la séance de thérapie est enregistrée. Des observateurs indépendants divisent ensuite le « matériel » en petits segments et le classent au hasard dans des catégories différentes, suivant la qualité de la voix, le contenu émotif, l'intensité, etc. (Rice et al., 1979; Greenberg & Safran, 1987). Les segments cotés sont ensuite replacés ensemble, de façon à ce que l'activation des émotions qui surgissent au cours d'un dialogue intrapersonnel puisse apparaître. De même qu'il utilise plusieurs sortes de catégories, Greenberg varie également la sorte de dialogues qu'il étudie. Ainsi, il utilise l'intervention des deux chaises, mais aussi celle de la chaise vide, où le client peut exprimer ses propres projections (Paivio & Greenberg, 1995; Watson & Greenberg, 1996).

Dans d'autres études, Greenberg a comparé le dialogue de la Gestalt avec le *focusing*, le reflet empathique et l'approche cognitive de résolution de problèmes. Les résultats de ces recherches montrent invariablement que l'approche dialogique de la Gestalt-thérapie produit de plus grandes profondeurs et intensités émotionnelles ainsi qu'un niveau expérientiel plus profond. Tirés de différents types de dialogues, ces résultats sont également consistants entre eux.

Recherches sur les dialogues intrapersonnels avec les deux chaises

Quoique les études de Greenberg et Clarke (1979), Greenberg et Higgins (1980), Greenberg et Dompierre (1981) et Greenberg et

Rice (1981) montrent que l'intervention des deux chaises donne lieu à des expériences d'une plus grande profondeur que les interventions de *focusing*, de reflet empathique ou d'approche cognitive de résolution de problèmes, tous les traitements sont également efficaces lorsque les buts thérapeutiques visent la résolution de conflits. Ce ne sont pas tous les dialogues intrapersonnels qui donnent lieu à la résolution de conflits; cependant, on doit noter que celle-ci n'est pas toujours signe de changements «réels». Il peut aussi y avoir des changements dans le niveau de conscience ou dans la diminution de la détresse. Pour cette raison, la stratégie de recherche et les modèles adoptés par Greenberg et Webster (1982) incluent une évaluation de la thérapie. Cette évaluation fut faite au moyen de groupes formés rétrospectivement en fonction de la performance des clients à résoudre leurs conflits. Le processus propre aux clients du groupe «conflit résolu» a pu alors être comparé à celui du groupe «conflit non résolu» (Greenberg, 1983, 1992, Greenberg & Foerster, 1996). Un conflit résolu est défini suivant un certain nombre de critères, p. ex.: le client a atteint ses objectifs, il a été capable d'en arriver à une décision et, finalement, la solution de ses problèmes a favorisé une diminution de la détresse et des symptômes. Les résultats de ce groupe de recherche sont consistants les uns avec les autres, en ce sens que dans les dialogues intrapersonnels où une résolution des conflits est achevée, les clients s'étaient impliqués davantage et avaient vécu une plus grande augmentation de tension émotionnelle de même qu'une expérience plus profonde.

Greenberg et Webster (1982) ont aussi inversé cette procédure de recherche. Les dialogues où la tension émotionnelle est haute et où il y a résolution (quand la voix critique s'adoucit) sont regroupés et catalogués comme étant du groupe «conflit résolu». Il devient alors possible de prédire l'efficacité du traitement: si la tension émotionnelle a atteint une certaine intensité, évidente dans l'expérience vécue du client, on peut prédire qu'il y aura modification du comportement et résolution du conflit.

Greenberg a développé une stratégie de recherche qu'il appelle «analyse de tâche» (Greenberg 1984). Il s'agit d'une procédure cyclique où ses catégories théoriques et les données empiriques sont constamment confrontées les unes aux autres (Greenberg & Foerster, 1996; Singh & Greenberg, 1992). Cette procédure cyclique a bénéficié de tous les raffinements possibles avec le temps. Greenberg (1992) a développé un modèle où les différentes phases de résolution de conflits sont identifiées sous l'angle des concepts gestaltistes que sont le *top-dog* et l'*under-dog*. Le *top-dog* se réfère aux introjections, sous forme de projections, d'une

partie de la personnalité du client. Cette partie est typiquement rigide, mesquine, critique, inflexible, résolue et centrée sur la performance. L'*under-dog*, quant à lui, se sent démuni, est soumis et perd de vue ses désirs au profit de ceux des autres.

Le *top-dog*, avec son implacable esprit critique, provoque la première phase du dialogue. Dans la seconde phase, l'*under-dog* peut se sentir triste et outragé, ce qui amène le *top-dog* à être plus explicite dans ses critiques. L'*under-dog* dresse alors la liste de tous les souvenirs où il s'est senti incompris, où il a été blessé et où, dans son enfance, ses besoins ont été négligés. Le *top-dog* se rigidifie, il insiste sur ses valeurs et fait comprendre très clairement que les besoins de l'autre n'ont aucune importance. Il en découle habituellement une séquence douloureuse où le dialogue est plus doux et s'achemine vers la résolution. Une séquence idéale, comme celle-ci, est typique. On y voit une intégration des éléments conflictuels qui auront une portée dans la vie réelle du client, en dehors de la séance de thérapie.

Au plan empirique, Greenberg et Foerster (1996) ont pu montrer, par une remarquable élaboration de leur modèle, que dans la résolution du conflit une expression intense de besoins émerge et que, vers la fin des sessions, la perception de « l'autre » est modifiée. Sous l'angle gestaltiste, on parle d'un processus où les parties divisées de la personnalité s'intègrent ou, au moins, se rapprochent.

Recherches sur les dialogues avec la chaise vide

Le dialogue avec la chaise vide est une technique gestaltiste au cours de laquelle le client est invité à parler directement avec un absent (plutôt que de parler au sujet de cet absent) représenté par une chaise vide. King (1988) a comparé les effets du dialogue avec la chaise vide, et l'intervention du reflet empathique pour des situations inachevées; il a montré que, une semaine après la séance, l'intervention de la chaise vide avait donné lieu à une plus grande tolérance et confiance en soi vis-à-vis de la personne importante.

Paivio et Greenberg (1995) ont réalisé une étude auprès de sujets ayant des sentiments non résolus envers une personne significative. Trente-quatre clients furent placés au hasard, dans deux groupes dont l'un utilisait la technique de la chaise vide et l'autre bénéficiait d'une attention de type placebo. Les effets des deux traitements furent évalués avant et après la période de traitement pour chacun des deux groupes, ainsi qu'après quatre mois et un an. Les résultats démontrèrent que la plupart des clients du groupe de la chaise vide avaient bénéficié de bienfaits cliniques significativement supérieurs; ils montraient une amélioration perceptiblement supérieure que le groupe contrôle dans toutes les

mesures d'évaluation. Les évaluations ultérieures montraient que les bienfaits du traitement expérientiel étaient maintenus.

Des contrôles sur la technique de la chaise vide furent présentés dans trois autres études (Malcom & Greenberg, 1998; Pederson & Greenberg, 1996; Greenberg & Foerster, 1996). Les résultats ont révélé que les clients qui avaient mieux réussi une résolution de conflits durant leurs séances avaient de meilleures séances par la suite. De plus, leur traitement produisait une meilleure évaluation générale que celui des clients où la technique de la chaise vide n'avait pas produit de résolution de conflits.

Liens entre processus microscopiques et macroscopiques

Greenberg, dans ses plus récents travaux, a continué de construire, basées sur ses recherches antérieures, des évaluations cliniques du processus thérapeutique (dans Watson & Greenberg, 1996; Greenberg & Watson, 1998; Goldman et al., 2000). Une étude souligne que 36 clients dont le diagnostic était la dépression, suivant le *DSM III*, ont suivi une thérapie à court terme, de seize à vingt entrevues. On a comparé deux méthodes thérapeutiques: la thérapie centrée sur le client et une thérapie expérientielle (Greenberg et al., 1993). La thérapie expérientielle a pour base l'approche centrée sur le client et elle inclut des éléments de la Gestalt-thérapie, c.-à-d. que suivant les circonstances, le thérapeute peut utiliser la technique des deux chaises, celle de la chaise vide ou encore l'évocation systématique de réactions problématiques comme stratégies additionnelles.

Les marqueurs cognitifs affectifs

L'utilisation de ces interventions dans la thérapie expérientielle se faisait par des points de démarcation et en fonction du contexte. Ainsi, on optait pour le dialogue à deux chaises quand les clivages de la personnalité étaient visibles et la technique de la chaise vide l'était quand des situations inachevées avec une personne significative apparaissaient (Greenberg, 1992; Greenberg et al., 1993; Paivio & Greenberg, 1995). Dans une étude, détaillée par Watson et Greenberg (1996; voir aussi Greenberg & Watson, 1998), les sessions furent enregistrées de façon à évaluer la profondeur de l'expérience atteinte, l'intensité émotionnelle, dans quelle mesure la solution des problèmes avait eu lieu, ainsi que d'autres développements à l'intérieur de la séance. Les effets après, et la comparaison entre l'avant et l'après ont permis de constater une diminution des symptômes aussi bien que des changements pour d'autres composantes comme l'estime de soi et les problèmes interpersonnels.

En regardant les phénomènes présents à l'intérieur des sessions, les auteurs ont été en mesure de documenter et d'analyser systématiquement le chemin parcouru entre l'impact d'une session et l'efficacité thérapeutique, et ce pour les trois types d'interventions utilisées. Après six mois, l'évaluation ne montrait aucune différence entre les deux approches thérapeutiques. Cependant, l'approche expérientielle favorisait une plus grande diminution des symptômes au milieu du traitement ainsi qu'à la fin, dans le sens d'une amélioration plus rapide. Comme pour les recherches antérieures, les résultats pourraient être attribués aux données démontrant une plus grande profondeur d'expérience, une plus grande intensité émotionnelle et expressivité émotive dans la thérapie expérientielle. De façon plus précise, ces observations peuvent être faites là où l'on utilise les stratégies mentionnées au cours du processus de la thérapie expérientielle.

Ainsi, il était clair que les deux techniques actives (dialogues des deux chaises et de la chaise vide utilisés quand il y avait clivage ou situations inachevées) étaient efficaces et permettaient d'observer une plus grande intensité émotionnelle et plus de profondeur expérientielle (Greenberg, 1975; Greenberg & Rice, 1981). La troisième intervention — l'exploration des réactions des clients — n'a permis de discerner aucune différence dans l'évolution de la thérapie. Le nombre d'applications n'était probablement pas assez important.

Les voix critiques

Les travaux de Greenberg occupent une place spéciale dans cette section, parce qu'il est celui qui, plus que tout autre chercheur, a accordé autant d'attention à la Gestalt-thérapie. Tant d'années de recherche sur certains aspects de la Gestalt-thérapie ont fait de lui une autorité dans le domaine de la recherche sur la psychothérapie en général et sur ce qui continue de se faire comme recherche en Gestalt-thérapie. Ainsi, les travaux de Pauls et Reicherts (1999), qui combinent la recherche sur le processus et sur les éléments évaluatifs, respectent la tradition qu'il a établie. Teschke (1996), quant à lui, continue ses descriptions phénoménologiques des moments existentiels en thérapie.

Nous avons vu que les moments existentiels contiennent toujours des éléments de spontanéité de la part du client et du thérapeute. Les auteurs considèrent que ces moments sont de la plus grande importance pour les clients. Toutefois, il n'est pas nécessaire d'en « faire la cause » de l'efficacité de la thérapie. Cette mise à distance, en ce qui a trait aux données d'évaluation, est en accord avec une opinion largement répandue parmi les thérapeutes

gestaltistes, à savoir qu'il est inacceptable d'évaluer l'amélioration de l'état du client uniquement à partir de la diminution de ses symptômes.

Ainsi, ce ne sont pas les autres chercheurs qui critiquent le plus sévèrement Greenberg, mais bien les thérapeutes gestaltistes. Leur objection stipule que ces recherches portent sur des segments de procédures qui font partie de la thérapie, mais qui ne lui rendent pas justice. Pour les thérapeutes gestaltistes, la pratique est beaucoup plus large. Il est vrai que les thérapeutes gestaltistes utilisent un vaste répertoire de techniques et d'interventions que chaque thérapeute emploie au meilleur de son jugement suivant les besoins individuels et spécifiques des clients.

Par ailleurs, les interventions de dialogues que Greenberg a étudiés occupent une place centrale dans l'ensemble du répertoire gestaltiste. Le contenu de recherches que Greenberg a analysé est essentiellement gestaltiste: attention portée à la signification des émotions émergentes, travail de clarification des conflits au moyen de différenciation des polarités, c.-à-d. en exagérant les oppositions plutôt qu'en les amenuisant. L'intégration entre l'étude des processus thérapeutiques et leur évaluation, de façon à en permettre l'analyse, s'avère de la plus grande importance pour les futures recherches. La compréhension de l'approche gestaltiste permet de jeter un éclairage sur la dynamique humaine interactive thérapeute/client.

Certains chercheurs ont choisi les méthodes qui combinent processus et intervention (p. ex. Pauls & Reicherts, 1999; Teschke, 1996). Cette approche est en lien avec la méthode scientifique et expérimentale en psychologie sociale, méthode de recherche sur le terrain qu'a employée Kurt Lewin (1951), en même temps qu'elle respecte le caractère holistique de la Gestalt-thérapie. Ce qui sera toujours propre à la Gestalt, c'est la spontanéité et l'enthousiasme pour la meilleure interaction possible et la qualité de dialogue entre un thérapeute et son client. C'est pourquoi les thérapeutes gestaltistes résisteront toujours à la standardisation du processus thérapeutique. Par ailleurs, les recherches qui incluent des mesures combinées risquent d'être prometteuses pour l'avenir de la recherche en Gestalt-thérapie.

Processus macroscopiques

Étudions d'abord les recherches qui s'intéressent au processus macroscopique, c.-à-d. les processus pouvant advenir au sein de plusieurs séances de thérapie ou tout au long de celles-ci. À cet égard, les travaux de Cross et al. (1980, 1982) et Sheehan et Cross (1981) constituent des études parmi les plus intéressantes. Ils ont mené, à

ce sujet, une recherche portant sur les traitements individuels de patients en consultation externe. Un groupe était en Gestalt-thérapie et en analyse transactionnelle, un deuxième groupe en thérapie cognitivo-comportementale. Un des aspects importants de l'étude consistait à observer l'étendue du soutien que les patients des deux groupes recevaient à l'extérieur de la thérapie, soit auprès d'autres professionnels ou de non professionnels (tels leur famille, des amis, prêtres, etc.). L'étude a démontré que les clients en Gestalt-thérapie et en analyse transactionnelle avaient moins tendance à rechercher une aide additionnelle que ceux de la thérapie cognitivo-comportementale.

Au premier abord, ces résultats s'opposent aux attentes des thérapeutes d'orientation gestaltiste et d'analyse transactionnelle pour lesquels le soutien social fait partie de l'orientation théorique. Cependant, d'autres recherches démontrent qu'au cours des trois mois qui ont suivi la thérapie, les clients du groupe cognitivo-comportemental ont perdu contact avec un plus grand nombre de personnes vers lesquelles ils s'étaient tournés pour recevoir de l'aide, contrairement aux clients bénéficiant d'approches humanistes. Les clients du groupe de la Gestalt-thérapie et de l'analyse transactionnelle semblent maintenir des contacts plus stables avec leur réseau de relations. Un plus grand soutien social ne signifie pas un plus grand nombre de contacts. On ne considère pas seulement la quantité de soutien reçu, mais également l'habileté à entretenir un réseau relationnel. Une revue des études en laboratoire démontre que la Gestalt-thérapie renforce la capacité de maintenir des contacts (Strümpfel, sous presse).

L'équipe de Beutler a analysé la situation de clients présentant un diagnostic de dépression majeure (Beutler, Engle, et al., 1991; Beutler et al., 1993; Beutler, Mohr, et al., 1991). Ils ont comparé la thérapie cognitivo-comportementale et deux autres traitements, soit la thérapie expérientielle centrée sur les émotions (*FEP: focus experiential therapy*)⁵ et la thérapie de soutien autogérée (*S/SD: supportive, self-directed therapy*). *FEP* est un programme qui utilise des éléments de la Gestalt-thérapie. Le *S/SD* est un programme d'apprentissage autonome. Mentionnons que *FEP* ne peut être considéré comme étant de la Gestalt-thérapie, puisque les Gestalts-thérapeutes refusent toute normalisation de la Gestalt-thérapie. Néanmoins, les recherches de Beutler sont remarquables.

⁵ Note des traductrices: *Focus experiential therapy* est une approche élaborée par Leslie Greenberg. Aucune traduction française n'est encore disponible. Nous avons donc choisi temporairement l'expression *thérapie expérientielle centrée sur les émotions*, expression qui semble tenir compte de l'idée du contexte thérapeutique dans lequel elle s'applique. Strümpfel note que cette approche est une forme *manuelisée* de la Gestalt-thérapie. C'est pourquoi elle est rapportée ici en tant qu'approche gestaltiste comparée à d'autres approches thérapeutiques.

Beutler s'est intéressé aux effets de thérapies diverses sur les traits de personnalité et sur les stratégies d'adaptation. Il a classé les stratégies d'adaptation en fonction de l'intériorisation (autopunition, inquiétude, clivage) et de l'extériorisation (passage à l'acte, projection, évitement). Il s'est également intéressé au potentiel de résistance, qu'il définit comme l'intensité du comportement d'opposition face aux directives provenant de l'autorité. Il a observé que la thérapie autogérée offre un meilleur soutien que la thérapie cognitivo-comportementale, pour les patients dépressifs qui extériorisent, et que cette dernière est plus efficace auprès des clients qui intériorisent.

La thérapie avec *FEP* (incluant des éléments de la Gestalt-thérapie) donne des résultats se situant dans la moyenne pour les deux groupes de patients, avec intériorisation et extériorisation, ce qui permet de croire que la souplesse de cette approche en fait un outil de traitement pertinent pour les deux types de mécanismes d'adaptation. En ce qui concerne la résistance, les clients présentant une résistance élevée bénéficient mieux des groupes *S/SD*. Ces groupes ne sont pas utiles pour les clients dépressifs, présentant un faible niveau de résistance. Chez ces derniers, la Gestalt-thérapie est l'approche la plus efficace, suivie de l'approche cognitivo-comportementale.

La thérapie cognitivo-comportementale s'avère plus efficace que *FEP* avec les clients présentant un haut niveau de résistance. L'augmentation de l'efficacité de *FEP* et de la thérapie cognitivo-comportementale avec les clients présentant une faible résistance pourrait s'expliquer par l'aspect plus directif de ces approches, comparé à *S/SD*, moins directive. Nous pourrions conclure que les clients présentant un haut niveau de résistance profitent moins des approches directives de type *FEP* ou cognitivo-comportemental qu'ils profitent des thérapies de soutien ou autogérées.⁶

La diversité des découvertes rapportées ci-dessus illustre la nécessité de poursuivre les recherches dans des sphères importantes. Les éléments-clés de la Gestalt-thérapie qu'il faut étudier sont l'utilisation du dialogue et le travail sur les émotions.

ÉTUDES CLINIQUES

D'après les méta-analyses sur les études empiriques (Smith et al., 1980; Shapiro & Shapiro, 1982, 1983; Grawe et al., 1994), l'approche cognitivo-comportementale semble plus efficace que la psychanalyse, la Gestalt-thérapie et la thérapie centrée sur le client; toutes

⁶ Il est à noter que la compréhension de la notion de résistance est très différente en Gestalt-thérapie et en psychanalyse (voir Wheeler, 1991).

ces approches occupent la deuxième place. Cependant, le tableau diffère si l'on considère les résultats des études cliniques. Toutes les études ayant comparé directement la Gestalt-thérapie et la thérapie cognitivo-comportementale démontrent qu'il n'y a pas de différence entre ces deux approches (Strümpfel, sous presse). Mentionnons plus particulièrement trois groupes d'études cliniques : patients non psychotiques en milieu psychiatrique (Cross et al., 1980; 1982); patients présentant un trouble de dépression majeure (Beutler, Engle, et al., 1991, Beutler et al., 1993) et patients affectés par le SIDA et le VIH associés dans une grande proportion à des troubles réactionnels tels l'anxiété et la dépression (Mulder et al., 1994).

Notre analyse s'est attardée à l'évaluation de 31 études cliniques de la Gestalt-thérapie avec patients réels. Ces études ont été menées en milieu hospitalier et en cliniques privées. Je n'ai retenu que les études qui mentionnaient le mot *Gestalt-thérapie* dans leur description, ce qui a exclu certaines études que d'autres auteurs de méta-analyses avaient classifiées comme relevant de la thérapie gestaltiste, notamment celle de Beutler et al. (1984).

On peut résumer les études comme suit :

- 18 études portent sur la Gestalt-thérapie seulement;
- 13 études portent sur la Gestalt-thérapie combinée à d'autres thérapies, dont 2 sur la thérapie expérientielle (*P/E*), 2 sur un programme d'entraînement à la thérapie expérientielle centrée sur les émotions (*FEP*, Gestalt-thérapie *manuelisée*);
- 13 études avec groupe contrôle;
- 8 études comparatives de thérapies;
- 4 études de suivi;
- 2 études sont encore en cours.

Les principaux diagnostics sont :

- Schizophrénie: 2 études;
- Patients suivis en psychiatrie (consultation externe ou hospitalisation) pour des troubles de personnalité: 4 études;
- Troubles de l'humeur: 7 études;
- Dépendances aux psychotropes: 4 études;
- Troubles somatoformes: 4 études;
- Groupes particuliers et suivi psychosocial: 5 études.

Les meilleures études, présentant le plus grand impact, portent sur les troubles de l'humeur. On y retrouve la thérapie expérientielle centrée sur les émotions, pour le trouble de dépression majeure selon le *DSM III* (Beutler, Engle et al., 1991; Beutler et al., 1993). On y trouve également la thérapie expérientielle centrée sur les émotions (Watson et Greenberg, 1996; Greenberg et Watson, 1998; Goldman et al., 2000; Mestel et Voitsmeier-Röhr, 2000) et la Gestalt-thérapie classique comparée à la thérapie cognitivo-comportementale portant sur les symptômes dépressifs (Mulder et al., 1994). Mulder et ses collègues se sont intéressés à deux groupes de patients atteints du SIDA et qui présentaient des symptômes anxieux et dépressifs. Il existe d'autres études, mais soit elles n'ont pas de groupe contrôle, soit elles ne sont pas encore terminées.

On recense également des recherches très pertinentes auprès de patients en milieu psychiatrique. Deux courtes études avec groupe contrôle portent sur les patients schizophrènes. La recherche de Serok et Zemet (1983) rapporte des résultats modérés, alors que celle de Serok et al. (1984) présente de bons résultats. Cross et al., (1980, 1982) ont aussi étudié une thérapie réunissant l'analyse transactionnelle et la Gestalt-thérapie.

Deux autres études de suivi à long terme ont été réalisées auprès de patients non psychotiques, avec groupe contrôle (Wolf, 1999, 2000a, 2000b) et sans groupe contrôle (Schigl, 1998, 2000), et ce, longtemps après qu'ils aient obtenu leur congé de l'hôpital. De plus, nous présentons des études réalisées auprès de patients présentant des diagnostics mixtes, dont des troubles de personnalité (le diagnostic principal est utilisé aux fins de classification). Par ailleurs, en ce qui a trait aux recherches sur les dépendances à une substance, la contrainte est la suivante: elles sont souvent menées en milieu hospitalier auprès de patients bénéficiant d'une psychothérapie qui réunit Gestalt-thérapie et soutien social.

On trouve également des études qualitatives, avec groupe contrôle, portant sur la Gestalt-thérapie utilisée de façon exclusive auprès de patients souffrant de troubles somatoformes. La plupart de ces études portaient sur le traitement de la douleur. Elles étaient menées dans des hôpitaux où la Gestalt-thérapie était utilisée pour traiter ces troubles. Enfin, quelques recherches portent sur une certaine clientèle, tels les enfants, les couples mariés et autres. Les sections suivantes rendront compte des aspects détaillés de ces recherches.

Les patients en psychiatrie

Nous avons déjà parlé des résultats des recherches sur le processus thérapeutique de patients en consultation externe (Cross et al.,

1980, 1982). Aucune des évaluations, que ce soit celles qui portent sur l'approche cognitive ou sur la combinaison Gestalt-thérapie et analyse transactionnelle, ne montrait de différences dans les variables (symptômes visés, fonctions sociale et personnelle, évaluation psychiatrique). Même si la Gestalt ne considère pas la diminution des symptômes comme étant un objectif thérapeutique prioritaire, on a pu malgré tout y observer, et ce, à la fin de l'étude, une plus grande diminution des symptômes et une meilleure évaluation globale que pour les résultats de l'approche cognitivo-comportementale. Après quatre et douze mois, le suivi ne montrait aucune différence significative entre les deux approches (Cross et al., 1982).⁷

La thérapie cognitivo-comportementale a toujours été considérée comme un traitement de choix pour les patients psychiatriques très perturbés. Cependant, les résultats mentionnés précédemment nous apprennent que la Gestalt-thérapie offre une alternative tout aussi valable. Esser et al. (1984) ont mené une investigation auprès de 30 patients psychonévrotiques, dont le profil était analogue à celui de patients hospitalisés en psychiatrie: un traitement utilisait une approche combinée de thérapie centrée sur le client et d'interventions d'évocations de type gestaltiste, alors qu'un autre n'utilisait que la thérapie centrée sur le client. Vingt thérapeutes servaient de groupe contrôle: ils voyaient les clients des deux groupes pendant des sessions de vingt minutes en utilisant soit la méthode combinée avec un groupe, soit l'approche unitaire avec l'autre. Les chercheurs souhaitaient observer plus particulièrement les effets de la thérapie où il y avait « évocations de type gestaltiste » sur la profondeur de l'expérience. Les résultats ont montré une différence significative dans la profondeur d'expérience chez les clients qui avaient bénéficié de l'approche combinée. Cependant, aucune corrélation, entre la profondeur de l'expérience et le succès de la thérapie, n'a pu être établie. Les chercheurs furent d'autant plus surpris de ces résultats, que leur but initial était de reproduire une étude antérieure dans laquelle les résultats avaient déjà établi une corrélation entre la profondeur de l'expérience et l'efficacité de la thérapie.

Un groupe de clients similaire, c.-à-d. formé de différents patients psychiatriques et de patients qui avaient de sérieux problèmes de personnalité, ont été traités dans deux groupes marathons par Greenberg et al. (1978) et comparés ensuite entre

⁷ Les comparaisons doivent tenir compte du fait que le groupe des patients traités avec l'approche cognitivo-comportementale a connu plusieurs abandons, ce qui amène une minimisation des variations dans les résultats de cette approche. Les données brutes montrent que les résultats des deux types de thérapies sont identiques.

eux, de même qu'avec un groupe de clients qui n'avaient pas suivi de traitement. Les principaux changements observés portaient sur les dysfonctions de la personnalité, l'image de soi et les relations interpersonnelles. Les clients ont trouvé leur groupe marathon très «aidant». On a pu observer des changements tout aussi positifs dans presque toutes les sphères de la personnalité, en particulier si on les comparait avec les clients du groupe contrôle. L'image de soi était améliorée. Après une semaine, les évaluations montraient encore des changements positifs. Les conclusions de Greenberg et al. (1978) et de Cross et al. (1980, 1982) sont complémentaires. Elles fournissent des données qui corroborent l'efficacité de la Gestalt-thérapie avec des patients de consultation externe en psychiatrie; les premiers, dans des groupes marathons, les seconds, au moyen de la thérapie individuelle.

Des études, incluant un suivi, 12 mois après la sortie de l'hôpital, ont fait la preuve de l'efficacité de la Gestalt-thérapie auprès de patients de divers diagnostics, hospitalisés en psychiatrie (Hartman-Kottek, 1979), dont un groupe de patients qui avaient un diagnostic de schizophrénie (Serok & Zemet, 1983; Serok et al. 1984). Les résultats de Serok et al. offrent un intérêt particulier. Ils portent sur des groupes de thérapie intensive auprès de patients schizophrènes. Les changements apparaissent dans les domaines suivants: 1) perception de soi et des autres, 2) fonctions du Self et de la personnalité, 3) évaluation faite par le personnel infirmier (agressivité, communication et contact). Les comparaisons faites avec des patients d'un groupe contrôle qui ne furent pas traités ont démontré des changements statistiquement significatifs pour la plupart des mesures, à l'exception de l'une des dix-huit échelles utilisées. Les patients ont montré de nettes améliorations dans leur perception d'eux-mêmes et des autres, les troubles de la personnalité ont été réduits, particulièrement dans le sentiment d'un mieux-être. Le personnel infirmier a été en mesure de signaler des comportements où les attaques verbales et physiques avaient diminué, et où la communication et le contact avec les autres s'étaient améliorés.

Dépendances aux psychotropes

Souvent, diverses variables nuisent aux études faites auprès des patients hospitalisés, telles les interventions sociales, le soutien relié à l'emploi, la médication. On les retrouve particulièrement chez des patients présentant une problématique de dépendance aux psychotropes, parce que cette clientèle reçoit habituellement plusieurs types de traitements, simultanément. L'évaluation de l'efficacité de la Gestalt-thérapie, en milieu hospitalier, doit donc tenir compte des multiples traitements offerts conjointement. C'est avec cette

mise en garde que l'on doit regarder l'étude de Moran et al. (1978). Ces chercheurs ont étudié les effets psychologiques et physiologiques de 10 heures de Gestalt-thérapie et de thérapie corporelle. Quoique le traitement ait été de courte durée, ils ont observé une amélioration d'environ 30 % sur les variables suivantes : pression artérielle, anxiété, symptômes hystériques, état émotionnel, image de soi.

De la même manière, les études portant sur les dépendances aux substances chimiques doivent être interprétées en tenant compte du contexte de traitement en milieu hospitalier. Ceci étant dit, les études de relance (c.-à-d. jusqu'à neuf ans après la fin du traitement) portant sur l'abstinence aux drogues (Ludwig et Vormann, 1981) et le développement de la personnalité (Röhrle et al., 1989) fournissent des résultats encourageants. À la fin d'un traitement auprès de patients dépendants aux substances chimiques, Röhrle et al. (1989) ont démontré une réduction des symptômes dépressifs et une amélioration, qui demeure stable après quatre ans. Une étude de Ludwig et Vormann (1981) portant sur l'utilisation de la Gestalt-thérapie et du soutien social avec une clientèle présentant la même problématique rapporte un taux d'abstinence à long terme de 70 %. À Berlin, une recherche (non publiée) après traitement portant sur la Gestalt-thérapie montre des tendances plus claires à l'abstinence à long terme, et ce, auprès de personnes dépendantes aux opiacés et souffrant de polytoxicomanie.

Douleurs chroniques et troubles somatoformes

Un traitement de la douleur, qui utilisait la Gestalt-thérapie, a favorisé une réduction de la prise de médication (Teegen et al. 1986).⁸ Deux études ont évalué les effets de la Gestalt-thérapie sur les troubles somatoformes et sur la douleur chronique. Les études ont été menées dans des cliniques de traitements psychosomatiques. Heinf (1998) a fait une recherche auprès de 123 patients souffrant de douleur chronique au dos. Soixante patients ont été répartis dans trois groupes bénéficiant de psychothérapie. Trente autres patients étaient dans deux groupes contrôle en listes d'attente. Les trente-trois autres patients ont été placés dans deux autres groupes contrôle. Les groupes qui bénéficiaient d'un traitement ont reçu environ 40 heures de Gestalt-thérapie, sur cinq jours. Des mesures d'évaluation ont été prises pour : les plaintes concernant la posture, les sensations physiques, le comportement social et autre, la personnalité, l'expérience de la douleur. Les évaluations ont été faites

⁸ Hill et al., (1989) rapportent également une recherche auprès d'un petit échantillon de patients souffrant d'arthrite rhumatoïde.

avant et après le traitement, ainsi que 10 semaines et 10 mois après la fin du traitement.

On a procédé à deux analyses statistiques. La première portait sur les changements observés sur les différentes variables (Müller et Czogalik, 1995) et la seconde, sur les effets des différents facteurs impliqués dans le traitement (Czogalik et al., 1995). On a observé une amélioration dans toutes les sphères du traitement, et elle s'est maintenue jusqu'à un an après le traitement. Les plus grands changements rapportés concernaient les troubles de l'humeur, le sentiment et le comportement de détresse et le sentiment physique de bien-être. Quant à la douleur ressentie, les changements rapportés par les clients étaient moins importants que ceux qu'ils avaient ressentis pour leurs symptômes psychosociaux. L'analyse factorielle de suivi, effectuée après un an, a révélé une augmentation du sentiment d'acceptation de soi, une plus grande sécurité personnelle et la conviction de pouvoir se protéger au sein du groupe.

Dans une recherche longitudinale, s'échelonnant sur une période de cinq ans, Sandweg et Riedel (1998) ont obtenu des résultats semblables. Durant cette période, 220 patients ont été suivis en Gestalt-thérapie. Un questionnaire d'évaluation a permis de mesurer le suivi, un an et trois ans après la fin de la thérapie. Les patients répondaient à des questions, concernant les motifs de consultation initiaux. Comme dans l'étude de Heintz (1998), la plus grande réduction de symptômes a été observée pour les facteurs psychosociaux plutôt que pour la douleur elle-même. Cependant, ce résultat peut être attribuable à un artefact statistique, puisque la mesure de la douleur utilisée dans ces études n'était pas standardisée. Par ailleurs, dans les deux études 55 % des patients rapportent une réduction de la douleur en réponse au suivi en Gestalt-thérapie.

Troubles de l'humeur

Un grand nombre de clients, qui consultent en pratique privée, souffrent de troubles de l'humeur. Dans ce champ de pratique, deux études ont démontré l'efficacité de la Gestalt-thérapie en comparaison à l'approche cognitivo-comportementale. Mulder et al. (1994) ont fait une étude sur la Gestalt-thérapie et Beutler et al. (1991, 1993) ont évalué un traitement de thérapie expérientielle centrée sur les émotions, basé sur la Gestalt-thérapie (*FEP*). Utilisant une échelle d'évaluation de la dépression, aucune des deux études n'a démontré de différence, quant aux effets du traitement ou son influence dans le temps. De plus, il n'y avait pas de différence dans les variables symptomatiques en général ni pour les troubles psychiatriques.

Dans la recherche de Mulder et al. (1994), des patients en consultation externe, atteints du VIH et du SIDA, ont reçu un traitement en thérapie de groupe de type gestaltiste et cognitif. Une forte proportion des clients souffraient d'anxiété et de symptômes dépressifs, phénomènes fréquents pour cette clientèle. L'étude a recueilli des données sur les changements relatifs à l'état affectif, à l'expression émotionnelle, aux symptômes psychiatriques, aux stratégies d'adaptation et au soutien social recherché par le client. Les auteurs confirment que, pour les variables mesurées, l'effet des deux traitements ne présente pas de différence, sauf pour les évaluations subjectives faites par les patients. Mulder et al. (1994), qui ont utilisé la Gestalt-thérapie comme groupe contrôle de la thérapie cognitivo-comportementale, concluent que la Gestalt-thérapie constitue une bonne alternative. De plus, la Gestalt-thérapie a reçu, de la part des patients de ce groupe, une meilleure évaluation subjective que la thérapie cognitivo-comportementale. En comparaison avec le groupe contrôle, les deux approches se sont avérées équivalentes pour tous les autres aspects, y compris lors des évaluations de suivi.

Greenberg et Watson (1998) ont comparé l'efficacité de la thérapie centrée sur le client et de la thérapie expérientielle (*PE*) durant le déroulement, et à la fin de la thérapie. Comme nous l'avons mentionné dans la section « Recherche sur le processus thérapeutique », Watson et Greenberg (1996) et Greenberg et Watson (1998) se sont intéressés à l'efficacité de la thérapie auprès de clients présentant une dépression majeure. Ils ont évalué le traitement au milieu, à la fin et six mois plus tard. Les échelles d'évaluation portaient sur les symptômes dépressifs et sur les facteurs d'ordre général, comme l'estime de soi et les problèmes interpersonnels. Tel qu'il a été mentionné précédemment, les interventions relevant de la Gestalt-thérapie se sont avérées efficaces.

L'évaluation à mi-traitement a démontré que *PE* présente de meilleurs résultats que la thérapie centrée sur le client, et ce, dans toutes les sphères mesurées. À la fin de la thérapie, les clients ayant reçu *PE* présentent une plus grande amélioration que les clients ayant suivi la thérapie centrée sur le client pour l'estime de soi, les symptômes généraux et les problèmes interpersonnels. Cependant, l'évaluation faite six mois après la fin de la thérapie montre que les deux approches sont équivalentes. Par ailleurs, la thérapie *PE*, utilisant des interventions issues de la Gestalt-thérapie, présentait plus rapidement des résultats que la thérapie centrée sur le client.

Goldman et al. (2000) ont repris la recherche de Greenberg et Watson (1998) et ils ont obtenu les mêmes résultats: les deux traitements ont réussi à soulager la dépression. Dans cette étude, la

thérapie *PE* montre une plus grande réduction des symptômes dépressifs. Cependant, aucune différence entre les deux groupes n'est rapportée quant aux symptômes d'anxiété généralisée, à l'amélioration de l'estime de soi ou aux relations interpersonnelles. On a mené une nouvelle recherche en fusionnant les cohortes des deux études. Chaque groupe était constitué de 36 clients, ce qui a permis de faire une analyse plus poussée. Les résultats indiquent que *PE* présente une plus grande amélioration pour tous les indices évalués, soit une plus grande réduction des symptômes généraux et dépressifs ainsi qu'une amélioration de l'estime de soi et des relations interpersonnelles (Goldman et al., 2000).

Johnson et Smith (1997) ont étudié la Gestalt-thérapie auprès de clients présentant une phobie simple. Trente-trois étudiants de première année universitaire ont été recrutés à partir de leurs réponses objectives et subjectives à des questionnaires ciblant la phobie simple. Les sujets ont été répartis au hasard dans trois groupes recevant des traitements différents, soit le dialogue avec la chaise vide en Gestalt, la désensibilisation systématique et un groupe contrôle sans traitement. Comparés au groupe contrôle, les participants aux deux groupes qui ont bénéficié de la thérapie ont obtenu une réduction significative des symptômes. L'étude prouve que la Gestalt-thérapie avec la technique de la chaise vide est un traitement efficace pour la phobie simple.

Les résultats présentés ci-dessus montrent l'efficacité de la Gestalt-thérapie pour les troubles de l'humeur, dont les troubles dépressifs. De plus, des recherches antérieures sur la Gestalt-thérapie appuient ces résultats (par exemple, Yalom et al., 1977). D'autres recherches en cours vont également dans ce sens (citons Butollo et al., 1997; Butollo et Maragkos, 1999; Pauls et Reicherts, 1999). Les recherches de Pauls et Reicherts (1999) portent sur des échantillons représentatifs de clients en thérapie individuelle. Les différents troubles de l'humeur touchent une grande majorité d'entre eux. Butollo et ses collègues étudient les combinaisons entre la thérapie individuelle comportementale et la Gestalt-thérapie de groupe auprès de clients souffrant d'anxiété et de phobies spécifiques. Ces recherches se poursuivent et les résultats préliminaires sont prometteurs (Butollo et al., 1997; Butollo et Maragkos, 1999).

Soins psychosociaux

Les études présentées jusqu'ici ont montré l'efficacité de la Gestalt-thérapie pour les problématiques les plus graves et les plus diversifiées auxquelles les thérapeutes doivent faire face, et ce, autant en milieu hospitalier qu'en consultation externe. De plus, nous avons

vu que même si la Gestalt-thérapie ne vise pas la réduction des symptômes, elle s'avère aussi efficace sur ceux-ci que les approches orientées spécifiquement sur l'amélioration des symptômes. Ainsi, on a pu démontrer que la Gestalt-thérapie obtient de très bons résultats autant dans le traitement des symptômes, des troubles de personnalité que des problèmes interpersonnels.

Rappelons brièvement quelques études. Entre autres, mentionnons l'utilisation de la Gestalt-thérapie dans le traitement d'enfants et d'adolescents qui présentent un retard de développement (Felton et Davidson, 1973), auprès de parents qui éprouvent de la difficulté avec leurs enfants (Little, 1986)⁹ ou encore dans les problèmes de relation de couples (Jessee et Guerney, 1981)¹⁰. Thomas et Schmitz (1993) ont entrepris une analyse des statistiques d'une compagnie d'assurances. Ils ont pu faire la preuve que les clients concernés avaient bénéficié autant des thérapies d'approches humanistes et éclectiques (surtout la thérapie centrée sur le client et la Gestalt-thérapie) que des thérapies comportementale ou psychanalytique en ce qui avait trait à la réduction des congés de maladie.

Un autre groupe d'études touche les aspects préventifs dans les services psychosociaux, par exemple: auprès des femmes enceintes (Lobb, 1992), des personnes âgées (Petzold, 1979). Dans une recherche auprès de 250 femmes, Lobb a montré que les femmes participant à un groupe de Gestalt-thérapie pour la préparation à la naissance avaient un temps de travail plus court à l'accouchement, éprouvaient moins de douleur et avaient une image d'elles-mêmes plus positive que les femmes n'ayant pas participé à un groupe de Gestalt-thérapie. Cette étude est particulièrement intéressante lorsqu'on considère les difficultés psychologiques que les femmes rapportent fréquemment durant la grossesse. Théoriquement, Lobb émet l'hypothèse que la grossesse et l'accouchement réactivent les expériences de la petite enfance et les expériences traumatiques.

Quant à lui, Petzold (1979) s'est intéressé à un autre problème de la réalité sociale actuelle: les personnes âgées qui se retrouvent souvent isolées et dépressives. Il a démontré les bienfaits de la Gestalt-thérapie pour l'apprentissage d'habiletés à établir des contacts sociaux et à mener une vie socialement active.

⁹ Chemin et al. (1992) présentent des données descriptives d'une évaluation d'un programme sur 15 ans utilisant conjointement des interventions en approche systémique et en Gestalt-thérapie auprès de 100 familles.

¹⁰ Lesonsky et al. (1986) ont évalué les modes de communication dans le couple.

LA STABILITÉ DES EFFETS THÉRAPEUTIQUES

Dans cette dernière partie, nous regarderons la stabilité des résultats en Gestalt-thérapie. Dans 11 des 12 études, la stabilité des changements a été confirmée par des évaluations réalisées entre 4 et 12 mois après la thérapie (trois études l'ont mesurée sur une plus longue période). Moran et al. (1978) rapportent une seule recherche faisant état d'une faible stabilité pour un traitement de très court terme (dix heures). Deux études ont démontré une amélioration des résultats deux et douze mois après la fin du traitement. Ces améliorations pourraient s'expliquer par une rémission spontanée ou par la poursuite des effets de la thérapie après le traitement Cross et al., 1980, 1982; Teegen et al., 1986).

En Autriche, Schigl (1998, 2000) a mené une étude auprès de 431 patients en consultation externe. Elle a utilisé le modèle du *Consumer Reports* (Seligman, 1995) auprès de clients ayant complété une Gestalt-thérapie. Les avantages d'une telle étude sont la grandeur de l'échantillon et le recrutement aléatoire. L'hétérogénéité de l'échantillon est un inconvénient. La durée des thérapies variait entre 10 et 190 semaines, avec une moyenne de 70 semaines. Les deux tiers des patients souffraient de dépression, d'états dépressifs ou de souffrance morale. La moitié des patients souffraient de conflits avec leur partenaire et de problèmes sexuels. L'anxiété représentait le deuxième motif de consultation le plus fréquent, avec trouble panique dans certains cas.

Les résultats ont démontré que les améliorations obtenues sont équivalentes pour tous les groupes de symptômes. Une proportion de 73 % des patients présentait une amélioration de leurs symptômes ou de leurs problèmes se situant entre moyenne et importante. Seulement 5 % des patients souffraient d'une détérioration. Dans les domaines de l'adaptation sociale et de la performance professionnelle, 80 % des patients rapportaient éprouver une plus grande satisfaction de leur vie, une meilleure estime et un plus grand respect d'eux-mêmes; ils avaient également l'impression d'une meilleure compréhension de leurs problèmes. Il est également intéressant de noter qu'au moment de la relance, la moitié des patients avait cessé la prise de médication (psychotropes); la prise de tranquillisants a baissé de 76 %. Une grande majorité des patients avaient appris des stratégies relevant de la Gestalt-thérapie leur permettant de réagir adéquatement lorsque les symptômes se manifestaient à nouveau.

Une autre étude de suivi a été réalisée en Allemagne par Mestel et Votsmeier-Röhr (2000) auprès de 800 patients souffrant de dépression. Ils ont fait une relance entre un et trois ans après la fin

de la thérapie qui avait eu lieu en milieu hospitalier. La Gestalt-thérapie a été l'approche privilégiée. Cependant, les auteurs ne précisent pas de quelle façon ni avec quels aspects de l'approche ils ont travaillé. Les résultats rejoignent ceux de Schigl (1998, 2000) démontrant une amélioration allant d'importante à modérée pour les symptômes dépressifs et l'acceptation de soi. Par contre, l'amélioration des problèmes interpersonnels est plus faible. Les études importantes de Schigl, Mestel et Votsmeier-Röhr font ressortir les effets à long terme de la Gestalt-thérapie et de la thérapie expérientielle.

Plusieurs thérapeutes gestaltistes doutent que la réduction des symptômes soit un critère significatif pour évaluer l'efficacité de leur travail. Cette attitude peut expliquer pourquoi, contrairement à d'autres approches (par exemple, la thérapie centrée sur le client et la thérapie cognitivo-comportementale), les recherches portant sur la Gestalt-thérapie ont débuté très lentement, entre 20 et 30 ans après ses débuts. Les méta-analyses nous ont permis de constater qu'au début des années 1980, il y avait peu d'études cliniques sur la Gestalt-thérapie (Smith et al., 1980; Shapiro et Shapiro, 1982; Grawe et al., 1994).¹¹ Dans plusieurs de ces recherches, des éléments importants n'ont pu être mis à jour à cause de la faiblesse méthodologique.

Dans une large mesure, les méthodes d'évaluation utilisées pour mesurer la validité de la Gestalt-thérapie sont issues de techniques standardisées qui ont d'abord servi à mesurer l'efficacité d'autres approches. Dans la présente partie, les études rapportées démontrent l'efficacité de la Gestalt-thérapie pour un large éventail de problématiques présentes dans la pratique. Deux études déjà mentionnées ne sont pas terminées; elles ont donc été discutées sur la base de résultats préliminaires. Contrairement aux premières recherches, celle de Butollo et Maragkos (1999) permet de mieux comprendre l'effet du traitement sur les divers troubles anxieux.

RÉSUMÉ

Le présent survol de la recherche empirique sur la Gestalt-thérapie présentait la description et les résultats de quelque 60 études touchant une clientèle diversifiée et divers aspects du travail clinique. Les recherches d'évaluation clinique ont recueilli des données auprès de 3 000 patients dont près de la moitié ont bénéficié de la Gestalt-thérapie. En comparant les approches, les recherches rapportent que l'efficacité de la Gestalt-thérapie se

¹¹ La recension des écrits s'est terminée en 1984.

compare à la thérapie cognitivo-comportementale et à la thérapie centrée sur le client; elle est même parfois supérieure. Dans quelques études, les évaluations fournies par clients et thérapeutes donnent des résultats plus élevés pour la Gestalt-thérapie. Un élément important est à souligner: même si la Gestalt-thérapie ne considère pas le traitement des symptômes de la même façon que l'approche cognitivo-comportementale, elle présente des résultats comparables.

Les données colligées ici mettent en évidence l'efficacité de la Gestalt-thérapie pour des problématiques aussi diverses que les troubles sévères de la personnalité, incluant la psychose, les troubles de l'humeur, les dépendances et autres troubles. Ce constat d'efficacité s'étend également à des champs de pratique diversifiés, tel le travail auprès des couples, des familles et des enfants provenant de milieux socioéconomiques difficiles. La persistance des changements est également mesurée à long terme, tant auprès de patients hospitalisés qu'en consultation externe, en thérapie individuelle ou de groupe.

Au départ de cette recherche, l'évaluation des effets de la Gestalt-thérapie était difficile et complexe, parce qu'il ne s'agit pas seulement de mesurer la réduction ou la disparition des symptômes. La recherche sur le processus thérapeutique est la seule qui nous permet de saisir l'importance de la tension émotionnelle comme préalable à l'intensité du dialogue thérapeutique. Mentionnons par exemple les moments cruciaux qui précèdent une confiance, un dévoilement, une action inattendue de la part du thérapeute ou du client ou encore lorsque le thérapeute choisit de retenir une intervention. Souvent, une décharge émotionnelle a pu être observée lorsque le conflit interne se dénoue. Cette décharge même contribue à la résolution du problème. Enfin, les expériences émotionnelles intenses qui accompagnent l'émergence et la résolution d'un conflit profond sont suivies d'un apaisement, d'une réduction des symptômes, d'une résolution des problèmes interpersonnels et des perturbations de la personnalité.

Watson et Greenberg (1996) et Greenberg et Watson (1998) présentent un intérêt particulier pour l'orientation que prendront les recherches futures sur l'évaluation du processus thérapeutique. La recherche scientifique ne doit pas se limiter à répondre aux exigences d'efficacité pour des intérêts sociaux et économiques. Il est également pertinent que le questionnement se poursuive au plan phénoménologique de façon à favoriser notre compréhension du cycle de contact et du processus thérapeutique. Plusieurs dimensions de la Gestalt-thérapie sont encore à évaluer. Dans la section « Utilisation d'interventions spécifiques en Gestalt-thérapie »,

nous avons abordé les interruptions possibles de contact. Jusqu'à récemment, cet aspect a été peu étudié empiriquement (Caffaro, 1991; Laborde et Brown, 1981; Shiflett et Brown, 1972). Or, puisque les études sur le processus thérapeutique semblent démontrer la validité thérapeutique du cycle de contact, il devient pertinent que la recherche se penche également sur les interruptions lors du cycle.

Références

- Angus, L. E., & Rennie, D. L. (1989). Envisioning the representational world: The client's experience of metaphoric expression in psychotherapy. *Psychotherapy* 26/3, 372-379.
- Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, R. J., Bergan, J., Meredith, K., & Merry, W. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59/2, 333-340.
- Beutler, L. E., Frank, M., Schieber, S. C., Calver, S., & Gaines, J. (1984). Comparative effects of group psychotherapies in a short-term in-patient setting: An experience with deterioration effects. *Psychiatry*, 47, 66-76.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., Engle, D., & Mohr, D. (1993). Differential patient x treatment maintenance among cognitive, experiential, and self-directed psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration* 3/1, 15-30.
- Beutler, L. E., Mohr, D. C., Grawe, K., Engle, D., & MacDonald, R. (1991). Looking for differential treatment effects: Cross-cultural predictors of differential psychotherapy efficacy. *Journal of Psychotherapy Integration* 1, 121-142.
- Boulet, D. B., Souliere, M. D., Sterner, I., & Nadler, W. P. (1992). Development of a category system of good moments in gestalt therapy. *Psychotherapy* 29/4, 554-563.
- Boulet, D. B., Souliere, M. D., & Sterner, I. (1993). Good moments in gestalt therapy: A descriptive analysis of two Perls sessions. *Canadian Journal of Counselling* 27/3, 191-202.
- Brothers, C. L. (1986). The gestalt theory of healthy aggression in beyond-control youth. *Psychotherapy* 23/4, 578-585.
- Brunink, S. A., & Schroeder, H. F. (1979). Verbal therapeutic behavior of expert psychoanalytically oriented, gestalt, and behavior therapist. *Journal of Counseling and Clinical Psychology* 47, 567-574.
- Buber, M. (1958). *I and Thou*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Buber, M. (1965). *The knowledge of man: A philosophy of the interhuman*. New York: Harper Torchbooks.
- Butollo, W., Krusmann, M., Maragkos, M., & Wentzel, A. (1997). Integration verschiedener therapeutischer Ansätze bei Angststörungen: Verhaltens- und Gestalttherapie. In P. Hoffmann, M. Lux, C. Probst, M. Steinbauer, J. Taucher & H.-G Zapotoczky (Eds.), *Klinische Psychotherapie* (pp. 274-283). Wien: Springer.

- Butollo, W., & Maragkos, M. (1999). Gestalttherapie and empirische Forschung. In R. Fuhr, M. Sreckovic, & M. Gremmler-Fuhr (Eds.), *Handbuch der Gestalttherapie* (pp. 1091-1120). Gottingen: Hogrefe.
- Caffaro, J. (1991). A factor analytic study of deflection. *The Gestalt Journal*, 14/1, 73-94.
- Chemin, A., Caron, A., & Joly, A. (1992). Bilan après 15 ans de pratique à l'intervention systématique en A.E.M.O. *Thérapie familiale* 13/1, 55-63.
- Clarke, K. M., & Greenberg, L. S. (1986). Differential effects of the gestalt two chair intervention and problem solving in resolving decisional conflict. *Journal of Counseling Psychology* 33/1, 11-15.
- Cross, D. G., Sheehan, P. W., & Khan, J. A. (1980). Alternative advice and counsel in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48/5, 615-625.
- Cross, D. G., Sheehan, P. W., & Khan, J. A. (1982). Short- and long-term follow-up of clients receiving insight-oriented therapy and behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50/1, 103-112.
- Czagalik, D., Landerer, W., & Bechtinger-Czagalik, S. (1995). *Wirkfaktoren eines gestalttherapeutisch orientierten Kurzzeitgruppentherapiestesminars für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (nach H. 1-feinl) aus der Sicht der teilnehmenden Patienten*. Heidelberg, Germany: Research Report.
- Esser, P., Bellenhof, E., Cro4, A., Nuedenberger, W., & Bommert, H. (1984). Auswirkungen einer erlebnisorientierten Psychotherapie auf Prozel - and Erfolgsmerkmale tinter besonderer Berücksichtigung der Klientenvariable "Experiencing." *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie and Psychotherapie* 3, 221-231.
- Felton, G. S., & Davidson, H. R. (1973). Group counseling can work the classroom. *Academic Therapy* 8, 461-468.
- Frew, J. (1988). The practice of gestalt therapy in groups. *The Gestalt Journal* 11/1, 77-96.
- From, I. (1984). Reflections on gestalt therapy after thirty-two years of practice: A requiem for gestalt. *The Gestalt Journal* 7/1, 4-12.
- Gegenfurtner, N. (in press). *Eine empirische Studie zu Arbeitsmethoden and Wirkfaktoren der gestalttherapeutischen Traumarbeit.*: Unpublished doctoral dissertation, University of Munich, Germany.
- Goldman, R., & Greenberg, L. S. (1997). Case formulation in experiential therapy. In T. Eels (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (pp. 402-429). New York: Guilford Publications.
- Goldman, R., Greenberg, L.S. & Angus, L.E. (2000). Results of the York II comparative study testing the effects of process experiential and client-centered therapy for depression. Paper presented at the 31st annual meeting of the Society for Psychotherapy Research (SPR) in Chicago, USA.

- Grabner, D. (1998). Die Arbeit mit dem Traum in der therapeutischen Praxis. Wahrnehmungs- und Arbeitsweisen verschiedener Therapierichtungen bei einem Traumbericht. Ein Vergleich zwischen Psychoanalyse, Gestalttherapie and Existenzanalyse. *Existenzanalyse* 15/1, 11-15.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel — Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. (1975). A task analytic approach to the study of psychotherapeutic events (doctoral dissertation, York University). *Dissertation Abstracts International* 27, 4647B.
- Greenberg, L. S. (1980). The intensive analysis of recurring events from the practice of gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 17/2, 143-152.
- Greenberg, L. S. (1983). Toward a task analysis of conflict resolution in gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 20/2, 190-201.
- Greenberg, L. S. (1984). A task analysis of intrapersonal conflict resolution. In L. Rice & L. Greenberg (Eds.), *Patterns of change* (pp. 67-123). New York: Guilford Publications.
- Greenberg, L. S. (1992). Task analysis: Identifying components of intrapersonal conflict resolution. In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 22-50). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Greenberg, L. S., & Clarke, K. M. (1979). Differential effects of the two chair experiment and empathic reflections at a conflict marker. *Journal of Counseling Psychology* 26/1, 1-8.
- Greenberg, L. S., & Dompierre, L. M. (1981). Specific effects of gestalt two chair dialogue on intrapsychic conflict in counseling. *Journal of Counseling Psychology* 28/4, 288-294.
- Greenberg, L. S., & Foerster, F. S. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Counseling and Clinical Psychology* 64/3, 439-446.
- Greenberg, L. S., & Higgins, H. M. (1980). Effects of two chair dialogue and focusing on conflict resolution. *Journal of Counseling Psychology* 27/3, 221-224.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Publications.
- Greenberg, L. S., & Rice, L. N. (1981). The specific effects of a gestalt intervention. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 18/1, 31-37.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change*. New York: Guilford Publications.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford Publications.
- Greenberg, L. S., Seeman, J., & Cassius, J. (1978). Personality changes in marathon therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 15/1, 61-67.

- Greenberg, L. S., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research* 8/2, 2W-224.
- Greenberg, L. S., & Webster, M. C. (1982). Resolving decisional conflict by gestalt two chair dialogue: Relating process to outcome. *Journal of Counseling Psychology* 29/5, 468-477.
- Hartmann-Kottek, L. (1979). Schwerpunkt 'Gestalttherapie' im Grenzgebiet der Psychiatrie. *Psychiatric and medizinische Psychologie* 29, 1-13.
- Heinl, H. (1998). Behandlungsergebnisse bei Integrativer Therapie. In H. Riedel & Henningsen (Eds.), *Die Behandlung chronischer Rückenschmerzen — Kongressband zur 6. Fachtagung der Stiftung "Psychosomatik der Wirbelsäule" in Heidelberg*. Blieskastel: Stiftung "Psychosomatik der Wirbelsäule."
- Hill, D., Beutler, L. E., & Daldrup, R. (1989). The relationship of process to outcome in brief experiential psychotherapy for chronic pain. *Journal of Clinical Psychology* 45/6, 951-956.
- Jessee, R. E., & Guernsey, B. G. (1981). A comparison of gestalt and relationship enhancement treatments with married couples. *The American Journal of Family Therapy* 9/3, 31-41.
- Johnson, W. R., & Smith, E. W. L. (1997). Gestalt empty chair dialogue versus systematic desensitization in the treatment of phobia. *Gestalt Review* 1/2, 150-162.
- Keller, I. W., Brown, G., Maier, K., Steinfurth, K., Hall, S., & Piotrowski, C. (1995). Use of dreams in therapy: A survey of clinicians in private practice. *Psychological Report* 76, 1288-1290.
- Kemmler, I., Schelp, T., & Mecheril, P. (1991). *Sprachgebrauch in der Psychotherapie*. Bern: Huber.
- King, S. (1988). *The differential effects of empty chair dialogue and empathic reflection for unfinished business*. Unpublished master's thesis, University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- Laborde, G. Z., & Brown, G. I. (1981). Die Bedeutung des Introjektkonzeptes für die integrative Erziehung. *Integrative Therapie* 7/1, 3-13.
- Lesonsky, E. M., Kaplan, N. R., & Kaplan, M. L. (1986). Operationalizing gestalt therapy's processes of experiential organization. *Psychotherapy* 23/1, 41-49.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers* (D. Cartwright, Ed.). New York: Harper & Row.
- Lieberman, M. A., Yalom, I. D., & Miles, M. B. (1973). *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books.
- Little, L. F. (1986). Gestalt therapy with parents when a child is presented as the problem. *Family Relations* 35/4, 489-496.
- Ludwig, G., & Vormann, G. (1981). Katamnestiche Untersuchung für die therapeutische Gemeinschaften der STEP-Gem. Gesellschaft für Sozialtherapie und Pädagogik, 1973-1980. *Informationen aus der Therapiekette Niedersachsen* 1, 29-39.

- Mahrer, A. R., Nifakis, D. J., Abhukara, L., & Sterner, I. (1984). Microstrategies in psychotherapy: The patterning of sequential *therapist statements*. *Psychotherapy* 21/4, 465-472.
- Mahrer, A. R., Sterner, I., Lawson, K. C., & Dessaulles, A. (1986). Microstrategies: Distinctively patterned sequences of therapist statements. *Psychotherapy* 23/1, 50-56.
- Mahrer, A. R., White, M. V., Howard, M. T., Gagnon, R., & MacPhee, D. C. (1992). How to bring about some *very* good moments in psychotherapy sessions. *Psychotherapy Research* 2/4, 252-265.
- Mahrer, A. R., White, M. V., Howard, M. T., & Lee, A. C. (1991). Practitioner methods for heightening feeling expression and confrontational strength. *Psychotherapy in Private Practice* 9/2, 11-25.
- Malcolm, W., & Greenberg, L. S. (1998). *Relating process to outcome in the resolution of unfinished business in process experiential therapy*. Unpublished doctoral dissertation York University, Toronto.
- Mecheril, P., & Kemmler, L. (1992). Vergleich des sprachlichen Umgangs mit Emotionen in Gestalttherapie und Psychoanalyse. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Integrative Therapie* 4, 346-362.
- Mestel, R., & Votsmeier-Röhr, A. (2000). *Long-term follow-up study of depressive patients receiving experiential psychotherapy in an inpatient setting*. Paper presented at the 31st annual meeting of the Society for Psychotherapy Research (SPR) in Chicago, USA.
- Moran, M., Watson, C. G., Brown, J., White, C., & Jacobs, L. (1978). Systems releasing action therapy with alcoholics: An experimental evaluation. *Journal of Clinical Psychology* 34/3, 769-774.
- Mulder, C. L., Emmelkamp, P. M. G., Antoni, M. H., Mulder, J. W., Sandfort, T. G. M., & de Vries, M. J. (1994). Cognitive behavioral and experiential group psychotherapy for asymptomatic HIV-infected homosexual men: A comparative study. *Psychosomatic Medicine* 3, 271-288.
- Müller, I., & Czogalik, D. (1995). *Veränderungen nach einer Integrativen Therapie bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Eine Evaluationsstudie*. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- Orlinsky, D., Grawe, K., & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy — noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 270-376). New York: John Wiley & Sons.
- Paivio, S. C., & Greenberg, L. S. (1995). Resolving 'unfinished business': Efficacy of experiential therapy using empty chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63/3, 419-425.
- Pauls, H., & Reicherts, M. (1999). Empirische Forschung in der Gestalttherapie am Beispiel eines praxisorientierten Forschungsprojektes. In R. Fuhr, M. Sreckovic, & M. Gremmler-Fuhr (Eds.), *Handbuch der Gestalttherapie* (pp. 1137-1160). Göttingen: Hogrefe.
- Pedersen, R., & Greenberg, L. S. (1996). *Verification of a model of the resolution of unfinished business*. Unpublished master's thesis. York University, Toronto.

- Perls, F. S. (1947). *Ego, hunger, and aggression*. London: George Allen and Unwin.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York: Julian Press.
- Perls, L. (1992). *Living at the boundary*. Highland, NY: Gestalt Journal Press.
- Petzold, H. (1979). Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter — Eine Untersuchung von 40 'sozialen Atomen' alter Menschen. *Integrative Therapie 1-2*, 51-78.
- Polster, E., & Polster, M. (1973). *Gestalt therapy integrated*. New York: Brunner / Mazel.
- Rice, L., Koke, C. J., Greenberg, L. S., & Wagstaff, A. K. (1979). *Manual for client vocal quality (Vols: 1 & 2)*. Toronto Counseling Development Centre, York University.
- Röhrle, B., Schmolder, H., & Schmilder, H. (1989). Merkmale sozialer Netzwerke als Kriterien zur Nachuntersuchung von Patienten einer therapeutischen Gemeinschaft. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie & Psychotherapie 37/3*, 291-302.
- Rosner, R. (1996). *The relationship between emotional expression, treatment and outcome in psychotherapy*. Frankfurt: Peter Lang.
- Sandweg, R., & Riedel, H. (1998). Gibt es Prädiktoren für den Erfolg bei der Behandlung chronischer Schmerzen? In H. Riedel & P. Henningsen (Eds.), *Die Behandlung chronischer Rückenschmerzen: Grundlagen, Therapiekonzepte, offene Fragen*. (pp. 171-197). Blieskastel, Germany: Psychosomatik der Wirbelsäule.
- Schigl, B. (1998). *Evaluationsstudie zur Integrativen Gestalttherapie: Wirkung and Wirkfaktoren aus katamnästischer Sicht der KlientInnen*. Wien: Fachsektion für Integrative Gestalttherapie im ÖAGG.
- Schigl, B. (2000). Wirkung und Wirkfaktoren von Gestalttherapie aus katamnästischer Sicht der KlientInnen — Ausgewählte Ergebnisse einer praxisnahen evaluativen Untersuchung. *Psychotherapie Forum 8*, 79-87.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *American Psychologist 50/12*, 965-974.
- Serok, S., Rabin, C., & Spitz, Y. (1984). Intensive gestalt group therapy with schizophrenics. *International Journal of Group Psychotherapy 34/3*, 431-450.
- Serok, S., & Zemet, R. M. (1983). An experiment of gestalt group therapy with hospitalized schizophrenics. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice 20/4*, 417-424.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome research: a critical appraisal. *Behavioral Psychotherapy 10*, 4-25.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1983). Comparative therapy outcome research: Methodological implications of meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 51*, 42-53.

- Sheehan, P. W., & Cross, D. G. (1981). Alternative advice and support provided during and following short-term insight-oriented therapy and behavior therapy. *Academic Psychological Bulletin* 3, 371-385.
- Shiflett, J. M., & Brown, G. I. (1972). Confluent education: Attitudinal and behavioral consequences of confluent teacher training. Internal Report. University Center Michigan.
- Singh, M., & Greenberg, L. S. (1992, June). *Development and validation of a measure of the resolution of unfinished business: Relating session change to outcome*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, California.
- Smith, M. C., Glass, G. V., & Miller, T. T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore & London: John Hopkins Press.
- Spagnuolo Lobb, M. S. (1992). Childbirth as rebirth of the mother. *The Gestalt Journal* 15/1, 7-38.
- Strümpfel, U. (in press). *Forschungsergebnisse zur Gestalttherapie*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.
- Teegen, F., Johanssen, A., & Voght, K.-H. (1986). Modifikation von Beschwerdel Häufigkeit, -intensität and Medikamentenverbrauch bei Klienten mit funktionellen Bauchbeschwerden. *Integrative Therapie* 1-2, 39-48.
- Templeton, R. L. (1980). Arousal of affect: Gestalt versus cognitive associative dreamwork. *Dissertation Abstracts International* 40, 7-B, 3426.
- Teschke, D. (1996). Existentielle Momente in der Psychotherapie. Münster: UT.
- Thomas, G. J., & Schmitz, B. (1993). Zur Effektivität ambulanter Psychotherapien. *Report Psychologie* 18/5-6, 22-25.
- Viney, L. L. (1994). Sequences of emotional distress expressed by clients and acknowledged by therapist: Are they associated more with some therapist than others? *British Journal of Clinical Psychology* 33, 469-481.
- Viola, J. M., & McCarthy, D. A. (1994). An eclectic inpatient treatment model for Vietnam and Desert Storm veterans suffering from posttraumatic stress disorder. *Military Medicine* 159, 217-220.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (1996). Pathways to change in the psychotherapy of depression: Relating process to session change and outcome. *Psychotherapy* 33/2, 262-274.
- Wheeler, G. (1991). *Gestalt Reconsidered: A new approach to contact and resistance*. Cambridge, MA: Gestalt Press.
- Wolf, H. U. (1999). Behandlungsergebnisse ganzheitlicher stationärer Psychosomatik in Bad Zwesten. *Bad Zwestener Hefte zur klinischen Gestalttherapie/Integrativer Therapie* 2. Bad Zwesten: HardtwaldKlinik.
- Wolf, H. U. (2000a). Der therapeutische Ansatz im Gestalt-Klinikum Bad Zwesten. *Gestalt-Zeitung* 13, 9-17.

Wolf, H. U. (2000b). *Evaluation of an in-station-psychotherapy in the gestalt clinic Bad Zwesten, Germany*. Lecture given at the International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy, ICCCEP in Chicago, USA, June 2000.

Yalom, I. D., Bond, G., Bloch, S., Zimmerman, E., & Friedman, L. (1977). The impact of a weekend group experience on individual therapy. *Archives of General Psychiatry* 34, 399-415.

Abstract

This article will present an overview of process and evaluation research in gestalt therapy. Our starting point will be what research shows about the practice in gestalt therapy. In the following section we will take a close-up look at research on detailed or «microscopic» aspects of processes discernible in therapeutic work. We will be seeing fine-tuning aspects in the course of the dialogue between therapist and client. Our path will then take us to «macroscopic» dimensions of the therapeutic process where developments are identified. We will then come to paradigms relating therapeutic processes to long-term effects of therapy. Finally we will discuss differential effects of gestalt therapy from clinical evaluation studies, including comparisons with other psychotherapeutic treatments.

Résumé de lecture

La Troisième Histoire

Patient-psychothérapeute : fonds et formes du processus relationnel

Par Jean-Marie DELACROIX

Agnès TREMPE

Psychothérapeute, chercheur depuis une trentaine d'années et formateur, Jean-Marie Delacroix a connu la Gestalt au Québec dans les années soixante-dix. Auteur de nombreux articles et livres, il nous fait pénétrer, avec *La troisième Histoire* paru en 2006, au cœur du champ transformant qu'est la relation thérapeutique. Cette relation est faite de l'histoire du thérapeute et de l'histoire du patient qui, ensemble, créent la troisième histoire: l'histoire de la relation thérapeutique.

Jean-Yves Levental, psychologue clinicien et psychanalyste, collègue de l'auteur, signe la préface de ce livre, constitué d'un prologue: *Deviens ce que tu es et sois ce que tu es en train de devenir*, de quatorze chapitres:

1. L'anthropologie de la Gestalt-thérapie
2. Gestalt-thérapie et évolution
3. S'émerveiller
4. Penser la maladie et le symptôme en Gestalt-thérapie
5. Fond, contexte, arrière-plan
6. L'archaïque et l'intime
7. Violence et deuil dans le processus de dé-construction des formes fixes névrotiques
8. Corps, identité et contemplation
9. L'expérience et l'expérimentation dans la pratique
10. Le self en groupe: du concept à une force agissante
11. «*Cette nuit j'ai rêvé pour le groupe*» ou Le rêve en tant que phénomène de champ
12. Un rayon de soleil pour mourir

13. Élargir le champ de la conscience en Gestalt-thérapie et dans la transe chamanique

14. Gestalt-thérapie et spiritualité

et d'un épilogue : La Troisième Histoire, une esthétique de la relation.

Le lecteur peut lire, à sa convenance, les chapitres en se laissant guider par ses intérêts particuliers même s'il y a une trame tissée par l'auteur à travers les différents thèmes qu'il élabore. Ce livre qui s'adresse tout autant à la compétence réflexive qu'à la compétence affective du lecteur, et l'interpelle, saura intéresser tant les nouveaux thérapeutes formés en Gestalt-thérapie que les plus chevronnés.

D'entrée de jeu, au prologue, l'auteur se laisse inspirer par cette idée de *la théorie paradoxale du changement* développée par le Gestalt-thérapeute américain, Arnold Beisser: «Le changement apparaît lorsqu'un sujet devient ce qu'il est... Il pourra apparaître si le sujet prend la peine d'être ce qu'il est...». Cette idée fonde l'un des objectifs qu'a l'auteur en écrivant ce livre qui est de: «Prendre le temps de regarder et reconnaître ce que je suis, prendre le temps d'être ce que je suis en tant qu'être humain et en tant que Gestalt-thérapeute, prendre le temps de regarder ce que je suis devenu durant ces trente ans et ce que je suis en train de devenir aujourd'hui... en même temps que le désir de transmettre une expérience.» Il veut que ce livre soit en cohérence avec la conception de l'être humain en Gestalt, «une anthropologie de l'homme en interaction et en relation avec l'autre» reposant sur le concept «champ-organisme-environnement». C'est dans le plus grand respect de cette cohérence que l'auteur nous raconte son histoire personnelle et professionnelle qui s'avère inspirante et d'une grande richesse heuristique. Reprenant à son compte des influences diverses à l'origine de la Gestalt-thérapie, Jean-Marie Delacroix se présente façonné par de nombreuses influences non choisies et d'autres choisies et lui-même influençant le champ, les champs dans lesquels il s'insère et dont il est partie prenante.

À travers les différents thèmes qu'il développe, Jean-Marie Delacroix transmet un enseignement approfondi, vibrant et respectueux de la complexité d'une psychothérapie relationnelle. Il apparaît pour lui que la Gestalt-thérapie est «l'espace intermédiaire» entre les différentes approches dont il est imprégné, de la psychanalyse classique aux thérapies ancestrales traditionnelles. L'auteur y explicite le texte fondateur de Perls, Hefferline, Goodman, *Gestalt therapy* paru en 1951, le critique au besoin, le prolonge en intégrant les développements du patrimoine des connaissances récentes. Il élabore, par exemple, le concept du

rapport fond-figure en enrichissant la notion de fond, qu'il considère négligée au profit de la figure dans la théorie originale, et ceci dans le but du respect de la complexité. Il clarifie le fonctionnement des mécanismes d'interruption de contact dans la maladie, en donnant par ailleurs un point de vue critique sur des approches de travail corporel avec des personnes malades. Ayant connu dans son être la maladie et ayant subi une transplantation hépatique, Jean-Marie Delacroix témoigne d'une expérience féconde en réflexion et théorisation pénétrantes. L'auteur explique l'évolution des fonctions du self en situation groupale en les reliant aux fonctions des selfs des individus et le travail de la dé-construction de la névrose groupale et celle des individus. Le rêve est étudié en tant que phénomène du champ, par et pour le champ en passant par un individu. L'auteur, en se référant à son expérience d'initiation chamanique, compare la Gestalt-thérapie et le chamanisme comme méthodes d'élargissement de la conscience. Le contenu que nous livre ici Jean-Marie Delacroix est d'une grande richesse et fait de cette dernière parution écrite dans notre langue, une œuvre très importante.

Tout au long des chapitres, l'auteur est fidèle à son objectif de départ. Tel un enseignant, il communique son message à petits pas, le reprenant pour aller un peu plus avant dans l'idée qu'il développe et l'amener à son achèvement. Ceci n'est pas par ailleurs sans avoir un effet de redondance. Ce livre écrit dans une langue facilement accessible apporte une contribution originale à notre rapport fond-forme de Gestalt-thérapeute. Enfin je crois que ce livre sert bien «l'appel à l'apologie de la différence» que Jean-Marie Delacroix fait, car il nous livre son expérience personnelle et professionnelle avec un respect de l'humain en lui et dans les autres qui atteint la dimension du sacré.

Delacroix, Jean-Marie (2006). *La Troisième Histoire. Patient-psychothérapeute: fonds et formes du processus relationnel*. St-Jean-de-Braye: Éditions Dangles.

ERRATUM

Concernant l'article *Si je pense, est-ce que je suis?*, publié dans le numéro précédent (volume 9, 2006), la fin du premier paragraphe de la page 51 devrait se lire comme suit: « (...) Le nourrisson fera l'expérience de l'omnipotence: c'est l'ère [plutôt que l'ère] de l'illusion où le nourrisson croira avoir créé un objet trouvé qui était déjà là. C'est la mère qui donnera cet objet (sein, couverture, etc.) au nourrisson quand elle croit qu'il en a besoin. »

Toutes nos excuses à l'auteure, Joanne Cyr.

Notes biographiques

Claire ALLARD, psychologue, a pratiqué la psychothérapie auprès d'une clientèle adolescente en milieu scolaire durant 18 ans avant de se consacrer à la pratique privée auprès d'une clientèle adolescente et adulte. Durant plus de 10 ans, elle a travaillé aux plans d'urgence et à l'intervention lors d'incidents critiques, dont les situations traumatiques. Diplômée de l'UQÀM, elle a poursuivi sa formation dans les orientations psychodynamique et humaniste, dont la Gestalt-thérapie. Elle est impliquée à l'AQG depuis 6 ans; elle est présentement coordonnatrice du comité scientifique.

Chantal BOURNIVAL est candidate au doctorat en psychologie clinique et recherche (Psy.D/Ph.D) à l'Université du Québec à Montréal. Sa thèse doctorale porte sur le processus de deuil chez les personnes âgées ayant perdu un conjoint par suicide. Elle travaille au Groupe McGill d'études sur le suicide où elle rencontre principalement des familles endeuillées par suicide et des proches de personnes dépressives. Au niveau clinique, Mme Bournival s'intéresse particulièrement aux problématiques de deuil, de dépression ainsi qu'aux troubles de l'alimentation.

Alexandre CARLE est candidat au doctorat en psychologie (recherche-intervention) à l'Université du Québec à Montréal. Sur le plan de la recherche, il s'intéresse aux différentes variables influençant la relation thérapeutique ainsi qu'au développement des thérapeutes. Sa thèse doctorale porte sur les particularités de la relation thérapeutique et de l'intervention lorsque le patient est un psychothérapeute.

François CHANEL est psychologue en pratique privée. Il a également, pendant huit ans, travaillé dans plusieurs centres de crise comme intervenant, puis comme superviseur et consultant clinique. Depuis quelques années, il intervient comme formateur et superviseur auprès de diverses équipes de travail en relation d'aide oeuvrant auprès de clientèles variées, tant en contexte communautaire qu'institutionnel.

Janine CORBEIL, psychologue, est diplômée du *Gestalt Institute of Cleveland*, fondatrice du *Centre de croissance et d'humanisme appliqué* et formatrice invitée de plusieurs instituts de formation au Québec et à l'étranger. Une des pionnières de la Gestalt-thérapie au

Québec et en Europe francophone, elle a écrit une cinquantaine d'articles dans diverses revues de Gestalt-thérapie et elle a participé à la rédaction de quelques livres, ici et en France.

Gilles DELISLE est psychologue clinicien. Il dirige le Centre d'Intervention Gestaltiste depuis sa fondation en 1981 et est responsable de la formation clinique qui y est dispensée aux professionnels de la santé mentale. Il est membre de l'International Society for the Study of Personality Disorders, et de la Société internationale de Neuropsychanalyse. En 2005, il a mis sur pied le groupe NeuROgestalt, un groupe de réflexion sur les applications cliniques des neurosciences contemporaines.

Psychologue clinicien, **Marc-Simon DROUIN** 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 (UQÀM) dans la section psychodynamique/humaniste, il s'intéresse particulièrement à l'efficacité de la psychothérapie et au rapprochement entre les diverses approches thérapeutiques.

Diane DUGUAY est psychologue clinicienne et diplômée du Centre québécois de Gestalt. Elle a assumé des charges d'enseignement aux niveaux collégial et universitaire et s'est impliquée en milieu communautaire dans des centres de femmes. Elle pratique actuellement en bureau privé.

Nicole HÉBERT, psychologue en pratique privée, a fondé le centre de consultation Objectif-Couple avec André Surprenant en 1999. Elle a terminé la formation de 3^e cycle en PGRO au Centre d'Intervention Gestaltiste avec Gilles Delisle en 2006. Son travail auprès des couples s'inspire autant de l'enseignement gestaltiste de Joseph Zinker, des théories psychanalytiques de l'attachement et des relations d'objet que de l'approche systémique.

Louise LACASSE est travailleuse sociale clinicienne et possède un diplôme de maîtrise en psychologie de l'Université Laval. Elle a complété une formation de troisième cycle au Centre d'Intervention Gestaltiste de Montréal (CIG) et une formation de superviseure au modèle de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO). Depuis une dizaine d'années, elle poursuit une démarche continue en Abandon Corporel. Elle est psychothérapeute et superviseure certifiée en PGRO et intervient dans la formation de deuxième cycle du CIG. Elle est collaboratrice et membre du Groupe de Recherche et d'Intégration en

Psychothérapie (GRIP). Chargée de cours au département de psychosociologie de l'Université du Québec à Rimouski durant 25 ans, elle pratique la thérapie individuelle et de groupe auprès d'une clientèle adulte et fait de la supervision en bureau privé à Québec.

Psychologue clinicienne, **Agnès TREMPE** a été formée à la Gestalt-thérapie au début des années quatre-vingt, elle a poursuivi sa formation auprès de Gilles Delisle et a obtenu une certification à la supervision didactique en PGRO. Faisant partie de l'équipe de superviseurs au Centre d'Intervention Gestaltiste pendant quelques années, elle intervenait aux deuxième et troisième cycles. Elle a fait une formation sur la thématique de la Gestalt et du corps avec Janine Corbeil (1995-1998) ainsi qu'à la théorie de la prise de forme en relation (2000-2003) avec Jean Gagnon. Elle œuvre en pratique privée à Montréal au sein du cabinet Bourdages, Trempe, Vasco psychologues en tant que psychothérapeute et superviseure.



Association Québécoise de Gestalt

C.P. 428, Succursale Delorimier

Montréal (Québec) H2H 2N7

Canada

Tél. : (514) 971-7838

Courriel : info@aqq.ca

Site Web : www.aqq.ca

QU'EST-CE QUE L'AQQ ?

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

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

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

Moyens: Édition d'une revue professionnelle annuelle. Publication 2 à 3 fois par année, du bulletin de liaison *Émergence*. Causeries préparées par des collègues, lors d'un partage d'un repas, 2 à 3 fois par année. Le site Web: www.aqq.ca offre toutes les informations sur l'AQQ, ses membres, les activités en cours ou à venir ainsi qu'une liste de discussion entre collègues. Centre de documentation pour les membres regroupant des écrits sur la Gestalt: livres, revues québécoises et étrangères. Colloque annuel. Journées de formation spéciales données par un membre senior de la communauté internationale. Répertoire des membres diffusé à travers la province. Ligne téléphonique pour toute information sur l'AQQ et ses membres. Conférence-bénéfice. Activités sociales.

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

NOM : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____

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

Association québécoise de Gestalt

C.P. 428, Succursale Delorimier

Montréal (Québec) H2H 2N7

Canada

Pour toute information : (514) 971-7838

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

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

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

COÛT PAR EXEMPLAIRE (Vol. 2 à 8) :

Membre : 25 \$

Non membre : 30 \$

Institution : 40 \$

Total : _____

COÛT PAR EXEMPLAIRE (Vol. 9 et 10) :

Membre : 32 \$

Non membre : 37 \$

Institution : 47 \$

Total : _____

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

GRAND TOTAL : _____

S.v.p. écrire lisiblement

Nom : _____

Institution (le cas échéant) : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ (résidence)

_____ # _____ (travail)

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

AQG

C.P. 428, succursale Delorimier
Montréal (Québec) H2H 2N7
Canada



Norbert Fournier

PSYCHOLOGUE

Individus • Couples • Supervision
Ateliers mensuels • PAE

Tél. : (450) 446-6463

Beloeil

365, boul. Laurier
J3G 4T2

Montréal

56, boul. St-Joseph O.
H2T 2P4

www.norbertfournier.com

*Gaétane Bourdages
Agnès Trempe
Jorge Vasco*

BOURDAGES, TREMPE, VASCO

PSYCHOLOGUES

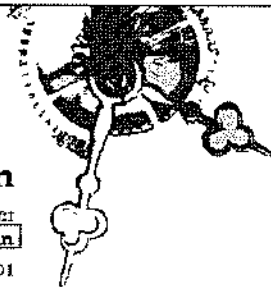
406, boul. Saint-Joseph Est, Montréal (Québec) H2J 1J5
Téléphone : (514) 288-2082 Télécopieur : (514) 288-0620

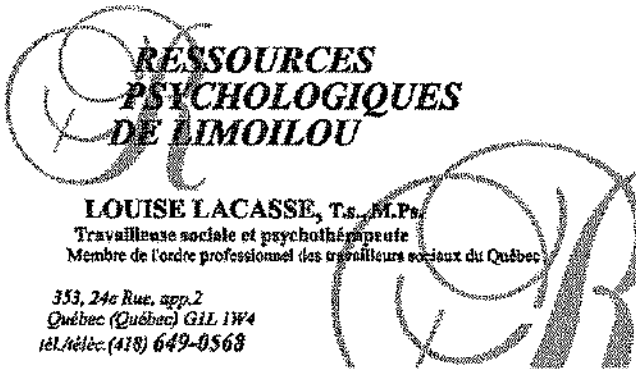
Louise Poulin

psychologue *et*
conseillère d'orientation

209 woodstock, bureau 201
saint-lambert, québec
J4P 1W7

450 465-0014





**RÉSSOURCES
PSYCHOLOGIQUES
DE LIMOILOU**

LOUISE LACASSE, T.s., M.Ps.
Travailleuse sociale et psychothérapeute
Membre de l'ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

353, 24^e Rue, app.2
Québec (Québec) G1L 1W4
tél. Téléc. (418) 649-0568

PSYCHOLOGIE



AU CENTRE DE LA PERSONNE

Richard Filion
Psychologue / Psychologist

1045, Grand Bernier, Saint-Jean-sur-Richelieu, QC J2W 1A4
450 • 349-3048



**CENTRE DE CONSULTATION
CONJUGALE**

Psychothérapie
individuelle et conjugale

Nicole Hébert, M.Ps.
Psychologue
514.894.8119

1480, rue Bélanger Est
Bur. 101, Montréal QC H2G 1A7
514.843.9160
www.objectif-couple.com

S y l v a i n
S e a b o r n
psychothérapeute



travailleur
social

membre de l'Ordre des Travailleurs Sociaux du Québec

t é l : (5 1 4) 2 1 2 - 8 3 8 3

MONIQUE MADORE

psychologue

6922, rue Garnier #2, Montréal (Qc) H2G 3A4

1110, boul. Vanier, Laval (Qc) H7C 2R8

(514) 272-8880



*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 de services psychologiques

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

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

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

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

UQAM

Département de psychologie

2 0 0 8 - 2 0 1 0

CIG

Le CIG annonce l'ouverture d'une VIII^e promotion de 3^e cycle

- 🕒 *En format intensif, 3 regroupements de 2 semaines chacun en octobre 2008, 2009 et 2010*
- 📍 *En résidence, à Magog*
- 📖 *Intégrant les travaux les plus récents sur le développement neuro-affectif*
- 🗨️ *Étude approfondie et entraînement spécifique au dialogue herméneutique*
- 👁️ *Applications cliniques des relations d'objet*
- 👤 *Interventions spécifiques sur la dynamique des identifications projectives*
- 👥 *Groupe limité à 12 participants*
- 👩 *Supervision assurée par Gilles Delisle, Ph.D. et Line Girard, M.Ps.*

Conditions d'admission

Le candidat au 3^e cycle doit avoir complété le 2^e cycle clinique du CIG ou l'équivalent. Par équivalent, il faut entendre une formation de base en Gestalt-thérapie.

Pour recevoir la documentation complète, communiquer avec le secrétariat du CIG

(514) 481-4134

Revue québécoise de Gestalt

CRITÈRES DE SÉLECTION ET DE CORRECTION D'UN ARTICLE

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

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

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

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

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

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

Monique Madore

Mot de la présidente

Marc-Simon Drouin

Éditorial

Louise Lacasse

Accueillir avant d'intervenir

**Alexandre Carle
Chantal Bournival et
Marc-Simon Drouin**

L'autodévoilement
du thérapeute
Les aspects déontologiques,
éthiques et cliniques

Nicole Hébert

Amour et engagement
Les enjeux du couple
contemporain en thérapie

Diane Duguay

Le fonctionnement optimal
de l'être humain
Vision gestaltiste et vision
chrétienne

François Chanel

Structures et processus
De l'objet interne au champ
expérientiel

Gilles Delisle

Une neurodynamique du Self
en dialogue thérapeutique

Uwe Strümpfel
Traduction de l'anglais par
Claire Allard et Janine Corbeil

Recherche en Gestalt-thérapie

Agnès Trempe

Résumé de lecture