

Revue québécoise de Gestalt

*Dans la vie comme
en psychothérapie*

Les liens au fil du temps, au fil des débats

Les Éditions de l'AQG



Volume 11 • 2008

Éditée à l'intention de toute personne intéressée à la théorie, recherche et à la pratique de la Gestalt, la *Revue québécoise de Gestalt* 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.

Revue québécoise de Gestalt

*Dans la vie comme
en psychothérapie*

Les liens au fil du temps, au fil des débats

À Agnès,
merci de ton comité
implication au
de rédaction.
Gaudou

Revue québécoise de Gestalt

Volume 11 • 2008

Mot du président 5

Bernard RIVIÈRE

Éditorial 7

Marc-Simon Drouin et Gaétane Bourdages

L'esthétique du temps en Gestalt-thérapie 11

Michael Vincent MILLER

Traduction de l'anglais par Janine CORBEIL, Claire ALLARD,
Marie GÉRIN-LAJOIE et Gisèle ROBERT

La Gestalt 27

Janine CORBEIL et Danielle POUPARD

Le lien, au coeur de la vie, au coeur de la thérapie 61

Jean-François GRAVOUIL

Enjeu de l'attachement

Le paradoxe d'un traitement basé sur le *Logos* et le *dialogue herméneutique* pour un enjeu essentiellement basé sur les *affects* et élaboré dans un *monde sans mots* 77

Catherine HAMEL

Le sentiment d'impuissance en relation d'aide	109
Bernard RIVIÈRE	
Une réflexion diagnostique au service du processus psychothérapeutique	121
Lise GIRARD	
La Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet et les données probantes	157
Marc-Simon DROUIN	
Commentaire de lecture	175
Marie GÉRIN-LAJOIE	
Notes biographiques	181

Mot du président

Vingt ans déjà...

L'Association Québécoise de Gestalt est née en 1988. Elle rassemble trois générations de gestaltistes qui ont été formés majoritairement par les Corbeil, Delisle, Godin, Saros, Hamel et Kennedy.

En effet, voilà près de quarante ans que la Gestalt a été introduite au Québec. Au plus fort de sa popularité, au milieu des années soixante-dix, six centres de formation donnaient de la formation en Gestalt, sans compter plusieurs autres d'orientation humaniste qui incluaient la Gestalt dans leur programme. Aujourd'hui, les nouveaux membres viennent surtout du Centre d'Intervention Gestaltiste, et bientôt nous côtoierons les futurs diplômés de l'Institut Québécois de Gestalt-thérapie et du Gestalt Institute of Montreal. Depuis sa fondation, l'AQG reçoit donc des membres de provenances diverses. Métaphoriquement, ils sont comme des arcs de cercle de différentes couleurs dont l'ensemble forme un arc-en-ciel lumineux. Pour soutenir cette luminosité, l'AQG s'est dotée de la *Revue québécoise de Gestalt* dont le premier volume fut publié en 1992.

À nouveau, plusieurs auteurs se commettent et s'engagent aujourd'hui en livrant leurs réflexions dans ce quatorzième livre. Écrire, c'est agir, c'est s'exposer, c'est risquer, c'est s'assumer et créer. Ces artisans gestaltistes de l'écriture révèlent les orientations et les préoccupations de la communauté. En ce sens, la rédaction d'un article pour la Revue est la fonction autorégulatrice qui révèle la vitalité de la Gestalt au Québec. Chaque article, dans ce contexte, devient une invitation au dialogue figure/fond garant d'un contact fertile.

Je tiens donc, au nom de tous nos lecteurs, à remercier les auteurs de leur générosité et de leur effervescence réflexive. Ma reconnaissance va aussi au comité de rédaction pour sa mobilisation toute créatrice à la mise en forme de cette Revue.

Bernard Rivière
Président de l'Association Québécoise de Gestalt

Éditorial

*Dans la vie comme en psychothérapie
Les liens au fil du temps, au fil des débats*

Notre association a dû surmonter bien des obstacles au fil des ans afin d'assurer sa survie. Il est remarquable de constater à quel point notre communauté a su, malgré sa taille relativement modeste, conserver une énergie créatrice permettant le déploiement de notre modèle et l'épanouissement de ses membres. Ce besoin impératif d'association témoigne de l'importance du lien et de l'attachement dans nos vies personnelles et professionnelles. Ce nouveau numéro de la *Revue québécoise de Gestalt* consacre une part importante de son contenu aux divers aspects du lien.

En guise d'introduction, nous vous présentons le texte de la conférence d'ouverture du Colloque de l'AQG 2007: *L'esthétique du temps en Gestalt-thérapie* de Michael Vincent Miller, traduit par Janine Corbeil, Claire Allard, Marie Gérin-Lajoie et Gisèle Robert. Il y est question du temps et de la condition humaine soumise à la temporalité. L'auteur, dans cette communication à saveur philosophique et poétique, nous invite à réfléchir à la nécessité de tenir compte de la dimension temps dans la vie, ainsi qu'en psychologie et en psychothérapie. Cette conférence fut particulièrement prisée et c'est sans doute avec plaisir que vous pourrez en savourer à nouveau le contenu.

Pour demeurer dans l'esprit des retrouvailles, nous avons jugé opportun de reproduire un texte important de deux de nos pionnières québécoises, Janine Corbeil et Danielle Poupard. Ce texte fut publié en 1978 dans la revue *Santé Mentale au Québec* et conserve à ce jour toute sa fraîcheur et sa pertinence. Après avoir décrit les origines de la Gestalt-thérapie, les auteures en retracent les principaux axes théoriques et décrivent les concepts fondamentaux de l'approche ainsi que la nature et les buts du processus thérapeutique.

De ces retrouvailles, nous passerons ensuite aux liens plus contemporains. Jean-François Gravouil nous invite à une réflexion sur le lien au cœur de la vie et de la thérapie et sur les éléments fondateurs d'un lien constructeur. Bien que le lien soit central à la

vie psychologique et fondamental en thérapie, bien des obstacles nous guettent lorsque nous tentons d'établir un lien optimal avec nos clients.

Le thème du lien se retrouve aussi dans le texte suivant signé par Catherine Hamel qui nous propose une réflexion sur le traitement de l'enjeu de l'attachement selon le modèle de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet, à la lumière des nouvelles connaissances en neurosciences. Dans un premier temps, elle nous invite à une réflexion théorique sur le dialogue herméneutique en tant qu'outil exigeant un si haut niveau d'élaboration psychique qu'il n'est parfois pas applicable pour le traitement d'un enjeu aussi précoce. L'auteure propose d'intégrer au modèle une double position thérapeutique qui prend racine sur le fond Logos. Cette intégration est représentée par la métaphore de la « double hélice *mentalisation-herméneutique* ». Dans un deuxième temps, s'appuyant sur les travaux de Fonagy, Schore, Siegel, Cozolino et Wallin, elle présente des considérations cliniques relativement au développement de l'hélice de la *mentalisation*.

L'impuissance fait souvent partie de l'expérience des thérapeutes et des clients au cours du processus thérapeutique. Bernard Rivière nous rappelle qu'en tant qu'aidant ou thérapeute, faire la lumière sur le pouvoir dont on dispose réellement et le distinguer de celui qui n'est pas entre nos mains est très utile pour permettre de sortir de la paralysie, de l'inhibition d'action dans lesquelles l'impuissance nous confine parfois.

Quelle serait la place du diagnostic pour aider le psychothérapeute à créer ce lien primordial à la réussite d'une démarche de psychothérapie et à baliser son intervention afin d'éviter les obstacles et de contrer l'impuissance? Line Girard est d'avis qu'une réflexion diagnostique approfondie est un élément essentiel d'une intervention de qualité. Elle nous présente ici le modèle diagnostique qu'elle a développé. Suite à son exposé, dix intervenants en santé mentale communiquent leurs réactions et commentaires relativement à cette proposition diagnostique réflexive.

Notre préoccupation pour le lien et la qualité de la relation est-elle menacée par l'émergence et la prépondérance des données probantes en psychothérapie? Marc-Simon Drouin nous présente une revue critique sur l'évaluation de l'efficacité de la psychothérapie à l'aide des données probantes tout en essayant de situer la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet en regard de ces divers résultats de recherche sur l'efficacité thérapeutique.

Pour clore cette édition et reprendre le fil du temps au niveau des origines de l'approche, Marie Gérin-Lajoie nous propose une réflexion sur un ouvrage majeur en Gestalt, soit le texte de la cofondatrice Laura Perls intitulé *Vivre à la frontière*, publié à l'origine sous le titre *Living at the boundary* et traduit en français par Janine Corbeil. Dans son commentaire, Marie Gérin-Lajoie se dit fascinée par la résonance contemporaine de cet écrit et elle dégage les thèmes et concepts fondamentaux élaborés par l'auteur, tels que la frontière-contact, les fonctions de contact, le cycle d'*awareness*, la présence, l'engagement, la conception de l'humain et la conception gestaltiste de l'agressivité.

Le comité de rédaction vous souhaite bonne lecture et espère que vous savourerez avec plaisir ce que les différents auteurs vous offrent comme réflexions dans cette édition où il est question des liens au fil du temps et des débats.

Marc-Simon Drouin et Gaétane Bourdages
Comité de rédaction

NDLR: On notera l'utilisation des mots *sécure*, *non sécure* et *développemental(e)* dans cette édition de la *RQG*. Précisons que ces mots ne font pas partie de la langue française; ils sont cependant employés couramment dans les écrits théoriques et cliniques sur le développement de la personne.



L'esthétique du temps en Gestalt-thérapie¹

Michael Vincent MILLER

Traduction de l'anglais par Janine CORBEIL, Claire ALLARD
Marie GÉRIN-LAJOIE et Gisèle ROBERT

Résumé

Lors de cette conférence, Michael Vincent Miller explore la notion du temps avec un éclairage phénoménologique de situations quotidiennes. Le temps amène l'humain à une conscience qui pousse son besoin de connaître, qui éveille sa curiosité. L'auteur revoit ainsi le sens du premier cri à la naissance, de l'attente, de la souffrance, de la relation, de l'amour. Il s'appuie sur les nuances philosophiques de la temporalité pour développer son propos. En Gestalt-thérapie, la dimension temporelle est prise en compte dans les notions de self, de contact, d'action. Et vivre le moment présent doit inclure le passé et le futur, sinon la vie même est insensée. Les pathologies relatives à l'anxiété et à la dépression sont des fixations qui cherchent à annuler le temps. L'anxiété cherche à rabattre le futur dans le présent et la dépression traite le futur comme s'il faisait déjà partie du passé. La conscience du temps qui passe crée l'émerveillement et la curiosité, sources de vitalité.

Kafka a écrit: «Le positif est déjà acquis. Il relève de nous de créer le négatif». Nous n'avons pas attendu très longtemps pour créer ce négatif. Le premier NON est issu de la première femme, Ève, lors de sa désobéissance au commandement de Dieu qui interdisait de manger du fruit de l'Arbre de la Connaissance. Au moins, elle a eu un Non actif et direct; Adam, quant à lui, voulant paraître bon garçon, a produit le premier Non passif agressif. Lorsqu'ils se sont fait prendre, il a dit à Dieu: «C'est elle qui m'a dit de faire ça».

Mais Dieu avait déjà préparé la mise en scène pour que nos ancêtres exercent ce talent qu'a l'humain de créer le négatif. Il a émis son Commandement sous la forme de «tu ne dois pas», donc, un Non impérial et divin qui rendait la négation humaine à la fois risquée et intéressante. Jusqu'à ce moment, d'une certaine façon,

¹ Ce texte est la traduction de la conférence d'ouverture du 20^e colloque de l'Association Québécoise de Gestalt ayant eu lieu à Montréal les 19 et 20 octobre 2007. Traduit et publié avec la permission de l'auteur.

Adam et Ève vivaient dans le Oui éternel du Paradis. Mais lorsque Dieu a émis un interdit, l'abondance infinie de l'Éden devint immédiatement insatisfaisante. Dès lors, seulement ce que Adam et Ève ne pouvaient obtenir attirait leur attention. C'est une négation différente d'un refus; il s'agit plutôt d'un manque, un moment où quelqu'un devient conscient du temps. Ainsi, les premiers tourments du désir et la première curiosité ont été éveillés, provoqués par l'écart entre avoir et ne pas avoir. Le temps a commencé à s'écouler pour remplir le vide. Les sentiments tels que le désir, la douleur, le besoin, l'anticipation, l'étonnement et le ravissement se déploient dans le temps. On ne peut les imaginer en dehors du passage du temps.

Le mythe de la Genèse suggère que notre capacité à nier, à exprimer et à agir un Non est bien la façon dont nous nous sommes éloignés de l'harmonie originelle avec la nature. Le positif est acquis, dit Kafka, mais le talent ou le vice de l'humain, c'est selon la perspective, est de créer le négatif, ce qui met fin à la confluence entre la conscience humaine et la nature. Avec cette séparation, héritage plus ou moins heureux, débute la condition humaine, c'est-à-dire la temporalité, qui amorce l'histoire de l'humanité. Je veux dire que l'expérience de la négation, et la séparation qui en découle, ont constitué notre façon de créer la temporalité et de vivre désormais dans la dimension temporelle.

Depuis ses débuts, la pensée judéo-chrétienne a interprété le geste posé par Ève comme une inaptitude à contrôler ses impulsions: elle ne pouvait que succomber à la tentation. À mon avis, elle était plutôt stimulée par la curiosité intellectuelle. Sa soif de connaissance et sa curiosité l'ont poussée à désobéir. Le désir, sexuel ou autre, la curiosité ou l'émerveillement sont issus de la conscience, à la fois terrible et fascinante, que nous vivons dans le temps; terrible puisque nous savons que nous mourrons. C'est aussi la source de toute souffrance dans la vie. La conscience de la mort est la connaissance que l'Éden nous a cachée. Mais, également, sans temporalité, sans la notion du temps qui passe, il n'y a, selon moi, ni désir, ni curiosité, il n'y a pas d'émerveillement. Adam et Ève n'ont pas ressenti le désir avant que Dieu n'interdise quelque chose, comme ils n'ont pas ressenti de souffrance avant d'avoir désobéi. Même l'Éden, la plus belle propriété de la planète, ne les excitait pas. En d'autres mots, le Paradis n'était pas adéquat comme lieu de résidence pour l'humain. Malgré cela, nous l'attendons encore. Quelle situation difficile!

On nous dit qu'immédiatement après la Chute, Adam et Ève se sont regardés et se sont rendu compte qu'ils étaient nus; ils se sont donc couverts avec des feuilles. Ceci a toujours été compris comme

ant l'origine de la honte sexuelle, et expliquerait pourquoi, dans les sociétés civilisées, nous cachons notre corps à l'autre. Quant à moi, je vois la situation différemment. Je pense que ce fut le début de l'expérience de la déception. Peut-être, sous le règne du temps, voient-ils une poitrine flétrie par ci, un bedon par là. Ils acquièrent une nouvelle conscience de leurs corps ; le vieillissement et la morbidité sautent aux yeux comme ravages du temps et rappels de la mortalité. En regardant la condition humaine, on peut dire que la déception est le principal révélateur du temps. La déception est une forme particulière de conscience du temps, une réponse émotionnelle à ce qui diminue, à ce qui n'est plus comme avant, à ce qui décline et sera, avec le temps, réduit à rien. La déception touche la perte, et l'ultime déception de l'existence humaine est la mort.

Si vous êtes le moindrement en accord avec ce que j'ai dit jusqu'à maintenant, l'importance de la notion du temps pour la psychologie et la psychothérapie devient évidente, car surtout depuis Freud, ces disciplines portent une attention particulière au désir, à la curiosité, à la déception et à la peur de la mort. Néanmoins, la plupart de nos psychologies et de nos psychothérapies sont résolument spatiales. Même les entités théoriques qui n'ont pas d'existence spatiale tels que le moi, le ça, le surmoi de même que le self, sont représentées avec des caractéristiques ou des métaphores spatiales. L'expression « relations d'objet » est révélatrice à cet égard. Les entités psychologiques sont représentées et considérées comme des objets. Ainsi, les éléments de la vie intrapsychique sont facilement chosifiés, c'est-à-dire considérés comme des choses et les choses existent évidemment dans l'espace.

Pourquoi est-ce ainsi ? Je crois que cela résulte de la tentative en psychologie, depuis le Siècle des lumières, d'imiter les sciences naturelles telles la physique, la chimie, et l'astronomie. Les objets dans l'espace peuvent être mesurés précisément et des relations de cause à effet peuvent être établies entre eux. Évidemment, depuis longtemps ou du moins depuis la théorie de la mécanique quantique et le Principe d'Incertitude d'Heisenberg, la physique elle-même a abandonné les notions simples de mesures précises et de causalité. En ce sens, elle va beaucoup plus loin que la psychologie relativement aux mystères imprévisibles du temps et de l'espace. Plus les physiciens ont poussé leurs recherches loin dans le cosmos et plus ils ont pu pénétrer en profondeur le monde subatomique, plus ils ont été contraints de parler de probabilités, de paradoxes, de contradictions, de réalités multiples ainsi que de théories basées sur des ondes aléatoires et des champs dont le comportement défie le sens commun.

Cependant, il me semble que la psychologie loge encore beaucoup à l'enseigne de la réalité newtonienne : un monde où les particules se heurtent et s'affectent les unes les autres, voltigeant dans toutes les directions, s'harmonisant parfois ou se confrontant au milieu d'un *vacuum*. Que nous disent la plupart de nos théories sur la nature du temps dans le fonctionnement humain ? Très peu. Je pense que la psychanalyse a une conception faible et inadéquate du temps : elle se limite à insister sur le fait que notre enfance façonne notre présent adulte. Les théories psychanalytiques qui se sont intéressées à la notion du temps dans la vie psychique portent surtout sur la mémoire, c'est-à-dire sur les souvenirs conscients et inconscients qui expliqueraient le lien entre le passé et le présent dans la vie émotionnelle et la conduite. Par exemple, la théorie analytique avance que les traumatismes précoces prennent place dans la psyché comme une cellule cancéreuse et qu'ils ont une influence contagieuse sur nos comportements et sentiments futurs.

Cette notion de répétition du passé, si importante en psychanalyse, est évidemment très valable, mais je pense qu'elle doit s'insérer dans un contexte de réflexion plus riche sur la nature du temps. Les théories behavioriste, cognitive et neurologique s'intéressant au comportement humain ont aussi souligné l'importance de la mémoire, mais elles utilisent encore plus la mémoire comme une chose, un objet. La neurologie la localise dans le cerveau. (La Gestalt-thérapie, comme Isadore Fromm avait l'habitude de le souligner, ne croit pas à la mémoire mais à un processus d'émergence des souvenirs). Il est vrai que certains courants récents de recherches en psychologie et de pratiques en psychothérapie ont tendance à tenir compte de théories du temps plus complexes. Je pense à la thérapie qui s'intéresse à la façon dont nous élaborons un récit. Je pense aussi aux récentes recherches, comme celles de Damasio, portant sur le rôle de l'affect dans les processus de cognition et de raisonnement. Mais je dis « ont tendance à tenir compte » parce que, à ce que je sache, les implications de ces nouvelles idées pour une psychologie du temps n'ont pas été poussées très loin jusqu'à maintenant.

Revenons maintenant à la pertinence de ce thème en psychothérapie. Permettez-moi de revoir la scène mythique de la Genèse en termes développementaux. Évidemment, toutes les théories sur les premières étapes développementales sont essentiellement des mythes de toute façon, des projections des adultes sur leur passé, puisque les bébés ne peuvent pas nous parler de leurs expériences. Et au moment de l'acquisition du langage, les expériences préverbaux sont déjà oubliées ou transformées. Je vais donc vous présenter mon propre mythe sur le développement.

Dans le positif inconditionnel, le oui vécu dans le sein maternel, le temps n'existe pas pour l'embryon, même s'il croît. C'est mieux encore que l'Éden. Toute l'existence de l'enfant et jusqu'à sa respiration est assurée par l'autre. Toutefois, dès les premiers instants de son arrivée au monde, le nouveau-né se rend brusquement compte qu'il doit respirer par lui-même. Quel supplice ! C'est sûrement la chute en dehors du Paradis perdu. Dorénavant, il devra chercher son propre oxygène. Ainsi, son premier cri est souvent perçu comme une tentative de respirer. Sans aucun doute, mais nous imaginons également que nous entendons une note de protestation ou de nostalgie, un refus ou un manque. J'aime imaginer que le premier cri du bébé est un cri de déception. Ainsi débute une forme rudimentaire de conscience du temps qui passe. Nous respirons dans le temps. Comme une horloge, chaque inspiration et chaque expiration marquent les secondes qui s'écoulent dans la vie humaine.

Vous savez tous combien la Gestalt-thérapie a souligné l'importance de la respiration comme élément fondamental de contact et de soutien, et, donc, l'attention que porte le gestalt-thérapeute à la qualité de la respiration du patient ou de la patiente pour évaluer sa capacité à ressentir et à exprimer les émotions ainsi qu'à tolérer l'intensité d'une situation présente sans être submergé par l'anxiété. J'aimerais aller un peu plus loin et dire que la respiration est l'élément fondamental en Gestalt-thérapie pour décrire le rythme de contact-retrait essentiel à toute créature vivante ; l'expansion pour prendre quelque chose de l'environnement, la contraction pour le relâcher. Évidemment lorsque je dis « rythme », j'introduis la dimension de temporalité.

Je pense que la Gestalt-thérapie, avec son insistance sur la notion de *self* comme processus changeant, sur le contact comme un phénomène de changements constants, sur l'action qui se déploie plutôt que sur les choses, sur les verbes plutôt que sur les noms, peut fournir les fondements d'une théorie et d'une psychothérapie pleines et satisfaisantes, enracinées dans la dimension temporelle. Ceci est dû au fait que la Gestalt-thérapie est issue de la philosophie moderne. De grands philosophes tels Kant et Bergson ont placé le temps au centre de leur pensée. La phénoménologie et l'existentialisme, qui ont profondément influencé la Gestalt-thérapie à ses débuts, ont considéré le temps plutôt que l'espace pour décrire la nature de l'existence humaine. Un des ouvrages clés de Husserl portait sur la phénoménologie de la conscience intime du temps. L'oeuvre maîtresse de Heidegger qui définissait la phénoménologie existentielle s'intitule *Sein und Zeit – L'Être et le Temps*. L'important livre de Merleau-Ponty *Phénoménologie de la perception*

porte sur la nature de la temporalité. Le second livre d'Emmanuel Lévinas est intitulé *Le temps et l'Autre*.

Je crois qu'il y a une riche compréhension temporelle en Gestalt-thérapie, implicite cependant, seulement par évocations et allusions. La Gestalt-thérapie a beaucoup été une théorie éclectique. Dans l'ouvrage fondamental de Perls, Hefferline et Goodman, il y a plusieurs courants qui se heurtent et même se contredisent. Premièrement, diverses théories en philosophie et en psychologie – la psychologie psychanalytique du moi, Reich, la Gestalt psychologie, la psychologie sociale de Dewey et la théorie du champ de Lewin – ont influencé les débuts de la Gestalt-thérapie ; souvent ces influences se sont mis des bâtons dans les roues les unes les autres. Il y a beaucoup de travail à faire pour aménager le jardin de la Gestalt-thérapie, pour en quelque sorte émonder et se débarrasser de l'inutile et de l'encombrant. Deuxièmement, dans la pratique de la Gestalt-thérapie, particulièrement celle qui a été façonnée par Fritz Perls et certains de ses successeurs, une théorie inadéquate de la temporalité a été mise de l'avant dans certains milieux.

En Gestalt-thérapie, la façon dont on interprète souvent la consigne «vivre le moment présent» semble problématique. Il s'agit d'une idée très précieuse et très importante – mais lorsqu'elle est prise au sens littéral, elle devient inadéquate et réductrice comme la notion de cause à effet en psychanalyse et en béhaviorisme. Vivre le moment présent, le fameux «ici et maintenant», pris littéralement, mènerait à une existence pauvre et étrange, presque à caractère psychotique. Ce serait comme si la vie était une suite déconnectée de «maintenant»: maintenant, maintenant, maintenant, maintenant. C'est exactement la situation d'une personnalité limite, pour qui le clivage découle d'une existence temporelle dans laquelle le moment en figure d'une relation est expérimenté comme étant toute la relation et l'histoire de fond disparaît sans cesse. Évidemment, ce n'était pas le sens donné par Perls ni les autres gestalt-thérapeutes et je n'attaque pas Perls, mais plusieurs de ses disciples ont réduit la thérapie à une série de maintenant, maintenant, maintenant, maintenant. Maintenant je suis conscient, maintenant je suis conscient, maintenant je suis conscient. «Maintenant» comparé à quoi ?

Ce n'est pas suffisant en psychothérapie. C'est encore moins une philosophie de vie, présentée comme telle par plusieurs. De plus, nous avons d'autres modèles temporels gravement inadéquats comme le cycle de contact ou le cycle de conscience (*awareness*) en Gestalt-thérapie. Comme si nous vivions tous notre temps, comme le moteur d'une automobile qui reprend toujours incessamment le même cycle, et que nous le faisons tous sur le même mode. Nous

devenons conscients, nous devenons excités, nous nous mobilisons, nous prenons contact, nous nous apaisons, la boucle se referme, une gestalt se termine puis nous recommençons. Cette description mécanique est comme l'univers de l'horloger de Newton.

Le point essentiel est qu'en Gestalt-thérapie comme dans les autres approches, de belles images métaphoriques qui donnent un sens sont peu à peu considérées comme étant la réalité. Tous les poètes savent qu'une métaphore ne peut être utilisée que quelques fois; il faut ensuite s'en défaire avant qu'elle ne devienne un corps mort. Et n'essayez pas de redonner vie à un corps mort parce que la nature vivante et dynamique de l'existence dépassera toujours toutes nos métaphores.

II

Ce que je suggère, c'est que la condition humaine, cette vie abritée sous l'arche premier de la temporalité, s'estompe dans un futur inconnu autant que dans un ancien passé oublié tout comme l'arc-en-ciel dont les deux bouts se perdent dans l'espace. La condition humaine dis-je, est une existence faite d'émerveillement et de souffrance. Le cri du nouveau-né communique instantanément la surprise et la souffrance d'être au monde. Nous connaissons ses besoins douloureux, mais nous sommes également témoins de sa curiosité infinie, de sa fascination constante pour toute chose nouvelle, pour tout moment inédit.

Quelle est cette entité ou ce processus que nous appelons temps? Comment le temps prend-il existence? Presque tous les philosophes s'accordent à dire que cela ne fait pas de sens de parler du temps qui existerait sans nous. Son invention ou sa découverte pourrait s'être faite ainsi: j'ai parlé du cri qui précède le rythme de la première respiration. Un facteur plus général d'un point de vue développemental est que l'enfant découvre qu'il doit attendre. Avant la naissance, à ce que l'on sache, tout besoin recevait une réponse immédiate. Les nutriments maternels entraient directement dans l'embryon par le flux sanguin. Immédiatement après la naissance, les besoins du nouveau-né reçoivent une réponse quasi immédiate, le besoin de l'enfant et le besoin de la mère de répondre à ce besoin se rencontrant comme deux parties de la nature, du moins quand tout se déroule bien. Puis, à un certain moment, l'enfant découvre qu'il doit attendre. Peut-être que dans cette attente, qui équivaut à une certaine coupure, qui met une distance, l'expérience du temps prend place. Une poète du nom de Anne Carson s'interroge sur la façon dont l'enfant découvre qu'il y a une frontière? Sa réponse est la suivante: «En refusant passionnément qu'il y en ait une». Je dirais la

même chose à propos du temps. Comment l'enfant découvre-t-il que le temps existe ? En refusant passionnément d'avoir à attendre.

Dans cette brisure, cette distance dans l'existence, dans ce vacuum entre le besoin ou le désir et la satisfaction de ce besoin ou désir, tombe l'ombre du temps. Cela rend la vie difficile. Cela fait aussi de la vie un défi. Sans difficulté, il n'y a pas de créativité, pas de raison d'inventer ou de croître. L'historien britannique Arnold Toynbee affirme que les événements de la vie ne se posent pas en termes de causes et d'effets, mais en termes de défis et de réponses à ceux-ci.

L'émerveillement et la souffrance sont les qualités de notre existence à mesure qu'elle se déploie dans le temps. Nous sommes des corps qui vieillissent et se flétrissent, un morceau de viande qui a de belles formes et de merveilleuses fonctions mais qui fait mal, tout comme nous avons un esprit qui souffre, désire, et qui est constamment curieux devant l'inconnu. On peut voir cette combinaison dans toute grande œuvre d'art. Un poème du poète français, Stéphane Mallarmé, commence ainsi : *«La chair est triste, hélas ! Et j'ai lu tous les livres»*. Les grands peintres de l'humain ont toujours compris que l'émerveillement et la souffrance sont les deux caractéristiques de l'existence – Vélasquez et Goya, Max Beckmann et Francis Bacon. Il y a quelques années, j'enseignais à Paris et je suis allé voir une exposition d'un peintre expressionniste allemand, Max Beckmann, un peintre merveilleux. Jamais un peintre n'avait jusqu'alors réussi à ce point à rendre l'idée de la vulnérabilité de la chair. De la chair vivante tournant déjà au gris de la mort, comme quelque chose déjà près de la décomposition. Des veines et des artères teintées d'une sorte de vert flétri, comme quelque chose de trop mûri, des blessures et des plaies béantes qui saignent. Cela semble terrible, mais ces peintures sont cependant très belles. Parce que, comme dans tout grand art, il y a transposition créatrice ici, quelque chose de sacré et de transcendant dans ces représentations de la souffrance humaine. La souffrance dont je parle n'est pas celle de la fixation névrotique. Le tragique n'est pas la dépression. Cette distinction entre tragédie et dépression est importante pour notre compréhension de comment nous existons dans le temps. En effet, la tragédie accepte la souffrance comme une condition existentielle et temporelle de notre vie pour finalement la transformer en gain de sagesse. La dépression, par contre, implique un refus de la vie dans le temps : la personne en dépression s'accroche à ses misères et les perpétue. Je reviendrai là-dessus plus tard.

À mon avis, il y a peu de différence entre la philosophie et la psychothérapie. Je vois la psychothérapie comme moins médicale que la philosophie appliquée, quoique prescrire des antidépresseurs soit d'ordre médical. Cependant, chacune met l'emphasis sur des aspects différents. On pourrait dire que la philosophie et la psychothérapie se sont réparties entre elles les deux principales préoccupations humaines que sont l'émerveillement et la souffrance. La première question de la philosophie est «Pourquoi y a-t-il quelque chose au lieu de rien?» Socrate dit que l'émerveillement est le commencement de la philosophie. Aristote dit que l'émerveillement est le commencement de la philosophie. Heidegger dit que l'émerveillement est le commencement de la philosophie. L'origine de toute curiosité porte sur le fait même d'exister. Comment cela est-il possible, comment cela est-il possible? demande le philosophe. Cela signifie que l'expérience la plus ordinaire comporte en même temps le plus profond mystère.

Si la question primordiale posée par la philosophie est de savoir comment il peut y avoir quelque chose au lieu de rien, la psychothérapie commence avec une autre question, une question qui porte sur le poids de l'existence quotidienne, question qui relève de la temporalité. La question est la suivante: comment puis-je continuer? Dure question, car elle exprime que la vie n'est pas seulement un délice, mais également un fardeau, un fardeau parfois lourd. Pensez au nombre de fois que quelqu'un dit: «Je veux descendre de ce train, je veux que tout cela cesse». Mais on ne peut pas descendre du train, car il ne s'arrête pas. Exister est une responsabilité à laquelle on ne peut se soustraire. On ne peut pas cesser d'exister quoiqu'on le veuille, excepté en se suicidant ou encore par d'autres tentatives analogues comme les drogues ou les autres dépendances. Connaissez-vous l'œuvre d'Emmanuel Lévinas? C'était un philosophe, disciple de Husserl et de Heidegger; il a écrit des textes du plus grand intérêt pour nous psychothérapeutes. Ainsi, il a écrit des pages merveilleuses et très fortes sur le fardeau que constitue le simple fait d'exister. (Juif de Lituanie, il était dans un camp de concentration au moment où il a écrit sur ce sujet, il connaissait donc ce dont il parlait). Il aborde cette question de l'existence temporelle par l'analyse phénoménologique de phénomènes comme la fatigue, l'indolence, l'insomnie, toutes des caractéristiques typiquement humaines qui n'ont rien d'abstrait. Permettez-moi de vous lire ces quelques lignes:

Il existe une lassitude qui est comme une lassitude de tout et de tous, et par-dessus tout, une lassitude de soi-même... cette lassitude nous rappelle notre obligation d'exister, avec tout le sérieux et la dureté d'un irrévocable contrat. Il faut faire quelque chose.

Il faut avoir la motivation et entreprendre... La lassitude est l'impossible refus de cette obligation ultime.

Un autre passage capte de façon saisissante la temporalité de l'expérience subjective :

L'indolence précède automatiquement tout début d'action, la mise en mouvement de l'action. L'indolence parle du commencement, comme si l'existence n'était pas automatiquement là, mais précédait le commencement d'une inhibition... Il y a là plus qu'un espace de durée qui flotte imperceptiblement entre deux moments. Ou alors peut-être que l'inhibition impliquée dans l'indolence est aussi une révélation d'un commencement que chaque instant effectue en étant un instant.

Voyez-vous où Lévinas veut en venir? Son analyse phénoménologique de la lassitude et de l'indolence nous révèle comment l'instant lui-même arrive à l'existence. C'est une élaboration de ce que je disais précédemment au sujet de l'attente. La lassitude est inhérente à l'obligation d'exister, c'est-à-dire à notre incapacité de débarquer du train, à notre souhait parfois de ne pas exister, d'arrêter. Dans le cas de l'indolence, on ne veut même pas commencer alors que tout est déjà en marche, car l'existence ne fait pas de pause. Ces tensions, dit Lévinas, forment ce qui constitue notre expérience de l'instant présent. Imaginez que vous devez soulever une pierre lourde et qu'à mesure que vous la soulevez, elle devient de plus en plus lourde. Cependant, votre tâche consiste à la hausser jusqu'à la tablette du haut, et au fur et à mesure que vous la soulevez, vos muscles et même votre esprit se fatiguent. Toutefois, comme vous êtes en route, vous ne pouvez pas arrêter, vous avez un engagement, il vous faut continuer. Et si vous vous arrêtez dans cet effort, la pierre retombe par terre et il vous faudra recommencer. Tout comme la levée de cette pierre, l'existence dans le temps est un contrat inéluctable. On a alors une conscience aiguë du temps comme étant ce désir d'arrêter et l'impossibilité de le faire.

Lorsque cette lassitude et cette indolence, telles que définies existentiellement par Lévinas, deviennent des conditions existentielles chroniques, nous entrons dans la sphère de la pathologie. La lassitude chronique, c'est la dépression combinée à l'abandon de tout désir. Quand vous êtes existentiellement las et qu'un partenaire sexuel attirant vous invite à faire l'amour, vous n'êtes pas intéressé. Le désir prend difficilement racine dans la lassitude. En effet, la personne déprimée a très peu de désir. C'est précisément ce refus de la personne déprimée de vivre dans le temps, créant l'illusion d'être débarquée du train, qui finit par la couper du désir de la vie elle-même.

Par ailleurs, l'indolence chronique pourrait être davantage reliée aux troubles anxieux. Une telle indolence n'est pas la paresse pure et simple, laquelle peut survenir à un moment ou l'autre pour chacun d'entre nous. C'est plutôt la crainte de tout effort qui mettrait en mouvement vers le futur parce que la personne n'a pas suffisamment de soutien interne pour composer avec l'inconnu. Je vais maintenant vous communiquer ma propre phénoménologie temporelle de la dépression et de l'anxiété.

III

Si l'émerveillement ou la curiosité et la souffrance sont des signes de la vie dans un monde temporel, alors je soutiens que l'anxiété et la dépression sont des tentatives pour se libérer du temps. Jusqu'à un certain point, bien entendu, ces expériences sont inévitables. L'anxiété accompagne toute excitation et la dépression accompagne toute perte. Mais, en tant qu'états figés, chroniques, les deux deviennent des tentatives de contrôle de la temporalité. Les deux, bien que de manières différentes, sont des tentatives de vivre en dehors du passé, du présent et de l'avenir. L'anxiété et la dépression, devenues des fixations, veulent littéralement tuer le temps en vue de créer une certitude qui remplacera le mystère inhérent à la temporalité de la vie elle-même.

Le penseur Heidegger comprenait que l'anxiété accompagne toute vie authentique. Son terme *dasein*, «être dans le monde», comporte une orientation vers le futur. Pour lui, vivre pleinement et authentiquement signifie toujours être juste un peu au-devant de soi-même, vivre le moment présent, mais tourné vers le futur en tant qu'inconnu qui s'offre à nous, lequel inclut ultimement notre propre mort. Ce qui signifie vivre dans un état de tension perpétuelle. Si vous vivez ce que Heidegger appelle une vie authentique, vous avez peu de repos. Vous vivez avec l'incertitude et toujours avec une certaine tension.

Merleau-Ponty insiste pour dire que le temps est toujours inachevé et dans un état de flux continu. Vous ne pouvez vivre complètement le moment présent, puisqu'il est déjà en changement au moment où vous y entrez, refluant pour rendre le passé plus long et faire paraître le futur plus court. En vieillissant, vous savez ce que c'est. William James, un autre penseur, a dit à peu près la même chose. Ainsi, vivre dans le temps nous rend inévitablement anxieux parce que c'est vivre dans une tension irréductible. Mais c'est aussi l'aventure de la vie. Qu'est-ce qu'une aventure? Une aventure est un cocktail fait à la fois d'anxiété et d'excitation. La première fois que vous faites quelque chose de nouveau, vous êtes à la fois excité et anxieux. Si vous désirez vivre votre vie comme une

aventure, vous ne pouvez vivre l'excitation sans l'anxiété et
versa. La curiosité peut nous rendre anxieux: trouverai-je quelque
chose de bon ou de mauvais? L'amour nous rend anxieux: va-t-il ou
va-t-elle cesser de m'aimer, m'abandonner, ou me dévorer? Est-ce
que j'ose aimer? L'anxiété accompagne toute prise de risque.
Lorsque je conduis cette motocyclette pour la première fois, je me
brise les os, ou je me donne une sensation forte, ou les deux?

Bien, il y a de bonnes et de mauvaises nouvelles dans toutes ces
formulations. Un trouble anxieux remplace les possibilités de
bonnes nouvelles par des mauvaises uniquement. L'anxiété patho-
logique anticipe les mauvaises nouvelles. Elle fait plus que cela: elle
affaisse le futur dans le présent. La personne pathologiquement
anxieuse mobilise déjà son esprit et son corps pour une urgence
qui n'existe pas encore. Elle vit comme si cela existait, comme si
elle savait de manière certaine qu'il y a un désastre au prochain
tournant. Le désastre non existant mais possible façonne déjà la vie
de la personne anxieuse en mascarade d'urgences. Ainsi, la
personne atteinte d'un trouble anxieux n'a pas de futur, parce
qu'un vrai futur ne peut être connu. Les personnes atteintes de
troubles anxieux ne vivent pas ce que Heidegger appelle un futur
possible, mais un futur déjà connu, lequel est catastrophique. C'est
une manière de créer une illusion de certitude, bien que sinistre, là
où la certitude ne peut exister. Chaque muscle est tendu, l'adréna-
line circule et l'organisme rencontre l'urgence qui n'existe pas. Le
grand mystère du temps est ainsi éliminé.

Si vous êtes très anxieux, vous ne pouvez tolérer d'attendre.
Attendre, pour les personnes très anxieuses, est une sensation
horrible. Pour cette raison, entre autres, elles sont toujours pressées
quoique généralement en retard à leurs rendez-vous. Elles ne
veulent pas négocier avec le temps. Elles ne veulent pas que le
temps existe. Supposons que vous soupçonnez votre amoureux
d'être avec un autre homme ou une autre femme; vous ne le savez
pas de manière certaine, mais vous le soupçonnez. Il ou elle devait
vous rencontrer il y a une heure. Maintenant, une autre heure s'est
écoulée, et vous n'avez aucune idée où il ou elle se trouve, mais
vous pensez qu'il ou elle peut être avec quelqu'un d'autre. Avez-
vous déjà essayé de vous asseoir et de lire un roman ou d'écouter
de la musique en pareille circonstance? Vous pouvez à peine vous
concentrer parce que vous êtes envahi par le futur inconnu. Les
personnes atteintes d'un trouble anxieux sont comme cela tout le
temps. En fait, elles sont certaines que leur amoureux est avec
quelqu'un d'autre, comme s'il les avait déjà trompées et elles sont
déjà en état de panique. L'amoureux est coupable jusqu'à ce qu'il
prouve son innocence. Parce que si vous ne savez pas ce qui se

se, si vous pouvez vraiment admettre de ne pas savoir, pourquoi votre cœur bat-il la chamade, pourquoi vous sentez-vous sur l'adrénaline ? Les personnes anxieuses vivent comme si elles conduisaient une voiture et qu'un camion hors de contrôle se dirigeait directement sur elles.

Le futur est un horizon qui s'éloigne constamment. C'est une distance infinie, infranchissable, comme un vaste désert sans fin, parce que nous ne pouvons le connaître, nous ne pouvons explorer ses limites, nous ne pouvons nous en emparer. Vous pouvez le vivre comme une possibilité, mais si vous ne pouvez tolérer de le vivre uniquement comme une possibilité, alors vous développerez fort probablement un trouble anxieux. Je dirais que les troubles anxieux, phénoménologiquement, sont des façons d'essayer de vivre dans le futur en rapprochant le futur de plus en plus près, en le fusionnant presque au présent. C'est comme si une urgence était toujours sur le point d'arriver, et que notre corps, notre rythme cardiaque, tout notre organisme agissait comme si l'urgence était déjà présente.

Les gens disent souvent : «Je n'ai pas de temps». Cette réponse vient d'une culture menée par l'anxiété. C'est une manière de vivre comme s'il fallait constamment réduire l'espace temporel entre le présent et le futur, entre le connu et l'inconnu. De telles personnes ne peuvent attendre. En effet, elles ne peuvent rester présentes à quelque chose suffisamment longtemps pour lui accorder leur attention. Elles n'ont aucune curiosité parce qu'elles sont toujours en train de courir. La curiosité nécessite une sorte de patience, la volonté d'attendre devant l'inconnu. Je vais vous donner un exemple du lien qui existe entre être anxieux, prendre son temps et être curieux : Edward Shapiro, un psychanalyste américain, décrit un phénomène familial qu'il appelle «la certitude pathologique», laquelle implique spécifiquement une absence de curiosité. Dans certaines familles, lorsqu'un bébé pleure, les parents qui sont trop anxieux, les parents «qui manquent de temps», n'ont pas la patience d'attendre, avec une attention curieuse, en vue de découvrir ce que le bébé exprime comme besoin à travers ses pleurs. Ils disent, «Oh, elle a faim», et lui poussent un biberon dans la bouche. Ce bébé peut grandir avec l'impression que tous les besoins doivent être satisfaits avec la nourriture, ce qui peut être le commencement d'un sérieux trouble alimentaire.

IV

La dépression, tout comme l'anxiété, veut éviter un futur impossible à connaître et indéterminé. Nous pouvons comprendre cela avec la notion de frontière-contact entre le connu et l'inconnu : l'anxiété

et la dépression traitent l'inconnu comme si c'était déjà du connu. En ce sens, aucun des deux n'est en contact. Tant l'anxiété que la dépression tentent d'exercer un contrôle sur le futur, mais la dépression s'y prend autrement en termes temporels, soit en se tournant vers le passé. C'est pourquoi la dépression est reliée au chagrin, au retrait, à la nostalgie, au regret et à la perte. L'anxiété et la dépression retirent toutes deux la personne de l'insertion dans le moment présent, qui est coloré autant par le passé que par le futur; c'est en vivant le moment présent que l'on construit l'expérience temporelle du temps.

La dépression est tellement orientée vers le passé qu'elle traite le futur non seulement comme s'il était connu, mais comme s'il faisait déjà partie du passé. Alors que la personne qui souffre d'anxiété ou d'attaques de panique conçoit le futur comme un camion poids lourd hors de contrôle, la personne déprimée traite le futur uniquement comme une perte. Normalement, nous pensons à la perte comme à quelque chose qui est derrière nous et nous en avons du chagrin, et cette peine finit par nous aider à aller de l'avant. Pour la personne déprimée, il n'y a aucun avenir qui mérite qu'elle y avance. C'est ainsi qu'elle reste dans un état perpétuel de tristesse, un état de deuil sans fin. Elle est en deuil non seulement des pertes passées mais de toutes les pertes futures qui n'existent pas encore. Tout comme la personne anxieuse, la personne déprimée vit dans un état de certitude sans curiosité. Elle sait déjà sans l'ombre d'un doute que le futur est déjà perdu.

Dans un merveilleux petit livre intitulé *La répétition*, une œuvre philosophique écrite comme un roman, le philosophe Kierkegaard donne un exemple parfait de ce que je veux dire. L'histoire qu'il raconte dans ce livre parle d'un jeune homme, habitant une petite ville suédoise, qui tombe profondément amoureux d'une belle jeune femme, une fille d'à peu près 16 ans. Celle-ci, cependant, ne connaît pas le jeune homme et ne se soucie pas de lui. Il la courtise donc et il le fait magnifiquement. Durant cette période, non seulement elle devient consciente de son existence, mais elle commence à devenir amoureuse de lui. Cependant, aussitôt qu'elle devient vraiment amoureuse, le jeune homme tombe immédiatement en dépression profonde, ignore totalement la jeune fille, ne manifeste plus aucun intérêt pour elle, et ne fait rien d'autre que rester à la maison et écrire de la poésie. Bien sûr, nous savons tous que les poètes sont déprimés; il semble que ce soit un ingrédient fondamental pour la poésie.

Le récit de Kierkegaard nous donne un bon exemple de la façon dont la dépression traite le futur. On aurait tendance à penser que le jeune homme deviendrait incroyablement heureux lorsque

Le jeune homme répond avec amour à ses avances, mais non, parce qu'il n'arrive pas à rester dans le présent. Lorsqu'elle tombe amoureuse de lui, son imagination s'en va immédiatement à la fin de l'histoire. Il ne peut penser qu'à eux, devenus très vieux, vivant encore ensemble, s'ennuyant en la compagnie l'un de l'autre et haïssant la vie, assis devant le foyer à attendre la mort. À partir du moment où l'amour est devenu une vraie possibilité pour ce jeune homme, l'histoire est déjà terminée. Tout ce qui s'en vient sera perte, vide et mort.

À l'arrivée du printemps lorsque les fleurs s'ouvrent et que les feuilles bourgeonnent, la personne déprimée n'expérimente pas l'excitation d'une nouvelle naissance. Elle regarde le monde en éclosion et elle voit déjà les feuilles qui virent au brun et qui flétrissent, elle les voit déjà en train de mourir et de tomber au sol. Lorsque quelque chose naît, c'est déjà terminé et perdu. Telle est l'expérience temporelle de la dépression chronique. Pour la personne déprimée, le temps est déjà passé et il ne reste rien. La dépression est un refus, encore plus que l'anxiété, de s'impliquer dans la trame du temps. La personne tente de créer un univers dans lequel le temps ne s'écoule plus, dans lequel le changement s'est figé. Jean-Paul Sartre, dans son petit livre sur les émotions, décrit la dépression comme une sorte de sortilège qui a ensorcelé le monde pour le rendre uniformément gris, sans couleur, sans différence, de telle sorte que le monde devient totalement inintéressant. Ainsi, la personne déprimée vit dans un état proche de la mort. Ceci est un fait très important concernant la dépression. La certitude de la dépression consiste alors à ne pas avoir à se préoccuper de la venue de la mort puisque la personne est déjà presque morte. À quoi bon s'exciter? Pourquoi risquer? Pourquoi s'appliquer à un travail? Cela n'en vaut pas la peine. Rien n'a de sens. La vie n'a rien à offrir. La forme ultime de ceci, évidemment, c'est le suicide.

Étrangement, on pourrait dire que la personne déprimée souhaite ne pas vivre dans le courant du temps, mais plutôt à la fois à la fin et au début du temps. La mort, à ce que nous en savons, exclut l'expérience de la temporalité; il en est également ainsi de la période avant la naissance. J'ai dit plus tôt qu'il n'y avait pas de temps dans le paradis terrestre. Notre punition pour avoir mangé la pomme, pour avoir désobéi à Dieu, fut d'être obligés de vivre dans le temps et en sachant que nous allons mourir. Pour la personne déprimée, vivre dans la temporalité est une vie qui ne vaut pas la peine d'être vécue. La personne déprimée nous dit qu'elle veut le paradis ou rien du tout: «j'ai bien mérité le paradis, étant donné tout ce que j'ai traversé; tout ce que vous m'offrez, j'en

serai malheureuse puisque ce n'est pas le paradis. Si je ne peux pas avoir le paradis, je préfère me tuer.» Le parent ou l'enfant, le mari ou la femme ou encore le thérapeute d'une telle personne se sent continuellement puni de ne pas offrir un paradis parfait. Bien sûr, ce regard en arrière vers le paradis et sa perte - un âge d'or disparu à jamais - est le virage ultime vers le passé, de la même façon que la mort est le futur ultime.

Abstract

During this conference, Michael Vincent Miller explores the question of time in the light of the phenomenology of daily situations. The reality of time in which man must live brings about a consciousness that stimulates his thirst for knowledge and his curiosity. The author thus revisits the meaning of the first cry after birth, of waiting, of suffering, of relationship, of love. The nuances of the concept of temporality in philosophy provide support to the development of his ideas. In Gestalt Therapy, the dimension of time is taken into account in the notions of self, contact, action. And «living in the present moment» must include the past and the future, otherwise life itself is absurd. The pathologies of anxiety and depression are fixations that attempt to eliminate time. Anxiety collapses the future into the present and depression treats the future as already part of the past. Consciousness of the passing of time creates wonder and curiosity, sources of vitality.

Janine CORBEIL
Danielle POURARD

Résumé

Cet article est la reprise du texte publié par les auteurs dans *Santé mentale au Québec* en 1978. Il s'agit du texte original auquel elles ont apporté quelques ajouts pour le rendre plus clair et compréhensible. Après avoir évoqué les origines de la Gestalt-thérapie, elles en retracent les principaux axes théoriques. Il s'agit de la psychanalyse, de l'analyse caractérielle de Reich, de la théorie allemande de la Gestalt de la perception, de l'existentialisme et des philosophes orientaux (Zen). Certains concepts fondamentaux font l'objet d'un traitement plus élaboré tels le cycle de prise de conscience ou d'*awareness*, l'anxiété, les six résistances au contact, la désensibilisation, l'introjection, la projection, la rétroflexion, la déflexion et la confluence, et finalement les polarités. La nature et les buts du processus thérapeutique sont décrits avant que ne soient présentées certaines techniques spécifiques à la Gestalt telles que l'expérimentation (*experimentum*), la mise en action et le jeu de rôle. Certaines règles de base qui facilitent le processus de communication à l'intérieur des groupes de Gestalt sont ensuite énoncées. Dans leur conclusion, les auteurs reprennent les principales caractéristiques et les ancrages fondamentaux de la Gestalt-thérapie.

Prologue à la republication de La Gestalt

Le texte qui suit est pour l'essentiel la reprise de l'article publié en 1978 dans la revue *Santé mentale au Québec*.² Il y a quelques mois, on nous a demandé (le conseil d'administration de notre association ainsi que le comité de rédaction de la Revue) de republier cet écrit qui, il y a trente ans, retracait les bases historiques, conceptuelles ainsi que les modes de mise en pratique de la

¹ Cet article est la reprise d'un texte publié en 1978 dans *Santé mentale au Québec*, volume 3, numéro 1, pages 61 à 83. Reproduit avec la permission de *Santé mentale au Québec*.

² Au moment de la publication originale de cet article, Janine Corbeil, L.P.s., psychologue et Danielle Pourard, Ph.D., psychologues, dirigeaient le C.C.H.A., Centre de Croissance et d'Humanisme Appliqué, où elles offraient de la psychothérapie individuelle et de groupe, un programme de formation destiné aux professionnels et des sessions de groupe d'introduction à la Gestalt pour des éventuels clients et d'autres ouvertes à la population.

Gestalt-thérapie. À cette époque, l'implantation de cette approche au Québec était encore toute récente. Nous avons accepté cette proposition non sans savoir qu'il nous serait nécessaire de revoir l'article original, de lui faire certains ajouts et de lui apporter quelques modifications et clarifications qui, à notre sens, constituent des *ajustements créateurs*.

Depuis 1978, l'environnement technologique et social dans lequel nous vivons a connu de nombreuses transformations. Depuis trente ans, on ne compte plus les développements technologiques et leurs effets dans nos milieux de vie :

- L'avènement de l'ordinateur et son utilisation dans le contexte des entreprises et des organismes sociaux de toutes sortes ainsi que son emploi répandu au niveau scolaire autant qu'individuel.
- Le développement de la communication électronique, entre autres par l'internet et le téléphone cellulaire.

Tout en favorisant un accès rapide à une variété de connaissances et d'informations ainsi qu'un contact presque immédiat avec famille, amis, collaborateurs, ils génèrent, par contre, des conséquences moins souhaitables telles que l'isolation devant l'écran plutôt que la relation personnelle avec l'autre en sa présence ou encore des boulimies d'informations ou de stimulations sans véritable processus d'assimilation.

Les changements historiques et sociaux, dont certains furent induits d'ailleurs par l'évolution de la technologie alors que d'autres sont reliés davantage à l'éclatement des codes de valeurs et des règles sociales rigides, se sont accélérés. Au Québec, la révolution tranquille, l'assouplissement des codes de conduite, l'accès à l'éducation et la révolution sexuelle – pour ne mentionner que ceux-là – ont modifié les problématiques que vivent collectivités et individus. L'expérience et les rythmes de vie de nos clients ainsi que l'environnement dans lequel ils évoluent sont plus mouvants. Par ailleurs, ils acquièrent une plus grande conscience du monde – mondialisation, voyages, séjours à l'étranger.

Les problèmes que présentent le plus fréquemment nos clients – qu'il s'agisse d'individus, de groupes, d'organisations – ont évolué et se sont modifiés. On rencontre une plus grande proportion de personnalités dites limitées et d'individus présentant divers troubles de la personnalité, qu'il s'agisse de clients qui consultent de façon volontaire ou pas. Ces observations ont suscité en Gestalt un peu partout dans le monde, tout comme dans d'autres approches, des développements théoriques et une ouverture à des applications nouvelles. Dans notre environnement immédiat, deux développements et apports théoriques nouveaux ressortent en figure.

l'avènement de chacun a d'ailleurs été en bonne partie suscité par l'augmentation des clients présentant un fonctionnement de personnalité-limite. Il s'agit, d'une part, de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO), développée et enseignée par Gilles Delisle (1998), et de l'autre, de la théorie de la prise de forme en relation, dont le créateur est Jean Gagnon (1999, 2006).

Il importe de souligner que nous avons obtenu que deux praticiennes expérimentées de la Gestalt fassent la lecture du texte publié en 1978 et nous adressent leurs commentaires et suggestions en gardant à l'esprit la pratique contemporaine de cette approche. Nous les remercions de leur contribution.³

C'est donc notre article de 1978 pour l'essentiel, amélioré par le résultat de nos réflexions, de l'expérience acquise pendant trente ans ainsi que de nos lectures, sans oublier nos discussions et les commentaires reçus, qui est cette fois présenté dans notre Revue québécoise de Gestalt, volume 11, 2008.

Il nous était en plus impossible d'ignorer les importantes recherches faites depuis plus de trente ans sur l'efficacité de la Gestalt-thérapie quand on la compare à diverses autres approches thérapeutiques. Ces recherches ont été cumulées dans un article de Uwe Strümpfel dont la traduction a été publiée dans le numéro précédent de notre revue.

Certains thèmes ou aspects de la Gestalt traités plus en survol mériteraient à eux seuls un article, par exemple: la pratique de la Gestalt en groupe, son application dans divers contextes: scolaire, communautaire, organisationnel.

Faisons confiance au processus!

INTRODUCTION

La genèse de la théorie de la Gestalt-thérapie est particulièrement intéressante. Elle s'opère en Allemagne au début du XX^e siècle. Ses origines sont explicitées plus loin. Elle a pris forme lors de l'exil de Frederick et Laura Perls en Afrique du Sud lors de la publication de *Ego, Hunger and Aggression* (1947/1969).⁴ Elle représente un des courants les plus importants de l'ensemble des approches thérapeutiques développées depuis la fin des années 1940 et le début des années 1950. Elle s'est développée à la faveur d'un contexte scientifique, artistique et social exceptionnel dont l'Allemagne d'avant la période nazie bénéficiait. Elle se situe dans le courant de la psychologie humaniste, inspiré lui-même de la philosophie existentielle et

³ Ces deux gestaltistes sont Carmen Frenette et Louise Lacasse.

⁴ La première édition de *Ego, Hunger and Aggression* date de 1947 en Afrique du Sud. Dans cet article, nous référerons à l'édition publiée en Angleterre en 1969.

phénoménologique; elle a également été influencée par un ensemble de courants de la psychologie cognitive et de la neuropsychologie de cette époque.

Cet ensemble d'influences lui ont façonné une perspective essentiellement holistique et organismique qui fait qu'elle aborde l'être humain dans sa totalité, incluant son contexte de vie.

Cet article présentera les origines théoriques et historiques de la Gestalt-thérapie que furent la psychanalyse de Sigmund Freud, l'analyse caractérielle de Wilhelm Reich, les théories allemandes de la perception telles que développées par Max Wertheimer, Wolfgang Köhler et Kurt Koffka, le courant existentiel/phénoménologique ainsi que la filiation orientale. Il présentera ensuite un résumé de la théorie de la Gestalt-thérapie, les éléments de son processus thérapeutique, ainsi que les techniques qu'elle a développées, ceci illustré à l'occasion par des vignettes.

I — ORIGINES DE LA GESTALT-THÉRAPIE

L'influence de la psychanalyse freudienne

Frederick et Laura Perls ont été très influencés par le courant freudien qui dominait l'Allemagne avant l'arrivée du nazisme. Ils vivaient à Vienne, Berlin, Frankfurt, au milieu d'une importante communauté psychanalytique. Frederick Perls a été en analyse avec Clara Happel et Harwick; il a été formé par Helen Deutsch, Otto Fenichel, Karen Horney et Paul Federn (Clarkson & Mackewn, 1993). Laura Perls a été en analyse avec Karl Landauer; elle a été formée par Frieda Fromm-Reichman, sa première professeure en psychanalyse.

Les Perls se percevaient au début comme des psychanalystes révisionnistes. Sur leurs cartes d'affaires professionnelles, ils se présentaient comme des psychanalystes (Rosenfeld, 1978). Leur premier livre *Ego, hunger and aggression* (Perls, 1947/1969) portait comme sous-titre *A revision of Freud's theory and method*. Ils obéissaient aux directives de l'Association internationale de psychanalyse dont Ernest Jones était le président. Ce dernier fit adopter une résolution interdisant la pratique de la formation aux membres qui n'habitaient pas l'Europe; les Perls, qui vivaient en Afrique du Sud, ont obéi à cette interdiction.

C'est en toute bonne foi et dans le but d'apporter une contribution à la théorie psychanalytique que Fritz présenta au Congrès international de psychanalyse, tenu à Marienbad en Tchécoslovaquie en 1936, sa position sur l'agressivité orale. Cet

le s'inspirait des notes et observations de Laura sur ses nourrissons et exposait « *l'essence de la théorie gestaltiste sur la nécessité de l'assimilation* » (Rosenfeld, 1978, p. 13). À l'exception de quelques personnes, cette présentation fut totalement rejetée par l'ensemble des membres.

Comme la psychanalyse, la Gestalt-thérapie reconnaissait l'importance des événements passés dans la vie psychique actuelle ; toutefois, l'orientation essentiellement historique de la psychanalyse apparaissait dépassée. Pour Perls, c'est le passé tel que vécu dans le « ici et maintenant » qui est important. Il reproche à la psychanalyse de « parler de », et ceci de façon purement verbale sans tenir compte du langage corporel, des émotions vécues dans le corps dans le « ici et maintenant », et de créer ainsi la névrose au lieu de la résoudre (Perls, 1947/1969).

Il trouve la méthode d'association libre linéaire et simpliste par opposition aux avenues multidimensionnelles (langage corporel, tensions, langage verbal, ton de voix, fantaisie, sensations, émotions, etc.), auxquelles l'unité psychologique gestaltiste du moment donne accès (Perls, 1947/1969).

Par opposition au freudisme qui s'attarde surtout à l'instinct sexuel, l'agressivité devient fondamentale dans la théorie de la Gestalt. Les concepts d'introjection et tout le processus générique d'assimilation sont à la base d'une théorie pour laquelle l'unité vivante organisme/environnement est centrale. L'agressivité est ce processus actif par lequel l'individu détruit (déstructuration) l'objet (nourriture, règles de conduite, stimuli nouveaux, etc.) qu'il devra faire sien pour l'assimiler. En prolongement de la notion d'agressivité orale et en opposition à Freud, il y a une distinction importante à faire entre introjection et assimilation. L'introjection est ce qui s'avale tout rond, alors que l'assimilation oblige à un processus de discernement, de choix, par lequel l'individu mâche et accepte ce qui lui est digestible et rejette ce qui ne lui convient pas (Perls, L., 1992/1993).

Comme la psychanalyse, la Gestalt-thérapie admet l'existence de l'inconscient, mais le définit tout à l'opposé. Il n'y a pas en Gestalt de dichotomie conscient/inconscient, mais une vie psychique qui se déroule sur un continuum de ce conscient (figure) et plus ou moins conscient (arrière-plan) ; tout ce qui n'est pas immédiatement accessible au champ de la conscience peut le devenir. Pour y arriver, le client sera invité à se concentrer sur le « comment » de ce qui lui arrive, par exemple, comment il se sent au juste plutôt que sur le « pourquoi » il se sent ainsi. Cette dernière démarche, qui est celle de la psychanalyse, donne au patient accès

à la causalité historique et inconsciente de ce qui lui arrive aujourd'hui, ce qui n'est pas suffisant pour instaurer un changement. Enfin, l'inconscient n'est pas cet ennemi mortel que l'individu ne pourra jamais apprivoiser, mais une source de richesse de la vie psychique.

Le rêve constitue une porte d'accès privilégiée à la vie de l'inconscient. Une fois de plus, l'approche gestaltiste, qui réserve une place de choix au rêve (éveillé ou endormi), se situe aux antipodes de l'approche freudienne. Dans ce cas-ci, la filiation est plutôt de Jung en ce que le rêve appartient au rêveur à qui l'analyse enseigne à comprendre son rêve; le rêve n'appartient pas à l'analyste, expert énigmatique qui possède la clé des songes (Jung, 1974). En Gestalt, le rêve devient un énoncé existentiel dont les symboles donnent un accès plus vaste et amplifié à la réalité du rêveur; les parties, personnages, objets du rêve sont des polarités de la personnalité du rêveur, des projections qu'il pourra s'approprier en les agissant, en les vivant de façon psychophysique et parfois théâtrale.

L'analyse caractérielle de W. Reich

L'analyse caractérielle de W. Reich est un des piliers de la théorie et de l'approche gestaltistes. Fritz rencontre Reich à l'époque de la publication de *L'analyse caractérielle (1933/1971)*.⁵ Il est insatisfait de ses analyses antérieures et Karen Horney lui suggère de rencontrer W. Reich. Il est conquis par l'approche directe, relationnelle et chaleureuse de Reich. Du témoignage de Laura et de Fritz lui-même, cette analyse fut de loin la meilleure pour lui.

Cette révélation pour Frederick Perls marque également un tournant historique pour la thérapie, car Reich le premier y a inclus le corps, cette partie importante de l'être humain. Pour Freud, la défense était purement mentale. Pour Reich et Perls, qui fut son patient, toute résistance *est inscrite dans le corps* et est une fonction de l'organisme total.

C'est l'observation directe (phénoménologique et empirique) du patient durant la séance, observation qui allait contre les traditions cliniques d'alors, qui amène Reich à faire le constat des tensions musculaires qui se manifestent chez le patient. L'armure musculaire, protection initiale contre les dangers extérieurs, devient permanente et, par la suite, protection contre les pulsions venant de l'intérieur. Cette notion est commune à Reich et à ses deux héritières, la Bioénergie et la Gestalt-thérapie.

⁵ *L'analyse caractérielle* est publié pour la première fois à compte d'auteur en Allemagne en 1988.

Pour Reich, et contrairement à Freud, l'instinct de mort n'existe pas et l'anxiété trouve sa source dans la répression du plaisir sexuel (Reich, 1933/1949). Alors que le phénomène de la détérioration de certains patients conduit Freud à sa théorie sur l'instinct de mort, Reich développe la notion de «névrose vasomotrice» et «d'anxiété orgasmique»⁶. Il insiste sur le pendant physiologique des émotions et développe une théorie de l'économie sexuelle du fonctionnement psychique. Il explique que la contraction des vaisseaux périphériques provoque le refroidissement des extrémités et donc, l'anxiété, alors que la dilatation de ces mêmes vaisseaux réchauffe les membres et engendre le plaisir. À cet égard, Boadella (1973) écrit: «Le contact avec une autre personne réchauffe et réduit l'anxiété parce que le sang circule mieux et que la vasodilatation a lieu.»

Pour la première fois, la thérapie va permettre de travailler directement sur le corps pour y libérer le conflit en déliant la tension musculaire, facilitant ainsi le flot de l'énergie bloquée par la réflexion, c'est-à-dire par le mouvement contre lui-même que le corps a appris à développer au cours de son histoire (Reich, 1933/1949; Perls, Hefferline & Goodman, 1951).

Perls, tout comme A. Lowen, se dissociera de la théorie de l'orgone dans laquelle W. Reich s'engagera. De plus les rencontres subséquentes entre Perls et Reich s'avèreront décevantes pour Perls. De chaleureuses qu'elles étaient lors de l'analyse de Fritz par Reich en Allemagne, elles devinrent froides, Reich étant devenu distant et méfiant.

La théorie allemande de la Gestalt de la perception

Laura Perls a fait sa thèse de doctorat en Allemagne sur la Gestalt psychologie. Frederick lit les auteurs qu'elle a étudiés: les psychologues Köhler, Wertheimer, Koffka, Lewin, et le neurologue Goldstein qu'il rencontre à Frankfurt (Clarkson & Mackewn, 1993). Les principes qu'ils en retiennent pour la Gestalt-thérapie sont résumés ici dans les grandes lignes.

Rappelons d'abord la définition du mot allemand *Gestalt*. Une gestalt est un tout, une figure, une configuration d'ensemble, une structure. Voici les principales lois qui en découlent;

a) Une figure perçue est plus que l'addition des éléments qui la composent (par opposition aux théories associationnistes antérieures). Le thème d'*Au clair de la lune* sera également reconnu qu'il soit chanté en do ou en sol majeur. D'un cas à l'autre, les éléments

⁶ Il s'agit de ce que Reich nomme «le réflexe orgasmique», abréaction de tout le corps dans le contexte du travail thérapeutique.

auront changé mais leur organisation sera identique; nous percevons d'emblée la même *gestalt*, la même figure, la même forme. Nous ne percevons pas que des éléments séparés mais nous organisons mentalement ces éléments. Un exemple à ce sujet est celui du profil de la vieille dame/jeune femme.



Figure 1. L'organisation active de la perception. Dessin tiré du livre *Gestalt Thérapie: Techniques d'épanouissement personnel* (Perls et al., 1951/1977).

La perception est donc d'abord et avant tout un processus actif d'organisation mentale. Les implications de ce principe gestaltiste en thérapie sont importantes. L'univers du moi et de la vie consciente y prend tout un relief. L'acte de percevoir n'est plus un acte physiologique isolé, mais un processus créateur de découverte, d'invention qui modifie à son tour l'expérience intérieure mentale. La prise de conscience est une activité dynamique. Nous sommes loin, encore une fois, de la notion psychanalytique de conscience passive (Perls et al., 1951).

Ce que Perls y ajoute est la notion suivante: nos besoins sont les organisateurs de nos perceptions (Perls, 1969). Si, en ce moment, comme c'est le cas, mon besoin est d'expliquer le plus clairement possible ce que je veux livrer comme contenu dans cet article, les stimuli émergents importants sont des concepts, des réminiscences de lecture, de personnes que j'ai rencontrées en thérapie. Je risque d'en oublier ma liste d'épicerie et les mille autres choses que j'ai à faire aujourd'hui. Par l'attention qu'elle apporte à ce qui est présent, cette discipline gestaltiste favorise une meilleure concentration en même temps qu'elle a comme objectif d'abaisser le seuil de sensibilité, la conscience des malaises, ceci, avant que des états plus graves ne viennent enfin crier plus fort. (Une des éditions de *Ego, hunger and aggression*, celle de 1969, portait comme sous-titre *Thérapie de la concentration*).

Une cliente souffre d'un mal de genou important. Après tous les examens médicaux requis, il appert qu'elle aura besoin d'une légère intervention chirurgicale. Entre-temps, elle poursuit sa thérapie de même que du travail avec la méthode F.M. Alexander; méthode renommée pour aider à penser «vers le haut», à s'alléger. Nous découvrons qu'elle s'alourdit énormément avec des pensées sombres comme «Je vais certainement rester handicapée», ou «Tout à coup je me retrouve en fauteuil roulant». Le travail thérapeutique qui porte sur le lien entre ses pensées et sa lourdeur corporelle réussit à lui faire reconnaître que la condition de son genou est en lien avec ses pensées lourdes. Elle aura l'intervention chirurgicale requise, mais entre-temps, elle marche de mieux en mieux, le genou restant alerte au besoin de la cliente de ne pas s'alourdir et la cliente portant son attention à ce genou dès qu'il se manifeste.

b) Une autre notion de la théorie de la Gestalt de la perception est la notion de figure/fond. Une figure, une gestalt se dégage et prend du relief en fonction de l'arrière-fond. Tout le monde connaît cette image en noir et blanc de deux profils (en noir) qui se découpent en face à face sur un fond blanc. Si l'on prend, par ailleurs, l'image centrale (en blanc) comme figure, on voit une urne et le noir s'en va à l'arrière-plan. (Figure 2).



Figure 2. La notion de figure/fond. Dessin tiré du livre *Gestalt Thérapie: Techniques d'épanouissement personnel* (Perls et al., 1951/1977).

Voici ce qui en découle pour la thérapie gestaltiste. Nous vivons dans un univers perceptuel interne et externe qui est la toile de fond de notre expérience vitale. Tout ce qui compose ce champ perceptuel est en mouvement, car ce qui est perçu en relief change suivant les instants, suivant les besoins. L'individu peut percevoir plus ou moins clairement les stimuli internes et externes qui font son expérience. De ceci dépendra sa santé émotive. Le continuum de l'expérience vécue, son accès au champ de la conscience sont l'objet premier de la thérapie gestaltiste, l'instrument de base du thérapeute pour ramener à la vie ce qui en a été bloqué ou occulté. Comme dans la perspective de la psychologie humaniste, la santé se définit non plus par l'absence de symptômes mais par la vitalité de l'organisme (Perls et al., 1951).

c) Le principe général de cette théorie est la loi de la prégnance. Cette propension de l'individu à former des « bonnes » gestalts, c'est-à-dire à compléter les formes de façon à en faire un tout signifiant. Ainsi, tout le monde voit un chien dans ce pointillé très aéré qu'en donnent les images illustrant ce principe. En thérapie gestaltiste, on parle d'événements de la vie à compléter, à boucler, c'est-à-dire de toutes ces expériences du passé que nous n'avons pas terminées et qui font obstacle, nous empêchant d'être disponibles à la vie qui, elle, se déroule dans le présent.



Figure 3. La loi de la prégnance. Dessin tiré du livre *Gestalt Thérapie: Techniques d'épanouissement personnel* (Perls et al., 1951/1977).

Toutes ces images récurrentes, celles qui reviennent sans cesse et dont nos clients nous parlent à répétition recèlent des situations, des états qui n'ont pas été bouclés, assimilés.

Une cliente me⁷ revenait sans cesse avec des sensations d'étouffement. Sa gorge se serrait, ses yeux m'appelaient au secours, elle devenait congestionnée, confuse et dissociée. Pendant plusieurs séances, j'ai essayé divers moyens de la sortir de cet état qui lui était très pénible. J'essayais des hypothèses du genre :

- «Y aurait-il quelque chose d'agressant qui serait entré dans ta bouche?» La cliente revenait à elle-même mais ça ne lui disait rien.

Lors de travail corporel, je l'entendais dire «Maman, maman» avec une voix d'enfant; elle devenait toute autre sans que cela ne nous mène nulle part. Les sensations d'étouffement mêlées de confusion et de dissociation revenaient aux sessions suivantes.

⁷ NDLR: Dans les vignettes, on notera souvent l'emploi de la première personne du singulier. Ceci s'explique par le fait qu'il s'agit de vignettes décrites par l'une ou l'autre des auteures.

Devant la persistance du symptôme, je continuais à formuler des hypothèses. Nous savions que, lorsqu'elle était enfant, elle avait été opérée pour les amygdales sur une table de cuisine comme cela se faisait parfois dans les campagnes. Étaient-ce ces instruments qui étaient entrés par force dans sa gorge? Cela lui semblait une explication plausible, mais les frayeurs, les étouffements, la confusion et l'état de dissociation revenaient sans cesse. Après de nombreuses sessions, alors que nous étions en face à face, elle s'est tout à coup mise à reculer brusquement sa chaise, apeurée. Ses yeux étaient affolés. Elle criait: «Enlève cet oreiller de sur mon visage!». Puis, une image de l'enfance où sa mère lui aurait mis un oreiller sur le visage lui est revenue. Ma cliente avait sans doute été privée d'oxygène pour un temps, elle avait sans doute eu peur de mourir. Après l'émergence de cette image, la cliente est revenue à elle-même. Nous en avons parlé. Un ensemble d'événements de son enfance ont commencé à prendre un nouveau sens: la seule de la famille qui avait été placée au pensionnat, l'insistance de son père avec lequel elle avait par ailleurs une excellente relation, pour cette rentrée au pensionnat, tout cela, semblait-il, pour la protéger d'une mère dépassée par la tâche et pour laquelle ma cliente représentait une difficulté trop grande? La boucle était bouclée. La cliente comprenait que sa mère avait été excédée et qu'elle avait fait un geste dangereux. Elle la savait violente avec d'autres enfants par ailleurs. Marielle était chagrine, très chagrine. Depuis longtemps, elle se plaignait de sa relation difficile, douloureuse, avec cette mère. L'émergence de cette image amenait au grand jour ce qui avait été confusément ressenti et qui prenait désormais des dimensions réelles. Plus besoin de se mettre dans des états seconds face à ce traumatisme. Elle demeurait triste, mais les sensations d'étouffement, la peur reliée à cette sensation ne sont jamais revenues.

La filiation existentielle

L'Allemagne de l'époque où les Perls y vivaient jouissait d'une communauté intellectuelle tout à fait exceptionnelle. Outre les psychologues comme Kurt Goldstein et Kurt Lewin, des philosophes comme Husserl, Heidegger, Buber y étaient actifs et/ou enseignaient. Le nazisme mit fin à ce foisonnement de la pensée, mais entre-temps, il est clair que c'est dans ce milieu que la Gestalt-thérapie a puisé ses racines les plus authentiques.

La philosophie de la Gestalt est la **philosophie de ce qui est**. Perls parle de trois approches philosophiques qui ont été proposées à l'humanité occidentale: l'approche dogmatique, ou de «ce qui devrait être», comme la morale; l'approche «à propos de», celle qui donne les causes, les descriptions et la troisième, l'approche de

«ce qui est», l'approche existentielle. Perls rejette les deux premières pour s'associer à cette dernière. L'objet de la thérapie gestaltiste est le phénomène vivant, qui se situe dans le «ici et maintenant». Pour Perls, le névrosé est celui qui est incapable de vivre dans le présent. C'est aussi celui qui est incapable de se prendre, de se voir tel qu'il est. La Gestalt visera à me faire retrouver l'énoncé existentiel de ce que je suis, quitte à me faire réviser mes opinions à ce sujet de même que mes appréhensions sur les conséquences de devenir vraiment ce que je suis. Perls parle de la distinction à faire entre l'actualisation de soi et l'actualisation d'un concept de soi. Il parle des jeux, des manipulations que l'individu fait pour montrer, prétendre, être ce qu'il n'est pas. Il choisit une métaphore très imagée pour parler de la névrose. La névrose, dit-il, est souvent comme cette histoire de l'éléphant et de la rose. L'éléphant regarde la rose et est malheureux parce qu'il n'en est pas une. La rose, par ailleurs, regarde l'éléphant; elle veut être comme lui: immense, forte, etc. Le discours gestaltiste est celui de ce qui est. (Perls, 1947/1969).

Un autre principe existentiel à la base de la relation thérapeutique pour Perls est celui de Martin Buber, le *I et le Thou* (le Je-Tu). Il écrit: «Toute vie véritable est rencontre. La relation avec le Tu est immédiate. Entre le Je et le Tu ne s'interpose aucun jeu de concept, aucun schéma» (Buber, 1959, p.13).

En Gestalt, l'engagement thérapeutique est un engagement réciproque de deux êtres dans une relation humaine réelle et intime où chacun prend ses responsabilités.

La psychothérapie gestaltiste, axée sur la prise de conscience et sur l'engagement dans l'immédiat, permet de développer les fonctions de soutien nécessaires à l'ajustement créateur constant, qui constitue le seul moyen de transiger avec l'expérience de la mort, donc, de la vie. (Perls, L., 1992/1993, p.111).

Laura Perls développe la notion de soutien interne/externe comme ingrédient indispensable au changement (Perls, L., 1992/1993). Idéalement, le client qui termine sa psychothérapie sera capable d'ajustements créateurs constants face aux embûches et aux épreuves que la vie lui présentera.

Le langage gestaltiste est celui de la réappropriation. Je me mens, je me fâche, je me rends triste. Toi, tu es responsable de ce qui t'arrive. Au lieu de dire «je suis tendu», je dis «je me tends», ce qui me donne déjà accès à quelque chose que je serai en mesure de changer puisque c'est moi qui suis l'agent actif de cet état. Cette position était assez révolutionnaire par rapport aux thérapies traditionnelles dont l'approche au «patient» s'inspire passablement du

modèle médical où le thérapeute est le spécialiste qui doit prendre la responsabilité de tout ce qui arrive au patient qui, lui, a pour rôle de subir passivement dans son corps ou dans son psychisme l'intervention active de l'expert sur lui. Dans la situation thérapeutique gestaltiste, cette responsabilité est partagée. D'une part, celle du thérapeute, qui consiste à mettre ses compétences à la disposition du client et, d'autre part, celle du client qui doit choisir de changer ou pas.

Dans cette même ligne de pensée existentielle, citons une phrase du philosophe Jean-Paul Sartre qu'une ancienne cliente m'écrivait. Cette phrase illustre assez bien la posture existentielle de la Gestalt thérapie. *«L'important n'est pas ce qu'on a fait de moi, mais ce que je fais moi-même de ce qu'on a fait de moi».*

L'influence orientale

Perls a aussi été influencé par un voyage au Japon et un séjour qu'il y fit dans un temple Zen. Cette expérience de Perls a empreint sa philosophie d'une saveur orientale et, à ce titre, en l'insérant dans un système de pensée théorique et pratique, elle a contribué à l'importation en Amérique d'un élément méditatif qui fait maintenant partie de beaucoup de thérapies.

Une théorie holistique comme la Gestalt, qui unissait pour la première fois dans notre dualité occidentale corps/esprit en intégrant les deux, était compatible avec des philosophies centrées sur l'expérience interne. Le vécu intérieur procède, non pas uniquement de l'esprit à l'exclusion du corps ou vice versa, mais d'un état intérieur d'abord indifférencié qui, si on lui laisse le temps d'être, se différenciera et prendra place sur le continuum des diverses polarités de l'unité corps/esprit. On revient à l'axiome «Je suis ce que je suis». L'homme, dit Perls, ne peut se transcender qu'en étant pleinement et aussi pleinement, que possible ce qu'il est. Ce que j'ai à faire est de découvrir ma nature, à la laisser respirer et elle se déploiera d'elle-même dans toute sa splendeur. «Rester avec quelque chose», pour lui donner le temps d'être. On n'as pas à pousser la rivière pour la faire s'écouler: elle coulera d'elle-même, à son rythme. C'est la théorie paradoxale du changement dont parle Beisser (1970). Un principe important du thérapeute gestaltiste s'énonce ainsi «Faites confiance au processus». Donnez-lui le temps de prendre place, laissez-le se dérouler, intervenez dans les passages difficiles (c'est-à-dire montrez à la personne comment elle s'érige des blocages) et la vie se déploiera d'elle-même.

II — RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DE LA GESTALT

Des éléments historiques que nous venons de donner comme assises théoriques de la Gestalt, on peut dégager les caractéristiques suivantes :

- C'est dans le « ici et maintenant » que la réalité psychique prend tout son sens.
- L'organisme est considéré comme un tout et l'événement psychique se déroule de façon multidimensionnelle aux niveaux sensori-moteur, affectif, cognitif et imaginaire.
- C'est le besoin le plus urgent qui est le besoin dominant (il n'y a pas de hiérarchie axiologique) et qui organise le relief que prend l'univers perceptuel.
- Il y a une unité organisme/environnement et la vie psychique individuelle se déroule suivant un principe autorégulateur qui tient automatiquement compte de la réalité extérieure.
- L'agressivité est une force inhérente au processus biologique d'assimilation de l'organisme vivant dans son environnement.

III — QUELQUES CONCEPTS EN GESTALT

Les concepts de la Gestalt-thérapie ont comme richesse d'être également expérientiels et dynamiques. Comme il s'agit d'une théorie holistique, elle a eu le grand mérite d'intégrer l'être humain dans ses composantes corps/esprit. Ses concepts s'expérimentent, se vivent, s'agissent d'abord. La reconnaissance cognitive, importante également, s'ensuivra. La comparaison qui peut venir est celle de l'écoute d'une musique. Je peux écouter un concerto, mais je peux aussi écouter une explication sur la structure de ce concerto, sur l'époque où il a été écrit, etc. Cette explication, intéressante, voire importante pour clarifier l'écoute, ne remplacera cependant jamais l'expérience esthétique de l'audition de ce concerto.

La prise de conscience ou *awareness* et le cycle de l'expérience suivant la Gestalt-thérapie

Notre vie psychique se déroule dans un champ perceptuel et expérientiel global où des figures, des *gestalts* émergent, prennent relief, mobilisent de l'énergie chez l'individu, créent chez-lui un état d'excitation psychophysiologique qui le soutient dans le passage à l'action afin de combler son besoin. Le contact avec l'environnement a lieu et l'assimilation se fait. Ce qui était en figure retourne en arrière-plan et une période de retrait s'ensuit. C'est de nouveau le point zéro, cet instant d'indifférence créatrice, ce moment d'arrêt entre deux respirations, avant la prochaine aventure dans un nouveau contact.

Voilà toute la vie psychique telle que la conçoit la Gestalt. Comme la plante qui se tourne vers la lumière ou qui pousse dans l'ombre suivant sa nature, ainsi l'être humain possède à l'intérieur de lui les mécanismes autorégulateurs qui lui permettent de saisir dans l'environnement les éléments dont il a besoin pour atteindre son équilibre interne, l'état homéostatique visé, mais jamais atteint une fois pour toutes.

L'awareness, cette figure qui émerge suivant les besoins du moment, est la première étape du cycle de contact. Elle est aussi le prérequis à tout changement. Sans *awareness*, pas de changement possible. Sans cette attention au présent, il y a non seulement confusion entre ce qui se passe à l'intérieur et à l'extérieur, mais tout le processus de contact, de vie, est compromis.

En psychothérapie, la conscience de l'expérience immédiate se nomme l'*awareness*. Elle peut être stratégique.

Anne, une jeune femme fort intelligente venue à un groupe d'initiation à la Gestalt, se trouve tout à coup submergée par l'intensité de l'expérience qui se déroule autour d'elle. Au moment où j'aide Marie, une autre participante, à exprimer la rage qui la secoue intérieurement contre un père alcoolique qui battait sa mère, Anne se précipite à mon cou et, les yeux hagards, me crie « Tu ressembles à ma mère ». Anne a ses mains autour de mon cou, ses yeux, ses pleurs, pleins de désarroi, me disent qu'elle vient de basculer dans un autre monde. Elle ne me voit plus réellement, je suis devenue une hallucination de sa mère. J'invite Anne à me regarder concrètement, à me dire ce qu'elle voit avec ses yeux et non avec son cerveau. Elle tremble, claque des dents, mais à mon exhortation pressante, elle essaie un peu. A un moment donné, elle me crie: « Tu es froide comme ma mère ». Je l'invite à me toucher pour vérifier si je suis vraiment froide. Elle touche à mon visage du bout des doigts (il se trouve que je suis brûlante...). Elle dit « Tu es chaude, très chaude. Ce sont mes mains qui sont froides ». Elle s'en retourne à quelques reprises dans sa tête. A chaque fois, je la ramène: regarde mes cheveux, regarde mes yeux, etc. Puis elle nous parle de sa mère, de la froideur de celle-ci, elle nous parle de son enfance malheureuse. Après quelques minutes de délire, Anne, à l'aide du contact avec son expérience immédiate, à l'aide de l'awareness, a repris de la perspective. Elle est douloureuse, mais de nouveau en contact avec la réalité.

Voilà pour un exemple extrême qui démontre la puissance de l'*awareness*. Par ailleurs, un événement plus simple du quotidien me revient.

J'étais à lire Perls, Hefferline et Goodman et il était sans doute beaucoup question de Gestalt à la maison; mon fils (12 ans) me demande « C'est quoi la Gestalt ? ». Je lui suggère alors de fermer les yeux et de prêter attention à ce qui se passe pour lui en ce moment. Il ferme les yeux et

commence à dire que les yeux lui piquent, qu'il a chaud aux pieds, qu'il s'endort. Ce sur quoi il m'annonce qu'il s'en va prendre sa douche et se mettre au lit.

Efficace, l'*awareness*?

L'individu en santé a des gestalts claires. Il perçoit avec vivacité les couleurs, les reliefs et les stimuli que la vie lui offre. Il a aussi accès à ses besoins. Il sait ce qu'il veut et a le courage de l'exprimer lorsqu'il choisit de le faire.

Le névrosé vit dans un univers en grisaille, morne et sans relief. Que ce soit le déprimé pour qui tout est sans intérêt, l'obsessionnel, qui va d'un point à un autre sans prendre le temps de vivre, de regarder autour de lui ou le schizoïde coupé de son expérience interne, pour tous ces gens, le cycle de la prise de conscience ne se déroule pas normalement. La figure 4 illustre le cycle de l'*awareness*. Le grand cercle indique le déroulement normal de la vie psychique. Les petits cercles internes indiquent les embûches, les résistances là où l'on s'empêtre et où l'on coupe le circuit.

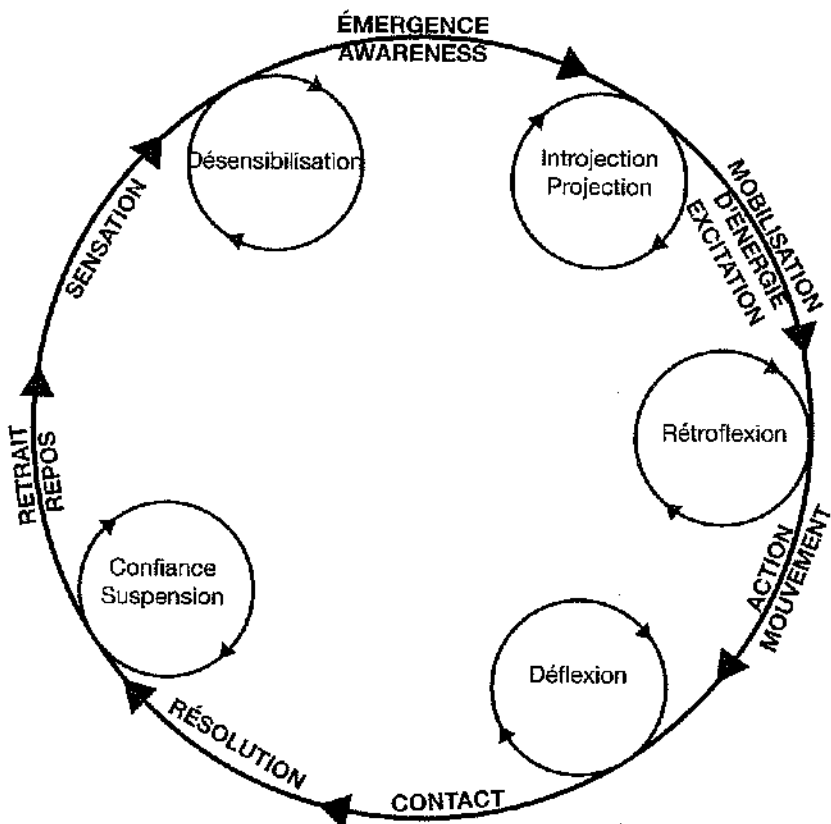


Figure 4. Le cycle de l'expérience d'une gestalt.

sons un mot de certains concepts inscrits dans le schéma.

La désensibilisation

Un des dilemmes de notre existence réside dans le fait que, pour survivre, nous avons souvent besoin de nous désensibiliser. Comme l'ouvrier de l'usine qui développe une surdité appelée surdité industrielle, ainsi, pour survivre dans un environnement parfois agressant, nous nous désensibilisons. (Essayez d'être en contact avec le présent et de bien respirer au coin de Peel et Ste-Catherine à Montréal). Nous en venons à respirer le moins possible, à nous boucher les oreilles pour ne pas entendre les sirènes, les klaxons, les roues qui tournent à vide sur la glace l'hiver. Nous mangeons en vitesse sans déguster. La foule nous bouscule dans le métro à l'heure de pointe. Les journaux nous abreuvent de tout ce qui va mal sur la planète. Graduellement, pour éviter d'avoir mal, nous nous robotisons. Dans un univers du genre, nous deviendrons à la longue des mécaniques sans vie. Il est parfois frappant de s'arrêter à la quantité d'agressions quotidiennes physiques et morales que les clients en thérapie subissent sans s'en rendre compte. La thérapie aura pour but de les rendre plus sensibles, c'est-à-dire plus conscients des heurts qu'ils subissent et aussi plus accessibles aux stimuli agréables. L'ennui du mécanisme de désensibilisation est que si on se désensibilise aux stimuli désagréables pour survivre, on se désensibilise du même coup aux stimuli agréables.

L'excitation/l'anxiété

L'excitation est ce mouvement spontané venu de l'intérieur qui conduira à l'action. Une excitation réprimée peut engendrer de l'anxiété. Cependant, le mouvement doit toujours tenir compte de l'environnement. Tout le processus éducatif de l'enfant est en jeu ici.

Je me souviens qu'au moment où je revenais d'une formation intensive d'un mois en Gestalt, «Jesus Christ Superstar» jouait en ville. Je craignais d'être incapable de me retenir de vouloir danser dans les allées du théâtre tellement j'avais appris à retrouver ma spontanéité!

On peut avoir peur de l'excitation. Elle n'est pas permise, c'est un manque de contrôle, ou elle dérange tout simplement. Pensons à tous ces interdits dont la spontanéité des enfants est la cible. Bien entendu, l'enfant doit apprendre à respecter son environnement. Dans une école où circulent six cents ou neuf cents enfants, le silence est parfois de rigueur; dans une classe, le silence et l'attention de l'élève sont indispensables à l'apprentissage. Le juste milieu entre la répression rigide et le laisser-faire désorganisant ne semble

pas toujours facile à obtenir de la part d'éducateurs, de parents, d'instituteurs, qui ont eux-mêmes été victimes de leur propre éducation.

Une cliente annonce dans un groupe qu'elle veut parler, mais qu'elle se sent «toute tremblante à l'intérieur». On apprend que, lorsqu'elle était petite et qu'elle voulait avoir de l'attention, elle se faisait répondre de se tenir tranquille, que son frère était celui qui avait besoin d'attention.

Le mouvement d'excitation de vouloir danser, de montrer sa belle robe devant la famille était blâmé; elle se faisait rabrouer et redevenait toute silencieuse. L'excitation spontanée de la petite fille n'avait pas pu s'exprimer en toute simplicité et l'anxiété l'avait remplacée. Cet exemple illustre également certaines des résistances comme l'introjection et la rétroflexion, dont nous parlerons plus loin.

Sans entrer dans la description des troubles anxieux, disons que l'anxiété flottante, la panoplie des troubles psychosomatiques, certains troubles sexuels comme les difficultés d'orgasme, d'érection, sont des indices de blocage au niveau de l'excitation.

Les résistances

Ce que l'on nomme résistances en Gestalt-thérapie sont des interruptions de contact. Outre la désensibilisation déjà nommée, elles sont au nombre de cinq: l'introjection, la projection, la rétroflexion, la déflexion ou déviation, et la confluence.

Dans leur état pathologique, elles constituent des interruptions de contact non voulues par la personne. Elles sont anachroniques dans la mesure où elles ne répondent pas aux besoins présents, mais à des mécanismes de survie développés au cours de l'éducation. On les dit créatrices lorsqu'elles sont souples et répondent aux besoins du présent. Une résistance est considérée non pas comme une force inerte dont il faut se débarrasser mais comme une énergie précieuse que l'individu doit apprendre à utiliser d'une façon intégrée et harmonieuse qui répond à ses besoins du moment. Dans la névrose, l'individu est divisé contre lui-même. Une partie de lui a une pulsion, un désir contre lequel il se bat par ailleurs.

L'introjection

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la Gestalt fait une distinction entre l'introjection et l'assimilation. L'introjection consiste à avaler tout rond ce qui nous est présenté. L'introjection est le mécanisme générique à la frontière-contact, c'est-à-dire le

processus d'échange entre l'organisme et son environnement. Un organisme vivant ne peut survivre sans son environnement. Il ne suffit pas d'avoir des poumons pour respirer, il faut de l'air autour, faute de quoi il y a asphyxie. De même que la nourriture physique doit être assimilée par l'organisme, la nourriture psychologique, c'est-à-dire tout apprentissage doit être assimilé. Les interdits de l'éducation doivent être mâchés, digérés, de telle sorte que ce qui n'est pas assimilable pour la personne soit rejeté et ce qui est assimilable puisse être conservé. Dans l'exemple cité plus haut, la participante d'un groupe qui s'était fait refuser l'attention qu'elle demandait de ses parents avait introjecté cette interdiction. Le dialogue thérapeutique lui a fait découvrir que c'est bien de prêter attention aux autres, mais qu'elle peut aussi avoir droit à l'attention des autres.

La projection

La projection consiste à prêter aux autres les jugements, intentions, que l'on possède soi-même, mais que l'on n'accepte pas. Toute introjection non assimilée va donner lieu à la projection. Si je me blâme de quelque chose sans en être vraiment consciente, je vais automatiquement en blâmer les autres.

Un client qui était inquiet au sujet d'une probable homosexualité chez lui s'est amené en thérapie avec l'obsession que ses collègues au bureau étaient conscients de son homosexualité, qu'ils la voyaient, pour ainsi dire, écrite sur son front.

Dans sa forme créatrice, la projection se nomme empathie. C'est la capacité de sentir, à partir de soi-même, ce que les autres ressentent.

La rétroflexion

Rétrofléchir, c'est se faire à soi-même ce qu'on voudrait que les autres nous fassent, ou encore faire aux autres ce qu'on voudrait se faire ou que l'on se fait. Comme tous les mécanismes de résistance, la rétroflexion est un mécanisme nécessaire au développement. C'est un mécanisme de retenue, qui, dans sa forme créatrice, est indispensable à la vie en société.

Un enfant a indéniablement besoin d'attention. Il doit aussi apprendre à respecter le même besoin chez les autres. Cela exigera retenue de sa part. Toutefois, il y a une différence pour lui entre attendre son tour tout en ayant droit à l'attention ou se faire blâmer de demander et que ce ne soit jamais son tour. Cependant, donnons un exemple de rétroflexion pathologique.

Pierre, dans un groupe, vient en contact avec beaucoup de colère contre un père froid et autoritaire. Sa respiration est haletante, son visage rouge et, avec des larmes, il commence à exprimer à son père ce qu'il ressent en ce moment. Tout à coup, il s'arrête. Je lui demande ce qu'il éprouve en ce moment dans son corps et il me dit que ses mains sont glacées. Il a les poings crispés, mais ses poignets et ses poings sont de glace. Pierre vient de couper par le mouvement interne contraire (il s'est « refroidi »), l'impulsion de frapper qui lui était venue.

La première tâche de la thérapie vise à libérer cette énergie bloquée. Pierre est invité, en utilisant sa respiration, à laisser aller tranquillement ses poings glacés sur le coussin.

Son énergie se libère et il finit par utiliser, avec vigueur, ses poings dans un coussin robuste. Après quelques minutes, il revient au groupe, se sent ébranlé, mais dit qu'il se sent bien. Il vient de s'exposer dans toute sa vulnérabilité et demande aux gens quelques feed-back. Puis il sourit, dit voir les gens clairement, respire plus librement.

Il a complété un cycle, celui de l'expression d'une colère contre un père exigeant. Il prend maintenant conscience avec clarté combien il est lui-même exigeant pour lui.

Dans sa forme créatrice, la rétroflexion consiste en cette capacité que nous avons de réfléchir avec lucidité sur nous-mêmes. Elle est également impliquée dans toute maîtrise d'un sport, d'un instrument de musique, etc.

La déflexion ou déviation

Il s'agit d'un mécanisme protecteur qui consiste à développer des stratégies de mise en sourdine de l'impact du contact. C'est un mécanisme d'évitement qui, dans sa forme pathologique, prive la personne du bienfait et de l'excitation dont elle a besoin.

C'est comme ce passager, dirait Lowen, qui s'embarque pour une croisière, mais qui se cache dans la cale du bateau de peur des coups de soleil, de la pluie, il ne sait pas danser non plus, etc... Entre-temps, il se prive du plaisir de la croisière qu'il souhaitait par ailleurs. Il s'agit d'un mécanisme souvent rencontré en thérapie, utilisé comme protection excessive contre tout nouveau, tout risque. Comme le mentionnent les Polster (Polster & Polster, 1973), ce mécanisme a sans doute sa grande utilité dans le domaine de la diplomatie internationale où le langage hermétique protège d'éclats plus dangereux.

confluence

Ce mécanisme est relié à l'étape du retrait indispensable à la complétion d'un contact; or, le retrait est impossible pour la personne confluente. Le contact a été bon, on ne peut pas le quitter, on reste accroché. Aussi, comment se permettre de diverger d'opinion avec un être cher? Mécanisme souvent rencontré chez les couples, il contribue à l'affaissement de l'énergie, de la vitalité du couple. Ce mécanisme est également rencontré chez les personnes qui se séparent dans un couple, une fois la période de fusion révolue. Mieux vaut chercher une relation fusionnelle avec une autre personne que d'affronter le risque des divergences. Dans sa forme créatrice, la confluence est nécessaire à l'harmonie de la vie familiale, du couple, ainsi qu'à la vie en société. Le travail d'équipe exige un certain niveau de confluence créatrice. Dans un orchestre, les musiciens doivent s'accorder pour jouer ensemble.

Il existe d'autres concepts propres à la Gestalt dont nous ne ferons pas le tour à l'intérieur de cet article. Mentionnons, avant de terminer, une notion qui n'est pas exclusive à la Gestalt mais qu'on utilise avec beaucoup d'ingéniosité: la notion de polarités. Frappé par la notion d'indifférence créatrice de Friedlander, Perls a développé cette théorie de la personnalité comme partant d'un point d'indifférenciation zéro pour se différencier progressivement dans des caractéristiques contraires mais reliées. Zinker, dans son livre *Se créer par la Gestalt* (1981), a un chapitre très éclairant sur les polarités. Notre personnalité possède, comme la lune, deux versants. Nous avons le versant visible, celui où nous exhibons au grand jour nos caractéristiques conscientes. Les gens qui nous font réagir négativement sont souvent ceux qui exhibent au grand jour le versant dans l'ombre, caché, de notre personnalité. Les gens s'attirent aussi par complémentarité de polarités reliées, mais inversement mises en lumière/en ombre.

L'un des buts de la thérapie gestaltiste sera d'aider l'individu à intégrer ses polarités. Ceci sera fait parfois en invitant la personne à «jouer» la polarité cachée, de façon à obtenir un juste milieu. Donnons l'exemple d'une personne timide à l'excès. Un thérapeute pourra l'inviter à jouer son côté frondeur ou arrogant de façon à ce que cette personne puisse atteindre un juste milieu où elle pourra s'affirmer, prendre sa place sans arrogance, mais avec les éléments de tact et de prudence contenus dans la timidité.

Les polarités les mieux connues de la Gestalt sont celles du *top dog* - *under dog* dont parle Perls (1969/1992). Ces deux bouffons s'affrontent, dit Perls, sous le regard impuissant de l'individu. Le *top dog* dit à l'*under dog*: «Tu devrais être parfait, écrire ton texte

maintenant.» *L'under dog* répond: «Je voudrais bien, mais je n'ai pas le temps, n'y ai pas pensé, ne suis pas capable, etc.»

Au cours de la thérapie, ces deux personnages auront à se confronter pour en venir à une entente satisfaisante. Le langage du «Je voudrais bien, mais...» sera remplacé par «Je veux ceci, je ne veux pas cela».

IV — LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Avant d'aborder les techniques utilisées en Gestalt, prenons quelques instants pour décrire la nature et les buts de l'intervention thérapeutique.

Pour le gestaltiste, la thérapie est un processus vivant et créateur. Il travaille à restaurer le fonctionnement naturel, la vitalité de l'individu qu'il rencontre et qu'il accompagne dans la découverte de lui-même. Rappelons que le concept de santé mentale en Gestalt n'est pas statique; il se rattache à une conception de l'individu comme un être en mouvement dont le cycle expérientiel se déroule harmonieusement et sans coupures.

Il n'est aucunement question d'un type préconçu de personne auquel il faille ressembler; ni d'un être humain idéal que l'on cherche à devenir. L'accent est mis plutôt sur le processus de formation de gestalts et de ses interruptions. Comment la personne qui me consulte limite-t-elle sa vitalité, s'empêche-t-elle de devenir totalement ce qu'elle est? À quel moment du cycle d'expérience se situent ses résistances?

La thérapie est plutôt conçue comme une entreprise d'éducation ou de rééducation au cours de laquelle le thérapeute aide le client à prendre conscience de ses besoins à mesure qu'ils se présentent et à les exprimer afin d'en arriver à trouver dans son environnement ce qui peut y répondre. Le processus d'identification et de satisfaction des besoins s'observe aisément dans le règne végétal. Prenons l'exemple de la plante qui a besoin d'eau et de lumière pour vivre et se développer. Elle formera de nouveaux rameaux dans la direction d'où lui vient le soleil et ses racines se développeront de telle sorte à obtenir l'humidité qui lui est nécessaire. Au cours de notre éducation, nous avons perdu contact avec cette sagesse et cette science naturelle de notre organisme pour la remplacer par des règles de conduite, des préceptes et des interdictions enseignés par notre milieu culturel et social. Divisé, notre être devient le lieu d'une bataille, d'un combat que se livrent nos besoins et les restrictions que nous avons appris à nous imposer. Le processus thérapeutique est donc semblable à un voyage que le client accomplit pour retrouver ses propres racines et se les réapproprier. Ce périple

...se, entre autres, par la prise de conscience des sensations, des perceptions et des émotions vécues dans le moment présent ainsi que par la résolution de situations inachevées.

Pour Zinker (1981), le but de la thérapie gestaltiste se conçoit comme une restauration chez la personne de sa capacité d'être éveillée à ses besoins et d'agir en vue de leur satisfaction. Elle doit pouvoir s'insérer dans son environnement avec ses habiletés et ses ressources de façon à aller chercher ce qu'il lui faut pour se développer. Ceci sous-entend que l'individu assume la responsabilité (l'habileté à répondre) active de sa propre vie. Il écrit : « Une part importante de la thérapie consiste à attiser le feu, à nourrir un thème particulier, à édifier du support dans certains domaines de verbalisation ou d'action qui ont besoin d'être soutenus chez le client. » (p. 42).

L'objectif de la thérapie consiste alors à faire passer graduellement la personne d'un pôle où elle cherche le soutien à l'extérieur d'elle exclusivement vers un pôle de plus grande autonomie grâce à la construction de mécanismes internes de soutien. Ceci ne l'empêchera pas d'avoir recours à des ressources externes, également nécessaires, quand elle en sent le besoin. L'événement thérapeutique est la rencontre de deux êtres humains dont l'un accompagne l'autre. Le thérapeute est un guide. Il donne le soutien suffisant et nécessaire pour que la personne prenne conscience d'elle-même, pour qu'elle essaie de changer, de croître. Il frustre aussi en invitant le client à sortir de ses vieilles routines, à expérimenter, à risquer le nouveau. Il doit maintenir un dosage équilibré : donner au client suffisamment d'appui pour qu'il ose se regarder tel qu'il est tout en manifestant la fermeté nécessaire à la mobilisation de l'énergie vers un changement. Tout l'art de la thérapie réside en cela.

La Gestalt est une méthode qui, tout en respectant le rythme du client, peut être directive et contraignante. La contrainte s'exerce envers le client au moment où il doit se rééduquer, sortir de l'ornière d'habitudes acquises qu'il garde parce qu'elles sont connues et supportables ou qu'elles ont auparavant contribué à sa survie. Pourtant, elles l'étouffent (parfois au sens strict du terme) et nuisent à son intégration.

Laura Perls (1993) insiste sur l'importance pour l'intervenant de développer son propre style. Elle écrit :

Les mises en situation ne sont pas des constellations fixes dans une série de techniques ; elles sont inventées spontanément dans le but de faciliter ce qui est. Fritz Perls, avec sa formation en psychiatrie et son intérêt pour le théâtre, utilisait une approche psycho-dramatique. D'autres thérapeutes gestaltistes utilisent

l'art, la musique, la poésie, la philosophie, la méditation, le yoga, la danse moderne, la technique Alexander ou toutes les autres techniques qu'ils ont assimilées et intégrées à leur façon habituelle de vivre. (pp. 102-103).

Elle ajoute plus loin :

Un thérapeute n'utilise pas de techniques: il s'utilise lui-même dans et pour une situation, quelles que soient la compétence professionnelle et l'expérience de vie qu'il a accumulées et intégrées. Il existe autant de styles que de thérapeutes et de clients (p. 103).

Dynamique dans sa conception, phénoménologique dans son approche, la Gestalt a également un aspect comportemental que nous allons maintenant aborder au chapitre des techniques.

V — LES TECHNIQUES DE LA THÉRAPIE GESTALTISTE

La Gestalt suppose une approche intégrale de l'individu, concevant l'expérience humaine comme un flot incessant de sensations, d'émotions, d'idées et de mouvements. Elle peut traiter les blocages et les résistances en accédant à l'armure corporelle (kinesthésique, proprioceptive et sensorielle). Elle s'intéresse aussi au contenu verbal et a développé des méthodes originales de travail sur le langage, les métaphores, les fantaisies et les rêves.

Un des principes de la Gestalt veut que l'apprentissage soit un processus actif; on apprend en faisant et non pas uniquement en parlant. Pour les fondateurs, la compréhension ne provient pas d'une connaissance qui se situerait surtout au niveau de l'intellect, elle découle de l'action à partir de laquelle l'individu assimile et comprend (prend avec lui). On parle d'ailleurs de la prise de conscience dynamique, c'est-à-dire cette amorce de changement que le client peut expérimenter, vivre et sentir dans son corps, qui est par elle-même thérapeutique.

On connaît souvent la Gestalt par ce qu'on a pu entendre dire de ses techniques. Pour le gestaltiste, les techniques émanent du cadre conceptuel de cette approche thérapeutique; elles perdent leur signification et leur impact si elles sont utilisées isolément ou au hasard. La gamme des techniques à la disposition du thérapeute est très étendue: elle inclut celles qui ont été développées par Perls et ses collaborateurs et aussi tous les moyens qu'il invente lui-même. Le choix qu'il fait à l'intérieur de ce large éventail est fonction de plusieurs facteurs: ce qui émerge à la conscience du client, ses propres prises de conscience, où se trouve son énergie dans le « ici et maintenant », en somme, ce qui se situe dans sa zone de croissance.

L'originalité de la Gestalt est justement la possibilité de créer sur le champ un exercice en fonction du thème énoncé par le client dans le but d'explorer un comportement nouveau. C'est là l'aspect béhavioriste de la Gestalt, qui s'emploie à modifier le comportement du client à l'intérieur même de la situation thérapeutique.

On nomme expérimentation ou mise en situation (*experiment*) cette modification systématique de l'agissement qui se greffe sur l'expérience immédiate du client. Cette unité active d'exploration peut être limitée et simple ou encore plus profonde et complexe. Dans les deux cas, elle comporte un élément de nouveauté et de risque. Pour thérapeute et client, il s'agit d'un pas sur un terrain inconnu, mais dans un milieu offrant une certaine sécurité.

En Gestalt, l'expérimentation constitue la pierre angulaire de l'apprentissage par le vécu. Elle transforme les mots en actions, permettant à l'individu d'être totalement présent, mobilisant son imagination, son énergie, son excitation.

Le client est le premier artisan de son expérience d'apprentissage. Il fournit les données de base du problème, contribue à organiser la façon de l'aborder. Il reçoit l'aide du thérapeute, lequel lui offre ses encouragements et suggestions, tout en agissant comme consultant et directeur de la création qui s'accomplit dans l'événement (thérapeutique). Le bureau de consultation devient un véritable laboratoire où le client vit sa réalité et se découvre. Ses craintes de rejet ou de critique pourront y être explorées.

Zinker (1981) décrit la confection d'une expérimentation comme une danse complexe, une entreprise de coopération. Le thérapeute est souvent le guide qui identifie les points de repère. Le client conserve le rôle principal et contribue à l'orientation du déroulement de sa propre expérience. L'expérimentation, si elle est bien menée, amène la personne à une nouvelle expression d'elle-même, voire une nouvelle définition d'elle-même et de son environnement.

Bien qu'il ne soit pas possible, dans les limites de cet article, de s'attarder à chacune des étapes de son élaboration et de son déroulement, il importe de spécifier qu'une expérimentation réussie requiert une certaine préparation. Elle doit provenir de l'expérience immédiate du client et s'articuler sur le thème qui se manifeste et se développe pendant la rencontre. Analogue à la trame d'un tissu ou à la mélodie d'une chanson, le thème doit être suffisamment clair pour assurer une fondation solide à l'expérience proposée. Il importe également d'obtenir un certain degré de consensus, c'est-à-dire que devant chaque unité d'expérience, le client ait la possibilité d'accepter ou de refuser. Dans ce dernier cas,

l'exploration de ses réticences sera aussi instructive que l'exécution machinale d'une technique ingénieuse.

L'expérimentation une fois accomplie, le thérapeute se préoccupe d'aider son client à l'assimiler; pour ce faire, il revient sur l'expérience et l'aide à identifier ce qui vient d'être découvert. De là peut se développer une nouvelle phase d'expérimentation.

Sans chercher à décrire ici chacune des techniques ou façons d'explorer et d'intensifier l'expérience vécue, nous allons tenter d'illustrer certaines formes d'expérimentation.

Un certain nombre de techniques font appel à la mise en scène ou en acte (*enactment*) d'un aspect ou l'autre de l'existence de l'individu. Au lieu de n'être qu'un récit, le problème soulevé est agi. Ainsi la personne qui se sent acculée au mur pourra vivre physiquement d'être concrètement au pied du mur et en prendre conscience de façon plus nette.

Le jeu de rôle fait partie de cette catégorie de techniques. La personne est invitée à mettre en scène et à incarner des caractéristiques diverses et parfois opposées d'elle-même.

Une cliente, dans une session de thérapie, parle de son expérience de femme occupée, toujours à la course, débordée d'obligations, et par ailleurs de son besoin de s'arrêter, de s'occuper d'elle. À mon invitation, elle expérimente dans sa posture, dans sa voix, les caractéristiques de chacun de ces personnages qui deviennent plus réels. Un dialogue s'amorce entre ces deux protagonistes au bout duquel la femme affairée peut commencer à admettre l'existence de ses besoins, à se donner du temps pour elle. C'est l'amorce d'un changement qui se manifestera par la suite dans l'orientation de sa vie.

Parfois, le thérapeute ou d'autres personnes dans un groupe prennent part au jeu de rôle, ce qui en multiplie les effets. Le principal protagoniste acquiert une vision élargie de sa situation et de comment il la façonne; les autres participants en retirent également une nouvelle expérience d'eux-mêmes.

La dramatisation peut aussi donner accès au versant caché d'une polarité.

Édouard, un participant à une semaine de formation, prend contact avec la lassitude qu'il ressent à être le garçon sérieux, obéissant, qui se contrôle et se critique intérieurement. Pour explorer l'autre pôle de lui-même, il est désigné comme le critique et l'entraîneur du groupe. À mesure qu'il les remarque, il aura à énoncer au groupe ses critiques et ses observations sur le processus qui s'y déroule ainsi que ses instructions. Édouard s'occupe à bien remplir son nouveau rôle, se prend au jeu et devient, à sa surprise, une force motrice pour le groupe par la pertinence

de ses remarques et la diversité de ses directives. Lui qui était replié sur lui-même depuis deux jours est devenu actif et présent. Il se découvre, en même temps que ses collègues, des ressources qu'il ignorait.

La dramatisation peut également s'utiliser pour conclure dans le présent une situation demeurée inachevée dans l'existence passée d'un individu.

Une cliente ayant perdu son père à l'âge de six ans souffrait dans sa vie d'adulte de cette perte. Séparée brusquement de cet homme qui était pour elle sa première source de chaleur et d'affection, elle en gardait encore à trente ans une tristesse toujours prête à se manifester. Retrouvant le souvenir des moments où, adolescente, elle allait pleurer dans sa chambre l'absence de son père chéri, elle a pu, au cours d'une session, lui exprimer non seulement sa peine mais aussi son ressentiment d'avoir été abandonnée, et enfin lui faire les adieux qu'elle n'avait pu vivre au moment de sa disparition.

À la suite de cette dramatisation, elle a retrouvé une énergie perdue pour elle depuis longtemps.

La Gestalt accorde beaucoup d'importance aux possibilités d'enrichissement et de découverte que recèlent *les rêves, les fantaisies et les métaphores*. Afin d'en assimiler le sens existentiel, l'individu, avec l'aide du thérapeute, en agira les principales composantes. Les écrits de Perls et de d'autres gestaltistes comportent de nombreuses descriptions de ces procédés.

Rapportons brièvement l'expérience vécue par une participante dans un groupe à partir d'une métaphore.

Elle se voyait comme un bateau voyageant dans des eaux tumultueuses parsemées de tourbillons, de récifs. Balayée par le vent, elle devait franchir de nombreux obstacles avant d'arriver au rivage. Avec l'aide du groupe, elle met en scène ce voyage.

Elle attribue et enseigne les divers rôles, l'un devenant rocher, l'autre tourbillon ou encore vent déchaîné. Incarnant elle-même le bateau, elle entreprend de traverser ces eaux difficiles, contournant les rochers, résistant aux vents et aux grondants tourbillons pour arriver jusqu'au port.

Cette traversée, en plus de mobiliser l'énergie de tout le groupe, permet à cette participante de vivre intensément son attrait pour les défis et ses propres tourbillons d'énergie ainsi que de sentir combien il était excitant pour elle d'affronter des difficultés.

Un grand nombre d'expérimentations ont pour but d'intensifier et de préciser la prise de conscience immédiate (*awareness*) qu'a l'individu de ce qu'il fait ou ressent. Bien qu'elles soient très simples, elles ont un impact remarquable lorsqu'elles sont utilisées à-propos. Il peut s'agir tout simplement de porter attention à des sensations

physiques immédiates et de les formuler à mesure qu'elles présentent. On pourra faire exagérer un sentiment, un geste, un ton de voix plaintif, une posture, pour les rendre plus évidents. Ainsi un petit geste du creux de la main qui semblait machinal devient, une fois amplifié, un mouvement de balayage qui a permis à son auteur de prendre conscience des contraintes qu'il voulait balayer de son existence. Une phrase répétée sans rire par une personne qui ponctue ses énoncés de petits sourires lui révélera toute l'intensité de son message.

L'intervention en groupe se pratique largement en Gestalt, dans divers contextes, qu'il s'agisse de groupes de croissance, de formation ou de thérapie. Dans les limites du présent article, il n'est pas possible d'aller explorer en profondeur ce format d'intervention. Rappelons au passage que dans son livre *Se créer par la Gestalt*, Zinker (1981) y consacre tout un chapitre intitulé *Le groupe, une communauté créatrice*.

Pour faciliter et intensifier le processus de communication entre les membres d'un groupe, l'intervenant s'appuie sur certaines règles de base que nous allons décrire brièvement.

- Assumer la responsabilité de mon langage et de mon comportement. Si je parle de mon expérience, je dis « je » et non « tu », « les gens », « ça » ou « on ». Ceci permet une expression claire et plus directe, plutôt qu'une discussion impersonnelle.
- Demeurer dans le moment présent, ici et maintenant. Partager mes sensations, pensées et sentiments les plus immédiats.
- Éviter les questions; formuler des énoncés. Les questions, bien qu'elles soient parfois moins compromettantes, cachent souvent une affirmation. Exemple: « Es-tu vraiment sincère? » pour dire: « J'ai du mal à te croire ».
- S'efforcer de parler directement à une personne. Ceci permet de diriger mon message plutôt que de l'envoyer dans le milieu de la pièce; l'impact n'en est que plus grand. On évite alors de commérer, de parler de quelqu'un qui est présent dans le même lieu.
- Regarder la personne à qui l'on s'adresse et la nommer par son nom. Ceci intensifie le contact.
- Écouter et reconnaître les sentiments des autres plutôt que de chercher à les interpréter ou à en rechercher les causes.
- Respecter l'espace psychologique des autres comme on voudrait que le sien le soit. Si quelqu'un veut demeurer silencieux pendant un moment, respecter son souhait ou son choix.

formuler une phrase à la fois. Les longues interventions ont pour résultat d'é mousser l'attention. L'essentiel du message se trouve perdu dans un flot de mots.

- Porter attention à ses sensations physiques ainsi qu'aux gestes des autres. Ainsi, si je commence à me sentir inconfortable et tendu pendant que quelqu'un parle, partager mon expérience avec cette personne.
- Respecter la confidentialité de ce qui se passe dans le groupe.

Rappelons enfin que ces quelques règles ont pour objet de faciliter le contact et de mobiliser l'énergie dans le groupe et ne doivent pas être employées comme des lois rigides.

De plus, les mises en situation et les expérimentations sont de puissants leviers de travail créateur, de prises de conscience et de transformations personnelles.

Comme nous l'avons dit plus haut, l'expérimentation dans l'approche gestaltiste transforme les mots en action. Cette section consacrée aux techniques constitue un effort de traduire en mots ce qui, par essence, est du domaine de l'expérience vécue et n'en demeure par conséquent qu'un reflet incomplet.

En guise d'épilogue, il me revient à la mémoire ce dialogue entre une cliente, inquiète de ses malaises physiques (sans cause médicale) et son corps.

ELLE: Je ne te comprends pas, tu me fais peur, tu engourdis. Je ne sais pas ce qui t'arrive, tu m'inquiètes.

LE CORPS: Je suis fatigué, tu ne te rends pas compte de tout le travail que je fais du matin jusqu'au soir.

ELLE: Oui, mais je ne croyais pas que c'était trop pour toi. Il me semble que tu devrais être capable. Tu es en bonne santé, tu ne l'es jamais plaint.

LE CORPS: Mais là, j'ai atteint ma limite. Je ne veux plus être ton esclave. Je vais crier s'il le faut.

ELLE: Je ne comprends pas ce que tu me dis. J'essaie de prendre soin de toi, de dormir.

LE CORPS: Mais ça n'est pas suffisant. Et tant que tu n'auras pas compris, je vais te donner des signaux. J'ai besoin de respirer; que tu me donnes de l'air, d'être oxygéné! Aussi, j'ai besoin de bouger.

C'est un message émouvant de vie qui a résonné en elle ce matin-là.

CONCLUSION

Cet article sur la Gestalt-thérapie ne donne qu'un bref aperçu de la complexité d'une théorie dont les racines philosophiques, psychologiques et scientifiques sont très diverses.

En voici, en conclusion, les principales caractéristiques (telles que résumées dans Corbeil et Denis, 2006, p.173).

C'est dans le *ici et maintenant* que la vérité du client se révèle. C'est dans le présent que les souvenirs du passé surgissent ou que les espoirs/appréhensions du futur font surface.

C'est dans le corps, dans ses sensations, ses tensions que la spécificité de la vérité du passé, *tel qu'il se vit encore*, émerge.

La Gestalt-thérapie se situe dans le courant de la psychologie humaniste. Elle préconise une vision positive de l'être humain, lequel possède à l'intérieur de lui les ressources nécessaires à son développement optimal.

Le champ global, phénoménologique de la personne est pris en considération.

La santé est plus que l'absence de symptômes: elle exige l'actualisation des ressources individuelles, ce que l'on nomme le potentiel créateur.

Le symptôme doit être interrogé plutôt qu'éliminé comme une chose gênante; il constitue une polarité qu'il faut intégrer plutôt que combattre.

Les postulats qui la sous-tendent relèvent de la science post-newtonienne alors que la vision linéaire de la causalité relève d'une science mécaniciste. Elle est une théorie du champ et elle envisage la causalité relationnelle et circulaire plutôt que la causalité linéaire.

Elle possède une vision systémique de l'être humain, lui-même un ensemble de systèmes complexes et vivant dans une multiplicité de systèmes.

Elle est essentiellement relationnelle en ce que l'individu est organiquement relié à son environnement.

Elle est holistique en ce qu'elle voit l'être humain comme un tout et non pas comme une série de structures; l'ensemble des composantes, le tout, est prioritairement envisagé, chacun des éléments étant organiquement interreliés entre eux. Cette perspective théorique permet d'appréhender l'individu et l'acte psychologique qui se déroule simultanément à tous ses niveaux comme dans l'esprit, le corps, les sensations, les émotions, les interactions familiales et sociales, etc.

Elle est phénoménologique en ce qu'elle porte attention à l'expérience interne telle que vécue subjectivement, et se soumet humblement à l'observation des phénomènes. Les schèmes de pensée préalables et indispensables à l'observation ne sont par ailleurs que des instruments et non pas les maîtres de l'observation.

Elle est existentielle en ce que cette expérience subjective s'attache à la recherche de sens.

Héritée de l'approche psycho-corporelle de W. Reich, elle possède un caractère actif, comportemental et direct dans l'intervention, car elle conçoit que c'est dans l'expression directe de l'émotion, dans l'action, dans la mise en situation, que les nouveaux apprentissages s'instaurent le plus efficacement. À ce titre, il est intéressant de noter qu'avant les recherches récentes en neurosciences, Reich, et Perls à sa suite, avaient eu l'intuition que c'est dans l'émotion et dans l'agir, musculaire et proprioceptif compris et intégrés, que les changements psychologiques souhaités étaient le plus susceptibles de s'opérer.

Les recherches faites depuis au moins trente ans sur les effets de la Gestalt-thérapie démontrent son efficacité dans plusieurs types de situations et pour plusieurs types de clientèles. Le lecteur intéressé à cet important aspect de la Gestalt pourra lire l'article de Uwe Strümpfel (2004), dont la traduction française par Claire Allard et Janine Corbeil a paru dans *la Revue québécoise de Gestalt* en 2007.

Par son accès direct à l'expérience immédiate et à l'émotion située dans le corps, et par l'occasion qu'elle fournit au client qui le veut de faire des gestes concrets pour lui-même, la Gestalt semble réussir mieux que beaucoup d'autres types de thérapies (Strümpfel, 2004/2007).

Références

- Beisser, A. R. (1970). The paradoxical theory of change. Dans J. Fagan & I. L. Sheperd (Éds), *Gestalt Therapy now* (pp. 77-80). New York: Harper Colophon.
- Boadella, D. (1973). *Wilhelm Reich: The evolution of his work*. New York: Dell.
- Buber, M. (1959). *La vie en dialogue*. Paris: Aubier, Éditions Montaigne.
- Clarkson, P., & Mackewn, J. (1993). *Fritz Perls*. Londres: Sage Publications.
- Corbeil, J., & Denis, M. C. (2006). La Gestalt et les autres thérapies humanistes. Dans D. Widlöcher, M. Marie-Cardine, A. Braconnier, & B. Hanin (Éds), *Choisir sa psychothérapie: Les écoles, les méthodes, les traitements*. Paris: Odile Jacob.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.

- Gagnon, J. (1999). Prendre forme en relation : fondements pour compréhension gestaltiste des pathologies limites. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 6, 65-115.
- Gagnon, J. (2006). La complexité selon Edgar Morin et la prise de forme en relation. *Revue québécoise de Gestalt*, 9, 207-236.
- Jung, C. G. (1974). *Dreams*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Perls, F. S. (1969). *Ego, hunger and aggression*. New York: Vintage Books. (Ouvrage original publié en 1947).
- Perls, F. S. (1992). *In an out the garbage pail*. New York: The Gestalt Journal Press. (Ouvrage original publié en 1969).
- Perls, F. S., Hefferline, R. E., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York: Julian Press.
- Perls, F. S., Hefferline, R. E., & Goodman, P. (1977). *Gestalt thérapie: Technique d'épanouissement personnel*. Traduit de l'américain par Martine Wiznitzer. Montréal: Stanké. (Ouvrage original publié en 1951 sous le titre *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*).
- 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*).
- Polster, E., & Polster, M. (1973). *Gestalt Therapy integrated: Contours of theory and practice*. New York: Brunner-Mazel.
- Reich, W. (1949). *Character analysis*. New York: Noonday Press. (Ouvrage original publié en allemand en 1933).
- Reich, W. (1971). *L'analyse caractérielle*. Paris: Payot. (Ouvrage original publié en allemand en 1933).
- Rosenfeld, E. (1978). An oral history of Gestalt Therapy, Part 1: A conversation with Laura Perls. *The Gestalt Journal*, 1 (1).
- Strümpfel, U. (2007). Recherche en Gestalt-thérapie. Traduction de l'anglais au français par C. Allard et J. Corbeil. *Revue québécoise de Gestalt*, 10, 139-176. (Ouvrage original publié en allemand, traduit en anglais par Martin Courtney et publié sous le titre *Research on Gestalt Therapy. International Gestalt Journal*, 27(1), 9-54).
- Zinker, J. (1981). *Se créer par la Gestalt*. Montréal: Les Éditions de l'Homme et du CIM. (Ouvrage original publié en 1977 sous le titre *Creative Process in Gestalt Therapy*).

Abstract

This article is based upon a text written by the authors and published in *Santé mentale au Québec* in 1978. It is mainly the original text, with a few additions for clarification. The authors describe Gestalt Therapy. They retrace its fundamental theoretical axes. These are psychoanalysis, Reichian character analysis, the German Gestalt theory of perception, existentialism, and the Oriental philosophies. Some principal concepts are then elaborated more fully such as the cycle of awareness, excitation, anxiety and the six defense mechanisms: desensitization, retroflexion, introjection, projection, deflection, and confluence. The nature and goals of the therapeutic process are also described before the presentation of some techniques specific to this approach such as enactment and role playing. Finally, certain basic Gestalt rules, which aim at facilitating and intensifying the communication process among group members, are enunciated. In the conclusion, the authors restate the main anchors of Gestalt Therapy.

Le lien, au cœur de la vie, au cœur de la thérapie

Jean-François GRAVOUIL

Résumé

La question du lien est au cœur de l'humanisation et, à ce titre, centrale en thérapie. Après avoir resitué les enjeux de lien dans la vie sociale, l'auteur réfléchit aux éléments fondateurs d'un lien constructeur en psychothérapie. Il s'appuie successivement sur Winnicott puis Gilles Delisle pour approfondir cette notion de lien constructeur. Il explore les obstacles mis par le thérapeute à la création de ce lien constructeur et termine en interrogeant les limites dans lesquelles le lien thérapeutique est habituellement cantonné.

Je ne sais plus qui j'ai rencontré hier. Nous avons échangé quelques mots comme on soulève son chapeau devant un convoi funéraire puis nous nous sommes quittés. La plupart des rencontres que je fais ne laissent aucune trace dans ma mémoire. C'est donc qu'elles n'ont eu lieu qu'en apparence. Nos images se sont parlé mais pas nos cœurs. (Bobin, 2001, p. 132).

Dans la continuité de Christian Bobin nous pourrions dire :

Pour qu'il y ait lien, il faut qu'il y ait succession de rencontres.

Pour qu'il y ait rencontre, il faut qu'il y ait présence partagée.

Pour qu'il y ait présence partagée, il faut qu'il y ait ouverture du cœur.

Cet écrit cherche à réfléchir à la question du lien, liens interhumains et plus particulièrement lien thérapeutique. Nous savons bien toutefois qu'il en est des liens comme de beaucoup de créations humaines, ils peuvent être constructeurs autant que destructeurs. C'est pourquoi nous nous attacherons à explorer ce que pourrait être un lien thérapeutique constructeur et, au-delà, à questionner les formes dans lesquelles ces liens thérapeutiques sont aujourd'hui inscrits.

Si l'on cherche à apprécier l'arbre à ses fruits, à quoi reconnaît-on un lien constructeur? Le lien vécu ouvre-t-il sur la joie, la

sécurité, l'estime de soi, la capacité à aimer et à être aimé, curiosité, le goût du risque et de la nouveauté, la disponibilité à l'imprévu? Ouvre-t-il aussi sur la capacité à vivre des deuils, des frustrations, de la solitude, de la souffrance sans se défaire ni se détruire? Autant d'éléments significatifs d'un lien constructeur au sens que nous avons choisi de donner à ce mot.

I – LE LIEN CONSTITUTIF DE L'ÊTRE HUMAIN

La capacité à être en lien, à créer des liens est une des caractéristiques de base de l'être humain et probablement, plus largement, de l'ensemble des organismes vivants. Chez les humains, ces liens, selon leurs formes, sont porteurs d'humanisation ou de déshumanisation, tandis que l'incapacité à créer des liens, l'absence de liens signe l'entrée dans la folie, l'autisme, la psychose.

Pour qu'il y ait lien, il faut qu'il y ait deux. Cette évidence n'en est une qu'en apparence, comme toutes les évidences d'ailleurs! La capacité à exister différencié et à rencontrer un autre *vraiment autre* n'est pas la chose la plus répandue au monde. Être deux, cela suppose que chacun puisse spécifier une frontière qui le distingue de ce qui n'est pas lui. Être en lien suppose une identité qui rencontre/interagit avec une autre identité. Et nous sommes là confrontés à deux paradoxes: la frontière crée l'identité, mais c'est la conscience de l'identité qui permet de créer la frontière, et d'autre part, avoir une identité et être autonome est une condition de la rencontre de l'autre tandis que la rencontre de l'autre est une condition de la constitution et du maintien de notre identité et de notre autonomie.

Les humains, pour exister, ont simultanément besoin d'être séparés et reliés. Toutefois, si l'évolution de la société nous a poussés à développer notre individualisme, elle nous a plutôt amenés à dégrader nos liens, ce qui nous laisse à la fois séparés, dépendants, et avec une identité faible. Ce besoin de lien est gravement sous-estimé. Même si on constate que l'isolement, cette version corrompue de la solitude, est devenu un des fléaux des sociétés développées, on en sous-évalue fortement l'impact sur la dégradation de l'identité des personnes, des groupes et de l'humanité en général.

Cette sous-estimation du besoin de lien est destructrice puisqu'une ignorance et une négligence des interdépendances et du besoin de reliance¹, comme le dit Edgar Morin, conduit à une destruction des personnes, des systèmes sociaux et de la planète.

¹ Reliance: terme utilisé par Edgar Morin «L'acte moral est un acte individuel de reliance: reliance avec un autrui, reliance avec une communauté, reliance avec une société et, à la limite, reliance avec l'espèce humaine.» (Morin, 2004, p. 16).

Cette dégradation des liens est, pour une large part, produite par des sociétés marchandes qui fondent leurs échanges sur *une substitution de la pulsion au désir*. On passe du sujet désirant au sujet agi par sa pulsion et, dans ce passage du désir à la pulsion, la durée et les liens sont annulés. La pulsion est aveugle et ne connaît que sa satisfaction immédiate. Le monde est un objet à consommer sans délai. L'autre est transformé en objet de jouissance et n'est plus un sujet de rencontre. La pulsion cherche la possession, le désir cherche l'accomplissement.

Trouver la richesse de l'autre, sa complémentarité demande une fréquentation prolongée, un apprentissage à voir ce qui nous relie. Le mammifère humain a besoin de ses cinq sens pour transformer du contact en lien et de l'information en sollicitude. L'empathie est nourrie par la présence physique, l'échange de gestes et de mots, le partage des activités, la connaissance de l'autre et de ses façons d'être et de vivre.

Paradoxalement, l'immédiateté des contacts possibles avec le monde entier annule le temps de préparation à la rencontre, l'attente, la rétroflexion saine du besoin de se déverser chez les autres. Le contact maniaque devient le nouveau standard de l'homme évolué : échanges téléphoniques incessants, messageries surabondantes, saturation de messages triviaux, envahissement des espaces et des temps privés. Cette perte de capacité à rester face à soi-même est dépersonnalisante et, comme telle, réduit la capacité à créer des liens significatifs.

II – PARLONS MAINTENANT DE LIEN ET DE PSYCHOTHÉRAPIE

Les psychothérapies sont, pour nombre d'entre elles, fondées sur l'apprentissage et l'expérimentation de liens humanisants et créatifs. En Gestalt et, en tout cas, dans la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet telle qu'elle a été développée par Gilles Delisle (1998) et telle que je la pratique, on pourrait dire que la relation est la thérapie et que l'engagement du thérapeute dans le lien est déterminant.

Du côté du client, sa représentation de soi est largement faite de l'assimilation des expériences de lien qu'il a accumulées au cours de son existence. On devient humain par la relation. Devenir soi, c'est impossible seul, et cela est vrai pour l'adulte comme pour le nourrisson. À ce sujet, Winnicott écrit : « Mais un bébé cela n'existe pas ! (...) On se trouve en présence d'un couple nourrice-nourrisson. » (1969, p. 128). « Un bébé ne peut pas exister tout seul, il fait essentiellement partie d'une relation. » (1975a, p. 107).

Dans une conception du champ organisme/environnement, le sujet se définit et il est défini aussi par l'état des relations qu'il entretient et qu'on entretient avec lui. Il est construit par des manières d'être en relation, des patterns relationnels qui structurent l'ensemble de ses interactions. Dès lors que ces modes d'être en relation conduisent à des impasses de contact, à des liens dysfonctionnels et porteurs de souffrance, c'est l'expérience, dans la thérapie, d'un type de lien différent qui va permettre la prise de conscience et le remaniement des patterns relationnels sous-jacents. Pour cela, il est nécessaire que le thérapeute fasse figure, dans la relation, sur un certain mode et je ferai référence à Winnicott pour nommer quelques manières d'être du thérapeute susceptibles de permettre au client de remanier sa façon d'être au monde et d'être en lien.

En premier lieu, une adaptation active et continue du thérapeute aux besoins de son client, permettra à ce dernier d'expérimenter un sentiment continu d'exister, fondateur du Self. Winnicott le formule ainsi :

Par cette continuité de l'apport de l'environnement, et par elle seulement, le nouveau bébé qui vit en état de dépendance aura dans sa vie une continuité, et non un simple schéma de réaction à l'imprévisible et à de perpétuels recommencements. (1975b, p. 253).

Cette adaptation ne va pas de soi et doit prendre en compte deux risques opposés : surévaluer les capacités du client et lui demander d'être plus adulte et responsable qu'il ne le peut à cet instant ou bien l'infantiliser et le surprotéger.

Une autre fonction du thérapeute, comme celle première de la mère, est la fonction de miroir. Si l'on transpose pour le thérapeute ce que Winnicott dit à propos de la mère, on peut dire que *le visage, les interventions, la présence du thérapeute construisent, expérience après expérience, l'évidence d'être reconnu comme un être entier et distinct, dans une continuité psyché-soma et permettent de réélaborer les limites moi/non moi*. Comme la mère reflétait l'enfant, le thérapeute doit pouvoir refléter son client. S'il est absorbé ou incapable de s'ajuster aux sollicitations du client (thérapeute dépressif, obsessionnel, sans empathie, centré sur lui-même, etc.), dans le miroir, le client rencontre le vide, l'angoisse, l'impermanence. La réalité extérieure ne lui est pas présentée et il ne peut pas accéder au sentiment d'être réel et différencié.

Autre expérience reconstituante, dans la progression vers l'indépendance, la capacité d'être seul se constitue de façon paradoxale puisque c'est l'expérience d'être seul en présence de quelqu'un d'autre qui construit cette aptitude. Pour continuer à

appliquer au thérapeute ce que Winnicott dit sur la mère, on peut dire qu'*il s'agit de l'expérience d'être seul en tant que client en présence du thérapeute (...) au moment où l'immaturité du moi est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par le thérapeute*. C'est cette intériorisation du lien qui permettra ensuite la séparation.

Être en lien thérapeutique, c'est donc pouvoir se demander comment fournir activement à l'autre l'environnement adapté dont il a besoin, comment lui permettre d'expérimenter un sentiment continu d'exister, fondateur de la possibilité de sentir vivre son vrai *self*, comment assurer la fonction de miroir et refléter l'autre de telle sorte qu'il se sente devenir réel et différencié. Pour transposer encore une fois Winnicott, on pourrait dire : *Ou bien le thérapeute a un self qui est et non pas un self qui fait, ce qui permet au client d'être lui aussi ou bien le thérapeute est incapable d'apporter cette contribution, auquel cas le client doit se développer sans la capacité d'être ou avec une capacité d'être qui demeure comme paralysée*.

III – LES FONDEMENTS D'UNE RELATION THÉRAPEUTIQUE CONSTRUCTRICE

Au-delà de ces premiers repères « winnicottiens » sur la posture du thérapeute, on pourrait dire qu'une relation thérapeutique constructrice demande au thérapeute de se développer sur cinq axes : l'intimité, l'intégrité, la prise de risque, l'estime de soi et de l'autre, la centration sur soi et l'attention à l'autre. Nous décrirons en quoi consiste chacun de ces axes et, pour chacun, nous réfléchirons également aux attitudes du thérapeute qui font obstacle à l'incarnation de ces dimensions dans la relation thérapeutique.²

L'intimité

L'intimité c'est, au fond, rejoindre l'autre et se laisser rejoindre. Les moments d'intimité véritables sont en eux-mêmes réparateurs. La relation JE-TU, quand elle advient, nourrit à la fois le sentiment d'existence propre et celui d'être relié. Elle augmente la présence à soi et à l'autre et développe la sécurité interne. Cependant le client est ambivalent face à l'intimité (GD). L'expérience d'intimité ouvre sur une histoire de liens souvent douloureux et destructeurs, mais aujourd'hui encore, elle rend vulnérable et porte des risques de blessures nouvelles; et ce, d'autant plus que la propension du client à reproduire ses vieux schémas relationnels peut contaminer

² Cette réflexion emprunte une part significative de ses concepts aux écrits de Gilles Delisle sur ce qu'il a appelé *la relation thérapeutique optimale* (2001) ainsi qu'au stage qu'il anime sur ce même thème. Ses enseignements ont inspiré les développements qui suivent, qu'il en soit remercié. Pour faciliter le repérage des concepts repris directement de Gilles Delisle, nous les indiquerons entre parenthèses par l'abréviation (GD).

le lien avec un thérapeute, lui-même vulnérable dans l'intimité, créer une nouvelle expérience négative.

Rendre possible l'accès à l'intimité suppose de créer avec le client le climat de confiance permettant de pouvoir se dire et se laisser voir sans craindre d'être abandonné (GD); jugé, rejeté, sans craindre non plus de voir chez le thérapeute de la gêne, du dégoût ou de l'anxiété. Pour initier, puis progressivement cocréer cette relation d'intimité, le thérapeute est attentif à la qualité du contact, à ce qui le renforce comme à ce qui l'affaiblit. Il a l'expérience d'une présence partagée et sait utiliser ses fonctions de contact pour soutenir ce lien: partage des ressentis, silence, toucher, expressions non verbales, rythme de l'échange, alternance d'écoute et d'implication, ouverture du cœur, etc. Il développe notamment sa capacité aux contacts corporels; ceci est particulièrement utile dans les moments de régression où ce type de lien est parfois momentanément le seul opérant.

C'est aussi dans un climat d'intimité que prennent figure peu à peu les implicites, les non-dits, les *non pensés*, et même les *non pensables* des clients et des thérapeutes, comme par ailleurs ce climat donne accès au vécu intime, à la sexualité, aux fantasmes, à la honte, aux expériences mystiques, etc.

Quelques obstacles à l'intimité mis par le thérapeute³

- Des émotions clivées qui provoquent une certaine froideur et une distance excessive.
- Une mentalisation des affects et un retranchement dans la compréhension intellectuelle.
- Une pudeur, voire une honte, excessive à manifester des émotions.
- Une confusion entre l'intimité et l'intrusion qui inhibe le thérapeute et l'empêche d'aller dans l'intime par peur d'être intrusif.
- Une peur d'être vulnérable dans cet espace d'intimité.
- Une tendance à la critique jugeante.
- Une curiosité intrusive souvent liée à un excès de dévoilement personnel.
- Des interventions objectivantes pour clarifier les faits.
- Des interprétations péremptoires et prématurées.

³ Ce recensement des obstacles mis par le thérapeute au développement d'une relation thérapeutique constructrice ne prétend pas à l'exhaustivité. Le lecteur est invité à y ajouter ses propres distorsions relationnelles.

- Une utilisation de ce que l'autre a dit pour le convaincre, le manipuler, le persuader de changer de point de vue.
- Une difficulté à trouver les mots, les gestes, les attitudes qui manifestent l'empathie.
- Une capacité limitée à lire les signes non verbaux de manifestation des affects du client.
- Un manque d'habileté dans le contact corporel et dans le maniement d'un langage adapté à l'expression des affects.

L'intégrité

La qualité du lien dépend beaucoup de la capacité du thérapeute à développer son intégrité et son authenticité. Ses interventions ne seront, si possible, pas contaminées par la satisfaction de ses besoins personnels ou par ses peurs qu'il refuserait de voir.

Dans ses partages, il ne dit pas forcément toute la vérité (ce qui constituerait une position d'intégrisme), mais il ne dit que des choses véritablement éprouvées ou pensées, sachant que le client « connaît » d'une façon ou d'une autre ce que nous pensons et éprouvons en sa présence (GD).

La capacité du thérapeute à expliciter son expérience de façon assimilable par le client est primordiale (GD). Une telle façon de faire met des mots tout en maintenant le lien, ce dont le client n'a, le plus souvent, pas bénéficié dans ses premières relations, lesquelles ont pu être empreintes de non-dits pesants et paralysants ou encore d'une expression émotionnelle brute, non maîtrisée et traumatisante.

Cette congruence (coïncidence entre vécu interne, conscience de ce vécu et manière de l'exprimer) est souvent considérée comme un facteur central de l'action thérapeutique (GD). Elle donne au client un accès à un thérapeute « entier », non clivé et tranquille avec son vécu interne, aussi ambivalent et complexe soit-il. Sa capacité à maintenir en lui simultanément, sans clivage et sans confusion, un acteur engagé et un témoin équanime lui permet d'avoir accès à une large part de ses ressentis et de ses pensées, même lorsqu'il est aux prises avec des sentiments négatifs (les siens ou ceux du client), avec des expériences affectives difficiles ou déstructurantes.

Enfin, il connaît et, surtout, il travaille ses corruptibilités (GD) les plus sensibles : vulnérabilité à la séduction, à l'intimidation, au rejet, au doute sur ses compétences, à la souffrance, etc. Toutes ces zones de fragilité peuvent, lorsqu'elles sont conscientisées et bien utilisées, être mises au service du travail thérapeutique alors que,

dans le cas contraire, elles peuvent donner lieu à des interactions porteuses de reproductions pathogènes.

Quelques obstacles à l'intégrité mis par le thérapeute

- Une incapacité à se reconnaître dans ses zones de fragilité, une difficulté à montrer au client qu'on est touché, blessé, etc.
 - Un besoin de dominer la situation.
 - De la complaisance ou un excès de rigidité dans la tenue du cadre.
 - Une non confrontation du client par peur, par intérêt ou par besoin de séduction.
 - Un souci de son image qui amène le thérapeute à jouer un rôle en *faux self*.
 - Des interventions guidées par des intérêts personnels du thérapeute (orienter le client vers des thèmes de travail qui intéressent le thérapeute, chercher à gagner le plus d'argent possible, rechercher des avantages divers: bonnes affaires, privilèges, relations utiles, etc.).
 - Une corruptibilité sous-estimée, non prise en compte, déniée, non travaillée. Le champ des corruptibilités est large:
 - Se laisser séduire versus vouloir séduire.
 - Se laisser intimider, maltraiter versus dominer, exercer une emprise.
 - Avoir peur d'être rejeté, de perdre l'amour versus avoir besoin d'attaquer, de critiquer, de mépriser.
 - Être trop sensible au doute du client sur notre compétence versus vouloir être compétent à tout prix.
 - Vouloir absolument empêcher l'autre de souffrir et le guérir.
- Etc.

La prise de risque

Le thérapeute ose s'engager personnellement et il accepte d'être plus exposé, car il est plus engagé. Comme le disait déjà Sacha Nacht en 1950:

Pour que le malade puisse faire face à la réalité et se mesurer avec elle, il faut que l'analyste s'intègre dans cette réalité vivante, qu'il cesse d'être une image où le malade retrouve seulement et toujours ses propres projections. Il n'est plus un demi-dieu ou un sorcier. Il n'est pas davantage une rampe d'appui: il est un homme parmi d'autres hommes.

Il ose la prise de risque responsable et manifeste du courage. Le courage consiste à accepter sa peur et à la traverser, aucune méthode magique n'ayant le pouvoir de supprimer la peur (GD). Cette capacité à s'aventurer dans l'expression de soi malgré la peur est structurante pour le thérapeute comme pour le client qui, peu à peu, apprend à faire la même chose, ayant pu constater que le thérapeute a survécu à l'épreuve. Cette expression de soi porte la plupart du temps sur du dévoilement (de ses limites, de ses peurs, de ses émotions), ou sur du désaccord, sur un positionnement différencié, ou bien encore sur des mouvements affectivement forts vers le client ou, inversement, des mouvements de retrait.

La transformation des modes d'interaction du client avec son environnement implique la confrontation puisqu'elle nécessite de déranger les principes organisateurs de l'expérience du client. Elle suppose que le thérapeute introduise une « Dose de Dérangement Utile » (DDU !) dans ses échanges avec son client et questionne des façons d'être et de voir qui sont plutôt syntones pour le client. Cela implique une capacité à communiquer à l'autre ce que nous pensons et éprouvons à son égard, de façon assimilable par lui, sans complaisance mais avec bienveillance.

De même, le thérapeute accepte d'être dérangé, confronté, sans se défendre ni se dissoudre, sans attribuer le désaccord au seul client et à sa pathologie, sans vouloir tellement être empathique que la confrontation perd sa substance et que le client devient coupable d'attaquer un thérapeute si gentil (GD) ! Le risque pour le client de nous confronter est grand : il aspire à la différenciation, à la reconnaissance de sa singularité et craint en même temps l'abandon, le rejet et les représailles qu'il a bien souvent trouvé réellement connus dans son enfance. L'angoisse de séparation du client est avivée par les expériences destructrices qu'il a faites au cours de son développement et sa capacité à croire que le thérapeute ne va pas lui faire payer cher ses mouvements de différenciation devra s'étayer sur des vérifications répétées dans la relation réelle avec ce dernier.

Quelques obstacles à la prise de risque mis par le thérapeute

- Une peur du transfert négatif, de la différenciation, du conflit, de la critique.
- Un besoin d'être toujours « bon » et reconnu comme tel par le client.
- Une peur du ridicule, de l'inconnu, de l'imprévu.
- Une peur de ses mouvements affectifs et pulsionnels qui conduit à une rigidité et à un contrôle excessifs.

- Un excès de précaution et de sollicitude dans la confrontation, ou, à l'inverse, de la brutalité.
- Une fausse reconnaissance des choix du client sur un fond non dit de désapprobation, voire de mépris.
- Une complaisance fondée sur un certain désintérêt pour le client et pour son évolution (peu importe qu'il avance ou non!).
- Une conformité excessive aux apprentissages, à la bienséance, au sérieux.
- Une difficulté à se laisser déranger, à être déstabilisé, désorienté, confronté à des univers psychoaffectifs ou socioculturels étrangers.

Estime de soi, estime de l'autre

Cet axe ne figure pas chez Gilles Delisle ; toutefois nous avons pu régulièrement, en supervision, constater le caractère problématique de ces enjeux dans la relation thérapeutique. C'est pourquoi nous incluons cette dimension dans l'élaboration d'un lien thérapeutique constructeur.

Le thérapeute a besoin d'éprouver assez d'estime de soi et d'estime pour son client. Cela le rend capable de supporter les doutes, les déceptions, les échecs de ses clients. Il peut porter, temporairement, pour son client, mais sans exercer de pression sur lui, la confiance dans une évolution positive et accueillir sans anxiété les sentiments d'impuissance de ce dernier. Il peut se maintenir dans une position de «parent réjoui» par l'existence même de son client et par l'engagement de ce dernier dans la démarche thérapeutique. Dans un transfert négatif, il sait faire la part de ce qui lui revient et de ce qui revient au client, sans s'accabler ni attaquer le client.

Il accepte ses erreurs et ses imperfections, sans dévalorisation ni culpabilité excessives, et sans rejet de la responsabilité sur le seul client. Il est ouvert à la possibilité que le client ait raison. Il accueille la vérité expérientielle du client sans plaquer sa propre compréhension des situations examinées. Il ne force pas les avancées de son client, accepte une guérison limitée, ne lui extorque pas des gratifications, sait résister à ses demandes grandioses.

Quelques obstacles à l'estime de soi et du client mis par le thérapeute

- Une faille narcissique qui prédispose au jugement négatif et à la dévalorisation ou la surestimation de soi et de l'autre.
- Une perte de confiance en situation d'impuissance conduisant au retrait ou à l'agression.

Une étroitesse d'esprit et des préconceptions figées qui laissent peu de place à l'intérêt pour la vérité expérientielle de l'autre.

- Un besoin d'avoir raison, d'avoir la vérité.
- Une peur de faire des erreurs et de déchoir, de perdre la face, de perdre sa crédibilité.

La centration sur soi et l'attention à l'autre⁴

Bobin (1999) écrit : « Il y a une naissance simultanée de nos yeux et du monde, un sentiment de première fois où ce qui regarde et ce qui est regardé se donnent le jour. » (p. 19).

Une présence à soi et à l'autre permet un vrai je pour qu'il y ait un vrai tu. Cela suppose d'être à la fois participant engagé et observateur et de développer sa capacité à voir et à rendre saisissable le processus relationnel dans lequel client et thérapeute sont engagés. « Qui suis-je pour vous, qu'imaginez-vous être pour moi, qui fait quoi à qui et de quelle façon, dans quel lien sommes-nous et comment ce lien évolue-t-il ? » autant de questions que le thérapeute porte en lui sans forcément les verbaliser systématiquement.

Le thérapeute cherche à se conserver cohésif, à être enraciné, à la fois stable et mobile (GD). Il peut accéder à ses valeurs, à ses croyances, à ses ressentis, à son expérience corporelle. Il a conscience de ses ressources et de ses limites.

Il sait regarder l'autre comme s'il ne le connaissait pas (GD), avoir un regard éveillé, s'étonner, se laisser surprendre, ne pas postuler qu'il sait. Il accueille ce qui vient sans vouloir le saisir et le configurer prématurément, sans inférer trop vite à partir d'indices insuffisants, sans présumer qu'il a compris, en osant ne pas savoir et dire qu'il ne comprend pas. Il accepte l'étrangeté, la différence irréductible de l'autre et peut passer du « tu m'appartiens », « je fais de toi du même » à « je t'accueille comme un autre avec affection ». Cela suppose de prendre en compte la singularité de chaque client (GD) et de dépasser une catégorisation diagnostique simplifiante tout en étant capable de tenir ensemble des aspects contradictoires et complexes de l'expérience du client ou de la sienne sans vouloir les simplifier prématurément.

La centration sur soi et sur l'autre c'est aussi la capacité à trouver le chemin unique des mots et des actes recevables par ce client particulier. Le thérapeute invente avec son client des façons d'être et de faire qui leur sont singulières et qui augmentent la qualité de leur relation. Il est attentif au processus de transposition dans la vie et les relations quotidiennes du client, attentif à ne pas faire de

⁴ Ces deux dimensions, réunies ici en un seul axe compte tenu de leur interdépendance dynamique, font l'objet de deux axes distincts chez Gilles Delisle.

l'expérience thérapeutique un espace clos, refermé sur lui-même, unique lieu de rencontre et de gratification véritables (risque d'addiction thérapeutique).

Quelques obstacles à la centration sur soi et à l'attention à l'autre mis par le thérapeute

- Être pris dans l'autre, envahi par les émotions, le discours de l'autre et être aliéné à soi-même ou, à l'inverse, être tellement centré sur soi que le client disparaît.
- Avoir une connaissance de soi insuffisante, manquer de repères internes pour rencontrer l'autre sans se perdre.
- Être figé dans une identité trop définie et avoir du mal à accueillir la différence, le dissemblable, l'étrange.
- S'enfermer dans des étiquettes psychopathologiques réductrices qui empêchent de penser ce qui advient.
- Avoir besoin de réponses claires et rassurantes et refuser le flou, l'incertain, l'incompréhensible.
- Céder à la demande du client qui veut que nous sachions pour lui et se mettre à expliquer, surtout quand le sens de l'expérience échappe, au lieu de se tenir tranquille dans le non-savoir.
- Se laisser prendre au piège du supposé connu, du supposé compris, du sens déjà acquis et passer à côté du nouveau, de l'étonnement, de la surprise, de la révélation.

IV – POUR CONCLURE, DES INTERROGATIONS SUR LES LIMITES DU LIEN THÉRAPEUTIQUE

Nous avons parcouru un chemin de réflexion autour du lien fondateur d'humanisation et plus spécifiquement des dimensions d'un lien thérapeutique constructeur. Nous voudrions ouvrir cette réflexion au-delà des cadres habituels d'exercice de la thérapie.

Nous sommes en effet habitués à penser la thérapie dans des formes connues et validées par l'expérience. Pour autant, cette réflexion sur le lien thérapeutique nous conduit à interroger plusieurs dimensions de la relation thérapeutique qui ne vont pas forcément de soi.

Liens et temps

Créer un lien c'est prendre le temps d'être ensemble, vraiment là et donner du temps, donner une durée, une continuité à la relation. Une rencontre n'est pas un lien, elle peut en être l'amorce. Le lien s'épanouit dans un temps non contraint où le

temps s'ajuste à la relation. « Être avec » c'est échapper à la tyrannie de l'efficace, du productif, du rentable, du temps/argent. Une part des liens est contemplation sans vouloir saisir ni même chercher à comprendre. « *La hâte appelle l'avidité, la lenteur ouvre à la gratitude* » (Bobin, 2001, p. 67).

Combien de temps et quels ajustements faut-il pour être vraiment avec l'autre? Être vraiment là n'est pas instantané. Qu'en est-il de nos séances stéréotypées de 45 ou 50 minutes et de leur succession dans la journée? Pouvons-nous vraiment être là dans un lien singulier et significatif avec chacun?

Liens, contacts corporels, reliance à l'univers

Le mammifère humain coupé de la nature, coupé des autres et de ses sensations a oublié que, sans contacts physiques, il devient carencé, insécuré, frustré, malheureux. Plus largement, les liens sont facilités par le contact avec les éléments naturels: se relier à l'autre est inséparable de se relier à la nature, à l'eau, au feu, au vent, à la terre, etc.

Qu'en est-il des espaces thérapeutiques clos sur eux-mêmes? Quand, au cours d'un stage de thérapie, nous marchons dans le Sahara profond et que nous devenons thérapeutiquement en marchant, il se passe des choses différentes de celles qui adviennent en cabinet.

Que faut-il penser de l'intégration de démarches « chamaniques » qui relie à la terre et aux éléments? (Même si le chamanisme est galvaudé dans des pratiques à la mode frelatées.)

Qu'en est-il de la prise en compte du corps, et pas seulement sur un mode symbolique, dans une société où le partage corporel est quasi confondu avec le sexuel? Comment inventer des « exercices *mammifériens* reconstituants, EMR », acceptables pour nos clients, intégrant du corporel et du toucher respectueux et vivants?

Liens et activités partagées

Pour qu'il y ait possibilité de lien, il faut de *l'être*, mais pour que le lien se construise, il faut du *faire partagé*. Le *faire ensemble* est constitutif de lien: faire ensemble des choses significatives dans le quotidien, des choses durables, régulières, créatrices et non consommatrices (faire des confitures, de la marche, du jardin, du bricolage, de la lecture à haute voix, du chant, des jeux, de la méditation, etc.). Comment faire ensemble avec nos clients de l'utile, du bon et du beau? Quel faire ensemble dans la durée partageons-nous en thérapie?

Liens interpersonnels et communauté

Une communauté, c'est un groupe humain dans lequel les actes sont imprégnés de présence, dans lequel la relation est au cœur des échanges et des actions, où elle ne leur est pas subordonnée. Sans le sens de la solidarité communautaire, la liberté individuelle devient destructrice. Une civilisation se mesure à sa capacité à créer des communautés.

La communauté est importante comme contenant, structure, enveloppe, comme régulateur des liens interpersonnels, des liens de couples, des liens parents/enfants. Réciproquement, les liens interpersonnels sont des soutiens pour les communautés.

Au-delà des rencontres duelles et des lieux de supervision, dans quelles communautés nos liens thérapeutiques sont-ils insérés, contenus, nourris, interrogés, régulés?

Quelle place pour la psychothérapie?

La psychothérapie est-elle un substitut à la disparition des communautés et à la dégradation des liens ou bien peut-elle être lieu et expérience d'apprentissage à être en lien et à créer du communautaire?

Peut-on aussi imaginer la psychothérapie comme une voie vers le spirituel, c'est à dire vers le dépassement du lien dans la communion: l'être séparé disparaît, le lien est transcendé, le deux devient de l'un.

Je clôturerai cette réflexion avec deux citations de Swâmi Prajnânpad (pour le situer, il est notamment le maître d'Arnaud Desjardins).

Le sentiment d'unité avec les autres c'est cela le JÉ. Quand vous êtes dans l'unité vous êtes vide et plein en même temps. Vide en ce sens que vous ne refusez rien ni personne. Plein car vous n'avez ni attirance ni répulsion pour rien. (p. 133).

Deux choses ou deux personnes ne peuvent pas occuper le même endroit. Votre fils, votre femme, votre mari et même Dieu vous abandonneront si vous les considérez séparés de vous. Tout ce que vous considérez comme séparé de vous vous quittera. (p. 134).

Références

- Bobin, C. (1999). *La présence pure*. Cognac: Éditions Le temps qu'il fait.
- Bobin, C. (2001). *Ressusciter*. Paris: Gallimard Folio.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2001). *Vers une psychothérapie du lien*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Morin, E. (2004). *La méthode 6, Éthique*. Paris: Seuil.
- Nacht, S. (1950). *De la pratique à la théorie psychanalytique*. Paris: Presses universitaires de France.
- Svâmi Prajnânpad. (1998). *ABC d'une sagesse*. Paris: La Table Ronde.
- Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.
- Winnicott, D.W. (1975a). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris: Payot.
- Winnicott, D.W. (1975b). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard, Folio essais.

Abstract

The notion of interpersonal bond is at the heart of humanization, and thus central to psychotherapy. After having introduced the issues related to social bonds, the author reflects on the basic elements of a constructive bond in psychotherapy. He refers to the work of Winnicott and of Gilles Delisle in order to deepen the understanding of this concept of constructive bond. He explores the ways in which the therapist might unwillingly prevent the elaboration of this constructive bond in the therapeutic relationship. The author ends his discussion by enunciating some questions concerning the limits within which the therapeutic bond is usually confined.

Enjeu de l'attachement

Le paradoxe d'un traitement basé sur le *Logos*
et le *dialogue herméneutique* pour un enjeu
essentiellement basé sur les *affects* et élaboré
dans un *monde sans mots*

Catherine HAMEL

Résumé

L'auteure offre une réflexion sur le traitement de l'enjeu de l'attachement selon le modèle de la PGRO¹ à la lumière des nouvelles connaissances en neurosciences. Dans un premier temps, elle nous invite à une réflexion théorique sur le dialogue herméneutique en tant qu'outil exigeant un niveau d'élaboration psychique si élevé qu'il n'est parfois pas applicable pour le traitement d'un enjeu aussi précoce. L'auteure propose d'intégrer au modèle une double position thérapeutique qui prend racine sur le *fond Logos*. Cette intégration est représentée par la métaphore de la «double hélice *mentalisation-herméneutique*»². Dans un deuxième temps, s'appuyant sur les travaux de Fonagy, Schore, Siegel, Cozolino et Wallin, elle présente des considérations cliniques en regard du développement de l'hélice de la *mentalisation*. Elle aborde la pertinence de tenir compte d'un travail sur le corps et les affects dans le traitement des difficultés liées à l'attachement. Elle explore certaines techniques et elle tente de cerner des paramètres quant à leur intégration dans le modèle de la PGRO.

INTRODUCTION

Le traitement de l'enjeu d'attachement est complexe pour de multiples raisons. L'une d'elles est l'âge précoce où se joue cette résolution délicate d'un attachement sécuritaire à des personnes significatives. Deux axes de questionnement se retrouvent en filigrane de tout le présent propos, mais volontairement, ils seront mis de côté temporairement pour permettre d'abord un certain temps d'exploration et ne seront repris qu'en conclusion de cet article.

- Comment résoudre le paradoxe du dialogue herméneutique pour réparer une blessure qui prend sa source dans un univers sans mots? Comment un outil qui requiert des capacités si élaborées et si complexes peut-il servir pour un enjeu si précoce au point de vue développemental?

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

² Les mots *mentalization*, *mentalize* et leurs dérivés sont traduits librement par *mentalisation*, *mentaliser*, etc.

- Comment résoudre le paradoxe d'un traitement sur fond L pour aborder un enjeu essentiellement basé sur les affects?

NOTIONS THÉORIQUES DU MODÈLE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE GESLTATISTE DES RELATIONS D'OBJET (PGRO) EN LIEN AVEC LES AXES DE QUESTIONNEMENT

Afin d'étayer son modèle, Delisle prend appui sur le *fond Logos*, en référence à la typologie des fonds irréductibles de Rychlak (Delisle, 1998). Cette décision sous-tend que les concepts centraux de sa théorie révisée du *self* renvoient au sens et à la conscience en tant que réalité irréductible. Ce choix, de façon tout à fait cohérente, colore tous les aspects du modèle de la PGRO. La psychopathologie des troubles de la personnalité peut donc se comprendre, d'abord et avant tout, comme une perte de sens de l'expérience. Delisle illustre ce propos: «(...) dans la pathologie de la personnalité, le sujet qui a échoué à métaboliser tel ou tel enjeu porte en lui une énigme non résolue (...)» (Delisle, 2001a). Ainsi, le travail à accomplir dans le traitement de l'enjeu d'attachement demeure essentiellement d'aider le client à récupérer le sens perdu (introjecté), parce que trop douloureux à appréhender.

Le processus thérapeutique proposé par la PGRO se déploie selon plusieurs cycles de reproduction, reconnaissance et réparation à travers une forme de dialogue spécifique: le dialogue herméneutique. Pour être possible, il exige du thérapeute et du client une adhésion à trois axiomes: la possibilité que l'autre ait raison, la multiplicité horizontale de sens et la multiplicité verticale de sens (Delisle, 1998, 2001b). Ces trois axiomes mettent en lumière la nécessité de considérer des sens multiples et changeants: accepter que l'autre puisse apporter un sens différent du nôtre et valable, accommoder le fait que des perspectives différentes soient possibles, dans un temps donné, à partir de points d'observations différents (multiplicité horizontale de sens) et accepter le fait que des perspectives différentes soient aussi possibles, depuis le même espace physique, mais dans des temps différents (multiplicité verticale de sens).

Le dialogue pour guérir une blessure qui prend sa source dans un monde sans mots: le défi est de taille! Delisle relève cet aspect particulier du traitement de l'enjeu de l'attachement et, afin de tenir compte de cette réalité, fait les recommandations suivantes: calibrer et adapter le niveau de langage, être attentif à la communication non verbale, considérer la pertinence du toucher dans la thérapie et travailler avec l'identification projective pour comprendre

que le client «met en place» à défaut de pouvoir «mettre en mots» (Delisle, 2004). Toutefois, si le calibrage est possible pour un client d'âge psychique de cinq ans dans un enjeu d'estime de soi, cela s'avère plus difficile dans le cas d'un âge psychique qui se situe avant l'acquisition du langage. Dans une telle situation, n'y a-t-il pas des préalables à mettre en place qui permettront d'aider le client à acquérir les capacités de dialoguer dans un effort herméneutique?

UN TRAITEMENT BASÉ SUR LE DIALOGUE HERMÉNEUTIQUE POUR UN ENJEU ÉLABORÉ DANS UN MONDE SANS MOTS

Les schémas d'attachement : inconscients et inaccessibles verbalement

Développement neurologique et structural

Les trois principales structures du cerveau se développent à des moments différents: le tronc cérébral est pleinement fonctionnel à la naissance, le système limbique se structure dès les premières années et le cortex cérébral, quant à lui, possède un rythme de développement beaucoup plus lent, étant encore en formation dans la troisième décennie de la vie! Les expériences et les apprentissages précoces surviennent donc avant même que le système cortical soit suffisamment développé pour rendre possible la conscience et la mémoire explicite (Cozolino, 2002). De même, les recherches démontrent que les zones du cerveau qui sont responsables du langage (cortex gauche, aire de Broca) et de la mémoire autobiographique (hippocampe) ne sont pas efficaces avant 18 à 36 mois ce qui explique, entre autres, le phénomène de l'«amnésie infantile universelle» (Wallin, 2007).

Dans le système limbique, les deux structures jouant un rôle clé sont l'amygdale et l'hippocampe. L'amygdale est fonctionnelle à la naissance. Elle est directement reliée au tronc cérébral, ce qui lui donne les commandes du système nerveux sympathique. Ainsi, lors d'une émotion de peur, l'amygdale mobilise aussitôt le corps dans des réactions de fuite ou de combat. L'expérience enregistrée dans l'amygdale est inconsciente, inaccessible au langage et tend à être généralisée (Wallin, 2007). L'amygdale apprend très rapidement, mais elle est lente à oublier (Cozolino, 2006).

Si l'amygdale active le système nerveux sympathique, l'hippocampe, quant à lui, active le système nerveux parasympathique. Il désactive l'alarme déclenchée par l'amygdale. L'expérience enregistrée avec l'aide de l'hippocampe est explicite, linguistiquement

récupérable et *contextualisée*³ (Wallin, 2007). Toutefois, l'hippocampe commence à jouer un rôle seulement à partir de la deuxième, voire la troisième année. Comme conséquence, dans ses premières expériences, l'enfant ne peut compter sur l'action régulatrice de l'hippocampe et d'autres structures corticales à la suite d'une réaction d'alarme... Il n'a pas encore de freins internes! Si l'amygdale déclenche l'alarme, l'enfant est aux prises avec une expérience submergeante, généralisée, non contextualisable, non consciente et ce, sans moyen interne de régulation.

Nous retrouvons deux grandes catégories de mémoire: implicite et explicite. La mémoire implicite repose principalement sur l'amygdale et possède donc des caractéristiques similaires à celle-ci. Elle est fonctionnelle à la naissance et encode des apprentissages inaccessibles à la conscience (Siegel, 1999). Les schémas d'attachement, les instincts, les objets internes, le transfert, le surmoi sont opérés par la mémoire implicite (Cozolino, 2006). La mémoire explicite, quant à elle, mature avec l'hippocampe et certaines structures corticales. Son développement est donc plus tardif. Elle est organisée par le langage et permet un apprentissage conscient (Cozolino, 2002).

Dans notre conception courante de ce qu'est la mémoire, soit le sentiment de se souvenir, nous faisons référence à la mémoire explicite. En opposition, lorsque la mémoire implicite est activée, il n'y a pas cette sensation de chercher et de récupérer des souvenirs. En effet, puisque la mémoire implicite opère de façon non consciente, les souvenirs s'infilrent dans notre expérience actuelle, à notre insu (Siegel, 1999). Le contenu emmagasiné et activé dans la mémoire implicite se superpose à l'expérience vécue dans le « ici et maintenant ». Ceci est d'autant possible que la mémoire implicite a une vitesse de traitement rapide et automatique, alors que la mémoire explicite nécessite plus de temps pour traiter l'information. La mémoire implicite a donc amplement le temps de teinter l'expérience présente avant que la mémoire explicite n'intervienne. En raison de leur rythme de développement distinct, la mémoire implicite est considérée comme la mémoire précoce et la mémoire explicite comme la mémoire tardive (Cozolino, 2002). Ce qui fera dire à Delisle (2006) que l'enjeu d'attachement relève essentiellement de la mémoire implicite.

Sans entrer dans les détails, mentionnons simplement que les informations concernant le développement non simultané des deux hémisphères conduisent aux mêmes constats. Dans les premières

³ Les mots *contextualize*, *contextualization* et leurs dérivés sont traduits librement par *contextualiser*, *contextualisation*, etc.

années, l'hémisphère droit est prédominant et connaît la plus forte croissance. Ce n'est que vers trois ans que cette asymétrie change avec le développement de l'hémisphère gauche et l'explosion du langage (Cozolino, 2002). Ainsi, le fonctionnement cérébral, lors de la période sensible de l'enjeu de l'attachement, se fait principalement sous l'égide de l'hémisphère droit. Autrement dit, il est sous le contrôle du self physique et émotionnel plutôt que du self conscient et verbal (Cozolino, 2002). Les schémas d'attachement sont inscrits essentiellement sous forme corporelle et émotionnelle. De plus, le corps calleux qui relie les deux hémisphères commence à se développer à la fin de la première année et mûrit lentement jusqu'à l'âge de dix ans. Comme la maturation du corps calleux permet l'intégration des capacités sémantiques avec le réseau somatique et émotif, on peut donc dire que les deux hémisphères fonctionnent, pendant quelques années, de façon autonome et indépendante (Cozolino, 2002, 2006). C'est autour de l'âge de quatre ans que les enfants utilisent plus facilement les mots pour décrire leurs états internes (Siegel, 1999).

Quelles sont les conséquences de ces découvertes pour l'exercice de la psychothérapie? D'abord, le travail sur le contenu emmagasiné dans la mémoire explicite est relativement aisé, puisqu'il est accessible à la conscience et verbalisable. En contrepartie, il apparaît assez évident que l'accès à la mémoire implicite, et donc tout travail lié à l'enjeu de l'attachement, devient d'autant plus complexe. N'étant pas consciente, la mémoire implicite ne peut s'articuler en pensées et en mots, mais se révèle plutôt par nos attitudes, nos comportements et nos croyances (Cozolino, 2006).

Il va sans dire que dans un tel univers où la parole brille par son absence, l'utilisation du dialogue herméneutique pose un véritable défi. Et, comme il y a évidence pour Schore (2003) que le cerveau adulte peut régresser au stade infantile (c'est-à-dire à un fonctionnement sous-cortical) lors de moments de stress ou de réactivation des schémas d'attachement, ces données renforcent la préoccupation liée à la difficulté de l'utilisation du dialogue herméneutique pour travailler les enjeux de l'attachement. Cela revient à demander de faire de la haute voltige à un oisillon sans plumes...

Attachement sécure et non sécure

Les processus développementaux décrits précédemment rendent compte de ce qui se passe dans un parcours « normal » ou pour le moins favorable ; c'est dire la vulnérabilité dans laquelle se trouve le nourrisson, le temps que se construisent et se consolident les fonctions cérébrales plus élaborées lui permettant de mettre un

frein à cette impétueuse amygdale et de faire sens de ses expériences ! Si on peut affirmer que, dans des conditions favorables, soit un contexte de relations sécurées d'attachement, l'accès à la mémoire implicite est complexe, que peut-on en dire lorsque les conditions développementales sont moins favorables ?

Il semble que des émotions submergeantes qui surviennent, par exemple, lors d'un trauma, inhibent le fonctionnement de certaines structures, dont l'hippocampe, l'aire de Broca et le cortex (Wallin, 2007). Ainsi, en cas de stress élevé, l'enfant est encore plus longuement privé de l'effet positif de l'hippocampe pour contrebalancer la réactivité de l'amygdale. Et si les expériences précoces maintiennent le cerveau dans un état constant de stress et de peur, alors, selon Cozolino (2006), le développement et l'intégration de ces réseaux neuronaux sont compromis. Puisqu'un attachement non sécurée entraîne, par définition, des niveaux de stress importants, on peut conclure qu'un attachement de ce type nuit au développement du cerveau. Ainsi, le fonctionnement des différentes structures mentales plus élaborées peut être altéré de façon plus ou moins temporaire.

Dans les premières années de vie, le réseau neuronal immature de l'enfant doit « emprunter » le cortex parental pour se développer, ce qui se fait dans les interactions enfant-figure maternelle. Selon Bowlby (Wallin, 2007), l'enfant peut intégrer uniquement ce que sa relation d'attachement est en mesure d'accommoder, ce qui implique l'exigence de dissocier défensivement de sa conscience tout ce qui risque de perturber la relation d'attachement et induire un état de détresse en lui. L'enfant se trouve alors aux prises avec des expériences non intégrées et impossibles à verbaliser. Nous retrouvons ici la notion du dilemme de contact de la PGRO : une expérience à la fois indispensable et intolérable qui est introjectée.

En résumé, nous manquons d'un accès verbal à plusieurs de nos expériences survenues dans les premières années pour des raisons soit développementales, soit défensives. Ainsi, s'il est difficile même dans des conditions optimales de développement d'avoir accès à la mémoire implicite par le langage, la difficulté s'accroît d'autant lorsque l'enjeu de l'attachement ne s'élabore pas dans de bonnes conditions. Le contenu, déjà difficilement accessible, l'est davantage par l'action de forces défensives et, de plus, le développement de l'équipement neuronal est compromis (hippocampe atrophié, connexions neuronales moindres, etc.).

L'attachement et les caractéristiques du discours

Les recherches de Main à l'aide du « Adult Attachment Interview (AAI) » ont porté sur les liens entre les caractéristiques du discours

des modèles d'attachement (George, Kaplan & Main, 1984). Lors d'entrevues cliniques, Main pose des questions susceptibles d'activer les schémas d'attachement des clients. Son intérêt se porte alors, non pas sur le contenu, mais sur la forme du discours, particulièrement selon quatre aspects: la qualité (apparence de véracité), la quantité (succinct et complet), la relation (pertinence) et la manière (clarté). Les résultats sont fascinants.

En général, les personnes ayant un attachement sécure ont un discours d'apparence véridique, à la fois succinct, complet, pertinent et clair. Ces personnes, tout en étant activées émotionnellement, sont en mesure de rester en lien avec le thérapeute et de demeurer centrées sur le thème du propos. Toutefois, les personnes ayant un attachement non sécure présentent des faiblesses sur un ou plusieurs des aspects du discours. Ainsi, les personnes manifestant un attachement évitant présentent des difficultés au niveau de l'apparence de la véracité du discours qui est aussi exagérément succinct. Le discours des personnes ayant développé un attachement ambivalent est fort différent: l'apparence de véracité est maintenue, mais il leur est difficile d'être concis et pertinents du fait de la présence d'émotions intenses. Les personnes porteuses d'un attachement désorganisé offrent un discours marqué par des «erreurs» au niveau du raisonnement, c'est-à-dire un non-respect des notions de temps, d'espace et de causalité.

La forme du discours est donc altérée chez les personnes ayant l'un des trois *patterns* d'attachement non sécures. Il apparaît intéressant de poser l'hypothèse que ces caractéristiques du discours reflètent une intégration neuronale non optimale autant inter-hémisphérique que corticale/sous-corticale qui serait une conséquence neurologique d'un schéma d'attachement non sécure. Peut-on alors postuler que, dans le cas d'un attachement non sécure, les capacités dialogales sont entravées du fait de cette intégration fragilisée? Se dégage alors l'idée, à la fois décourageante et excitante, que le dialogue herméneutique est non seulement un outil difficile d'utilisation dans le traitement d'un enjeu d'attachement, mais qu'en plus, au moment où nous en avons besoin pour aider un client, ses propres capacités dialogales sont entravées.

Le dialogue comme outil thérapeutique: validations empiriques

Le dialogue herméneutique dans le traitement de l'enjeu d'attachement: un outil complexe, difficile et... abîmé. Et pour autant, nécessaire! Les nouvelles connaissances en neurosciences ne laissent pas subsister de doutes à cet égard. Le postulat est similaire chez les auteurs consultés, que ce soit chez Cozolino, Schore, Siegel ou Wallin: le langage est et demeure la clé de voûte du traitement

thérapeutique. Précisons, il ne s'agit pas du langage pour le langage, de parler pour parler. Tout au contraire, l'action dialogale a une visée bien précise : donner un sens à l'expérience. Pour Wallin (2007), rendre l'implicite explicite est, soit nécessaire, soit suffisant pour générer un changement thérapeutique.

Dans un langage de neurosciences, la psychothérapie est définie comme ayant une visée intégrative au niveau neurologique. Le langage apparaît être un mécanisme-clé pour effectuer cette intégration des affects et des cognitions. Cozolino (2002) explique que la coconstruction narrative, en utilisant les expressions verbales et non verbales des émotions, active simultanément les hémisphères droit et gauche ainsi que les structures corticales et sous-corticales. Ce travail se fait par la parole échangée entre l'enfant et le parent qui porte sur les sensations, les émotions, les pensées, les comportements. Parce que le parent s'intéresse aux expériences internes de l'enfant et lui en parle, celui-ci devient en mesure d'intégrer les différents aspects de l'expérience de manière cohérente et unifiée (Cozolino, 2002, 2006).

En thérapie, réactiver un traumatisme du passé sans mettre des mots, sans ajouter un début de sens nouveau, est non seulement insuffisant, mais peut même comporter un risque de traumatiser à nouveau (Wallin, 2007). En effet, l'expérience traumatique étant emmagasinée dans la mémoire implicite, la réactiver signifie de revivre une expérience intense, généralisée et sans contexte de lieu, de temps et de personne. Bref, aussi bien dire que c'est faire revivre dans le présent une expérience aussi puissante et dangereuse qu'elle l'a été dans le passé. Mettre des mots sur l'expérience émotive permet d'activer simultanément les mémoires implicite et explicite et favorise le développement de nouvelles connexions neuronales. Un trauma qui se recontextualise, à l'aide de la mémoire explicite, c'est un monde interne qui se différencie du monde externe.

Ainsi, bien que les schémas d'attachement soient inaccessibles à la conscience et au langage et que, dans un enjeu d'attachement, les capacités du client de participer au dialogue herméneutique soient moins bien développées, les neurosciences appuient la validité thérapeutique du dialogue afin de permettre l'élaboration du sens de l'expérience. Comment concilier ces deux réalités, ces deux nécessités ? Les travaux de Fonagy et ses collaborateurs sur la notion de mentalisation peuvent apporter des pistes intéressantes quant au développement des processus mentaux permettant l'éventuel accès à un dialogue ayant une valeur herméneutique.

mentalisation

La mentalisation est définie, par Bateman et Fonagy (2006), comme un processus mental par lequel une personne interprète implicitement et explicitement ses propres actions et celles des autres, comme étant significativement reliées à des états mentaux intentionnels, tels les désirs, les besoins, les sentiments, les croyances et les raisons. Mentaliser signifie également être en mesure de penser et de ressentir en même temps. Si l'émotion est trop intense, la capacité de réfléchir diminue et la mentalisation est alors inhibée momentanément. Si, par contre, l'émotion est absente, le processus de mentalisation n'est plus alors qu'une forme d'intellectualisation stérile (Lewis, 2006). La mentalisation exige, on l'aura compris, une bonne intégration neuronale.

Les préalables à la mentalisation

La mentalisation, fonction du cortex préfrontal (Bateman & Fonagy, 2004), n'est pas donnée génétiquement, mais s'acquiert dans le contexte des relations précoces d'attachement. En effet, personne ne naît avec la capacité de réguler ses émotions et personne ne possède, au départ, l'habileté de lier les sentiments et les mots. Cette construction nécessite le contact de l'enfant avec des «esprits matures» dans le contexte sécurisé des relations primaires. De fait, un attachement sécurisé favorise la mentalisation, car l'enfant n'est pas submergé par ses émotions ni trop sollicité par des écarts imprévisibles du parent. Il appert que le développement de la mentalisation nécessite le soutien de différentes fonctions parentales, dont la régulation des affects, la capacité de mentaliser du parent et l'établissement du contrôle de l'attention.

a) Régulation des affects

La régulation de l'affect est le prélude à la mentalisation (Fonagy, 2006). Pour que la fonction réflexive puisse s'élaborer et se construire, il est nécessaire que le parent assure son rôle de régulateur externe afin de protéger l'enfant contre des activations intenses. L'enfant s'apaise au contact de la figure parentale qui module et diminue ses affects douloureux, ce qui favorise le lien d'attachement et le sentiment de sécurité.

La découverte des affects par l'enfant, via les relations primaires, constitue un apprentissage important (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004). Au départ, l'enfant vit et ressent ses états émotifs, mais sans en être réellement conscient. La prise de conscience et la représentation des émotions ne deviennent possibles que par le truchement des expressions faciales et vocales du parent. Par

l'observation de ces reflets en miroir, l'enfant parvient, peu à peu, à différencier les différents patterns physiologiques internes qui accompagnent les émotions. Il commence alors à créer une représentation des affects (Fonagy, 2006). Ainsi, par exemple, lorsque l'enfant vit de l'anxiété, il ressent, de façon confuse, des changements au niveau physiologique, mental et comportemental. Lorsque le parent reflète l'anxiété de l'enfant (mirroring parental), il lui offre une représentation organisée de son expérience et, à ce moment, l'enfant peut commencer à percevoir ce qu'il vit et ressent.

Fonagy et Target (2006) établissent deux conditions nécessaires pour que le mirroring parental soit efficace dans la régulation des émotions. Dans un premier temps, le reflet en miroir doit être raisonnablement congruent avec les émotions de l'enfant et dans un deuxième temps, le reflet du parent doit être «accentué» (markedness), c'est-à-dire être exagéré afin de démontrer à l'enfant que l'affect reflété est bien le sien et non celui du parent. Si l'une ou l'autre de ces conditions n'est pas remplie, deux problèmes peuvent survenir. D'une part, ne pas retrouver ses propres états mentaux dans le reflet du parent, mais y retrouver les états mentaux du parent, constitue une menace pour le self de l'enfant. L'enfant est alors aux prises avec des parties étrangères et non tolérables à l'intérieur de son self et il doit les extérioriser afin de maintenir une cohésion interne (Fonagy & Target, 2006). D'autre part, si le reflet est congruent, mais non «accentué», l'enfant ne parvient pas bien à distinguer ce qui lui appartient de ce qui appartient au parent. Il peut alors percevoir l'expression du parent comme une externalisation de son expérience et croire que celle-ci est contagieuse, universelle et, par conséquent dangereuse.

b) Capacité mentalisante du parent

Si le sentiment de sécurité est nécessaire pour soutenir la fonction réflexive, il n'est pas suffisant. Le parent doit lui-même démontrer une capacité de mentaliser son enfant, c'est-à-dire le considérer comme un sujet mental. Pour citer Cyr (2006), l'enfant doit «avoir été pensé par quelqu'un comme un être pensant». La parole du parent sur les émotions et les raisons sous-jacentes aux actions favorise l'acquisition de cette fonction réflexive. Le parent permet que le processus de différenciation, tel que défini par Kernberg (1984), s'élabore en favorisant la création des frontières psychologiques entre soi et l'autre et entre les mondes interne et externe. En effet, en démontrant un intérêt et une curiosité pour le monde interne de l'enfant, le parent «met au monde» cet espace interne et le fait découvrir à l'enfant. De plus, il communique à l'enfant que ses états mentaux lui sont propres et distincts de ceux des autres.

Contrôle attentionnel

L'établissement du contrôle attentionnel est un autre préalable au développement de la capacité de *mentalisation*. Le parent, en aidant l'enfant à acquérir l'habileté de porter son attention d'un objet à un autre, favorise le difficile apprentissage de retenir une réponse impulsive, tout en redirigeant l'attention sur un autre stimulus. Cette compétence est requise dans le processus de *mentalisation*, puisqu'il est nécessaire de suspendre momentanément son attention de ce qui nous affecte immédiatement (réalité physique), afin de s'intéresser et de mettre au premier plan une dimension non visible (état mental). (Fonagy & Target, 2006).

Les stades d'acquisition de la mentalisation

Avant d'atteindre une position *mentalisante*, l'enfant traverse deux stades non *mentalisans*: le mode de l'équivalence psychique et le mode prétendu. (Fonagy, 2006). Le mode de l'équivalence psychique survient vers le premier mois. La différenciation des mondes interne et externe n'étant pas encore installée, l'enfant attribue une valeur équivalente à l'un et à l'autre: ce qui existe à l'interne existe à l'extérieur et vice-versa. L'enfant peut facilement être submergé par ses affects de détresse puisqu'il est l'expérience et qu'il n'y a pas de limites à cette expérience. Chez l'adulte, le phénomène d'équivalence psychique est présent lors de *flash-back* d'un traumatisme. De même, nous pouvons retrouver des moments en thérapie où le client entre en équivalence psychique, lorsqu'il devient submergé par des affects intenses et ne distingue plus, par exemple, le thérapeute du père abuseur de son enfance.

L'acquisition du mode prétendu, entre 15 mois et trois ans, libère l'enfant de l'équivalence psychique. Ici, l'enfant sait que l'expérience interne ne reflète pas l'expérience externe. Les deux mondes sont maintenant séparés. Toutefois, la compréhension de l'enfant a ses limites: les mondes externe et interne sont séparés certes, mais ils ne sont plus liés. Chez l'enfant, ce stade survient avec la capacité de jouer lorsque le jeu occupe tout l'espace et que le réel disparaît. Le mode prétendu, en tenant loin le réel, est rassurant et permet de faire des apprentissages sur les états mentaux. Par le jeu de «faire comme si», l'enfant explore en imagination différents états mentaux. Chez l'adulte, les épisodes de dissociation se vivent sous le mode prétendu lorsque l'expérience interne occupe toute la place et l'externe n'est plus présent (Fonagy 2006; Wallin 2007).

Mode
équivalence
psychique
1er mois

Mode
prétendu
15-3 ans

mentalisation
 ↓
 Laura

 C'est autour de l'âge de quatre ans que la capacité de mentalisation devient possible. Dans cette période développementale, les deux modes deviennent intégrés : c'est-à-dire que l'enfant peut se représenter les réalités interne et externe liées bien que différentes. L'intégration des modes de pensée pré-mentalisans se fait par le jeu sûr et le mirroring. Toutefois, l'acquisition de cette capacité n'est jamais totalement complétée et peut fluctuer selon les contextes. En effet, des études démontrent qu'une activation excessive et le stress nuisent grandement à la mentalisation (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy, 2006). Ainsi, quand un trauma est réactivé à la suite, par exemple, d'un incident relationnel, un effondrement momentané de la mentalisation est possible. On observe alors un changement rapide d'un fonctionnement à dominance frontale à un fonctionnement sous-cortical avec la réémergence des modes expérientiels précoces : équivalence psychique ou mode prétendu. Plus fréquemment, il sera possible d'observer une oscillation entre les deux modes (Fonagy, 2006; Fonagy & Target, 2006). Le client distingue alors moins bien son monde interne de l'externe et parvient difficilement, étant activé émotionnellement, à rester en contact avec ses pensées (Cözolino, 2006). La vignette clinique qui suit illustre bien ce phénomène chez la cliente, Laura.

Laura arrive à la rencontre disant que «ça ne va pas bien». Elle a le visage ravagé et pleure. Elle affirme que tout est fini, qu'elle ne retournera plus au Centre des femmes. Ce centre est devenu pour elle, dans les deux dernières années, un refuge, un endroit de rencontre, sa deuxième famille et un lieu sûr pour reprendre contact avec le travail.

Après un long moment, la thérapeute finit par comprendre, du discours décousu et erratique de la cliente, que la veille au soir, la responsable du centre lui a jeté un «regard qui disait je suis l'année de toi». Aucune parole n'a été échangée. Ce contact visuel n'a duré que quelques secondes. La cliente ne veut plus retourner au centre : «un endroit où personne ne veut d'elle et où elle n'est pas reconnue». Elle regrette de ne pas avoir réussi à se suicider lors de ses deux tentatives qui ont eu lieu il y a quelques années, car elle «n'aura jamais sa place nulle part».

La thérapeute connaît bien, chez la cliente, cette blessure toujours mise à vif même lors de discrets signes d'abandon. Elle est frappée par l'intensité des émotions et l'absence de nuances et de contextualisation. Durant cette séquence, nous pouvons observer que le monde interne de la cliente et le monde externe se confondent : le regard rejetant devient «je suis rejetée depuis toujours, tout le temps, de tous et partout».

double hélice *mentalisation*-herméneutique

Mentaliser permet d'être en mesure d'attribuer des états mentaux à soi et aux autres et d'être conscient que nous ne pouvons pas savoir complètement ce qu'il y a dans l'esprit de l'autre. C'est être ouvert à d'autres perspectives, à d'autres façons de penser, de ressentir ou d'agir (Allen, 2006; Fonagy, 2006). Ces éléments descriptifs de la *mentalisation* rappellent à notre esprit les axiomes qui sous-tendent la posture dialogale: adhérer à la possibilité que l'autre ait raison, à la multiplicité verticale et à la multiplicité horizontale de sens. Ainsi, la *mentalisation* apparaît être un préalable à la capacité de participer au dialogue herméneutique. Ce postulat est cliniquement très utile. En effet, par leurs travaux, Fonagy et ses collaborateurs proposent un processus développemental qui fait le pont entre *le monde sans mots* des schémas de l'attachement et le *dialogue herméneutique*, soit entre la régulation des affects et l'acquisition de la compétence cognitive élaborée qu'est la *mentalisation*.

Toutes les recommandations proposées par Delisle (2004) pour ajuster le dialogue herméneutique à la réalité de la précocité de l'enjeu d'attachement, telles que calibrer le niveau de langage, être attentif à la communication non verbale, se servir de l'identification projective, demeurent des éléments cruciaux pour le traitement de l'enjeu de l'attachement. À cela, la présente réflexion théorique ajoute l'importance de tenir compte de la capacité de *mentaliser* du client. De fait, les recherches soulignent l'importance de soutenir le développement de la *mentalisation* du client avant même de chercher à *mentaliser* sur un contenu particulier (Allen, 2006; Cyr, 2006). Dans des moments d'effondrement de la *mentalisation*, plus susceptibles de survenir dans les enjeux de l'attachement, il m'apparaît que *l'objectif thérapeutique n'est plus de reconstruire le sens, mais d'aider le client à reconstruire sa capacité de faire du sens.*

En travaillant à développer et à restaurer cette capacité, le thérapeute aura à assumer certaines fonctions parentales, dont réguler les affects, *mentaliser* son client et développer la capacité de contrôle de l'attention. Ces fonctions, dont principalement celle de réguler les affects du client, entraînent le développement d'un lien d'attachement sûr au sein de la relation thérapeutique (Schore, 2003). C'est en faisant l'expérience d'un attachement sûr que le client se trouve dans un contexte propice pour exercer la *mentalisation* qui lui permettra d'acquérir les capacités nécessaires pour participer au dialogue herméneutique.

Un tel raisonnement nous amène à un étrange paradoxe: en ayant restauré le processus de *mentalisation*, le thérapeute a, du

même coup, travaillé sur la blessure qui consiste essentiellement dans la difficulté d'établir un lien d'attachement sécuritaire avec une personne intime. Autrement dit, une fois les préalables en place pour utiliser le dialogue herméneutique dans le traitement de l'enjeu de l'attachement... l'enjeu est, en partie, réparé! Le dialogue herméneutique est-il, tel que défini par Delisle, l'outil privilégié pour traiter l'enjeu de l'attachement ou devient-il un dérivé, un résultat de la réparation de cet enjeu?

En fait, les deux réponses comportent probablement leur part de véracité. Le raisonnement ci-haut comporte une certaine valeur théorique, mais serait facilement ébranlé au premier test de réalité. En effet, se représenter le client comme un sujet volontairement actif dans son apprentissage de la *mentalisation* n'est pas inexact, mais n'est pas exact non plus. Ce serait oublier que le client s'est construit et a organisé son *self* avec ses carences développementales. Son *self*, autant dans ses émergences en provenance du Ça, sa matrice de représentation du champ (MRC) et sa façon de contacter le champ avec sa fonction Je, est devenu un système stable avec sa propre cohérence interne. N'y apporte pas des changements qui veut!

De plus, un enjeu d'attachement non sécuritaire ne fait pas qu'apporter «une absence de sécurité» qui nuit au processus de *mentalisation*, mais comporte, du seul fait de cette absence, la présence d'expériences non tolérables pour l'enfant. Ne pas avoir, c'est aussi avoir: ne pas avoir un regard attentionné, c'est avoir un regard indifférent ou hostile. Ainsi, l'enjeu d'attachement ne peut être envisagé uniquement comme ayant des répercussions au niveau de déficits développementaux tels que la *mentalisation*, mais également au niveau de l'élaboration de structures défensives non conscientes. La recherche de sens demeure incontournable. Il m'apparaît utile, dans de tels cas cliniques, de conserver, dans mon fond réflexif, l'importance des deux positions: l'une qui cherche à construire le sens et l'autre qui cherche à restaurer la capacité de faire du sens. Ces deux positions oscillent, s'entrecroisent et s'influencent. S'impose à mon esprit l'image d'une double hélice (voir figure 1) où le thérapeute met en mouvement l'une ou l'autre des hélices selon l'état psychique du client afin de travailler, en alternance, les déficits et les défenses.⁴

⁴ L'image de la double hélice est inspirée de Wallin (2007) qui illustre un tout autre propos, soit le positionnement de *mindfulness* et de la *mentalisation* envers une expérience donnée.



Figure 1. La double hélice *mentalisation*-herméneutique.

L'hélice de la *mentalisation*: Lorsque le client est momentanément en régression, nous dirions, dans les termes de Fonagy, qu'il entre dans un mode non *mentalisant*, soit en état d'équivalence psychique ou en mode prétendu. Il est soit submergé par les affects ou, encore, dissocié. Le thérapeute vise alors à profiter de ce moment-clé afin de favoriser le développement de la *mentalisation*. En effet, il ne s'agit pas d'un moment «vide» qu'il faut bien vivre parce que présent, ou à surpasser afin de poursuivre le travail de sens. Ce moment en est un privilégié où le thérapeute cherche à construire de nouvelles connexions et à bâtir de nouvelles capacités cognitives. C'est un moment qui, en soi, demande des actions thérapeutiques.

L'hélice de l'herméneutique: Lorsque le client récupère ses capacités de *mentalisation*, le fonctionnement cortical est rétabli. Le client est alors en mesure d'être dans une position à la fois de participant et d'observateur et de collaborer à un dialogue dans une recherche conjointe de sens. Il devient ainsi possible de chercher un sens à l'expérience vécue précédemment dans le moment d'effondrement de la *mentalisation*.

Cette image de la double hélice aide à visualiser la synergie qui se dégage de ce double travail. Les efforts pour développer la *mentalisation* soutiennent peu à peu les capacités du client à participer au dialogue et à trouver un sens à son expérience. Cette recherche de sens, en réactivant les microchamps introjectés, peut provoquer à son tour des effondrements momentanés de la *mentalisation* qui deviennent porteurs de sens. Le travail représenté par l'une des hélices nous est bien connu, c'est le processus qui se déploie dans le cycle de reproduction, reconnaissance et réparation à travers le dialogue herméneutique. Le travail activé par la deuxième hélice fera l'objet de la prochaine partie de cet article.

Il est nécessaire de poser un paramètre aux considérations cliniques qui vont suivre, paramètre lié à ma pratique privée. En effet, je ne travaille pas auprès de clients ayant des troubles sévères

de la personnalité. Une dynamique *borderline* d'un niveau fonctionnement relativement élevé ou encore une dynamique névrotique dans laquelle il est possible de vivre des ruptures de *mentalisation* caractérise en général ma clientèle. Ainsi, les considérations cliniques qui vont suivre ne réfèrent pas à des cadres spécifiques de traitement des troubles de la personnalité sévères.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA MENTALISATION : CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Activer l'hélice de la *mentalisation* par la régulation des affects

Le corps et les affects

Dimensions du Self
↙

Les auteurs en neurosciences s'entendent pour dire que le corps et les émotions sont au cœur du développement du *self*. Wallin (2007) décrit cinq dimensions du *self*. La première est de nature essentiellement somatique (*somatic self*) et prend racine dans les expériences corporelles qui sont étroitement reliées aux relations précoces d'attachement. Par la suite, se développe le *self* émotionnel (*emotional self*) notre sentiment identitaire s'appuyant sur notre ressenti. Après ces deux *selfs* primaires, se développent le *self* représentationnel (*representational self*) qui permet la construction interne d'une représentation de soi et du monde, le *self* réflexif (*reflexive self*) et le *self* conscient (*mindful self*)...

La relation corps-émotion est étroite. Nous percevons la présence d'émotions dans notre corps via des signaux corporels et nos émotions, à leur tour, se répercutent dans le corps (Siegel, 1999). Les études de Damasio (2003) ainsi que celles de Siegel, Siegel et Amiel (2006) suggèrent que les structures supérieures du cerveau (corticales et hémisphère gauche) sont construites – et souvent dominées – par les structures inférieures (sous-corticales et hémisphère droit). Le flux neuronal serait plus important du bas vers le haut que l'inverse : par exemple, la peur dans un trouble panique (flux en provenance de l'amygdale) est plus puissante que la gestion de cette peur (flux en provenance du cortex). Pour Wallin (2007), cela appuie l'importance d'une approche « *bottom-up* » en psychothérapie, c'est-à-dire un travail qui s'appuie en premier lieu sur les sensations corporelles et les émotions plutôt que sur le comportement et la pensée.

Les recherches suggèrent que l'émotion constitue le principe organisateur à l'intérieur du cerveau (Siegel, 1999). L'émotion est, au départ, un flux d'énergie qui provoque des états d'activation à travers le cerveau et les autres parties du corps. Un processus

Le «système d'évaluation-activation» se met alors en branle dans lequel trois phases sont identifiées :

- 1) Un stimulus provoque un état d'activation créant une sensation de «quelque chose arrive, prêtons-y attention». Ce mécanisme est automatique et non conscient.
- 2) Une évaluation sommaire est réalisée: «ce qui m'arrive est bon ou mauvais», ce qui détermine une attitude d'approche ou d'évitement. Ces deux émotions sont dites primaires.
- 3) Les émotions primaires sont différenciées en catégories telles que la colère et la tristesse. Ce sont ces catégories que l'on nomme généralement émotions.

Ce processus met en lumière que l'émotion et la signification sont créées simultanément. En effet, les émotions primaires portent déjà, intrinsèquement, un sens. Elles sont considérées centrales dans l'organisation du *self* du fait qu'elles reflètent la façon fondamentale par laquelle le cerveau assigne une valeur aux événements internes et externes. Cette évaluation a un impact immédiat sur la façon dont le *self* gère et dirige le flux d'énergie et d'information, autrement dit organise son fonctionnement psychique. La régulation des émotions est donc centrale dans l'organisation du *self*.

La régulation des affects et la régulation du self

Le lien entre les émotions et l'organisation du *self* est si fondamental que nous pouvons dire que la régulation du *self* elle-même n'est, en quelque sorte, qu'une forme de régulation des émotions (Siegel, 1999). Les deux termes sont, par ailleurs, souvent interchangeable dans la documentation.

Jusqu'aux récentes découvertes en neurosciences, la régulation des émotions a souvent été comprise comme un processus de régulation consciente et volontaire, ces opérations étant gérées par les aires préfrontales et l'hémisphère gauche (p. ex. se parler pour diminuer son anxiété). Les recherches plus récentes indiquent que d'autres formes de régulation existent, impliquant davantage le corps et les émotions. Selon Schore (2003), ce sont principalement ces processus non conscients qui permettent la régulation du *self*. Pour cet auteur, la théorie de l'attachement doit se comprendre comme une théorie de la régulation des affects. Il considère que le but du processus de l'attachement est de promouvoir la régulation des systèmes biologiques et comportementaux par le biais d'un ajustement psychobiologique, d'une résonance interactive et d'une synchronisation mutuelle dans la dyade parent-enfant. L'enfant va s'attacher à la figure qui module ses affects en diminuant les affects négatifs et en augmentant les affects positifs.

Si Schore redéfinit l'attachement en termes de processus de régulation des affects, il conçoit également les mécanismes de défense comme étant des formes de stratégies de régulation émotionnelle afin d'éviter, de minimiser ou de modifier des affects trop difficiles à tolérer. Pour se défendre et se protéger d'émotions primitives intenses, le nourrisson a recours à des défenses primitives et, face au trauma, il peut présenter deux formes opposées de réponses: l'hyperactivation et l'hypoactivation. Ces deux *patterns* de réponses sont directement liés à la stimulation du système nerveux autonome, soit:

- La branche sympathique: l'enfant devient hyperactivé, il crie et pleure. Par ce type de réaction, l'enfant recherche une forme de régulation interactive auprès du parent.
- La branche parasympathique: l'enfant devient hypoactivé, dissocié suite à une hyperactivation. Il est passif et atone. L'enfant est désengagé et n'espère plus de réponse apaisante du parent. La dissociation est vue comme une stratégie de dernier recours: «la sortie quand il n'y a plus de sortie» (Schore, 2003).

Pour Schore (2003), la conséquence la plus significative d'un trauma de la jeune enfance est donc la perte de l'habileté à réguler l'intensité et la durée des affects. Cette perte est cruciale et, pour plusieurs auteurs, elle est maintenant comprise comme étant à la base de plusieurs troubles psychologiques et psychiatriques.

La régulation des affects en psychothérapie

La régulation des affects devient, autant pour Fonagy que pour plusieurs autres auteurs en neurosciences, le premier objectif de la psychothérapie des clients présentant des troubles liés à des enjeux précoces. A long terme, le client internalise les fonctions du thérapeute et devient en mesure de développer ses propres capacités régulatrices et, potentiellement, ses capacités de *mentalisation*.

a) *Mirroring* parental

Nous avons vu l'importance d'un *mirroring* parental à la fois congruent et «accentué» qui permet à l'enfant d'organiser son expérience, de soulager sa détresse et de favoriser la reconnaissance de son propre monde interne. Essayons d'approfondir ce qui se passe dans ce processus relationnel entre la mère et l'enfant selon différentes facettes, dont l'ajustement émotionnel, la résonance affective, la tolérance des affects et l'attribution de sens.

Ajustement émotionnel :

La notion d'ajustement émotionnel a été bien élaborée par Winnicott (1969) qui rappelle que la composante centrale du développement dépend de l'habileté de la mère à s'ajuster à l'enfant. Cet ajustement doit être, au départ, presque parfait pour ensuite permettre un retrait progressif et tolérable de la figure maternelle. Wallin (2007) mentionne que le plus important pour le développement de l'enfant est cette présence émotionnelle du parent.

En s'ajustant à l'état affectif de son enfant, la mère est en mesure de refléter, de façon congruente, l'état émotionnel de l'enfant. Tout se passe de cerveau droit à cerveau droit. L'enfant et le parent communiquent le plus fréquemment de façon non verbale, implicite et cet ajustement se fait moment par moment. En thérapie, il faut donc être particulièrement sensible à la communication non verbale sous toutes ses formes : les expressions faciales, le ton de la voix, la gestuelle, le rythme et la forme du discours qui indiquent une modification dans l'état émotionnel du client. En tant que parent et thérapeute, il n'est pas nécessaire (heureusement !) d'être parfaitement ajusté. Toute rupture d'ajustement provoque un déséquilibre dans la régulation affective. Que l'enfant vive cette expérience douloureuse n'est pas si problématique, mais s'il la vit trop souvent et trop longtemps, cela le devient assurément. En fait, les désajustements suivis de réparation (soit de réajustements) deviennent même des séquences nécessaires pour internaliser la confiance que la détresse peut être modulée et suivie d'affects positifs.

La résonance affective :

Non seulement le parent doit être en mesure de s'ajuster à l'état émotionnel de l'enfant, mais il doit également « ressentir » cet état émotionnel. Si, pour Fonagy, l'enfant doit être pensé comme un être pensant afin de permettre le processus de *mentalisation*, nous pourrions dire qu'il doit d'abord et avant tout « être ressenti comme un être ressentant ». Siegel (1999) utilise l'expression « *feel felt* ».

Un état de résonance empathique existe quand le thérapeute est ajusté à l'état émotionnel du client et que cette connexion permet l'amplification, à la fois en intensité et en durée, de l'état affectif des deux membres de la dyade. De fait, Schore (2003) parle du parent comme d'un miroir amplifiant. La résonance serait cruciale dans le traitement de l'identification projective. En éprouvant, par identification projective, l'affect dissocié du client, le thérapeute tolère et amplifie en intensité l'affect inconscient assez longtemps pour qu'il devienne peu à peu accessible à la conscience. Si l'ajustement émotionnel réfère essentiellement à l'aspect de la

congruence, il semble que la dimension de la résonance corresponde à l'aspect «accentué» du *mirroring* de Fonagy et Target (2006).

Tolérer les affects :

Dans le *mirroring* parental, nous retrouvons également la capacité du parent à tolérer les affects. Schore (2003) souligne l'importance de rester dans l'expérience avec le client (*wait and see*), de contenir l'affect en s'autoréglant et en régulant le client. Il insiste sur l'importance de résister à l'envie de passer en mode cerveau gauche. Le thérapeute, en agissant de la sorte, encourage le client à rester avec ses émotions et ne pas en sortir trop rapidement (Munich, 2006). L'objectif ici est de diminuer peu à peu la dissociation. Le soutien du thérapeute consiste à faire expérimenter des niveaux croissants d'affects positifs et négatifs au client, ce qui augmente l'intégration neuronale. Si l'affect peut être ressenti sans être dissocié, il y a alors possibilité de créer de nouveaux réseaux neuronaux pour aider l'inhibition et la régulation des affects (Cozolino, 2002) et poursuivre le travail d'intégration du *self* (Schore, 2003). Ce processus qui consiste, pour le thérapeute, à tolérer physiquement et émotionnellement les expériences douloureuses et désavouées du client est nécessaire avant d'amorcer la partie verbale du traitement.

Faire sens des émotions :

Une autre dimension importante de la régulation des affects, via le *mirroring* parental, est la volonté du parent de faire sens de l'expérience émotionnelle de l'enfant. Ce faisant, il organise l'expérience de l'enfant et lui reflète de façon verbale ou non verbale. À l'inverse, en l'absence d'un soutien adéquat pour faire sens de ses émotions, le cerveau immature organise une variété de stratégies défensives (Cozolino, 2002).

b) Les positionnements du *self*

Wallin (2007) propose trois positionnements possibles du *self* envers une expérience donnée.

Le premier est l'«*embeddedness*» :

Être submergé par l'expérience, c'est en quelque sorte «devenir l'expérience». La personne est alors prisonnière de ce moment et n'a plus d'espace mental pour prendre un recul, pour penser l'expérience. Dans un tel état, la personne n'a plus de moyens pour réguler ses affects. Fonagy (2006) parle alors d'équivalence psychique.

« la personne submergée et identifiée dans son expérience pourrait dire « je suis quelqu'un qui est non respecté, non aimé ».

Le second est le *« mindfulness »* :

L'état de pleine conscience prend ses racines dans une tradition bouddhiste et représente un état d'attention délibérée et objective envers l'expérience. Il s'agit d'être présent à l'expérience sans tenter de retenir les aspects plaisants ni éloigner ceux qui sont déplaisants. Cet état est bien connu du thérapeute qui se met dans une posture de présence ouverte à l'expérience émergente et encourage le client à devenir attentif à ses propres mouvements et expériences internes.

La position de « pleine conscience » est considérée comme aidante dans la régulation des affects. En invitant le client à observer son expérience, on le soutient dans le développement de la fonction Je-témoin qui observe ce que le *self* est en train d'expérimenter. Dans un tel moment, le client n'est plus totalement identifié et submergé par l'expérience, et cela renforce son sentiment de confiance et de sécurité qui lui permet de tolérer l'expérience plus longuement. Il constate que les affects, bien que douloureux, ne sont pas intolérables. Une telle position favorise l'intégration des parties de l'expérience qui étaient auparavant dissociées. Du fait qu'elle augmente la capacité de rester en contact avec l'expérience, elle devient précurseur de la *mentalisation*.

Dans une telle posture, la personne pourrait dire : « en ce moment, je suis quelqu'un qui se sent non respecté, non aimé ».

Le troisième positionnement est la *mentalisation* :

Nous avons déjà défini la *mentalisation* dans la section précédente. Notons simplement que la *mentalisation* permet de vivre l'expérience et de lui donner un sens en envisageant plusieurs perspectives. La *mentalisation* et la « pleine conscience » aident à saisir que « les états mentaux ne sont que des états mentaux subjectifs et non objectifs, fluides plutôt que fixes, quelque chose que nous avons et ressentons plutôt que quelque chose que nous sommes » (Wallin, 2007, p. 163).

Pour reprendre notre exemple, la personne qui mentalise son expérience pourrait dire : « parfois, dans certains moments, je me sens non respecté et non aimé. Je ne sais pas pourquoi je me sens comme cela, peut-être parce que... ou bien parce que... ».

Consolider les mécanismes de contrôle de l'attention

Nous avons vu que la consolidation des mécanismes de contrôle attentionnel est un préalable au développement de la *mentalisation* puisqu'il est nécessaire de suspendre momentanément son attention de ce qui se passe dans l'immédiat pour la diriger vers un processus d'observation interne. Inhiber une impulsion ou une réponse sollicite l'hippocampe et le néocortex (Cozolino, 2002, 2006). Pour que ces structures soient bien développées, elles ont nécessité que les neurones soient activés sur une base constante.

L'un des objectifs du thérapeute devient donc l'intégration *top-down*, soit exercer le cortex à inhiber et organiser les réflexes, les pulsions et les émotions gérés par le système limbique (Cozolino, 2006). Lorsqu'une inhibition est possible, elle crée une fenêtre permettant que quelque chose se passe entre l'activation émotionnelle et la réponse du *self*. Cette ouverture de potentialité favorise la transformation d'une réponse automatique en un processus de *mentalisation*. En soi, cette habileté à installer une fenêtre mentale est régulatrice de l'affect. Être activé sans agir est une façon pour le client de tolérer ce qui se passe dans son monde interne. Puis, avec l'aide du thérapeute, il peut commencer à diriger volontairement son attention sur un autre focus, soit l'observation de son état mental. Il prend un recul face à l'émotion présente et n'est plus noyé dans l'expérience. Cela nous ramène au *mindfulness* qui permet d'amorcer un travail de *mentalisation*.

Si, au cours de son enfance, le client a vécu des stress prolongés qui ont été nuisibles au développement de l'hippocampe, il éprouvera des difficultés importantes à inhiber ses émotions et à établir un tel espace interne. Wallin (2007) souligne qu'il peut alors être nécessaire de travailler, de façon préalable, avec la relaxation et des interventions plus pragmatiques, par exemple se servir d'une technique que les cognitivistes nomment *pause button*. Ici, le thérapeute invite le client à faire une pause pendant l'expérience du moment. Le thérapeute encourage le client à maintenir ce moment d'arrêt pendant un certain laps de temps, tout en activant peu à peu un processus réflexif sur ce qui se passe. Le thérapeute exerce les mécanismes de contrôle de l'attention du client et, ce faisant, il aide également à la régulation de l'affect; il agit donc simultanément sur deux ingrédients clés nécessaires à la *mentalisation*.

Aider le client à se *mentaliser* et à *mentaliser* les autres

Comment amener un client à se *mentaliser* et à *mentaliser* les autres comme étant des agents intentionnels? Nous avons vu que, dans le développement de la *mentalisation*, l'un des facteurs essentiels est la

propre capacité du parent à *mentaliser* l'enfant. Le thérapeute aura à assumer cette fonction parentale. Dans une posture *mentalisan*te, il s'intéresse, moment par moment, aux changements des états mentaux du client. Ici, le thérapeute n'est pas dans une recherche de sens et de compréhension de la dynamique du client; il maintient une posture *mentalisan*te plutôt qu'herméneutique.

L'esprit du client devient le focus de la thérapie. L'intérêt du thérapeute à découvrir comment le client se sent, comment il pense, devient communicatif et le client développe lui-même une curiosité sur ses états mentaux. Par un *mirroring* ajusté et une résonance empathique, le thérapeute accompagne le client dans la découverte et l'expérimentation de son monde interne. Il l'aide et l'encourage à mettre des mots sur ce qui se passe. Il porte une attention constante aux pensées et aux émotions, particulièrement lorsqu'elles ont un caractère un peu confus ou intense. En fait, c'est particulièrement dans ces moments qu'il est important d'activer la fonction réflexive afin de permettre l'intégration neuronale.

En offrant une posture d'observation empathique au client, celui-ci peut commencer à se voir lui-même comme objet d'observation. Dans un accompagnement ajusté de l'état interne du client, le thérapeute introduit d'autres perspectives, sème le doute, propose d'autres points de vue. Nous avons vu que le mode de *mentalisation* devient possible par l'intégration de deux modes *pré-mentalisan*ts: l'équivalence psychique et le mode prétendu. Cette intégration se fait par le jeu sûr et sécurisé avec le parent. Le cadre thérapeutique devient le lieu par excellence pour permettre le jeu sûr et sécurisé d'exploration de soi et du monde: faisons *comme si* tu étais ma mère... faisons *comme si* ce que je t'avais dit t'avait blessé... faisons *comme si* je sentais que je n'étais pas importante pour toi...

Dans ces situations, le « *comme si* » oscille entre une expérience réelle et quasi objective pour le client (p. ex. je ne suis pas importante pour toi) et, peu à peu, celui-ci peut entrevoir la possibilité que ce réel soit plutôt subjectif (p. ex. j'ai peur de ne pas être importante pour toi... en fait, je n'arrive pas à savoir ce que je suis pour toi). Ainsi, le client voyage librement entre les mondes interne et externe, entre une perspective objective et subjective, entre le monde des faits et de la représentation des faits. Il joue avec les frontières à sa guise, selon ses besoins, dans un contexte sûr et sécurisé.

Le travail sur le corps et les affects en psychothérapie

De l'importance d'intégrer le travail sur le corps et les affects

Les chercheurs en neurosciences sont unanimes pour appuyer que le corps, et particulièrement les affects, sont essentiels dans le développement de la psyché humaine. Il apparaît donc primordial d'explorer la possibilité d'ouvrir la porte à des techniques qui viennent enrichir le dialogue herméneutique. Afin de déterminer quelles techniques peuvent présenter une pertinence au présent cadre de travail, certaines questions peuvent être posées: quelles sont les techniques qui peuvent favoriser une meilleure intégration affects-cognitions? Aider à faire émerger les affects? À augmenter la sensibilité aux sensations corporelles? À contenir et tolérer les affects douloureux? Les techniques qui peuvent apporter des éléments de réponse seront considérées comme étant potentiellement pertinentes dans le contexte thérapeutique. En voici quelques-unes.

a) Le *focusing*:

Gendlin (1984) décrit sa méthode comme une façon d'aider les clients à aborder leur expérience de façon globale, en utilisant les deux hémisphères du cerveau, afin de trouver un dénouement favorable en thérapie. Le processus de centrage du *focusing* comprend les étapes suivantes: 1) prendre de la distance par rapport au problème; 2) ressentir, se mettre à l'écoute du corps sans rien tenter de modifier à l'expérience; 3) identifier et nommer la sensation; 4) comparer, s'assurer que le mot a un impact émotionnel; 5) interroger et laisser émerger les réponses; 6) accueillir ce qui est devenu explicite (Bélissa, 2003). Ce processus rappelle étonnement le positionnement de *mindfulness* auquel s'ajoute la mise en mots. Wallin (2007) affirme que nommer les expériences peut diminuer leur force émotionnelle. Ce phénomène est possiblement relié au fait que solliciter des ressources corticales module les réponses émotionnelles sous-corticales, et que cela permet de nous dégager de l'identification aux états mentaux en élargissant notre espace mental.

b) La visualisation

Avec les nouvelles connaissances en neurosciences, la visualisation perd un peu de son caractère ésotérique. Cozolino (2002, 2006) décrit le fonctionnement du système des neurones miroirs: ces neurones sont nommés miroirs parce qu'ils s'allument en réponse à l'observation de certaines actions, mais également lorsqu'ils font réellement ces actions. Ce système s'active lors de l'observation, de

l'activation de l'imagination et de l'empathie. Cette découverte ouvre une porte intéressante puisqu'elle sous-tend que l'action n'est pas toujours nécessaire pour «vivre» de nouvelles expériences. Il y a donc moins de différences que l'on pense entre imaginer et vivre, ce qui est majeur pour la psychothérapie (Siegel, 1999; Wallin, 2007). Il serait alors possible de favoriser un changement thérapeutique en imaginant un nouveau comportement. Bien intéressante également cette idée que l'imagination puisse, en soi, avoir certaines vertus réparatrices. Pensons à une cliente qui s'imagine s'endormir dans les bras de sa thérapeute; elle se trouve à activer, en partie, les mêmes zones que si cette situation était réelle.... avec l'avantage de la gestion du cadre thérapeutique.

c) Relaxation et respiration

La respiration calme le corps et le cerveau, aidant ainsi à la régulation des affects. On a observé, chez des pratiquants d'une forme de méditation qui repose sur la respiration, certaines structures cérébrales plus prononcées, dont celle de l'insula, structure qui relie le cortex au système limbique. Il est donc permis de penser que le fait de porter une attention à la respiration et autres sensations internes permette une meilleure intégration corps-cognitions (Wallin, 2007).

d) Méditation

La méditation rappelle l'état de *mindfulness*: une attention neutre face aux sensations internes. Plusieurs techniques de méditation comprennent une attention dirigée à un point précis du corps ou à la respiration. Non seulement la méditation diminue l'état d'activation, mais elle peut donner confiance en la capacité de contrôle de soi et en l'habileté de rester en contact avec les sensations sans tenter de les repousser ou sans être envahi. Pour Wallin (2007), il peut être utile d'encourager, en dehors de la thérapie, la pratique formelle de la méditation pour certains clients.

e) Journal de thérapie

Le journal de thérapie peut favoriser l'activation et l'intégration des deux hémisphères lorsque le client devient hyperactivé émotionnellement en dehors des séances de thérapie. Le fait d'écrire, de mettre en mots ce qu'il est en train d'éprouver, peut aider à soutenir le travail réalisé en thérapie.

f) Techniques de Gestalt

La phénoménologie, en plus d'être une source de connaissance précieuse du monde interne, est, en soi, un exercice d'assouplissement pour la fonction réflexive. De façon générale, nous pouvons dire que les techniques de Gestalt qui accordent une attention soutenue aux émergences corporelles et émotives, tout en permettant la mise en mots de ces expériences, facilitent l'activation de nouvelles connexions neuronales.

Le bémol que nous pourrions mettre, à la lumière des connaissances actuelles, est le danger de la mise en acte sans la mise en mots. Dans un tel cas de figure, le danger consiste à réactiver le trauma sans activer les structures supérieures qui permettent de *recontextualiser* dans le passé. Ainsi, par exemple, nous connaissons les effets bénéfiques des techniques telles que la mise en action et l'amplification d'une émotion (Ginger, 1995). Toutefois, l'effet cathartique qui peut survenir de ces méthodes comporte potentiellement un risque de traumatiser à nouveau le client si le thérapeute n'intègre pas un début de travail d'élaboration (mettre des mots, mettre du sens).

Ceci étant dit, même un épisode de contact réparateur et créateur perd de sa puissance s'il n'est pas intégré plus largement avec les fonctions réflexives.

g) Le toucher... ou l'absence de la question du toucher

Tous s'entendent pour dire que le toucher est fondamental dans le développement de l'enfant. Pourtant, aucun des auteurs consultés ne s'aventure à aborder la notion du toucher dans la relation thérapeutique. Bien sûr, il est question de l'importance du corps en thérapie: on lui donne une place afin qu'il puisse vivre, ressentir et s'exprimer... mais sans qu'il soit question de contact par le toucher. Que penser de cette absence de réflexion quant à la place du toucher en thérapie? On peut envisager des considérations éthiques et même un certain tabou. Évidemment, le toucher est une question délicate. Par sa force d'impact, il invite à une grande prudence. Mais justement, compte tenu de sa force d'impact, pourquoi alors le passer si délibérément sous silence?

La question de l'intégration des techniques dans le processus thérapeutique

Que certaines techniques puissent être très utiles dans l'ensemble du processus thérapeutique ne fait pas de doute. Le défi consiste essentiellement dans l'intégration de ces techniques au processus en tant que tel. On peut ici ramener l'image de la double hélice

ntalisation – herméneutique. Le but demeure double : augmenter le processus de *mentalisation* ET permettre la cocréation de sens. Un juste équilibre est à maintenir dans la cohérence de ce système au risque de provoquer une rupture où les hélices deviendraient indépendantes et non plus en synergie l'une avec l'autre. En effet, dans le cadre d'un processus qui se veut cohérent avec la psychothérapie du lien⁵, on ne travaille pas sur la *mentalisation* pour la *mentalisation* en elle-même, mais pour permettre qu'une recherche de sens soit possible. De même, on ne recherche pas le sens pour le sens en lui-même, mais pour diminuer les épisodes d'effondrement de *mentalisation*.

Cette métaphore fournit des garde-fous pour éviter des excursions inopinées dans des techniques qui mettraient en jeu le sens même dans la relation thérapeutique. Pour être cohérent au modèle de la psychothérapie du lien, une technique ne peut, en elle seule, viser le développement de la *mentalisation* sans être réalisée dans une attitude herméneutique. Ainsi, l'application de la technique peut à la fois être aidante au développement de la *mentalisation*, mais encore, dans la façon dont elle prend place dans la relation, elle peut devenir porteuse de sens et alimenter l'hélice de l'herméneutique : « vous m'avez suggéré de... j'y ai pensé, mais je n'avais plus le goût de le faire... ». Il apparaît que toute technique est pertinente si, et seulement si, elle est appliquée dans les limites permettant de maintenir une cohérence interne de notre système basé sur le *fond Logos*.

CONCLUSION

Reprenons, en conclusion, les deux axes de questionnement en nous appuyant sur la réflexion réalisée tout au long de ce travail.

Questions sur le dialogue herméneutique : Comment concilier le paradoxe du dialogue herméneutique pour réparer une blessure qui prend sa source dans un univers sans mots ? Comment un outil qui requiert des capacités si élaborées et si complexes, peut-il servir pour le traitement d'un enjeu si précoce au point de vue développemental ?

Nous avons vu que le dialogue herméneutique est un outil exigeant un haut niveau d'élaboration et de complexité psychique qui n'est pas toujours applicable dans le traitement de l'enjeu d'attachement. Parallèlement à ce constat, les auteurs sont unanimes à valider l'importance du dialogue et de la coconstruction narrative dans le processus thérapeutique. C'est sur la base des travaux de

⁵ La psychothérapie du lien est un autre vocable pour désigner la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet.

Fonagy qu'il est apparu que la notion de *mentalisation* décrivait les capacités mentales requises pour soutenir un dialogue herméneutique. En postulant que la capacité de *mentaliser* est un préalable au dialogue herméneutique, il est dès lors possible de faire apparaître un pont entre le *monde sans mots* et le *dialogue herméneutique*.

Dans le développement de l'enfant, le trajet entre ces deux lieux peut se concevoir de façon relativement linéaire: le développement de la capacité de *mentaliser* permet l'élaboration du sens, sens multiple et non fini, de l'expérience. Toutefois, ce parcours se complique dans l'accompagnement d'un adulte aux prises avec un enjeu d'attachement non résolu. Les carences développementales viennent se juxtaposer à la perte de sens des expériences introjectées: les déficits et les défenses ne s'alimentent que pour mieux se maintenir! Il apparaît, particulièrement dans l'enjeu de l'attachement, que ce qui est perdu est, d'une part, *le sens de l'expérience* tel que décrit par la PGRO et, d'autre part, *la capacité de faire du sens*. De là découle une double visée thérapeutique: soutenir le processus de *mentalisation* et soutenir l'effort herméneutique. Cette double position thérapeutique est illustrée par la métaphore d'une double hélice *mentalisation-herméneutique*.

Les deux hélices de la *mentalisation* et de l'herméneutique sont liées entre elles et se transmettent leur énergie... qu'elle soit conservatrice ou créatrice. Dans un travail thérapeutique, les efforts pour développer la *mentalisation* soutiennent peu à peu les capacités du client à participer au dialogue et à trouver un sens à son expérience. De même, la recherche de sens, en réactivant les expériences dissociées, peut provoquer à son tour des effondrements momentanés de la *mentalisation* qui deviennent porteurs de sens. Il y a alors une synergie ascendante. Selon les besoins et les capacités du client, le thérapeute modifie sa posture, de façon souple, d'une hélice à l'autre. L'axe central, ce vide cohésif entre les deux hélices, est représenté par le *fond Logos*.

Il nous semble donc qu'en intégrant le travail sur la *mentalisation* à celui de l'herméneutique, le paradoxe du traitement de l'enjeu de l'attachement par le dialogue herméneutique ne conserve plus que son apparence de paradoxe. Entre les capacités psychiques limitées du nourrisson (ou de l'adulte en régression qui est en mode de fonctionnement sous-cortical) et les compétences complexes requises pour maintenir un dialogue herméneutique, les travaux de Fonagy constituent un chemin qui relie ces deux «espaces développementaux». Par les nombreux travaux réalisés sur le sujet, ce chemin est déjà bien balisé et fournit des pistes très intéressantes pour notre travail clinique.

Questions sur le *fond Logos*: Comment concilier le paradoxe du traitement sur *fond Logos* pour élaborer un enjeu qui est essentiellement basé sur les *affects*?

Bien sûr, l'intention sous-jacente à ces questions n'était pas de remettre en question le fond choisi par Delisle pour étayer son modèle: cela aurait été, d'une part, présomptueux et, d'autre part, improductif. Un fond en lui-même ne peut cerner tous les aspects de l'esprit humain. Mais, compte tenu de l'importance accordée par les neurosciences à l'aspect fondamental des affects dans le développement, je devais faire un effort délibéré pour conserver le *Logos* là où il doit être. Sans que je le veuille, il se plaçait dans mes représentations mentales, non plus «en fond», mais «en finalité».

Et pourtant, Delisle est sans équivoque à cet égard. Par définition, il décrit le fond comme ce qui survient «en premier» plutôt qu'en «dérivé» dans la conception théorique de son modèle. Il conçoit le *fond Logos* comme étant ce qui «cherche à expliquer le comportement du point de vue des prédicats, des construits personnels et des opérations mentales» (Delisle, 1998, p. 230). Ces opérations, je les supposais conscientes et élaborées, donc difficiles à envisager pour un nourrisson au début de sa vie. Je présumais alors que l'enfant, au fur et à mesure de son développement, parvenait à acquérir de telles capacités d'où ma propension à placer le *Logos* comme «finalité».

En fait, à la lecture des ouvrages sur les neurosciences, nous observons qu'avec le système d'activation-évaluation, dès le départ, le nourrisson attribue un sens, une signification élémentaire aux stimuli, ce qui permet de déterminer l'une ou l'autre des deux émotions primaires: c'est bon ou c'est mauvais. L'attribution de sens apparaît donc dans le même processus que l'émotion en elle-même. Bien sûr, ce sens est inconscient, rudimentaire, non verbal et automatique, mais il est bel et bien présent. Par la suite, cette capacité élémentaire demande à être façonnée, complexifiée et surtout conscientisée au fur et à mesure des années du développement en lien avec les figures parentales. En effet, le sens plus conscient, avec ses dimensions de multiplicité et de fluidité, est porté par la figure parentale dans la dyade mère-enfant. Dans les premières années de vie, le parent fait sens de l'expérience émotionnelle de l'enfant et lui reflète pour que celui-ci organise son *self*. Peu à peu, l'enfant internalise les capacités du parent à faire sens de ses états mentaux.

Ainsi, le *Logos*, présent dès le début de la vie du nourrisson et jouant un rôle fondamental dans l'interaction parent-enfant, se positionne en toute légitimité en «fond» théorique et conceptuel.

Que l'on travaille à réguler les affects (hélice de la *mentalisation*), à rechercher le sens (hélice de l'herméneutique), on se retrouve à activer un processus développemental qui prend sa source sur le fond Logos. Dans ma métaphore de la double hélice, le centre est représenté par le Logos. Ce centre est à la fois vide et dense d'une tension liante, centripète et ascendante. Il devient également un barème de référence sur lequel baser nos actions thérapeutiques.

Références

- Allen, J. (2006). *Mentalizing in practice. Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester: Wiley.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press. Notes traduites par A. Mercier.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalizing and Borderline Personality Disorder*. Dans J. G. Allen & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester: Wiley.
- Bélissa, B. (2003). *Le focusing*. Genève-Bernex: Éditions Jouvence.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy. Building and rebuilding the human brain*. New York: Norton.
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships. Attachment and the developing social brain*. New York: Norton.
- Cyr, J. (2006). Si je pense, est-ce que je suis? *Revue québécoise de Gestalt*, 9, 35-61.
- Damasio, A. R. (2003). *Looking for Spinoza*. New York: Harcourt.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2001a). Communication présentée à la Conférence de Lille.
- Delisle, G. (2001b). *Vers une psychothérapie du lien*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité. Perspectives développementales*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2006). Communication lors de la formation de 3^e cycle du Centre d'Intervention Gestaltiste.
- Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. Dans J. G. Allen & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester: Wiley.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to Self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20 (6), 544-576. Notes traduites par A. Mercier.
- Gendlin, E. (1984). *Focusing: au centre de soi*. Montréal: Le jour.

- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984). *Adult Attachment Interview Protocol* (1st ed.). Berkeley: Texte inédit.
- Ginger, S. (1995). *Le Gestalt. L'art du contact*. Aleur: Marabout.
- Kernberg, O. F. (1984). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Northvale: Jason Aronson.
- Lewis, L. (2006). Enhancing mentalizing capacity through Dialectical Behavior Therapy skills training and positive psychology. Dans J. G. Allen & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester: Wiley.
- Munich, R. (2006). Integrating mentalization-based treatment and traditional psychotherapy to cultivate common ground and promote agency. Dans J. G. Allen & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester: Wiley.
- Schore, A. (2003). *Affect regulation and the repair of the Self*. New York: Norton.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind*. New York: Guilford.
- Siegel, D. J., Siegel, A. W., & Amiel, J. B. (2006). Mind, brain and behavior. *Behavior and medicine*, 4, 3-22.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.

Abstract

The author offers a reflection on the treatment of attachment issues in the therapeutic model of the *Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO)*, in light of the recent findings in the neurosciences. The first part of her work is a theoretical exploration of the notion of hermeneutic dialogue as a method requiring such a high level of psychic elaboration that it is at times not applicable in the treatment of such a precocious developmental issue. The author proposes to integrate into the *PGRO* model a double therapeutic position which is rooted in the *Logos* principle. This integration is represented by the metaphor of the «double helix mentalization-hermeneutics». In the second part of her presentation, the author, inspired by the work of Fonagy, Schore, Siegel, Cozolino and Wallin, discusses clinical considerations concerning the development of the mentalization helix. She also underlines the importance of taking into consideration therapeutic work on the body and on the affects in the treatment of problems related to attachment issues. She explores certain techniques and she attempts to define some parameters for the integration of this type of work in the *PGRO* model.

Le sentiment d'impuissance en relation d'aide¹

Bernard RIVIÈRE

Résumé²

L'impuissance est l'état ou le sentiment que vit l'intervenant de manquer de moyens, de contrôle ou de maîtrise pour accomplir quelque chose, pour atteindre un objectif. Globalement, on ressent de l'impuissance quand l'intervention n'a pas la résonance souhaitée chez le client. En tant qu'aidant ou thérapeute, faire la lumière sur le pouvoir dont on dispose réellement et le distinguer de celui qui n'est pas entre nos mains est très utile pour permettre de sortir de la paralysie, de l'inhibition d'action dans lesquelles l'impuissance nous confine parfois.

L'IMPUISSANCE EN RELATION D'AIDE: UN SUJET TABOU

Dans l'ensemble du parcours de ma formation, peu de professeurs et de formateurs ont abordé la problématique du sentiment d'impuissance que peut éprouver un intervenant en relation d'aide, si ce n'est d'en parler uniquement par rapport à des débutants dans la pratique. Comme si les intervenants³, après plusieurs années d'études, de perfectionnement et d'expérience, n'étaient plus aux prises avec ce type de sentiment. Il faut dire que, dans l'air du temps, on parle plus volontiers de pouvoir, de stratégies gagnantes et d'efficacité que d'impuissance! Il m'apparaît suspect qu'un intervenant n'ait aucun doute quant à ses interventions. À ce sujet, parmi les 318 psychologues américains ayant participé à l'étude de Guy, Poelstra et Stark (1989), 74,3 % des répondants indiquent avoir vécu de la détresse au cours des trois dernières années; de ce nombre, 36,7 % admettent que cette situation a eu une incidence négative sur la qualité des services offerts à la clientèle. Par ailleurs, seulement 10 % d'entre eux ont cherché un soutien; parce que, pour eux, le fait d'admettre qu'ils vivaient de la détresse constituait un aveu d'incapacité professionnelle.

¹ L'auteur tient à remercier M^{me} Diane Gangarossa, psychothérapeute, formatrice et conseillère en développement de carrière qui a été l'inspiratrice de cet article.

² Cet article résume une conférence, donnée par l'auteur, aux membres de l'Association Québécoise de Gestalt le 5 mai 2006 et au colloque des conseillers d'orientation le 29 juin 2008.

³ Par intervenant, nous entendons toute personne qui travaille en relation d'aide.

Lorsqu'un intervenant ressent un sentiment d'impuissance relation d'aide, plusieurs facteurs sont en jeu. Certains de ces facteurs proviennent du champ social, d'autres relèvent du client ou encore de l'intervenant. Le sentiment d'impuissance peut résulter de l'interaction de l'ensemble de ces sous-systèmes ou de certains d'entre eux. Il importe alors d'explorer et de départager ces différents facteurs. C'est l'objectif de cet article.

ENVIRONNEMENT SOCIAL ET SERVICES COMMUNAUTAIRES

En ce qui concerne les services communautaires, Biron (2005), une intervenante en CLSC⁴ rapporte que 25 à 50 % des intervenants psychosociaux disent être aux prises avec des sentiments d'impuissance et qu'un cadre sur cinq dans le réseau de la santé admet être démoralisé; la moitié de ces derniers affirme souffrir d'anxiété et de stress. De plus, le manque de définition des rôles et des responsabilités ainsi qu'un environnement incompatible au travail de l'intervenant contribuent à augmenter son sentiment d'impuissance. (Angeli, Bernèche & Letendre, 2006). En outre, ces chercheurs affirment que les troubles traités sont de plus en plus lourds: troubles de la personnalité et du comportement, tendances suicidaires et maladies chroniques pour lesquels le suivi psychosocial est insuffisant.

Cette tendance doit également se manifester au sein d'autres organismes à vocation communautaire. Par ailleurs, Biron (2005) dit que nous assistons, au plan social, à un manque d'idéal collectif ainsi qu'à la perte d'un idéal démocratique. Ce faisant, l'intervention communautaire, qui s'inspire largement des principes de justice sociale et de meilleure répartition de la richesse, trouve moins de légitimité actuellement. L'impératif du bonheur est devenu la nouvelle norme sociale assortie du principe de la réalisation de soi que l'on a souvent associé, hélas, à la réussite matérielle. Ce constat est encore plus dramatique quand l'intervenant souscrit lui-même à ce type de logique. À défaut d'idéal collectif, plusieurs idéalisent le travail qui devient pour eux une nouvelle religion. La personne qui ne consent pas à ce nouveau culte vit de l'exclusion sociale. Dans cette écologie culturelle individualiste, la solidarité et l'entraide sont des éléments absents du discours social. Dans ce contexte, le «politique» a pris le pas sur le «communautaire» et le mandat de prévention est devenu très largement un rôle d'intervention à court terme.

De plus, l'intervenant est souvent aux prises avec divers mandats: celui qu'il s'attribue, celui du client, celui de l'organisation. Ces mandats contiennent des demandes qui placent les intervenants

⁴ Centre local de services communautaires.

ans des triangulations, des conflits d'intérêts sinon d'allégeance. Ces situations contribuent à exacerber le sentiment d'impuissance.

Les conséquences psychologiques de cette écologie psychosociale ont été suffisamment documentées par Laborit (1976, 1986, 1994), Selye (1974) et Seligman (1974) pour ne citer que ceux-ci; ils ont démontré que lorsqu'une personne est dans une situation sociale de double contrainte, c'est-à-dire dans une situation où ni la lutte, ni la fuite n'est possible, et ce, sur une période prolongée, alors surviennent le stress, la dépression, et la maladie. Dans une optique plus gestaltiste, nous dirions que ce type de dilemme mène à des introjections contradictoires difficiles à métaboliser et pouvant conduire à une perte d'unité du *Self* chez l'individu. Ces introjections ont pour conséquence de maintenir alors des rapports avec l'environnement aliénant qui deviennent de nouvelles matrices de représentations de soi et des autres et qui, par extension, se manifestent en une sorte de « névrose » dont l'origine est sociale (De Gaulejac, 1999).

Il en découle un nombre accru de demandes de consultations pour des problèmes dont l'origine est liée au culte de la performance, au néolibéralisme, à l'hyper-industrialisation, à la productivité optimale, qui deviennent la référence de tous les secteurs de travail, y compris les réseaux de la santé et du communautaire. Dans ce contexte, plusieurs clients et intervenants s'approprient à leur insu des difficultés d'ordre social comme étant des difficultés personnelles vis-à-vis desquelles les efforts thérapeutiques sont évidemment insuffisants. Il importe alors d'aider le client à faire la part des choses et de le référer, le cas échéant, à des organismes d'action politique et collective qui requièrent la participation active des personnes et où l'*empowerment* ou la prise de pouvoir se situe au niveau collectif ou communautaire dans une optique systémique (Hawley et Mc Whirter, 1991).

LES ALÉAS DE LA PRATIQUE CLINIQUE

Une foule de situations vis-à-vis desquelles nous n'avons pas toujours de maîtrise et qui nous renvoient à un sentiment d'impuissance peuvent survenir dans notre pratique. Par exemple, certains clients nous quittent subitement alors qu'on jugerait plus pertinent qu'ils poursuivent la démarche entreprise; d'autres persistent alors que nous souhaiterions les voir partir. Une clientèle qui augmente et qui diminue au gré des températures ou des saisons. Des demandes d'informations qui ne se transforment pas toujours en rendez-vous, des processus à long terme qui prennent l'allure de thérapies brèves

ou des thérapies brèves qui deviennent interminables. Des clients qui ne respectent pas leurs rendez-vous. Des clients qui semblent faire du sur place. Des clients qui font face à des situations indépendantes de leur volonté. Des clients qui abandonnent prématurément leur démarche. Une satisfaction de notre travail qui peut varier passablement d'un entretien à l'autre. Des succès et des échecs dont on ne connaît pas précisément les causes. D'autres exemples peuvent également nous venir à l'esprit. Quoi qu'il en soit, le sentiment d'impuissance est inhérent à la relation d'aide⁵ et il ne peut être nié. Le client qui confronte notre compétence à l'aider vient activer nos zones de doute et nous renvoie à un sentiment d'impuissance voire d'incompétence, d'autant plus que nous avons choisi notre métier en fonction d'une évaluation positive de notre capacité bienfaitrice d'aider le client à mieux vivre.

Attentes, mobilisation et résistance du client

La majorité des gens ignore l'investissement en termes de risques, d'efforts, et de conséquences que requiert le processus thérapeutique. Il arrive que les clients aient des attentes grandioses vis-à-vis l'intervenant. Ces attentes sont souvent liées à leur représentation de la fonction du psychothérapeute ou d'autres intervenants en relation d'aide. Cette représentation prend souvent la figure du spécialiste de la souffrance (Biron 2005). Par ailleurs, aucun intervenant ne peut prétendre être omnipotent, voire être un sauveur, ou encore un expert, un gourou, un guérisseur. Le spécialiste est souvent perçu comme un magicien qui devrait pouvoir, d'un coup de baguette, soulager le client de sa souffrance. Les clients porteurs de ce type de représentation s'impatientent alors de ne pas voir de changement rapide à leur situation. Ils veulent ressentir rapidement des bénéfices de la thérapie et un soulagement instantané et ce, à plus forte raison, dans une société où le principe du bonheur facile sature l'air du temps. Certains clients se présentent sous des dehors coopératifs et, en même temps, retiennent plus ou moins volontairement de l'information qui pourrait être essentielle à l'intervention. Pour certains, le processus thérapeutique ne se résume qu'à l'heure de l'entretien et ils évitent de prendre des initiatives en dehors du moment de consultation. On reçoit aussi des demandes contradictoires de la part de la clientèle: des attentes matérialistes en même temps qu'une demande de sens; un plus grand contrôle de sa vie tout en désirant une prise en charge de la part de l'intervenant. Souscrire à de telles demandes devient un mandat piégé pour l'intervenant et porte atteinte à son intégrité professionnelle.

⁵ Par relation d'aide, nous entendons les interventions en counseling et en psychothérapie.

En effet, la congruence est, selon Rogers (1966), le levier thérapeutique le plus important en relation d'aide. Rappelons que l'aidant est davantage au service du processus qu'il n'en est le maître. Les intervenants ont davantage la responsabilité des moyens que celle des résultats. Dans ce contexte, les intervenants ne sont pas responsables des difficultés qui amènent le client à les rencontrer, non plus que des choix du client en cours ou à l'issue du processus.

Les clients ont diverses résistances à l'engagement thérapeutique. Ne pas nommer ces résistances, c'est donner plus de prise au sentiment d'impuissance. Travailler à briser les résistances présente divers degrés de difficulté souvent proportionnels aux bénéfices secondaires que le client en retire et ce, à plus forte raison, avec des clientèles non volontaires. Par exemple, les clientèles qui sont menacées de perdre leur allocation ou tout autre type d'avantages, s'ils ne s'engagent pas dans une démarche d'insertion socioprofessionnelle ou thérapeutique. Une bonne part de la réussite d'un processus d'intervention réside dans la mobilisation du client afin que celui-ci puisse atteindre ses objectifs, dans la mesure où ce qu'il souhaite est atteignable en réalité ou disponible dans l'environnement. Par ailleurs, aucune thérapie n'apporte le bonheur. La liberté et la responsabilité ne s'assument que dans les limites de la condition humaine. Il faut donc être conscient des limites à la plénitude humaine. La clarification des attentes du client s'avère donc essentielle tout au long du processus.

L'impuissance vécue par l'intervenant renvoie à celle du client lui-même. La figure qui suit, inspirée des travaux de Cynthia D. Scott et Dennis T. Jaffe (1992), permet d'évaluer les résistances du client afin de voir ce qui est réellement sous son contrôle, sous sa responsabilité, et connaître d'une certaine façon sa motivation et son pouvoir de changer. Ainsi, faut-il adapter les visées thérapeutiques en fonction de ces diverses dimensions. Peu de modèles, aussi élaborés puissent-ils être, rendent justice à la complexité que représente la relation d'aide. Aussi, il ne faut pas voir dans la figure qui suit une méthodologie d'intervention. Au mieux, cette figure permet à l'intervenant de cerner ses assises pour accueillir, accompagner une personne et donner une direction à son intervention.

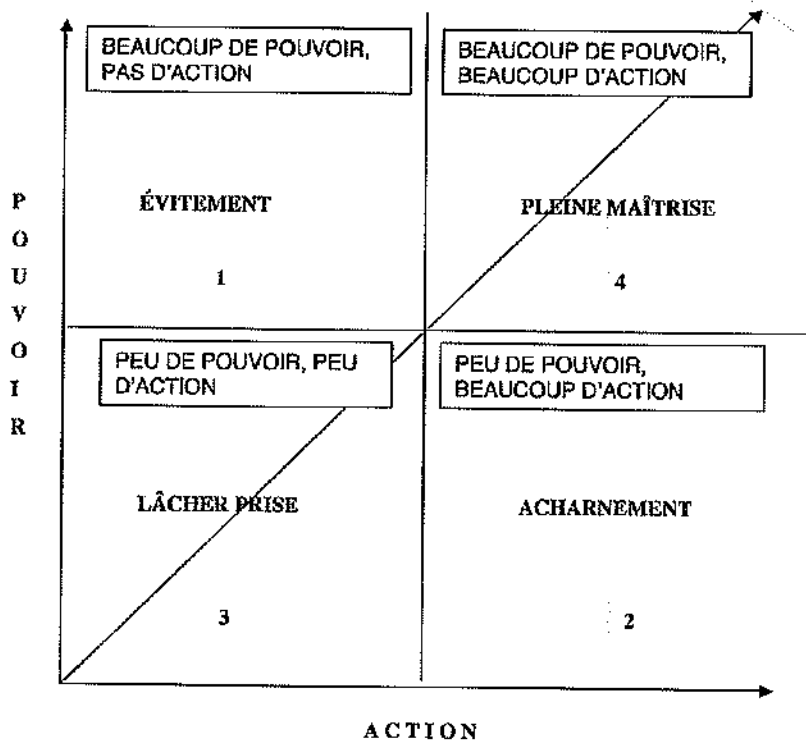


Figure 1. Relations entre pouvoir et action. Inspirée de Scott et Jaffe, 1992.

Dans les paragraphes qui suivent sont décrits chacun des éléments de la figure 1.

1. Évitement

Certains clients, pour toutes sortes de raisons, évitent le contact dans la relation d'aide; ils restent isolés, comme coupés d'eux-mêmes. Les sentiments, les émotions qui les habitent sont inaccessibles. Ils peuvent être paralysés par l'angoisse de faire des choix. Plusieurs peuvent être alors tentés d'abandonner la démarche. Leconte, Savard, Drouin et Guillon (2004) rapportent que 40 à 67% des abandons prématurés sont imputables aux problématiques du client⁶. Certains clients peuvent aussi se maintenir dans une réflexion interminable plutôt que de passer à l'action, d'autres désirent entrer rapidement dans l'action sans approfondir une situation. Certains, pour toutes sortes de raisons, retiennent de

⁶ Cette statistique ne doit pas déresponsabiliser l'intervenant d'un manque d'habileté.

information. Il peut y avoir plusieurs formes d'évitement: la projection, l'introjection, le transfert, la rétroflexion, la déflexion, la confluence, l'égotisme tels que décrit par Polster et Polster (1974). L'ensemble de ces mécanismes peuvent maintenir le client dans l'évitement. Un intervenant peut effectivement vivre de l'impuissance au contact d'un tel client. L'intervenant peut alors s'acharner à faire réagir le client et, par conséquent, s'épuiser à travailler plus que le client lui-même. Le thérapeute peut aussi, face à des contenus irrecevables qui remettent en cause ses propres valeurs, être tenté de se réfugier dans l'évitement.

2. Acharnement

Dans cet espace, nous avons la personne dont les actions sont disproportionnées par rapport aux résultats qu'elle peut espérer vis-à-vis quelqu'un ou une situation. Il peut s'agir d'une personne qui est en relation non nourrissante, abusive. Elle n'a plus aucun espoir d'améliorer la qualité du lien et pourtant elle s'y accroche. La demande du client peut alors aller dans le sens de maintenir cette relation toxique alors que, de toute évidence, prendre cette direction serait un contresens thérapeutique. Un sentiment d'impuissance pourrait alors naître chez l'intervenant s'il souscrit à l'objectif irréaliste de la personne, soit d'obtenir de la reconnaissance là où il ne peut qu'y avoir indifférence, et même dénigrement. Dans d'autres situations, pour un aidant, le piège est de vouloir rapidement soulager le client parce que sa souffrance lui est intolérable; il peut alors succomber à un acharnement stérile.

3. Lâcher prise

Une personne souffre d'une situation sur laquelle elle n'a pas de pouvoir réel. Elle refuse une situation qu'elle ne peut changer, par exemple un deuil inachevé. Elle est en résistance à ce qui est. C'est d'ailleurs précisément cette résistance qui la fait souffrir. On saisit bien que le client ne peut intervenir sur la situation. Au contact de cette personne, l'intervenant pourrait développer de la confluence et entrer dans une forme d'inhibition d'action alors que l'attitude indiquée serait d'encourager l'acceptation, le détachement et ainsi libérer la personne d'une charge trop lourde, inutile, nuisible à l'épanouissement de celle-ci.

4. Pleine maîtrise

C'est la situation idéale. Nous avons là un espace où la personne est en pleine possession de ses moyens. Elle est consciente de ses objectifs et de son pouvoir à les réaliser. On dirait, en termes gestaltistes,

qu'elle est en situation de plein contact. Habituellement, c'est une personne dont les besoins de consultation sont minimes, si ce n'est que pour améliorer ses outils pour mieux vivre. Ses actions sont efficaces et son pouvoir aussi. Cet état peut être aussi le résultat du processus thérapeutique.

La réussite de la démarche en relation d'aide se situe entre le lâcher prise et la maîtrise. Outre le fait que le sentiment d'impuissance peut être une projection du client à l'endroit de l'intervenant, ce dernier doit être capable de faire face à divers types de résistance qu'offre le client.

L'approche

Un stagiaire me disait un jour : « J'ai essayé ton approche et ça n'a pas marché ». Ainsi, on peut favoriser une approche qui, dans la pratique, peut s'avérer insuffisante. Il arrive qu'on imite les interventions d'un formateur sans les avoir réellement intégrées. Cela ne donne pas toujours les résultats souhaités. Il se peut aussi que des théories, aussi séduisantes soient-elles, deviennent inapplicables avec certains clients.

Selon Lecomte et al. (2004), aucune approche ne semble vraiment supérieure aux autres. De plus, ces chercheurs soulignent que la majorité des études de validation des traitements excluent de leur protocole la comorbidité, alors que plus de 79 % des troubles mentaux traités en clinique en comportent.

Roth et Fonagy (2005) rapportent que l'efficacité en relation d'aide dépend à 40 % de l'implication et de la détermination du patient, à 30 % de la qualité de l'alliance entre le patient et l'intervenant, à 15 % de la confiance que le client a en l'efficacité du traitement incluant l'effet placebo, à 15 % de la spécificité de l'approche privilégiée. Ces résultats invitent à relativiser le pouvoir que nous accordons aux approches et à porter notre attention sur d'autres facteurs liés à la qualité de la relation avec le client. À ce sujet, Delisle (1992) dit qu'une relation de faible qualité fait en sorte que même les interventions techniquement correctes ne produisent pas ou peu d'impact. Dans une recension des recherches sur l'efficacité de la Gestalt-thérapie, Strümpfel (2004/2007) mentionne que la prise de conscience immédiate de ce qui se déroule entre le thérapeute et le client est plus importante que les interprétations et les explications de l'intervenant. Ainsi, la valeur de l'approche serait avant tout associée aux diverses compétences de l'intervenant à être en relation. À ce sujet, Lambert (1989) mentionne que les facteurs personnels reliés au thérapeute contribuent huit fois plus à l'impact positif de l'intervention que l'approche elle-même. Ainsi,

personne désirant se former à la relation d'aide devrait, au delà d'un solide apprentissage technique, évaluer la qualité d'un programme de formation en fonction de la place accordée au développement des compétences réflexives, affectives et interactives. Cela vaut pour l'ensemble des écoles de formation, y compris les universités.

La connaissance de soi

Une bonne connaissance de soi, de ses forces et fragilités personnelles, peut éviter au thérapeute d'être aspiré dans l'univers du client. Il est préférable d'avoir entrepris une bonne thérapie personnelle et de la maintenir pour faire un travail de qualité en relation d'aide. Cela signifie de constamment se prendre en charge en s'occupant de son développement personnel et professionnel. Celui qui n'est pas au clair avec ses forces et limites, ni avec ses motivations à faire de la relation d'aide peut être à la recherche de gratifications personnelles. Il diminue ainsi sa capacité à établir un climat de confiance et à donner une direction à son travail. Certains voudront convertir le client à leur style de vie, à leurs croyances, ou encore devenir en relation d'aide le bon parent qu'ils n'ont pas eu dans leur propre vie. D'autres peuvent être tentés de solutionner leurs propres difficultés en réglant celles du client. Il arrive parfois que l'intervenant évite de confronter le client par peur de ses réactions. Winnicott (1969) nous met en garde vis-à-vis un *faux self* d'aidant. Il faut donc connaître nos besoins de contrôle, de performance, de pouvoir et d'affirmation de soi. Il importe aussi d'être conscients de nos mécanismes de défense, de nos propres résistances et de réfléchir à ce qui donne sens à notre intervention. Plus l'intervenant est conscient de sa propre contribution au processus transférentiel, moins ses limites exercent un impact négatif sur le processus de relation d'aide. Pour éviter nos zones aveugles, il est bon d'être sous supervision ou de participer à des groupes de soutien. Une bonne dose de connaissance de soi permet de cultiver l'humilité et d'éviter ainsi de souscrire aux concepts des cures miracles dont on serait tenté de faire la promotion.

LA RESPONSABILITÉ, UN FONDEMENT GESTALTISTE

Pour contrer le sentiment d'impuissance, il faut redécouvrir l'importance de la responsabilité personnelle si chère à la tradition et à la théorie gestaltistes. Rappelons que, de tout temps, le travail thérapeutique en Gestalt s'est appuyé largement sur le principe de la responsabilité dont le fondement éthique consiste à aider un sujet à accroître sa conscience de son expérience immédiate et de ses

besoins, à prendre des décisions et à se mettre en action sans référer au préalable à une quelconque autorité. L'étymologie du terme Gestalt vient du mot allemand *gestalten*, qui signifie: «ensemble, mettre en forme, donner une structure». La parole et l'intervention du gestaltiste se situent au niveau du cycle de contact, de l'ajustement créateur, de la forme qui émerge du fond, termes qui évoquent tous le mouvement. La Gestalt-thérapie met l'accent sur la prise de conscience du processus en cours dans *l'ici et maintenant* de chaque situation. Cette démarche permet, dans un cadre donné, d'explorer des difficultés existentielles, de restaurer la liberté de choix, d'augmenter la capacité d'une adaptation originale à des êtres ou des environnements différents. Elle s'intéresse au «processus», à l'ajustement entre un individu et son environnement. Cet ajustement est, par définition, en perpétuel changement. En ce sens, la Gestalt est une éthique de l'existence dont les assises sont phénoménologiques et, par ce fait, sans a priori de pensée. Elle perçoit l'individu comme un acteur du changement. La relation à l'autre ainsi qu'à soi-même est le moteur de ce changement. Cette approche relève d'un humanisme existentiel en ce sens qu'elle cherche à affranchir l'individu de ses déterminismes. La Gestalt-thérapie se situe donc dans une optique dynamique. Ce qui est important, c'est le processus, plutôt que le pourquoi, les causes et le contenu. Dans ce cadre, les termes frontière-contact, cycle d'expérience ou de contact, gestalt inachevée, ruptures du contact prennent toute leur signification. Il ne s'agit pas de rester fixé sur le passé, mais de centrer son attention sur ce que je fais, ici et maintenant, avec ce que l'on a fait de moi. Selon les théories des relations d'objet, on souscrit à l'idée que les relations de la prime enfance façonnent les rapports ultérieurs de la personne. Le piège à éviter, cependant, serait de maintenir le client dans des émergences émotives liées spécifiquement aux rapports parentaux sans encourager celui-ci à explorer de nouvelles avenues, et ainsi le maintenir dans une forme d'immobilisme. Paradoxalement, l'histoire du client deviendrait, dans ce cas, une défense qui l'exempte de prendre en main son propre destin.

Le rôle essentiel du gestaltiste est de mettre en mouvement le client, de le mobiliser. Cependant, pour qu'il y ait mouvement, encore faut-il que les conditions soient favorables et les ressources suffisantes pour soutenir une volonté réelle d'action.

CONCLUSION

Le travail thérapeutique pour l'intervenant, c'est accueillir ce que le client apporte sans évitement et sans acharnement. Pour reprendre l'expression de Lacasse (2007) c'est faire place «à ce qui est,

« comme c'est, accueillir avant d'intervenir » (p.10). Pour le client, c'est avancer sur une ligne de crête entre la « finitude indépassable du pouvoir dire et de l'infinitude du vouloir dire » (Grondin 1999, p.167). Cela signifie, selon l'enseignement de Marc-Aurèle, « de supporter ce qui ne peut être changé et avoir le courage de changer ce qui peut l'être, mais aussi la sagesse de distinguer l'un de l'autre ». Cela vaut à la fois pour le client et l'intervenant. Cet article suggère donc que, pour atténuer le sentiment d'impuissance, l'intervenant doit :

- reconnaître ce sentiment comme normal,
- accepter que les résistances sont inhérentes au travail en relation d'aide,
- éviter de souscrire à des attentes irréalistes des clients et des institutions,
- être au service du processus plutôt que de tenter d'en être le maître,
- être engagé dans un travail continu de connaissance de soi,
- relativiser le pouvoir de l'approche dans la relation d'aide,
- d'abord savoir accueillir avant d'intervenir,
- départager les responsabilités qui incombent à l'intervenant, au client, et à l'environnement social.

Références

- Angeli, J., Bernèche, R., & Letendre, R. (2006). Relations interdisciplinaires et rapports de pouvoir en CLSC: la perspective des psychologues. *Revue québécoise de psychologie*, 27(2), 11-39.
- Biron, L. (2005). La souffrance des intervenants: perte d'idéal collectif et confusion des valeurs. *Revue québécoise de psychologie*, 26 (2), 163-177.
- De Gaulejac, V. (1999). *L'histoire en héritage, roman familial et trajectoire sociale*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Delisle, G. (1992). De la relation clinique à la relation thérapeutique. *Revue québécoise de Gestalt*, 1(1), 53-77.
- Grondin, J. (1999). *Introduction à Hans-Georg Gadamer*. Paris: Éditions du Cerf.
- Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Stark, M. J. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practitioners of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20 (1), 48-50.
- Hawley, E. & Mc Whirter, E. (1991). Empowerment in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 69, 222-227.
- Laborit, H. (1976). *Éloge de la fuite*. Paris: Laffont.

- Laborit, H. (1986). *L'inhibition de l'action : biologie comportementale et psychologie* (2e éd.). Paris: Masson.
- Laborit, H. (1994). *Les bases biologiques des comportements sociaux*. Paris: Fides.
- Lacasse, L. (2007). Accueillir avant d'intervenir. *Revue québécoise de Gestalt*, 10, 9-18.
- Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychotherapy Review*, 9, 469-485.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M. S., Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Marc-Aurèle. Pensée de Marc-Aurèle: <http://www.evenc.fr/celebre/biographie/marc-aurele-518.php-citations>
- Polster, E. & Polster, M. (1974). *Gestalt Therapy Integrated: Contours of Theory & Practice*. New York: Vintage.
- Rogers, C. (1966). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- Roth, A., Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford.
- Scott, C. D., Jaffe, D. T. (1992). *Sachez faire face aux changements qui vous touchent personnellement*. Laval: Agence d'Arc.
- Seligman, M. E. P. (1974). Depression and learned helplessness. Dans R. J. Friedman & M. M. Katz (Éds), *The Psychology of depression: Contemporary theory and research*. Winston-Wiley.
- Selye, H. (1974). *Stress sans détresse*. Montréal: La Presse.
- Strümpfel, U. (2007). Recherche en Gestalt-thérapie. Traduction de l'anglais au français par C. Allard et J. Corbeil. *Revue québécoise de Gestalt*, 10, 139-176. (Ouvrage original publié en allemand, traduit en anglais par Martin Courtney et publié sous le titre *Research on Gestalt Therapy, International Gestalt Journal (2004)*, 27(1), 9-54).
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.

Abstract

Helplessness is a practitioner's feeling when achieving objectives are seemingly outside of his control. Powerlessness is experienced when therapeutic interventions lack impact or do not reflect the desired expectations of the client. The purpose of this article is to shed light on the actual influence practitioners do have so as to move out of impasses, or inaction, which leave both the therapist and the client unsatisfied. It is important that the counsellor clearly differentiates between his/her responsibility and that of his/her clients.

Une réflexion diagnostique au service du processus psychothérapeutique

Line GIRARD

Résumé

Cet article est un article-discussion. Depuis plusieurs années, l'auteure s'intéresse à l'utilisation du diagnostic comme outil pouvant baliser l'intervention du psychothérapeute. Avec l'aide de divers outils diagnostiques comme le *DSM*¹, le *PDM*² et le diagnostic structural de la PGRO³, elle a développé un modèle pouvant aider le psychothérapeute dans sa compréhension du client à différents moments de la thérapie. Suite à l'exposé de l'auteure, différents intervenants dans le domaine de la santé mentale (psychologue, psychiatre, psychothérapeute et autres professionnels de la santé mentale) communiquent leurs réactions et commentaires relativement à cette proposition diagnostique réflexive. Ils seront dix à donner leur opinion en fonction de leur expérience professionnelle et de leur milieu de travail. En conclusion, l'auteure énonce une brève réponse aux commentaires des divers intervenants.

Je m'intéresse depuis longtemps (Girard, 1998, 2003) à l'importance de la réflexion diagnostique dans le processus psychothérapeutique. Comme psychothérapeute, elle fait l'objet d'une réflexion continue et comme superviseure et formatrice en psychothérapie, elle est au cœur de mon enseignement. Dans ce court article, je discuterai d'abord de la nécessité d'une réflexion diagnostique tout au cours du suivi thérapeutique, pour ensuite décrire brièvement les outils de réflexion que je privilégie en la matière.

Je crois fermement qu'on ne peut faire n'importe quoi, n'importe quand et avec n'importe qui. En tant que psychothérapeutes professionnels nous avons la responsabilité de bien saisir ce que vit notre client, de lui rendre les meilleurs services possibles au moment où il en a besoin, tout au long du processus thérapeutique. Nous avons envers cette personne qui nous consulte et qui remet une partie de sa vie psychique entre nos mains, une responsabilité

¹ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.*

² *Psychodynamic diagnostic manual.*

³ Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (Delisle, 1998).

morale, déontologique et éthique. Je suis d'avis qu'un psychologue peut, donc un professionnel de la santé mentale, doit maîtriser trois axes de compétence: les compétences réflexive, affective et interactive. Un psychothérapeute compétent doit se tenir informé de l'évolution de son champ de pratique et des recherches contemporaines afin de nourrir son bagage réflexif en cours d'entretien et de mieux appréhender la réalité psychique de son client.

Par ailleurs, le thérapeute doit être capable de s'observer lui-même et de réfléchir sur sa propre expérience affective en cours de séance. Sinon, comment peut-il s'assurer que ce qu'il offre ou suggère à son client n'est pas indûment teinté de ses propres expériences inachevées, de ses propres zones aveugles ou de ses réactions contre-transférentielles? Un «reflet empathique» ou une interprétation peuvent être animés par une projection venant du thérapeute, et miner le dialogue à son insu. Celui qui n'en est pas conscient a du travail à faire au niveau de sa compétence affective... Enfin, la justesse de la formulation, la justesse de ton, la qualité de l'expression non verbale ainsi que le moment choisi pour intervenir, voilà l'art du thérapeute dans sa partie visible. Cet art définit la compétence interactive du thérapeute.

Un psychothérapeute est donc en apprentissage ou en démarche pendant pratiquement toute sa carrière. Il s'interroge, se remet en question, observe, écoute et étudie. Il fait des hypothèses et les vérifie. Il se perfectionne. Il prend de la supervision, assiste à des conférences, et... il est longtemps (et peut-être souvent?) lui-même en thérapie. Tous ces mécanismes sont des outils indispensables pour le psychothérapeute qui, dans l'exercice de son art, se retrouve seul avec le client. Faute de ces trois axes de compétence et de ces mécanismes et activités de soutien de ces compétences, la qualité du jugement clinique du thérapeute ne peut que périliter.

Ces cycles hypothèse-vérification-ajustement, d'où viennent-ils? Quelles sont les hypothèses que choisit le thérapeute? Et comment les choisit-il? Peuvent-elles servir de «balises» à son intervention? Peut-on exercer ce métier en l'appuyant sur des injonctions simplistes telles: «Suivez le client sans faire d'hypothèse ou sans réfléchir»? «Laisse ton mental et suis tes émotions»⁴, comme le disait un peu sommairement Fritz Perls (Perls, 1969; Perls, Hefferline & Goodman, 1951) qui nous a légué un modèle psychothérapeutique original en réaction à la psychanalyse. Malgré toute sa créativité, il est difficile de croire que Perls ne prenait pas le temps de réfléchir à la pertinence de ses interventions. C'est quand même avec une expérience réflexive et affective considérable en tant que psychiatre,

⁴ «Lose your mind and come to your senses».

analyste et psychothérapeute, que Fritz Perls recevait ses clients. Nous pouvons donc suspecter qu'il réfléchissait à des hypothèses concernant le client pour baliser ses interventions.

UN DIAGNOSTIC ?

Nous sommes loin des années 1960 et du rejet quasi-viscéral du diagnostic. Depuis les années 1990, on peut dire qu'à des degrés divers l'ensemble de la profession reconnaît la nécessité d'un diagnostic qui puisse fournir des pistes de travail propres à baliser l'intervention en psychothérapie (Charest, Habimana & Leconte, 2003; Maddux, 2002).

Rappelons un peu l'histoire récente en la matière. En réaction à la psychanalyse interprétative de même qu'à une certaine psychiatrie — biochimique, chirurgicale, stigmatisante et nocive — des années 1940 et 1950 (Ansermet & Magestratti, 2004), les approches psychothérapeutiques qui ont émergé dans les années 1960 et 1970 (humanistes, transpersonnelles, corporelles...), ont fait l'éloge de l'individualité, de l'unicité, de la responsabilité et de la liberté de la personne dans ce qu'elle a de propre et d'unique. C'est tout à l'honneur de ces approches d'avoir privilégié de traiter un individu dans son unicité et non en tant que catégorie diagnostique. Ce faisant, elles s'éloignaient de la généralisation et de la facilité qui conduisent à appliquer une solution thérapeutique à une catégorie diagnostique et non à une personne singulière. Ces approches centrées sur le client et sur le développement de la personne ont privilégié le dicton « suivre le client » en aidant ce dernier à faire des « ajustements créateurs » pour se sortir des impasses dans lesquelles il se trouve prisonnier (Delisle, 1998; Perls et al., 1951).

Cette philosophie humaniste demeure indispensable dans la mesure où pour aider cette personne unique, ce client, elle ne néglige pas de prendre les moyens pour reconnaître ce dont il souffre vraiment et ce dont il a besoin. En voulant s'éloigner de la catégorisation pour « suivre le client », certains intervenants se sont polarisés par rapport aux approches tenant compte du diagnostic et ils ont plus ou moins décidé de ne plus évaluer, de peur de se retrouver enfermés dans une catégorie. Ce fut l'époque de mouvements et d'expériences thérapeutiques de toutes sortes. Certains clients en sont sortis « grandis » et heureux, alors que d'autres se sont retrouvés blessés et encore plus perturbés. Ce champ de pratique était-il en train de faire la même chose que ses prédécesseurs, mais d'une autre façon ? Au lieu de traiter des catégories de clients, on voyait naître des thérapies qui prétendaient plus ou moins s'appliquer universellement, quelle que soit la situation spécifique du client, quel que soit son diagnostic.

Nous avons tous eu connaissance de clients qui ont participé des groupes de thérapie ou de « croissance personnelle » et qui se sont détériorés à la suite de ces démarches. Animés de la meilleure volonté du monde et d'un désir de faire exprimer ce que la personne porte en elle, des thérapeutes ont aidé et parfois « forcé » des personnes à « s'exprimer » et à « s'affirmer » sans réaliser qu'ils exacerbèrent une pathologie plus lourde : de l'ordre d'un délire, d'une dépression ou d'un trouble de la personnalité. D'autres n'ont que confirmé certains clients dans des « introjects pathologiques ». Malgré leur participation à des exercices ou des découvertes pleines d'effervescence et d'excitation, certains de ces clients n'ont que reproduit inlassablement des dilemmes relationnels qu'ils connaissaient depuis toujours.

Ainsi, il est important de reconnaître la souffrance d'un individu, de pouvoir reconnaître toutes ses ramifications et sa complexité, de pouvoir la nommer. Sous la surface d'un motif de consultation situationnelle, certains clients peuvent souffrir de dépression majeure, de troubles délirants ou de troubles plus graves encore. Savons-nous en reconnaître les signes cliniques ? Avons-nous les ressources et pratiquons-nous dans un contexte qui nous permettent de les aider ? Leurs demandes et leurs attentes sont-elles réalistes ? En cours de processus, pouvons-nous identifier comment évolue notre client ? Ses préoccupations et ses enjeux sont-ils toujours les mêmes ou de nouveaux éléments sollicitent-ils notre attention en cours de processus ? Sur quoi travaillons-nous et sur quoi appuyons-nous notre réflexion pour éclairer l'intervention ? Pour quelles raisons un client persévère-t-il dans une psychothérapie de longue durée ? Connaissons-nous bien les véritables raisons qui, du point de vue du client, motivent l'arrêt de la psychothérapie ? Quand arrivons-nous au terme d'un processus psychothérapique ? (Delisle, 2003).

Je suis d'avis, qu'un diagnostic peut être compris comme un processus réflexif continu qui nous aide à baliser notre intervention. D'abord, il nous permet de mieux connaître la souffrance actuelle de notre client et ce qui l'amène en psychothérapie. Certaines recherches (Norcross, 2002) montrent que les motifs de consultation, tels que formulés par le client au début de la thérapie, sont majoritairement en lien avec des stress psychosociaux (deuil, séparation, déménagement, perte d'emploi, accident...) et/ou avec une souffrance subjective situationnelle (dépression majeure, trouble bipolaire, anxiété, phobie, état de stress post-traumatique). Dans un premier temps, cette réflexion fournit des objectifs thérapeutiques permettant de débiter la psychothérapie. Par la suite, un processus réflexif diagnostique continu nous aidera à

Jeux comprendre la personnalité du client, ses enjeux développementaux éventuellement inachevés et les moyens par lesquels il participe à la mise en place de cela même dont il souffre. C'est la somme dynamique, sans cesse changeante, de toutes ces informations qui permettra au psychothérapeute d'ajuster en cours de processus ses impressions cliniques de même que ses objectifs, et d'intervenir de façon juste auprès de son client.

Aucun diagnostic unique ne possède toutes les réponses et tient compte de toute la complexité psychique d'un individu. En utilisant, comme je l'ai mentionné plus haut, nos compétences réflexive, affective et interactive tout au long du suivi, nous recueillons des informations descriptives et observables qui contribuent à confirmer et/ou à infirmer nos hypothèses thérapeutiques. Au niveau réflexif, c'est grâce à l'utilisation de divers systèmes diagnostiques complémentaires que le psychothérapeute peut obtenir le plus d'information possible sur le fonctionnement psychique du client et lui offrir le meilleur traitement possible.

Dans ma pratique, je me réfère à deux types de diagnostic. Dans un premier temps et assez rapidement, nous devons savoir ce qui amène le client en psychothérapie, de « quoi » il souffre actuellement et « comment » il en souffre. Si, à ce stade, nous décelons une situation d'urgence psychologique, nous pouvons alors poser les actes professionnels requis pour porter assistance au client. Nous parlons ici d'un diagnostic « fonctionnel et situationnel » qui permet la prise en charge rapide d'un client. Le manuel diagnostique *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV)* de l'*American Psychiatric Association* (1994) convient bien à cette tâche aux yeux d'une majorité de professionnels de la santé mentale en Amérique. Dans un deuxième temps, nous avons besoin comme psychothérapeute de répondre à la question : « pourquoi » ce client souffre-t-il de ce dont il souffre ? Cet autre questionnement diagnostique concerne la dynamique de la personnalité du client et de tous les mécanismes physiologiques et psychologiques qui sont impliqués dans son « être au monde ». Nous parlerons ici d'un diagnostic structural de la personnalité. À ce niveau, j'utilise le diagnostic « structural » de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) (Delisle, 1998) et l'axe de la personnalité et de la mentalisation du manuel diagnostique *Psychodynamic diagnostic manual (PDM)* (PDM Task Force, 2006).

UN DIAGNOSTIC « FONCTIONNEL ET SITUATIONNEL » ET UN DIAGNOSTIC STRUCTURAL DE LA PERSONNALITÉ

a) Un diagnostic « fonctionnel et situationnel » avec le DSM IV

À propos du *DSM* dans un article récent, j'écrivais :

Depuis quelques années, je donne des stages de perfectionnement clinique sur l'utilisation du *DSM*. En outre, bien sûr, je navigue avec cet outil à l'arrivée de chaque nouveau client. Il est vrai que ce manuel est d'abord et avant tout un catalogue de maladies mentales, venu du monde médical. Il ne nous éclaire en rien sur les origines des troubles, ni sur les traitements judicieux pouvant convenir à l'un ou l'autre des troubles mentaux qui y sont décrits. Comme mes collègues, je trouve déplorable son langage « politiquement correct » et l'accumulation de syndromes cliniques liés aux nouvelles lois en vigueur ou à la popularité sociale (par exemple : l'abus de substances liés au tabac ou à la caféine, le syndrome de la phase lutéale tardive, le trouble déficitaire de l'attention...). La lecture du *DSM* nous rappelle que nous vivons plus ou moins immergés dans une Amérique qui se veut aseptisée et apeurée par le fait de déplaire à une certaine « intelligentsia » politique et socialement reconnue.

Il est clair qu'une utilisation insuffisamment réfléchie de ce manuel comporte plusieurs dangers. D'abord, cela peut faire perdre de vue au clinicien le fait qu'il a devant lui, une personne singulière, dont la complexité inhérente n'a pas grand chose à voir avec la simplicité apparente d'une catégorie clinique. On ne traite pas une catégorie commodément circonscrite mais des personnes. Lorsque nous avons devant nous un client qui souffre, nous sommes en présence d'une personne unique et complexe. Ses enjeux personnels, ce qu'elle a construit avec son bagage génétique, les rencontres qu'elle a faites, l'environnement dans lequel elle a vécu, l'histoire et le sens de sa vie, sont inscrits en elle. Chacun de nous porte une histoire singulière, qu'il écrit, invente ou répète à chaque jour de sa vie. Une utilisation abusive, rigide et dogmatique du *DSM*, nous ferait reculer de quelques décennies...

Cet outil, à lui seul, ne saurait tenir la route lorsqu'il s'agit de rendre compte d'une réalité intrapsychique complexe et unique. Sa fonction est d'opérationnaliser une certaine logique du diagnostic médical. Il aide à cerner une partie de la réalité clinique et à en évaluer la sévérité afin de fournir une réponse d'encadrement plus ou moins rapide au client. Suivant les paramètres de notre approche thérapeutique et du cadre institutionnel dans lequel nous exerçons, cette réponse peut être calibrée judicieusement, et parfois inclure la référence à un tiers.

Comme l'écrit justement Habimana (Charest, Habimana & Lecomte, 2003), il ne faut pas « jeter le bébé avec l'eau du bain ». Le *DSM* a l'avantage de fournir aux intervenants de différents milieux et de diverses orientations théoriques un langage commun. Cela leur permet de se parler entre eux de problématiques assez bien circonscrites. Nous pouvons estimer qu'il y a des catégories abusives ou superflues dans le *DSM*. Néanmoins, certaines d'entre elles nous fournissent des balises propre à nous guider de façon impressionniste lors d'un premier contact avec un client. (Girard, 2003, p. 9 et 10).

Mon expérience se poursuit. Malgré ses limites, le *DSM* est un outil qui demeure utile en santé mentale pour orienter rapidement le traitement en « première ligne ». Il est connu dans les milieux médicaux et en psychothérapie. Ses nomenclatures diagnostiques sont répandues chez les intervenants des diverses disciplines du milieu psychologique et psychiatrique en Amérique. Par ses critères d'inclusion et d'exclusion, il peut donner un portrait rapide de la souffrance actuelle et situationnelle d'un client. Ces critères fournissent aux chercheurs des définitions observables pour différentes réalités psychiques qui, en elles-mêmes ne le sont pas nécessairement. Enfin, cette approche diagnostique multiaxiale ébauche un portrait rapide de ce que vit le client, tant au niveau d'un syndrome clinique que des stress psychosociaux auxquels il est confronté. Elle encourage aussi le praticien à aller chercher de l'information sur la condition médicale (Axe III) du client. Ces différents axes donnent un aperçu « impressionniste » de la situation psycho-socio-biologique d'une personne à un moment donné.

Là où le bât blesse, c'est au niveau de la complexité individuelle et de la souffrance singulière du client. Qui vit ce syndrome, depuis quand et pourquoi? L'axe de la personnalité (axe II) de cet instrument est restreint et peu valide. Il ne tient pas compte du sens de l'expérience du client. Malgré la volonté de tracer un portrait biopsychosocial de la personne, le manuel néglige le rapport entre les différents axes, les différentes dimensions de la personne et leur sens. Le *DSM* est actuellement en révision et un *DSM V* devrait voir le jour en 2011. Répondra-t-il à cette tâche complexe qu'est l'examen de la personnalité du client, avec tous les enjeux politiques et économiques auquel il a à faire face? On peut en douter.

À mon avis, le *DSM* est appelé à rester une nosographie diagnostique de première ligne, essentiellement athéorique et qui ne peut satisfaire à des exigences complexes de reconnaissance des dynamiques de la personnalité. Le travail du psychothérapeute est plus large que celui du diagnosticien. Le psychothérapeute a besoin d'une réflexion diagnostique qui puisse servir de balise pour

orienter ses interventions tout au long du suivi. Dès lors que la situation actuelle est circonscrite et que le psychothérapeute a pu orienter correctement son intervention, comment se poursuit sa réflexion dans l'accompagnement au long cours du client? Le travail réflexif du psychothérapeute ne se réduit pas à diminuer l'urgence ou à « guérir » un syndrome clinique. Le rôle du psychothérapeute est aussi de comprendre cette personne qui consulte et comment elle reproduit inlassablement des situations qui la mettent en difficulté. Allen Frances (1995) disait que: «...les années '70 étaient les années des troubles anxieux, les années '80, celles des troubles de l'humeur, alors que les années '90 sont celles des troubles de la personnalité». Plusieurs questions viennent à l'esprit en lisant ce passage. De quoi est faite la personnalité? Comment se construit-elle? Quelles en sont les lignes de fragilité? Comment découvrir et comprendre avec notre client ces réalités si complexes qui marquent le fonctionnement de sa personnalité? Comment en approcher suffisamment les enjeux pour aider un client à donner sens à son expérience propre? Comment transformer certains modes de fonctionnement de la personnalité d'un client afin qu'il ne reproduise plus des situations qui lui causent préjudice?

b) Le diagnostic «structural» de la personnalité (PGRO et PDM)

Je crois qu'on peut approcher les réponses à ces questions par l'étude diagnostique de la personnalité. Tout psychothérapeute se référant à un système psychothérapeutique et non à une simple «technique» thérapeutique, doit en principe trouver dans son système des outils qui lui permettent d'évaluer la structure psychique et les axes développementaux qui construisent la personnalité d'un client. Selon Mahrer (1989) un système psychothérapeutique doit contenir une théorie de la personne et de son développement, une théorie de la psychopathologie, une nosographie transthéorique (par exemple, le *DSM*) et une théorie de la psychothérapie. Cet ensemble de ressources conceptuelles et méthodologiques doit permettre d'éclairer la situation actuelle du client, son développement, sa construction et son fonctionnement psychique. En outre, il doit nous permettre de faire des choix raisonnés quant aux modalités optimales du traitement. Bien sûr, rares sont les systèmes thérapeutiques qui possèdent tous ces éléments: la Gestalt-thérapie des origines était plus éloquente quand elle parlait de bon fonctionnement que de psychopathologie; la psychanalyse classique avait plus à dire sur la pathologie que sur la santé, etc. C'est pourquoi chaque système doit prévoir des dispositifs théoriques et cliniques qui lui permettent de faire un usage réfléchi de certaines hypothèses développementales, psychopathologiques ou psychothérapeutiques des systèmes, des disciplines et des champs connexes.

Le but de la démarche réflexive en cours de processus psychothérapeutique en PGRO est de pouvoir coconstruire avec le client le sens de l'expérience de son « être au monde ». Selon Delisle (1998), cette personne unique arrive au monde avec son bagage tant physique que psychique et c'est en traversant divers chantiers développementaux qu'elle a développé des modèles relationnels qu'elle reproduit inlassablement, pour les dénouer, les « exorciser » ou les rejouer. Pour le meilleur et pour le pire, ces « dilemmes développementaux » s'immiscent dans ses réactions comportementales, confirment une certaine vision du monde et l'emprisonnent dans des impasses relationnelles et expérientielles. C'est dans la dynamique de ces impasses qu'elle développe différentes problématiques psychiques telles la dépression chronique, l'anxiété chronique, ou un trouble de la personnalité...

On le voit, les angles de questionnement diagnostique sont multiples. Le client a-t-il des prédispositions physiques, héréditaires à certains syndromes cliniques? Quels enjeux développementaux cette personne n'a-t-elle pas complétés? De quelle façon s'organisent entre elles, les différentes fonctions psychiques de sa personnalité? Quel est le sens de sa problématique dans le fil de son existence? Plusieurs approches thérapeutiques proposent des hypothèses très riches face à ces questions. Elles représentent autant d'informations susceptibles d'éclairer le sens de l'expérience du client. Ainsi en PGRO, le diagnostic structural de la personnalité avec l'étude du fonctionnement psychique à travers les différents stades développementaux et de l'introjection relationnelle qui en découle sont des éléments cruciaux de réflexion permettant d'approcher les modes de fonctionnement d'un client et ce qui les motive. Avec l'aide de ces hypothèses et de ces observations, le psychothérapeute peut mieux aider un client particulier et mieux baliser son intervention.

Depuis les années 2000, les neurosciences apportent enfin des éclairages utiles pour comprendre le fonctionnement mental du point de vue de la pratique concrète de la psychothérapie. Des auteurs comme Allen Schore (2003) et Mark Solms (2002) (pour ne nommer que ceux là) tentent de faire le lien entre les hypothèses énoncées par Freud il y a plus de 100 ans — et développées depuis par tous les courants de la psychanalyse contemporaine — et les neurosciences. En 2006, pour nourrir ce besoin de compréhension de la complexité de la personnalité, un nouvel instrument diagnostique est apparu. En réponse à une demande d'alternative à l'axe II du *DSM*, des associations psychanalytiques en collaboration avec O. Kernberg, S. I Greenspan et P. Fonagy ont publié un instrument diagnostique qui se veut un complément au *DSM*. Il s'agit du *Psychodynamic diagnostic manual (PDM)* (PDM Task Force, 2006). En plus d'utiliser les critères d'exclusions et d'inclusions du *DSM* pour

les syndromes cliniques, ce manuel vise à fournir certaines hypothèses de sens pour chacun d'eux. L'objectif de fond est de mieux tenir compte des différentes personnes qui consultent et de leur chemin unique.

Deux axes de ce système diagnostique s'avèrent particulièrement éclairants: l'axe P de la personnalité et l'axe M du fonctionnement mental. Au niveau de l'axe P, on retrouve quinze profils de personnalité ainsi que des sous-types de celle-ci décrivant les affects centraux rapportés chez ces personnes, des indices sur leur constitution, leurs représentations de soi et du monde ainsi que leur façon de se défendre. Pour chacune des personnes évaluées, on peut aussi tenir compte du fonctionnement psychologique de leur personnalité allant de la santé mentale au fonctionnement névrotique, limite et psychotique.

Pour ce qui est de l'axe du fonctionnement mental, il nous donne des indications sur des caractéristiques plus pointues du fonctionnement de la personnalité. Il pourrait nous donner aussi des indices sur le travail à faire quant aux capacités de «mentalisation», tel qu'énoncé dans la théorie de P. Fonagy. Le profil de chaque client sur cet axe donne une image assez nette de ce que le client a besoin de développer tant au niveau affectif, interactif que réflexif pour mieux fonctionner dans sa vie et devenir plus «flexible» au niveau de sa personnalité. À la lecture de ces critères, il devient évident qu'un client ayant peu de ces capacités puisse éprouver des difficultés au niveau de la régulation affective et de la mentalisation. Ainsi, le thérapeute doit ajuster ses interventions psychothérapeutiques pour aider le client avec ces difficultés. Enfin, le *PDM* fournit certaines hypothèses sur le sens qu'a pu avoir pour le client le développement de sa personnalité.

CONCLUSION: UN PROCESSUS RÉFLEXIF DIAGNOSTIQUE EN CONSTANTE RÉÉVALUATION

Une relation psychothérapeutique est une aventure relationnelle à nulle autre pareille. Elle se vit du premier jour de la thérapie jusqu'au dernier. En dehors des séances elles-mêmes, cette relation se poursuit dans le monde interne des protagonistes. Le psychothérapeute accepte une grande responsabilité dans cette relation: celle d'aider son client à vivre mieux, celle de lui prodiguer les meilleurs «soins» possibles. C'est pourquoi le thérapeute doit rester en éveil tout au long du suivi afin d'évaluer continuellement ce que vit le client et ce qui se passe au sein du lien thérapeutique pour le nourrir, de façon adéquate à chaque moment du processus.

Jamais nous n'arriverons à tout comprendre de ce qui se passe dans ces « millions de connexions neuronales », mais à l'aube de la collaboration et de la réunion « corps-esprit » si longtemps attendue, il importe que nous puissions ouvrir et joindre nos connaissances pour atteindre la meilleure compréhension possible de la personne qui est devant nous et lui offrir les meilleurs moyens possibles qui puissent l'aider à se libérer de ses impasses.

En 2003, j'écrivais :

(...) un diagnostic responsable, c'est à nous comme clinicien qu'il appartient de maintenir et de cultiver la fluidité, la flexibilité et la profondeur de notre réflexion diagnostique. Il importe de remettre fréquemment en question nos diagnostics tant fonctionnels que structuraux. Le diagnostic multiaxial, fonctionnel et de première instance ne nous dispense pas de poursuivre sans cesse notre réflexion sur la complexité du monde intrapsychique tant au niveau émotif, cognitif et sensori-moteur qu'à celui des échanges relationnels conservateurs (Girard, 2003, p. 12).

Même si je pratique une forme expérientielle et relationnelle de psychothérapie, je crois toujours que nous avons besoin de cette réflexion diagnostique pour nourrir notre compétence réflexive en cours de processus. C'est elle qui peut nous empêcher de nous perdre parfois dans l'affectif-réactif et de perdre de vue nos objectifs psychothérapeutiques. C'est encore elle, cette compétence réflexive diagnostique, non pas comme un en-soi *médicalisant* et dénué de sens, mais mise au service de l'expérience et de la relation qui nous rappellera parfois de réviser certaines de nos hypothèses et de nos « postures » thérapeutiques.

Références

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ansermet, F., & Magestratti, P. (2004). *À chacun son cerveau*. Paris: Odile Jacob.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. New York: Oxford University Press.
- Charest J., Habimana, E., & Lecomte, C. (2008). Réactions à l'article de James E. Maddux sur le DSM et l'idéologie de la maladie. *Revue québécoise de psychologie*, 24 (1).
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.

- Delisle, G. (2003). *Les étapes du processus psychothérapeutique*. Communication présentée lors de séminaires de formation.
- Frances, A. (1995). *Conférence sur le DSM IV*. Communication présentée à l'Hôpital Louis-Philippe Pinel de Montréal.
- Girard, L. (1998). Un essai d'intégration de trois perspectives diagnostiques complémentaires. *Revue québécoise de Gestalt*, 2 (2), 59-79.
- Girard, L. (2003). Réactions à l'article de J.E. Maddux sur le DSM et l'idéologie de la maladie: Pour une réflexion diagnostique responsable et fertile. *Revue québécoise de psychologie*, 24(3), 9-13.
- Maddux, J. E. (2002). Le DSM et l'idéologie de la maladie. *Revue québécoise de psychologie*, 23 (3), 25-43.
- Mahrer, A. R. (1989). *The integration of psychotherapy*. Human Science Press.
- Norcross, J. C. (Éd.). (2002). *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, California: Real People Press.
- Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York: Julian Press.
- PDM task force (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the Self*. New York: Norton.
- Solms, M., & Turnbull, O. (2002). *The brain and the inner world*. New York: Other Press.

Abstract

This presentation is a discussion-article. For a number of years, the author has been studying diagnosis as a way of providing guideposts for the psychotherapist's intervention. Using several diagnostic tools, such as the DSM, the PDM and the structural diagnosis of the *Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO)*, she has developed a model which she believes helps the psychotherapist in his understanding of the client at different moments during therapy. Following the author's presentation, several mental health professionals (psychologist, psychiatrist, psychotherapist and others) communicate their reactions and comments concerning this reflexive diagnostic proposition. Ten professionals, taking into account their professional experience and their work context, express their opinion concerning the use of this type of diagnosis in their practice. To conclude, the author responds briefly to the comments.

Commentaires sur l'article de Line Girard

Une réflexion diagnostique au service du processus psychothérapeutique

Je suis médecin psychiatre dans un hôpital général possédant 85 lits de psychiatrie. Nous vivons le phénomène des portes tournantes avec des patients réadmis régulièrement faute d'encadrement dans la communauté. Nous vivons un essoufflement car la demande surpasse l'offre de services. Nous sommes insuffisamment financés. Faute de temps et de ressources, le focus thérapeutique est ciblé et à court terme. Le danger est de traiter « une maladie » psychiatrique aux dépens du patient dans son intégralité.

Je suis tout à fait en accord avec la réflexion diagnostique préconisée par l'auteure Line Girard. Mais le dilemme est le suivant : comment prendre le temps de bien connaître mon patient dans un tel contexte de pratique ? Pour y arriver, ma porte de salut a été le travail en équipe et la continuité des soins.

En effet, l'ergothérapeute, le travailleur social, l'infirmier, le psychologue, le préposé aux bénéficiaires sont des mines d'informations m'aidant à rapidement saisir mon patient au-delà de sa maladie.

La continuité des soins a, quant à elle, l'avantage de me permettre d'en apprendre un peu plus à chaque visite même si celle-ci s'avère courte et me permet d'établir une relation thérapeutique malgré les contraintes du milieu hospitalier.

En conclusion, pour le psychiatre que je suis, la réflexion thérapeutique au service du processus psychothérapeutique se fait souvent « en cinq temps » !

D^{re} Johanne Rioux
Médecin-psychiatre
Hôpital Charles-Lemoyne

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article intitulé « Une réflexion diagnostique au service du processus psychothérapeutique ». Je partage entièrement l'idée de l'importance d'une réflexion diagnostique dans le processus thérapeutique ; dans mon exposé, je vais reprendre certains principes énoncés par Line Girard, principes auxquels j'adhère et que je tente d'appliquer dans mon appréciation diagnostique de ma clientèle d'enfants en psychothérapie.

Je perçois mon rôle de thérapeute comme l'accompagnatrice d'un enfant dans son élan de vie, tout en tenant compte des conflits internes et externes inhibiteurs de son mouvement créateur se répercutant dans des comportements ou des symptômes qui hypothèquent son développement et ont un impact sur son entourage. Cet accompagnement se déroule à travers un parcours thérapeutique sous forme de productions artistiques et de jeu. Bien que cette approche laisse place à beaucoup de spontanéité, de créativité et d'ouverture, il n'en demeure pas moins que je dois me donner une certaine direction basée sur quelques hypothèses diagnostiques élaborées au départ et révisées tout au long du processus thérapeutique. Ces hypothèses me demandent de « maîtriser trois axes de compétences » comme l'affirme Line Girard.

La compétence réflexive m'amène à considérer l'enfant comme un être unique cherchant à développer son individualité tout en demeurant relié. Les premières entrevues me permettront de connaître l'histoire de l'enfant (anamnèse, relations familiales et sociales et adaptation à l'environnement) et, par la suite, de rechercher la nature et l'origine de la souffrance de l'enfant et souvent, celle des parents. Je tente de découvrir quels éléments dépendent des conflits psychiques du développement de la personnalité de l'enfant et quels autres aspects semblent provenir de la relation à ses parents, sa famille ou ses pairs. Je cherche aussi à mettre en lumière comment cet enfant s'y prend pour exprimer sa souffrance, ce qu'il essaie de manifester par son symptôme ou son comportement défensif ; je tente de discerner ce qui semble lui manquer le plus et à quoi il aspire ; j'identifie ses forces et ses aspects vulnérables afin d'entrevoir les facteurs de risque et les facteurs de résilience lui permettant d'avoir accès à ses ressources et à son potentiel.

Par mes observations dans l'ici et maintenant de la relation et à travers ses productions artistiques, et en me référant aux principaux enjeux de développement : attachement, estime de soi, amour et sexualité, je repère quelles tâches développementales l'enfant est en train de traverser ; cherche-t-il à acquérir plus d'autonomie et d'indépendance ou cherche-t-il à apprendre à aimer et à se relier ou à vivre un attachement plus sécurisant ? A cette fin, je m'appuie,

entre autres, sur les théories de Winnicott, Mahler, Klein et sur la psychothérapie du lien et des relations d'objet définie par Gilles Delisle (1998, 2001, 2004). À l'analyse des œuvres artistiques de l'enfant, à travers l'ensemble de sa production, je cherche un dénominateur commun en reliant entre eux plusieurs éléments comme le niveau de maturité graphique, le choix des médiums, le contenu symbolique et les attitudes positives et négatives qui accompagnent son mouvement créatif. Ces observations et la compréhension qui en découle me donnent une lecture de la personnalité de l'enfant et de ce qui entrave son développement; toutes ces données contribuent au diagnostic structural tel que défini par Line Girard et me permettent d'émettre un certain nombre d'hypothèses, d'objectifs et de moyens thérapeutiques spécifiques pour aider l'enfant à résoudre certaines difficultés reliées à une tâche développementale précise. Chaque stade de développement exige une manière différente d'accompagnement; devons-nous, par exemple, mettre en place une structure favorisant l'apprentissage des limites ou encore le développement d'une estime de soi plus juste pour l'enfant?

Parallèlement, j'ai besoin de recourir au *DSM IV* ou encore au *CIM 10* et aux critères de développement au plan cognitif, moral, psychosexuel, psychosocial et créatif pour appuyer mes hypothèses et ce, dans la perspective d'une lecture normative qui me permet de juger du degré d'intensité et de la sévérité des symptômes et d'avoir des balises entre ce qui peut faire partie d'un développement normal ou ce qui pourrait être de l'ordre de la pathologie. Comme plusieurs symptômes se chevauchent et sont surtout descriptifs et ne tiennent guère compte des enjeux développementaux, il m'est difficile d'établir un diagnostic d'après ces critères uniquement; ce diagnostic «fonctionnel» s'ajoute à mon analyse première pour appuyer mes hypothèses. Il va sans dire que ce processus diagnostique sera à réévaluer tout au long de la thérapie car d'autres éléments surgiront venant de l'enfant lui-même dans son rapport avec le thérapeute ou bien venant de sa relation familiale.

À toutes ces données servant au diagnostic s'ajoutent d'autres éléments plus subjectifs, plus intuitifs que je situerais dans l'axe de compétence affective et interactive. En effet, l'enfant qui se retrouve avec moi, la thérapeute, suscite un ensemble de pensées, d'émotions, de senti corporel auquel j'ai besoin d'être attentive. Je sais qu'au cours du processus thérapeutique, il me fera jouer le rôle d'un parent ou de l'enfant fragilisé; il me mettra dans des positions d'impasse car lui-même viendra rejouer la sienne, celle qu'il essaie de résoudre dans sa vie actuelle, ou celle qui lui apporte un confort temporaire. Souvent, je me pose les questions suivantes: si j'étais cet enfant, comment réagis-je dans cette famille? Si j'étais ce

parent, comment le symptôme de l'enfant m'affecterait-il? Qui ce qui, à l'intérieur de telle rencontre, m'a fait agir ou réagir de cette manière? Ce processus dynamique interactif me sert à réajuster certains éléments diagnostiques, à émettre de nouvelles hypothèses et à ajuster mon intervention. Parfois, j'ai besoin d'un plus grand recul pour saisir les mécanismes en jeu dans la relation avec cet enfant ou avec ce système qu'est la famille; c'est alors que j'ai recours à de la supervision individuelle ou de groupe. Ces supervisions cliniques sont indispensables pour garder une juste distance entre le client et son thérapeute et parfois pour avoir un regard autre, dans une approche différente, ce qui peut ouvrir des horizons.

Dans ma réflexion diagnostique auprès d'une clientèle d'enfants, une difficulté importante vient du fait que c'est un être en évolution; je ne dois jamais sous-estimer l'aptitude de l'enfant à progresser vers une plus grande autonomie ni sa vulnérabilité inhérente au passage vers une autre étape de son évolution. D'une part, j'ai à considérer ces deux aspects et, d'autre part, j'ai à apprécier ce qui, dans ce cheminement, se rapproche davantage d'une certaine normalité car un comportement peut être banal pour un enfant de 5 ans et être questionnant pour un autre de 8 ans. Il n'en demeure pas moins que chaque enfant est unique, distinct; j'ai la conviction qu'il possède un centre unificateur, l'aidant à trouver un équilibre entre son désir d'inclusion et son besoin de demeurer distinct, entre devenir un être unique et un être relié. Ensemble, l'enfant et la thérapeute, nous chercherons à donner un sens à cette quête d'individuation.

Mona Auclair, M.A.
Psychothérapeute
Membre de la SQPP

Références

- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2001). *Vers une psychothérapie du lien. Écrits et conférences sur la psychothérapie 1988-2000*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité, perspectives développementales*. Montréal: Les Éditions du Reflet.

Ma première réaction à la lecture du texte de madame Girard a été « mais que dire de plus? ». En effet, l'auteure souligne de façon juste tous les aspects de la réflexion diagnostique en psychothérapie et à plusieurs moments on a envie d'acquiescer avec enthousiasme. J'irai donc d'un commentaire plus « impressionniste » sur le texte.

Souplesse et rigueur dans la réflexion diagnostique tout au long du processus psychothérapeutique, voilà ce par quoi je me sens interpellée à la lecture de ce texte. Je suis moi aussi persuadée que nous ne pouvons faire n'importe quoi, n'importe quand et avec n'importe qui. Cela implique de faire cet effort réflexif constant quant à la problématique ou l'impasse que vit notre client et qui fait qu'il nous consulte, ce afin de répondre le mieux possible à son besoin spécifique. Cette réflexion constante balise notre intervention du début à la fin du processus avec notre client. Plus j'accumule d'années d'expérience et plus cet effort réflexif continu m'apparaît essentiel.

L'auteure souligne l'importance de recourir à divers systèmes diagnostiques complémentaires par lesquels « le thérapeute peut obtenir le plus d'information possible sur le fonctionnement psychique du client et lui offrir le meilleur traitement possible ». Cette façon de se permettre d'avoir accès à différents outils diagnostiques, différentes visions sur le client, de façon souple tout au cours du processus, m'apparaît un moyen de bien respecter la complexité de l'être humain qui vient nous demander notre aide. Ceci fait également en sorte que notre client n'est pas placé dans une petite case réductrice. Pour utiliser une analogie, c'est toute la différence entre l'analyse de tous les organes séparés d'un corps humain et la compréhension d'un être vivant dans sa totalité, les deux éléments étant effectivement complémentaires et indissociables.

Madame Girard souligne aussi l'importance de maintenir les pistes diagnostiques fluides et de les préciser et même de les transformer si nécessaire. Refuser d'enfermer la souffrance des gens dans des diagnostics rigides et inaptes à rendre compte de cette souffrance, tout en ayant le devoir de bien comprendre ce qui se passe pour eux et de leur offrir les services qui correspondent le mieux à leurs besoins, voilà le défi auquel le clinicien est confronté si, comme expert, il veut véritablement rencontrer le client. Savoir de plus en plus tout en ne sachant pas, laisser place au savoir du client et aux interactions tout en gardant vivante la réflexion diagnostique au cours du processus, voilà le défi du thérapeute.

Cela m'apparaît comme une tâche énorme, très exigeante par
mais combien stimulante et passionnante. Ceci témoigne de toute
la complexité et de la beauté de ma profession et surtout des êtres
humains que je rencontre.

Michèle Fournier

Psychologue

Avec la participation de Geneviève Bouthillier, psychiatre

Ma réflexion s'appuie sur plusieurs années de pratique comme psychiatre, psychothérapeute, superviseure et formatrice auprès de médecins et de professionnels en santé mentale. Cette riche expérience clinique m'a permis de constater à quel point il était important d'être bien outillé pour effectuer un travail psychothérapeutique efficace. J'entends ici par efficacité, non seulement l'obtention d'une réduction significative de la détresse et des symptômes initiaux présentés par le patient, mais aussi idéalement la poursuite d'une croissance personnelle permettant à l'individu de se réaliser dans son humanité. Les études récentes sur l'efficacité des psychothérapies ont permis d'identifier les principales variables reliées au changement. On retrouve ainsi 15 % du changement attribuable aux attentes du patient (effet placebo), 40 % liés aux changements extra-thérapeutiques (facteurs personnels et environnementaux), 15 % liés aux facteurs spécifiques d'une approche thérapeutique et 30 % liés à la relation thérapeutique (Lambert 1992). Les facteurs liés à la relation thérapeutique réfèrent en général aux caractéristiques de l'interaction thérapeutique et aux habiletés interpersonnelles du thérapeute qui favorisent le processus de changement et l'amélioration du patient (Castonguay et Beutler, 2006). Selon Lecomte (2007), les thérapeutes efficaces sont ceux qui sont capables d'effectuer une régulation émotionnelle continue de l'interaction constante entre leurs techniques d'intervention et la relation thérapeutique, ce qui s'effectue via une conscience réflexive de soi.

Ainsi donc, comment devenir un thérapeute efficace? Selon les données recueillies par la recherche en psychothérapie, le thérapeute efficace arriverait à combiner de façon optimale les facteurs liés aux facteurs spécifiques d'une approche et ceux liés à la relation thérapeutique. Ceci nous ramène à l'intégration du *savoir*, du *savoir-faire* et du *savoir-être*. Pour arriver à intégrer ces trois aspects du *savoir*, il me semble tout aussi nécessaire d'avoir une bonne connaissance des bases sémiologiques et psychodynamiques des divers troubles mentaux, que d'apprendre à développer une conscience réflexive continue de soi. J'ai souvent vu des thérapeutes se cantonner dans un pôle au détriment de l'autre, cette attitude menant à des impasses thérapeutiques. Pour certains, la connaissance des bases sémiologiques, qui réfère aux critères diagnostiques (*DSM IV* ou *CIM10*), est souvent associée à une position médicale, voire technique et déshumanisante. Pour d'autres, adeptes d'une approche scientifique basée sur des données probantes, le principal est d'adhérer parfaitement aux spécificités de leur technique d'intervention. La relation thérapeutique devient alors accessoire et n'est perçue que comme un indicateur de l'adhésion du patient aux techniques

d'intervention. Pour ma part, il m'apparaît essentiel de tenir compte et d'intégrer ces deux pôles.

Je suis en accord avec la position de Girard qui défend la pertinence d'une réflexion diagnostique dans le processus thérapeutique. Afin de pouvoir aider la personne qui se retrouve devant nous, il est primordial de connaître les conflits qui l'habitent et sous quelles formes ils se manifestent (symptômes), sa structure et sa dynamique de personnalité, ses processus de mentalisation, etc. Ceci nous permettra d'adapter nos techniques d'intervention en fonction de l'évolution du fonctionnement du patient au cours du processus thérapeutique et de le suivre ainsi de manière singulière. Par ailleurs, lorsque Girard cite Perls qui invitait ses élèves à «laisser de côté leur mental et suivre leurs émotions sans réfléchir», j'abonde dans le même sens que l'auteure, à savoir que contrairement à ses élèves, Perls avait fort probablement intégré de manière implicite une vaste expérience clinique et des connaissances théoriques très diverses qui venaient nourrir ses interactions thérapeutiques à son insu. Il serait naïf de croire que le simple fait de porter un désir authentique d'aider son patient serait suffisant pour l'aider à changer. En résumé, un thérapeute compétent allie donc une pluralité de connaissances qui se condensent entre autres, dans une grille diagnostique cohérente sur laquelle il prendra appui pour mener ses interventions thérapeutiques, tout en étant dans un état de conscience réflexive interactive.

Joanne Cyr, m.d.

Psychiatre et psychothérapeute
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Références

- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. Dans J. C. Norcross & M. R. Goldstein (Éds). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Lecomte, G. (2007). *L'efficacité des psychothérapies*. Conférence donnée à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Etablir un diagnostic précis de la problématique du client permet d'identifier le protocole de traitement le plus approprié et de maximiser l'efficacité du processus d'intervention psychothérapeutique.

Comme praticien, je ressens un profond malaise devant cette affirmation qui semble tellement évidente qu'elle accède présentement au statut de dogme en santé mentale. Pourtant, je me soucie de l'efficacité de mes interventions et je considère essentiel que le thérapeute puisse disposer de critères d'évaluation de la situation que vit son client pour orienter ses interventions auprès de celui-ci. Ainsi, par exemple, il importe de pouvoir évaluer le degré de dangerosité d'une idéation suicidaire, de ne pas confondre la tristesse normale d'un deuil avec un état dépressif sévère, de discriminer entre une situation conflictuelle circonstancielle et une impasse relationnelle chronique entre deux personnes. Dans sa réflexion, Line Girard a su à cet égard faire preuve d'une rigueur clinique remarquable. J'entends par là qu'elle traite avec nuance de la nature plurielle de l'évaluation et de diverses manières de la mettre au service du processus thérapeutique. Ainsi, elle mentionne la part de biais dans l'évaluation pouvant provenir du psychologue lui-même, elle pose le diagnostic non comme un jugement définitif, mais comme une hypothèse (si ce n'est un ensemble d'hypothèses) qui demandera à être réévaluée au cours de la démarche d'intervention. Elle traite de la pertinence et des limitations d'un outil tel que le *DSM IV*, elle invite à recourir à d'autres outils d'évaluation pour étayer la perspective tout en signalant «qu'aucun diagnostic unique ne possède toutes les réponses et tient compte de toute la complexité psychique d'un individu». Elle parle également de la coconstruction avec le client du sens de l'expérience de son «*être au monde*» et du caractère réflexif et évolutif des diagnostics que l'on pose.

Une telle perspective de l'évaluation qui parvient à rendre compte à la fois de la rigueur théorique et de la complexité phénoménologique d'un processus psychothérapeutique m'interpelle comme professionnel et je renouvelle ma vigilance pour ne pas la perdre de vue dans mes interventions. Cependant, cette conception de l'évaluation est fort éloignée de celle beaucoup plus réductrice et figée qui est présentement en voie d'être normalisée dans la foulée de la standardisation des procédures d'intervention en santé mentale et des recours à la psychopharmacologie qui se sont généralisés ces dernières années. Une telle conception mécaniste de l'évaluation convient très bien au réparateur d'électroménagers. Ainsi, par exemple, on doutera avec raison de l'efficacité d'un réparateur qui s'empresse de changer le moteur d'un appareil à défaut

d'avoir pu diagnostiquer la défaillance de l'interrupteur à l'origine de la panne. Bien qu'elle procède d'une rationalité exemplaire qui la rend d'autant séduisante, cette procédure plus expéditive qu'efficace ne peut être intégralement transposée à l'évaluation d'un processus thérapeutique à moins de contester l'autodétermination, la diversité et la complexité des êtres humains. J'estime que nous devons relativiser les prétentions hégémoniques de cette façon d'envisager l'évaluation en relation d'aide car elle s'avère idéaliste et potentiellement dangereuse. Elle tend à réduire les êtres à leur diagnostic, elle pose le thérapeute comme l'expert de l'orientation de la vie du client, elle fait abstraction de nombreux facteurs subjectifs, relationnels, contextuels, historiques, symboliques qui participent à l'expérience que vit l'individu, elle présume que tous doivent correspondre uniformément à certains critères fonctionnels, elle rationalise abusivement l'expérience humaine, elle discrédite la pertinence de se mesurer à un idéal, elle considère indistinctement que toutes souffrances psychiques et toutes contradictions n'ont pas leur raison d'être.

Bref, le court espace qui m'est alloué pour traiter d'un sujet aussi fondamental m'incite à résumer ainsi mes convictions sur l'évaluation: Je cherche à évaluer non seulement la nature du problème de l'individu, mais aussi ses modes de rapport à sa problématique, je m'applique à considérer une diversité de critères pour appréhender la réalité psychique des êtres, j'aménage toujours une place à l'hypothèse opposée à celle que je retiens, je me rappelle qu'un modèle demeure toujours une maladroite approximation de la réalité, je demeure vigilant et critique de mes évaluations. Et surtout, pour préserver un sens à ma pratique et résister à l'empiètement des rationalités instrumentales, je m'accorde du temps pour me nourrir de penseurs, de philosophes, de sages qui me ramènent aux fondements de la nature humaine et me convient à me méfier des modèles explicatifs qui aspirent à en réduire la complexité à quelques paramètres circonscrits.

Patrick Lynes

Psychologue en pratique privée et enseignant
Auteur du livre *Le besoin de l'impossible. Impasses collectives et promesses d'avenir*. Montréal: Éditions Liber.

Avec ce texte stimulant de Line Girard, je me sens en plein paradoxe. Paradoxe avec moi-même qui suis une clinicienne issue de la tradition existentielle-humaniste et qui, dans une autre vie, ai tâté du pouls de l'antipsychiatrie. Je fais partie de ces psychologues qui ont déjà professé la nécessité absolue de suivre l'unicité de chaque personne en rejetant l'utilisation des catégories diagnostiques.

La rencontre quotidienne avec la souffrance humaine, depuis plus de vingt ans, dans le cadre d'une pratique privée comme psychologue clinicienne auprès d'une clientèle adulte, est une grande leçon de vie et d'humilité. Bien que les ingrédients de l'accueil et de la curiosité à découvrir cet autre qui est là, devant moi avec tous ses mystères, soient encore une base essentielle à ma pratique de thérapeute, la vie a modifié mon point de vue, en particulier sur la question du diagnostic. Je suis maintenant d'accord avec Line Girard lorsqu'elle montre comment le rejet massif du diagnostic clinique a pu entraîner une perspective grandiose où la thérapie semble « s'appliquer universellement quelle que soit la situation spécifique du client ».

Globalement, il me semble que l'approche diagnostique de l'auteure intègre le meilleur des deux mondes. En effet, elle n'hésite pas à utiliser les connaissances accumulées à partir des balises diagnostiques et son art est de garder celles-ci dans une réflexion continue et vivante au service du client. C'est le vivant qui demeure le grand maître. La réflexion diagnostique, telle que nous la présente Line Girard, loin d'enfermer, est au service de la personne qui se déploie.

Ma façon de commenter le texte de Line Girard consistera à vous présenter un exemple clinique où, justement, la réflexion diagnostique m'a permis, du moins je le crois, de rendre un meilleur service à la personne qui venait consulter.

Je pense ici à un homme d'une quarantaine d'années, monsieur A., qui vient par l'intermédiaire d'un programme d'aide aux employé(e)s (P.A.E.). Il travaille dans la fonction publique et occupe un poste administratif. Il est en arrêt de travail depuis peu avec un diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse. Il reçoit une légère médication et il est suivi par son médecin généraliste qui lui a recommandé la psychothérapie. Il rejoint alors son P.A.E. et celui-ci lui donne mes coordonnées. Notons tout de suite que afin de préserver la confidentialité, je modifierai plusieurs éléments tout en conservant la saveur clinique.

Monsieur A. m'explique assez facilement, dès le début des rencontres, le peu de reconnaissance qu'il reçoit dans son milieu de travail. Il a vécu récemment une déception par rapport à un projet

particulier sur lequel il avait misé lorsque ce projet a été refusé par son employeur. À cela s'ajoutent des difficultés vis-à-vis une conjointe avec qui il cohabite depuis deux ans et qui se dit insatisfaite de leur vie commune. Son but en venant me voir est de se sentir moins anxieux. Monsieur A. se présente avec un débit accéléré, un ton de voix assez fort, des gestes saccadés. Le propos est un peu décousu et monsieur A. parle comme si je connaissais les gens et les situations qu'il décrit. Il tient à plusieurs reprises des propos assez agressifs, surtout face à son employeur, mais un peu également face à sa conjointe. Il n'a toutefois pas posé de gestes violents. La thématique qui ressort de ses plaintes est que les gens de son entourage ne le reconnaissent pas à sa juste valeur et il ne s'explique pas leurs réactions.

Je me souviens de la tension intérieure que j'éprouvais face à ce client, me demandant à quel moment, moi aussi, je ferais un faux pas qu'il vivrait comme une injustice à son endroit. Mais en même temps, je sentais la détresse de cet homme qui, derrière l'écran de sa colère, semblait sur le point de se noyer et qui vociférait au lieu de baisser les bras et de couler à pic.

Dans cet exemple et dans beaucoup d'autres, la réflexion diagnostique telle que la préconise Line Girard, a été un outil pour m'aider à donner le meilleur service possible à ce client. Les trois axes de compétence ont été mis à profit: la compétence réflexive, affective et interactive. Ces trois axes ont été indispensables dans le travail thérapeutique à court terme (une quinzaine de rencontres) qu'a pu effectuer monsieur A.

Comme le note l'auteure, les gens viennent souvent en début de thérapie avec une souffrance subjective situationnelle, en lien avec des stress psychosociaux. Ici, on pourrait être surpris de l'ampleur de la souffrance du client par rapport aux stressseurs qu'il évoque. Cet écart m'incite très rapidement à me questionner sur la personnalité du client et sur les enjeux dynamiques qui sont réactivés dans les déceptions qu'il vit et qu'il ne semble pas pouvoir métaboliser.

En me servant de mon ressenti dans le contact avec lui ainsi que de l'écart perçu entre sa souffrance subjective et les stressseurs qui l'ont précipitée, je fais l'hypothèse qu'en plus de l'axe I du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV)*, déjà diagnostiqué par son médecin généraliste, monsieur A. pourrait présenter une fragilité par rapport à l'axe II, possiblement une personnalité narcissique. Le descriptif de l'axe II du *DSM* demeure extrêmement limité pour le travail clinique. Les auteurs du *Psychodynamic diagnostic manual (PDM)* fournissent des pistes réflexives déjà un peu plus riches, comme nous le souligne Line Girard.

a aussi utilisé le bagage d'autres cliniciens contemporains en puisant dans la réflexion diagnostique d'un gestaltiste américain, Gary Yontef (1993), bien éloignée des gestaltistes de la première heure pour qui le diagnostic est à proscrire.

En me fondant sur ces différentes pistes réflexives diagnostiques, j'émetts les hypothèses suivantes: Monsieur A. semble se débattre avec une perception de lui-même où il porte une honte assez grande qu'il ne peut se permettre de ressentir, car cela pourrait menacer sa cohésion interne. Les déceptions qu'il a vécues récemment, surtout avec son employeur mais aussi avec sa conjointe, viennent réactiver cette honte. Ce ne peut être lui qui soit concerné, il est impératif que ce soit l'autre qui le traite injustement. La colère est d'autant plus vigoureuse qu'il a besoin de mettre à l'extérieur de lui la menace intérieure. Quant à la perception qu'il a de l'autre, elle semble avoir pour rôle de le mettre en valeur et l'autre n'a que peu de vie propre en dehors de lui. Monsieur A. semble peu capable d'imaginer ce que l'autre peut vivre, penser ou éprouver, ce qui dans l'univers de Fonagy (2004) est appelé la mentalisation et que, dans l'univers existentiel-humaniste, on a nommé l'empathie. Reste que, cliniquement, sous le vocable « mentalisation » ou sous celui d' « empathie », aussi bien l'une que l'autre serait à construire pour monsieur A.

Ce processus réflexif me fut nécessaire dès le début de l'intervention, je ne pouvais pas « juste » suivre le client ! J'aurais facilement pu être entraînée dans le sillon de la colère. Les hypothèses élaborées m'ont permis de résister à la pression interne que je sentais (me mettre à craindre de devenir la prochaine cible et être paralysée comme intervenante). En réfléchissant à la profondeur des enjeux possiblement évoqués pour lui, bien au-delà des facteurs de stress et du diagnostic relativement banal de trouble de l'adaptation, j'ai pu donner un sens, du moins pour moi, à cette colère et à cette anxiété tous azimuts. Cela m'a permis de rester plus calme devant sa tempête.

Ensuite, ces éléments réflexifs diagnostiques m'ont permis d'ajuster l'intervention rapidement. Entendons-nous bien, la démarche de monsieur A. n'avait pas pour but de faire un travail sur sa personnalité. Il venait pour diminuer le niveau d'urgence interne. Même pour faire ce travail se situant sur le plan des symptômes de l'axe I du *DSM*, il est impératif, selon moi, de tenir compte de ce que nous savons sur la personnalité narcissique. Il ne s'agit pas, dans mon esprit, d'une recette à toute épreuve qui pourrait être *manuelisée*, mais plutôt d'une balise à mettre à l'épreuve de la rencontre réelle avec le client. Le *PDM* auquel réfère Line Girard, par exemple, suggère le reflet empathique comme une des

clés de l'intervention avec ce type de personnalité. Gary Yontef, plus haut, va dans le même sens et croit important, avec ce type de personnalité, de rester collé pas à pas à l'expérience du client et de procéder extrêmement graduellement lorsqu'on veut proposer une position autre que celle du client. Delisle (2004) suggère d'amorcer le travail avec ce type de clients, dans une modalité empathique, congruente, attentive et réservée.

Ainsi, avec monsieur A., j'ai pu contenir suffisamment mon «affectif-réactif» largement réveillé par les propos et la tonalité dénuée d'empathie du client, surtout dans les premières rencontres. J'ai choisi un style réservé, *low profile*. J'ai été attentive à dissocier, dans ma manière de formuler les choses, le reflet empathique à ce qu'il semblait vivre, d'un propos qui aurait pu être compris comme une bénédiction à tout ce qu'il exprimait. Je voulais ménager un espace potentiel pour qu'il puisse éventuellement développer son empathie pour l'autre. Lorsque l'alliance de travail a semblé assez présente, j'ai pu proposer, de temps en temps, des possibilités autres que les siennes, sur ce que les autres pensaient ou éprouvaient.

Le travail thérapeutique, dans la quinzaine de rencontres défrayées par le PAÉ n'a pas pu aller au-delà de cela. Vers la fin des rencontres, il avait retrouvé son équilibre et avait recommencé depuis peu à travailler. Bien qu'encore frustré, il semblait contenir davantage sa frustration. J'ai pointé à la fin du processus qu'il avait résorbé une situation de crise, mais qu'il pourrait lui être utile de faire une démarche plus longue s'il voulait se solidifier pour mieux faire face aux déceptions que la vie lui présenterait inévitablement. Il ne se sentait pas prêt à faire ce travail, à ce moment-là.

J'ai choisi cet exemple clinique pour illustrer le rôle de la réflexion diagnostique dans un travail à court terme, comme nous en rencontrons fréquemment dans nos bureaux. La réflexion diagnostique accompagnant le processus psychothérapeutique du client est un outil qui nous aide à servir cette «aventure relationnelle à nulle autre pareille».

Mais tout comme le dit l'auteure : «Jamais nous n'arriverons à tout comprendre» et de s'incliner devant le mystère de la vie ne nous dispense pas de nous questionner et de sans cesse chercher avec tous les outils dont nous disposons.

Marie Gérin-Lajoie
Psychologue

Références

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington: American Psychiatric Association.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité, perspectives développementales*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the Self*. New York: Other Press.
- PDM task force (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Yontef, G. M. (1993). *Awareness, Dialogue and Process*. New York: Gestalt Journal Press.

Au cours de l'année 2007, j'ai participé à la formation : *Processus réflexif diagnostique au service de la psychothérapie* avec madame Line Girard, dans le cadre de la formation continue à la SQPP. J'avais déjà, auparavant, suivi d'autres formations avec des spécialistes en diagnostic. À chaque fois, mon objectif a été de comprendre davantage la complexité d'un système qui saurait peut-être me fournir des outils et parfaire ma compétence de psychothérapeute. En fait, il s'agit bien d'une ouverture, d'une quête afin de comprendre ce qu'une partie de moi sait en quelque sorte, mais ne maîtrise pas suffisamment pour être capable de jongler sur le paramètre réflexif.

Dans son article ainsi qu'au cours de l'atelier, Line Girard m'est apparue très convaincante en présentant, d'entrée de jeu, l'importance de la compétence du psychothérapeute vue sous trois axes fondamentaux : réflexif, affectif et interactif. L'argumentation fait ensuite ressortir la juste place des différents outils diagnostiques pouvant servir à l'entretien de l'axe réflexif. De manière générale, l'auteure tente de rendre à César ce qui lui revient. Qu'il soit question des thérapies de nos prédécesseurs ou des instruments diagnostiques actuellement disponibles, à chaque fois elle tente de discriminer entre ce qui est utile et ce qui ne l'est pas. Elle évalue la pertinence des outils en fonction du rôle du psychothérapeute, qui est de comprendre la personne souffrante et de dénoncer les mécanismes servant à recréer les pièges dans lesquels elle s'enlise.

Le point le plus intéressant, à mon sens, est la façon dont l'auteure arrive à relier les différents éléments entre eux. Line Girard effectue une sorte de ménage dans ce que je nommerais le dédale des instruments diagnostiques. Son propos m'a permis de saisir que le *DSM*, comme outil de « première ligne », est opérant sur le plan synchronique. Il importe donc de s'enquérir de systèmes complémentaires efficaces sur le plan diachronique relié à la complexité du psychisme et de la dynamique de la personnalité. Pour répondre à ces exigences inhérentes à la profession de psychothérapeute, Girard intègre la PGRO et le *PDM* à sa pratique. Voilà la façon dont elle procède afin de prendre en compte la dimension du processus réflexif continu en psychothérapie.

L'auteure conclut en ramenant la question à la dimension expérientielle et relationnelle de son travail. Les outils diagnostiques trouvent leur sens en tant que phare, boussole ou garde-fou prévenant l'égarément du psychothérapeute.

Avec un léger recul suite à la formation et grâce à la lecture de l'article de Girard, l'équilibre entre les trois axes de compétence

apparaît primordial. Je crois qu'il faut éviter d'encombrer le psychothérapeute d'appareils trop lourds pouvant nuire à l'exercice de son art. L'axe réflexif ne doit pas se transformer en Airbus 380 ! L'utilisation des systèmes diagnostiques ne doit pas non plus prendre la forme d'accommodements raisonnables pour s'entendre dans l'univers multidisciplinaire de la santé mentale. Bref, à la lumière de l'exposé de madame Girard, je me dis qu'il faut s'assurer de la santé de sa compétence professionnelle, que les outils diagnostiques sont incontournables, mais qu'il importe de ne pas brouiller le paysage en lui imposant de manière intégrale et unilatérale le point de vue d'un système extrinsèque, en dehors de l'individu même.

Diane Parisien, Ph.D.
Psychothérapeute
Membre de la SQPP

Je partage l'avis de madame Line Girard quant à l'utilité des catégories diagnostiques dans un processus thérapeutique et je crois, tout comme elle, qu'elles ne sont pas un obstacle à la reconnaissance des particularités propres à chaque client.

Travaillant principalement auprès d'une clientèle présentant un trouble de la personnalité, je suis d'avis que les catégories diagnostiques de la personnalité sont d'une grande utilité pour aider le clinicien à bien comprendre les enjeux propres à ces clients, notamment leur fonctionnement psychologique, ce qui est, d'après moi, le point de départ de notre réflexion clinique. Plusieurs auteurs ont proposé une classification des troubles de la personnalité, classification qui s'appuie sur l'intégration de la théorie des relations d'objet, de celle de l'attachement et des observations cliniques ainsi que des résultats de recherche des auteurs. James Masterson est un de ceux qui a observé un fonctionnement psychologique commun auprès de la population présentant un trouble du Soi (trouble de la personnalité). Les catégories diagnostiques proposent donc des hypothèses quant à la compréhension et l'intervention auprès des différentes structures de la personnalité.

Les hypothèses formulées à l'aide du diagnostic vont guider le clinicien à travers les différentes étapes du processus thérapeutique. Par exemple, cette clientèle, réputée être difficile, peut être exigeante pour les thérapeutes, questionnant à la fois leurs compétences professionnelles et émotionnelles. Les gens présentant un trouble de la personnalité sont souvent très défensifs, ont recours à des comportements qui font réagir, attendent beaucoup du thérapeute et peuvent avoir des demandes et un discours contradictoires. Pour ces raisons, le clinicien est souvent dérouté. Ce qu'il croyait comprendre hier ne fait plus de sens aujourd'hui. Le client qui est lui-même souffrant et très ambivalent n'arrive souvent pas à expliquer ce qu'il vit. Client et thérapeute peuvent rapidement errer. Les hypothèses provenant du diagnostic initial sont dans ces moments très utiles pour permettre au thérapeute de prendre une distance et nourrir la réflexion quant à ce qui est en train de se vivre pour le client ou encore ce qui joue au sein de la relation thérapeutique. À ce niveau, les hypothèses diagnostiques nous prêtent de nouveau main forte en informant le thérapeute des pièges relationnels susceptibles de se présenter, c'est-à-dire des émotions qu'il peut être amené à vivre avec la clientèle, lui proposant ainsi des outils pour assurer l'efficacité de la démarche thérapeutique. Ces hypothèses vont également aider le clinicien à prendre le recul nécessaire pour comprendre les émotions qui lui appartiennent par rapport aux émotions induites par le client.

Enfin, une réflexion diagnostique peut orienter et guider l'intervention. Masterson est de ceux qui proposent des pistes d'intervention pour chacune des structures de la personnalité, interventions qui tiennent compte des réalités intrapsychiques très différentes d'une structure de la personnalité à une autre. Ces pistes n'ont rien de la simplicité des recettes à appliquer sans égard aux différences individuelles propres à chacun. En conclusion, les catégories diagnostiques vont offrir un cadre théorique qui permet au thérapeute de comprendre les enjeux de fond que partagent plusieurs clients sans l'empêcher de rester attentif aux différences individuelles et de doser les interventions en fonction de ces différences.

Nathalie Belda, M. Ps.
Psychologue

Dans le préambule de son *Éthique à Nicomaque*, Aristote indique que le bien suprême est « la visée de tout ». Or, ce bien est de l'ordre de l'action plutôt que de la méthode ou de la technique, celles-ci impliquant un bien qui lui est supérieur. Nous sommes par conséquent face, continue le philosophe, à une multiplicité de fins : le médecin prend pour fin la santé, le constructeur naval le bateau et l'économiste la richesse. Devant cette constatation, l'une des préoccupations d'Aristote, s'opposant par là aux platoniciens, est d'affirmer *l'inutilité d'un bien idéal* et de préciser ce qu'il en est du bonheur. Après avoir souligné que la définition de ce dernier prête à controverse, il indique que – peu importe que l'on opte pour le plaisir, l'honneur, la vertu, la méditation ou la richesse – le bien *final* demeure « le bien digne de poursuite en lui-même, plutôt que le bien poursuivi en raison d'un autre ». Or, ce genre de bien, continue-t-il, consiste surtout dans le bonheur.

Cette tradition, noble s'il en est une, est précisément celle que Freud déconstruit dès son *Projet d'une psychologie* (1895), quelques années avant d'inventer la psychanalyse. L'effort considérable de Line Girard pour réfléchir sur sa pratique qu'elle désigne comme « forme expérientielle et relationnelle de psychothérapie » soulève de ce point de vue au moins quelques enjeux cliniques, épistémologiques et historiques que je voudrais mettre en lumière.

On ne saurait faire grief à la gestaltiste d'insister sur les trois axes de compétence que doit, selon elle, maîtriser le psychothérapeute, à savoir les axes réflexif, affectif et relationnel. Tout cela semble aller de soi jusqu'au moment où l'on s'interroge sur la nature de cette fameuse compétence. Il n'est pas question d'entrer ici dans les débats complexes autour de cette notion, mais simplement de souligner que la définition implicite soutenant l'argumentation de Line Girard répond à une idéologie technicienne, telle que l'a par exemple formulée Sandra Bellier : « la compétence permet d'agir et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier, en mobilisant diverses capacités de manière intégrée. » On peut ainsi, comme c'est généralement le cas, évaluer la compétence du point de vue des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être. Ce faisant, même quand on prétend « reconnaître ce dont la personne souffre vraiment », on risque d'endosser la conception médicale, entrepreneuriale et béhaviorale de la psychothérapie, quelle que soit l'approche considérée. Le psychothérapeute devient alors le sujet du savoir, c'est-à-dire, comme l'indique Line Girard, « un professionnel de la santé mentale ».

On voit là apparaître l'un des enjeux épistémologiques négligés par Line Girard. Le savoir compétent qu'elle préconise est celui du spécialiste qui connaît toutes les subtilités du diagnostic et sait

établir ce qu'il en est du normal et du pathologique. Cet expert utilise de manière réfléchie les diagnostics fonctionnel et situationnel du *DSM IV* puis les raffine en établissant le diagnostic structural à l'aide du manuel concurrent: le *PDM*, qui insiste davantage sur la complexité de l'univers psychique du sujet. Mais il s'agit ici du Sujet de la Science, non-divisé, imbu de sa plénitude, et qui exclue l'essentiel de la découverte freudienne de l'inconscient conçu en tant qu'*insu* (*Unbewußte*) et non, comme on l'entend généralement, en tant que non-conscient.

On arrive ainsi à ce qui distingue fondamentalement la psychothérapie sous ses diverses formes de la psychanalyse: alors que la première favorise l'éclosion de la belle âme – forme aiguë et suicidaire de la conscience malheureuse, selon Hegel –, la seconde vise à la déconstruire. La question n'est donc pas tant de savoir si les psychothérapies seraient supérieures à la psychanalyse ou vice-versa, que de mettre en relief le fait que la réflexion diagnostique proposée par Line Girard s'inscrit parfaitement dans le projet d'une philosophie humaniste tablant sur la poursuite du Bien, du Bon et du Beau. En ce sens, elle maintient dans l'oubli ce que seule dévoile la psychanalyse dans sa radicalité, à savoir le travail de la cruauté inextricablement lié au travail de la culture, comme l'a montré Freud dans la seconde partie de son œuvre à partir de *Toten et tabou*. Il y a là bien davantage que la part d'ombre de l'humain à laquelle pensait Jung. C'est pourquoi, affronter cette cruauté n'est pas du ressort de l'expert néoconservateur en diagnostic – quelles que soient les compétences qu'il démontre pour opérer sa relève narcissique et colmater sa propre angoisse devant le Réel –, mais revient à celui et à celle qui s'expose au manque, loin de la conscience morale, de la vertu et de la loi du cœur. Ce n'est qu'en prenant en compte l'inconscient en tant que structuré comme un langage, en quittant les chimères des bons sentiments, de la bonne volonté, du respect du devoir qui toujours cachent des intérêts privés, que l'on accède à la singularité du sujet, à l'unicité de la personne, à la responsabilité qu'il doit assumer à l'égard de son désir lorsqu'il rencontre le collectif.

Michel Peterson

Psychanalyste à Montréal

Directeur de la collection «Voix psychanalytiques»
aux Éditions Liber.

Références

- Aristote. *Éthique à Nicomaque*, traduction de Richard Bodeüs, Paris: Garnier-Flammation, 2004, p. 56.
- Bellier, S. (1999). Chapitre 12. Dans P. Carré et P. Caspard. *Traité des sciences et des techniques de la formation*. Paris: Dumod.

Réponse aux commentaires

D'abord, permettez-moi d'être à la fois étonnée et ravie des réactions suscitées par mon court article. À la lecture de ces textes, on peut conclure que nous avons tous comme professionnels, le désir de rendre les meilleurs services possible à ceux qui nous consultent. Bien sûr, selon les conditions et le contexte de travail, il ne nous est pas toujours possible de fournir un service optimal. Il nous appartient d'être créatif et, comme le souligne le D^{re} Johanne Rioux, de nous appuyer sur une équipe multidisciplinaire ou de trouver des soutiens dans d'autres ressources pour connaître et comprendre la complexité de la personne et ce qu'elle a d'unique. Tant sur le plan du diagnostic que sur celui du traitement, nous avons la responsabilité professionnelle de repérer les différents outils qui peuvent répondre à la fois au besoin de la personne unique et au contexte dans lequel nous travaillons (Rapport Trudeau, Novembre 2005). Parfois la conséquence en sera de référer à un collègue ou à un service spécialisé, ou d'aller chercher des intervenants pouvant nous aider au cours du traitement.

J'ai supervisé en France plusieurs psychothérapeutes lacaniens et des gestaltistes totalement réfractaires à l'idée même de poser un diagnostic. Je respecte leur position et leur souci de prévenir les dérapages d'une catégorisation à outrance et d'un désir de tout saisir, tout comprendre, tout contrôler. Ces psychothérapeutes réfractaires au diagnostic aiguissent notre vigilance et nous encouragent à aborder la nature humaine dans toute sa complexité et sans la réduire à ses manifestations pathologiques.

Je suis totalement d'accord avec le fait qu'il ne faille pas tomber dans un diagnostic facile et rapide tel « un technicien d'électroménager », comme le dit si bien monsieur Patrick Lynes. Remplir de petites cases diagnostiques ne donne rien ni au patient, ni à l'intervenant en quête de balises à son intervention. Le but de cette démarche, comme le rappellent plusieurs des critiques adressées au *DSM*, c'est plutôt une lecture clinique globale et multidimensionnelle qui puisse éclairer le sens unique de la problématique du client. Le D^{re} Joanne Cyr nous met aussi en garde contre ce réflexe de vouloir apparier un diagnostic à un traitement et d'oublier ainsi toute la puissance de guérison que renferme la relation thérapeutique, dans le cours du traitement. Les symptômes peuvent être le reflet de difficultés de couples, de difficultés interpersonnelles et/ou de la personnalité. Il est toujours important d'évaluer l'ensemble de la situation et de tenter de la saisir sous diverses perspectives. C'est pourquoi je propose un diagnostic structural de la personnalité, en plus du diagnostic multiaxial et ce, tout au long du suivi.

C'est toujours un plaisir que de réfléchir à ces questions et de partager ces réflexions avec des collègues. Pour moi, la finalité de cette réflexion est de nous amener au plus près de la réalité pourtant insondable de la vie singulière du client avec sa part de souffrance, pour enfin l'aider au mieux de nos connaissances et de nos compétences. M^{me} Michèle Fournier et le D^{re} Geneviève Bouthillier nous parlaient à la fois de la beauté et de la complexité de la personne humaine que l'on rencontre dans ce travail. C'est, je crois, ce qui fait que nous pratiquons ce métier et que nous persévérons dans la recherche incessante de meilleures pistes d'intervention. C'est la part indispensable d'humanité que nous mettons dans la rencontre.

Line Girard, psychologue

Référence

Rapport du comité d'experts (2005). *Partageons nos compétences : Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines*. Publication du gouvernement du Québec.

La Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet et les données probantes

Marc-Simon DROUIN

Résumé

L'efficacité de la psychothérapie est au coeur des préoccupations des chercheurs depuis une cinquantaine d'années. L'émergence des traitements validés empiriquement et des données probantes contribue à relancer le débat autour des variables qui doivent faire l'objet de validation. Nous présentons une revue critique des données probantes issues de la validation empirique des modèles de psychothérapie et nous tenterons de situer la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) en regard de ces divers résultats de recherche.

INTRODUCTION

La Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO) issue des travaux de Gilles Delisle (1998, 2004) est un modèle d'intervention thérapeutique particulièrement vigoureux au Québec et en Europe. En effet, bon nombre de thérapeutes ont été formés à la pratique de la PGRO ou ont, à tout le moins, été sensibilisés aux grands concepts de cette approche dans divers séminaires et activités didactiques offerts aux professionnels de la santé mentale. La PGRO, se définissant comme le traitement des impasses de contact, dans différents champs expérientiels au sein d'un dialogue herméneutique, a été développée pour le traitement des personnalités pathologiques. Il s'agit d'un modèle thérapeutique rigoureux, bien appuyé théoriquement et qui rend compte des trois niveaux de réalités essentiels pour tout modèle de psychothérapie cohérent : une théorie de l'être humain, une théorie de la psychothérapie et un ensemble de procédures opératoires concrètes (Mahrer 1989).

Au cours des dernières années nous avons pu constater que la PGRO semble recevoir une validation importante en provenance de l'univers des neurosciences et de leur application au domaine de l'intervention thérapeutique (Delisle, 2008). Toutefois, malgré

ces éléments de validation non négligeables, la PGRO, comme l'un des modèles d'intervention humaniste et psychodynamique, reste un peu en marge du débat actuel sur l'utilisation des données probantes en psychothérapie.

Il est en général reconnu que la psychothérapie est une forme d'intervention efficace pour un bon nombre de troubles mentaux (Lambert & Ogles, 2004). Toutefois, nous assistons à une situation sans précédent en ce qui concerne la validation des diverses formes d'intervention en psychothérapie. Ainsi, en 1998, la division Psychologie Clinique (12) de l'*American Psychological Association* (APA) s'est engagée à démontrer la valeur empirique de certains traitements. Dans une démarche qui serait, selon certains (Barlow, 2008; Chambless & Hollon, 1998; Nathan & Gorman, 2002), fondamentale pour la survie des services de psychothérapie en Amérique du Nord, elle a tenté d'homogénéiser, pour ne pas dire uniformiser, les caractéristiques des psychothérapeutes et des clients. Avec le modèle médical en point de mire et sa logique de l'efficacité médicamenteuse, un traitement psychothérapeutique est déclaré comme ayant des bases empiriques lorsqu'il produit des résultats supérieurs à un traitement placebo ou à un traitement alternatif et que cette supériorité est attestée dans au moins deux recherches différentes. Il trouve alors place dans un manuel précisant quels traitements spécifiques sont possibles pour quels problèmes spécifiques, et ce manuel devient le guide de la marche à suivre (Lecomte, Savard, Drouin & Guillon, 2004). Cette façon de faire était calquée directement sur les critères de la *Federal Drug Administration* (FDA), ce qui semblait constituer un point de départ logique dans la tentative de valider les traitements psychologiques. Toutefois, elle ne s'applique pas uniformément à toutes les formes d'interventions existantes.

Doit-on conclure que les modèles d'intervention humaniste et psychodynamique ne sont pas valables? Est-ce que la valeur de la PGRO en tant que modèle thérapeutique doit se voir diminuée étant donné que peu de recherches empiriques portent spécifiquement sur l'efficacité de ce modèle? C'est à ces questions que nous tenterons de répondre tout au long de cet article.

Pour ce faire, nous allons d'abord nous intéresser à la mesure de l'efficacité thérapeutique depuis les années 1950. Ce faisant, nous tenterons de faire ressortir les données importantes en ce qui a trait aux modèles de psychothérapie humaniste dans ce domaine de recherche. Nous passerons ensuite à une revue critique des données probantes issues de la validation empirique des modèles de psychothérapie.

Suite à cette analyse critique, nous présenterons les travaux d'un groupe de chercheurs dirigé par Louis-Georges Castonguay et Larry Beutler (2006) qui nous proposent une nouvelle façon de concevoir la validation des méthodes d'intervention en psychothérapie. Ces efforts de compréhension et de validation de la psychothérapie semblent respecter tout à fait l'esprit dans lequel a été développée la PGRO. Nous comparerons donc les principes de base de la PGRO avec les conclusions de ce groupe de travail. Nous n'avons pas la prétention de procéder à une validation exhaustive de la PGRO, mais plutôt de comparer ses principes de base avec ce qui a été reconnu comme étant valable empiriquement.

L'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE ET LES DONNÉES PROBANTES

Depuis les travaux de Eysenck (1952) qui concluait que la psychothérapie était aussi efficace que le passage du temps, bon nombre de chercheurs ont tenté de démontrer l'efficacité de la psychothérapie. Plusieurs métaanalyses rigoureuses menées entre 1952 et 1993 ont conclu que la psychothérapie est un mode d'intervention efficace.

À cet égard, il est bon de constater que la psychothérapie humaniste s'est vue reconnaître une efficacité indéniable à plusieurs reprises. Une métaanalyse récente de Elliott (2002) portant sur l'efficacité des psychothérapies humanistes parvenait aux conclusions suivantes:

- 1) Les clients en thérapie humaniste démontrent un changement significatif.
- 2) Les gains post-thérapie sont stables et se maintiennent dans les 12 mois suivant la fin de la thérapie, et même davantage.
- 3) Les clients traités en psychothérapie humaniste s'améliorent d'une façon significativement supérieure aux clients ne recevant pas de thérapie.
- 4) Dans les études comparatives avec des groupes randomisés, les clients en thérapie humaniste démontrent un changement aussi important que les clients suivis dans d'autres approches y compris les approches cognitivo-comportementales.
- 5) Les thérapies humanistes semblent efficaces afin d'aider les clients en détresse, et ce pour une vaste diversité de troubles mentaux allant de la dépression à l'anxiété en passant par les problèmes d'ajustement et les problèmes interpersonnels.
- 6) L'efficacité des thérapies humanistes est clairement démontrée dans le traitement de la dépression majeure et des troubles interpersonnels (troubles de la personnalité).

7) Les thérapies centrées sur un processus actif (*process directed*) sont particulièrement prometteuses.

Bien que cette métaanalyse ne comportait aucune étude utilisant le modèle de la PGRO, nous devons tout de même constater que la PGRO, en tant que psychothérapie humaniste, partage un grand nombre de principes thérapeutiques avec les approches étudiées. Les approches humanistes reçoivent donc une reconnaissance importante quant à leur efficacité globale.

Par ailleurs, il existe très peu de données suggérant la supériorité d'une école de psychothérapie par rapport aux autres (Lambert & Ogles, 2004; Wampold, 2001, 2006). Comment expliquer que 40 métaanalyses soulignent l'absence de différences significatives entre les approches thérapeutiques « bona fide » quand l'allégeance théorique est contrôlée?

Quelques interprétations tentent d'élucider ces résultats récurrents:

- 1) Diverses thérapies obtiennent des résultats semblables par des processus différents.
- 2) Les thérapies obtiennent des résultats différents, mais qui ne peuvent être perçus par nos méthodes de recherche actuelles.
- 3) La majorité des thérapies partage un certain nombre de facteurs communs qui ont un effet curatif, mais qui ne sont pas clairement identifiés par les diverses écoles de pensée.

La troisième hypothèse est celle qui a reçu le plus d'attention au cours des dernières décennies et qui semble avoir le plus d'implication pour la pratique clinique. Elle est également issue des recherches portant sur l'identification des ingrédients actifs en psychothérapie. Nous nous retrouvons donc devant deux types de facteurs qui semblent contribuer aux résultats positifs obtenus en psychothérapie.

Facteurs spécifiques ou uniques: dimension du traitement spécifique à une approche.

Facteurs communs: dimension du traitement non spécifique à une approche.

Les deux types de facteurs reçoivent une validation empirique. Les résultats des métaanalyses portant sur l'efficacité des psychothérapies nous amènent donc à conclure à l'efficacité des grandes approches de psychothérapie.

Par contre, depuis 1993, l'évaluation de l'efficacité a pris une tout autre tournure. Comme nous le mentionnions plus tôt, la division Psychologie Clinique (12) de l'*American Psychological Association*

(APA) s'est engagée à démontrer, via la création d'un groupe de travail (*task force*), la valeur empirique de certains traitements. Nous assistons donc à la prolifération des données dites probantes et des traitements validés empiriquement (Nathan & Gorman, 2002).

Tout d'abord que sont les données probantes? Nous pouvons retenir la définition suivante qui nous est proposée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (mai 2005) :

Les données probantes sont les renseignements qui se rapprochent le plus des faits d'un sujet. La forme qu'elles prennent dépend du contexte. Les résultats de recherches de haute qualité, qui reposent sur une méthodologie appropriée, sont les données probantes les plus précises. Comme les recherches sont souvent incomplètes et parfois contradictoires ou non disponibles, d'autres catégories de renseignements sont nécessaires pour les compléter ou les remplacer. Les données probantes constituant la base sur laquelle se fonde une décision sont composées de multiples formes de données, combinées de manière à établir un équilibre entre rigueur et convenance, le premier de ces deux aspects étant toutefois préféré au deuxième.

des données probantes

L'esprit des données probantes se retrouve donc dans les nouvelles avenues de validation des modes d'intervention thérapeutique. Dans ce cas-ci les données probantes prennent la forme de traitements validés empiriquement (TVE) à l'aide d'essais cliniques randomisés (ECR). Des clients, souffrant d'un trouble spécifique, et considérés égaux sur plusieurs autres variables sont assignés au hasard à diverses conditions expérimentales. Nous nous trouvons donc en présence d'un traitement spécifique pour un problème spécifique.

L'efficacité d'un traitement sera établie si :

- au moins deux études avec groupes de comparaison ont démontré une efficacité statistiquement supérieure à un traitement placebo ;
- ou encore équivalente à celle d'un traitement déjà reconnu ;
- ou au moins 9 protocoles à cas unique démontrant l'efficacité d'un traitement (bon protocole expérimental et comparaison à une autre intervention).

De plus, les études doivent avoir utilisé un manuel de traitement, les caractéristiques des clients doivent être clairement spécifiées et l'efficacité doit avoir été démontrée par au moins deux groupes de chercheurs indépendants. Ces études recommandent en général des traitements comportant entre 6 à 16 séances de psychothérapie. Il ne faut pas s'étonner, vu l'arrimage privilégié

entre la méthodologie utilisée et le contexte clinique des approches cognitivo-comportementales, que ces traitements se trouvent plus aisément validés que les autres traitements disponibles.

En effet en 2007, plus de 150 traitements ont été validés empiriquement. De ceux-ci, la très grande majorité est d'orientation cognitivo-comportementale. Ils représentent à eux seuls plus de 95 % des traitements validés.

Ces résultats bien que semblant démontrer, à première vue, la supériorité manifeste des approches cognitivo-comportementales, doivent être analysés avec passablement de prudence. Cette façon de valider un traitement implique que des thérapeutes considérés équivalents proposent un traitement semblable et standardisé à des clients jugés eux aussi comme étant semblables. Ceci soulève plusieurs considérations importantes.

Pour que des clients puissent être considérés comme semblables, ces recherches doivent exclure tout client présentant un autre trouble mental que celui visé par le traitement. Toute forme de comorbidité amène donc l'exclusion des clients du protocole de recherche. Cependant, la présence de comorbidité est davantage la norme qu'un phénomène isolé dans l'univers clinique. Selon Westen (2006), jusqu'à 70 % de la population clinique souffre de plus d'un syndrome clinique; ces clients doivent donc être exclus des protocoles de recherche.

Au delà de la variable de comorbidité, la simple notion d'uniformité des clients fait sourciller. Qui, dans sa pratique clinique, se souvient d'avoir rencontré deux clients semblables??? Semblables en quoi? Wampold (2006), quant à lui, remet en question l'uniformité des thérapeutes. Selon ses recherches, un tiers des thérapeutes obtiennent systématiquement des meilleurs résultats que leurs collègues, un tiers obtiennent des résultats moyens alors qu'un autre tiers obtiennent quasi systématiquement de moins bons résultats et ce, toutes approches confondues. Sans élaborer sur les raisons précises de ces différences observées, nous pouvons tout de même questionner la notion d'uniformité des thérapeutes. Ainsi, malgré tous les efforts pour annuler la variabilité attribuable à l'influence du psychothérapeute en utilisant des manuels systématiques d'intervention, ce facteur semble influencer de façon significative les résultats obtenus (Lecomte et al., 2004). Ne demeure donc que l'uniformité du traitement offert, mais même cette variable nous semble illusoire. En effet, lorsque des thérapeutes indiscutablement différents s'adressent à des clients tout aussi différents, comment peut-on prétendre qu'ils offrent le même traitement dans les deux cas? Les variations en apparence mineures dans

C.B.
recherche
uniformité
des clients
uniformité
des thérapeutes
uniformité
des traitements

justement technique pourraient-elles avoir un effet significatif sur l'issue du traitement?

Les résultats d'études sur le terrain amènent également leur lot de critiques face à ce type de méthodologie de validation des traitements. Le nombre de séances prescrit semble nettement insuffisant. Nous en avons pour preuve un taux de rechute élevé pour un ensemble de troubles mentaux qui sont traités dans un cadre de 6 à 16 séances (Westen, 2006). Les traitements s'échelonnant sur plus d'un an semblent plus efficaces et ceci semble encore plus vrai quand les clients souffrent d'un trouble de la personnalité (Howard, Moras, Brill, Martinovich & Lutz, 1996).

Devons-nous pour autant conclure que les données probantes ne sont pas valables? Probablement pas. Il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain, mais comme le mentionne Lecomte (2007), il nous semble plus indiqué de parler de données probables que de données probantes. Dans le même ordre d'idée, faut-il abandonner l'espoir de voir la PGRO recevoir une validation empirique sur la seule base que les méthodologies proposées semblent mieux correspondre aux objectifs énoncés par les thérapies d'orientation cognitivo-comportementale? Par exemple, le dialogue herméneutique qui est au cœur du modèle d'intervention de la PGRO, prend appui sur le postulat de l'unicité de chaque client et de sa vérité expérientielle. Il ne saurait donc être question de pouvoir valider ce traitement à partir d'une méthodologie de recherche incompatible avec ses postulats fondamentaux. Cette critique a d'ailleurs été formulée par Elliott (2002) qui encourageait du même coup les chercheurs cliniciens d'orientation humaniste à développer des méthodologies de recherche adaptées aux variables spécifiques des modèles dont ils tentent d'évaluer l'efficacité. À la lueur des plus récents développements dans l'étude de l'efficacité thérapeutique, il semble bien que nous ne devons pas perdre espoir de voir ce modèle recevoir une validation importante et rigoureuse.

VARIABLES RELATIONNELLES VALIDÉES EMPIRIQUEMENT

Dans la foulée des critiques adressées à la validation empirique des traitements par des essais cliniques randomisés (ECR), un groupe de travail a été formé afin de faire la lumière sur la contribution des facteurs relationnels sur l'issue des traitements (Norcross, Beutler & Levant, 2006). Ce groupe de travail, mené par John Norcross (2002) de la division 29 de l'APA (division psychothérapie) a été chargé de démontrer l'importance des principes relationnels contribuant au succès thérapeutique, ainsi que de valider ces principes. Il s'agissait donc d'un effort de validation empirique sur les

dimensions de la relation thérapeutique. Des variables telles que l'alliance, l'empathie, le travail des résistances, etc. reçoivent donc une attention particulière et leur contribution à l'issue du traitement semble être démontrée empiriquement.

Nous nous retrouvons donc devant deux grands ensembles de résultats de recherche. Les travaux de la division 12 (clinique) faisant ressortir les éléments spécifiques de traitements contribuant au succès thérapeutique tout en ignorant les variables relationnelles ainsi que celles liées aux caractéristiques du client et du thérapeute. Les travaux de la division 29 (psychothérapie) faisant, quant à eux, ressortir l'importance des variables relationnelles en thérapie tout en négligeant les aspects liés aux techniques spécifiques de chacune des approches. Les conclusions de ces deux groupes d'étude ont en général été vues comme contradictoires et antagonistes. Cet état des connaissances encourage, dans une certaine mesure, le clivage entre les tenants de la relation et ceux de la technique et du modèle. Toutefois, notre sens clinique nous amène à penser que la relation sans technique est inutile et, d'autre part, que la technique hors d'une relation est peu probante.

LES PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES VALIDÉS EMPIRIQUEMENT

Pour tenter de dénouer ce clivage entre les tenants des deux positions de recherche et pour tenir compte également de la documentation importante sur l'efficacité thérapeutique issue de métaanalyses, Wampold (2001) propose un modèle contextuel de la psychothérapie qui repose grandement sur la contribution de facteurs communs en regard de l'efficacité thérapeutique. Il suggère qu'un modèle mettant l'accent sur les éléments spécifiques d'une forme particulière de thérapie n'arrive pas à saisir l'essence du changement en psychothérapie. Cette position singulière de Wampold va à l'encontre de ce que semblent conclure les travaux des deux « task forces » issues des divisions 12 (clinique) et 29 (psychothérapie) de l'APA.

Les travaux de la *Task Force on empirically based principles of therapeutic change* menés par Castonguay et Beutler (2006) tentent de combler le fossé qui s'est creusé entre les travaux de la division 12 et de la division 29 de l'APA et semblent se rapprocher de la position de Wampold. Il s'agit ni plus ni moins d'une nouvelle façon d'envisager l'importance et la pertinence des facteurs communs dans l'intervention thérapeutique.

À partir de l'étude des variables liées aux participants, à la relation thérapeutique et aux techniques spécifiques utilisées dans

Plusieurs approches, ils arrivent à dégager un ensemble de principes thérapeutiques pouvant guider l'intervention de thérapeutes d'orientations théoriques différentes. Nous nous retrouvons donc devant un ensemble de facteurs communs qui ont été élaborés en tant que pistes d'intervention privilégiées en regard de diverses problématiques psychologiques. Ces facteurs sont, d'une part, ceux qui ont été mis de l'avant par les deux premiers groupes de travail et, d'autre part, ceux qui sont supportés par un ensemble considérable de recherches rigoureuses.

Les problématiques psychologiques retenues par ce groupe de travail sont les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les abus de substances.

La PGRO ayant été développée d'abord et avant tout pour intervenir auprès d'une clientèle souffrant de troubles de la personnalité, il devient donc particulièrement intéressant de nous attarder aux principes thérapeutiques empiriquement reconnus identifiés par ce groupe de travail. Nous pourrions ainsi évaluer dans quelle mesure les principes de base de la PGRO sont en accord avec les principes reconnus comme participant de l'efficacité thérapeutique. Il ne s'agit nullement ici de prétendre à une homologation de la PGRO à partir de ces uniques principes, ce qui nous paraîtrait pour le moins rapide et téméraire. Par contre, il importe de situer la PGRO en regard des connaissances les plus récentes dans le domaine de l'efficacité thérapeutique.

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ, LES PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES VALIDÉS EMPIRIQUEMENT ET LA PGRO

Les troubles de la personnalité représentent une réalité bien particulière dans l'univers des troubles mentaux. Ces troubles sont syntones au moi, ce qui a comme conséquence que la majorité des clients souffrant de troubles de la personnalité vient consulter d'abord et avant tout pour une autre problématique à l'axe I (p. ex. trouble de l'humeur, trouble anxieux). Nous nous retrouvons donc devant des clients ayant plus d'un diagnostic. Comme nous le mentionnions précédemment, la comorbidité est davantage la règle que l'exception, ce qui est d'autant plus vrai avec ce genre de problématique. L'identification de principes thérapeutiques validés empiriquement prend ici toute sa pertinence au détriment de la validation d'un traitement particulier à l'aide d'essais cliniques randomisés qui ne permettent pas d'inclure les clients souffrant de plus d'un syndrome clinique. Il est à noter que certaines études arrivent à démontrer l'efficacité de traitements spécifiques pour le trouble de personnalité limite à l'aide d'essais cliniques randomisés

(Giesen-Bloo et al., 2006). Toutefois, ces résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble des troubles de la personnalité et le cadre dans lequel ces études sont réalisées est particulièrement rigide et peu représentatif du travail en pratique privée.

Alors que la majorité des principes thérapeutiques ont été clairement identifiés pour les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles d'abus de substances, nous devons noter qu'en ce qui concerne les troubles de la personnalité, les principes thérapeutiques sont plus flous car ils visent des dimensions multiples chez le client. Il devient parfois difficile de cerner ce qui concerne vraiment le travail sur la problématique de la personnalité du reste du travail thérapeutique. Peu de ces principes sont donc validés empiriquement de façon satisfaisante. Ceci nous semble davantage un reflet de la réalité clinique complexe que représente ce type de client qu'une critique sur la validité des principes reconnus.

Rappelons que Castonguay et Beutler (2006) ont retenu trois types de facteurs communs pouvant contribuer au succès thérapeutique, soit les principes associés aux participants, les principes associés à la relation et les principes associés aux techniques. Critchfield et Benjamin (2006) ont été chargés de présenter ces principes dans le cas particulier des troubles de la personnalité. Nous allons donc reprendre l'ensemble de ces principes en tentant de positionner la PGRO face à chaque groupe de principes exposés.

1- Principes associés aux participants

a) Le client

Étant donné l'aspect idiosyncrasique de chaque client souffrant d'un trouble de la personnalité, il devient difficile de dégager des principes thérapeutiques associés à la problématique et à la personne du client. Notons toutefois que plus le trouble est sévère et le fonctionnement altéré, plus l'issue favorable du traitement semble compromise. Par contre, plus le client consent à s'engager dans une démarche thérapeutique intense et continue, plus la démarche a de chances de succès.

Malgré l'aspect en apparence évident des deux premiers principes, il est bon d'avoir à l'esprit que du travail peut possiblement se faire en début de traitement afin de fixer des objectifs thérapeutiques réalistes et de travailler sur la capacité d'engagement du client dans une démarche. Delisle (2001) fait état de ces considérations dans l'application de son modèle.

Le thérapeute

Les principes associés à la personne du thérapeute semblent par ailleurs passablement plus étoffés.

- Les thérapeutes doivent :
- être confortables avec les relations à long terme et intenses émotionnellement ;
- faire preuve de patience et être capables de tolérer la lente progression des gains thérapeutiques ;
- avoir une bonne capacité à tolérer et à réguler leurs propres émotions et particulièrement celles en lien avec le client et le processus thérapeutique ;
- faire preuve d'un esprit ouvert et d'une bonne flexibilité ;
- avoir une créativité importante doublée d'un sens aigu de la cohérence ;
- posséder une formation spécialisée pour ce genre de trouble.

Nous retrouvons ici l'essence même des compétences affectives, interactives et réflexives identifiées par Delisle (2004) et essentielles à la bonne application de son modèle. Par exemple, au niveau des compétences affectives, il insiste sur la capacité du thérapeute à éprouver un registre large d'émotions, d'affects et de sentiments dans des tonalités modérées. Il met de l'avant l'importance de considérer l'unicité du client et de faire preuve de créativité tout en ne perdant pas de vue que les gestes que l'on pose comme thérapeutes doivent être compatibles avec les objectifs poursuivis. De plus, les thérapeutes voulant se réclamer de cette approche doivent parfaire leur formation de façon exhaustive et continue.

2- Principes associés à la relation thérapeutique

Ce groupe de principes se divise en deux sous-groupes. Le premier porte sur les caractéristiques de l'alliance thérapeutique et le deuxième s'attarde aux éléments de la relation qui concernent plus directement le rôle et les attitudes du thérapeute.

a) L'alliance thérapeutique

Au niveau de l'alliance, les auteurs rapportent que :

- il est impératif de développer une alliance thérapeutique solide et de voir à la restauration des ruptures d'alliance tout au long du processus thérapeutique ;
- il est également important d'en arriver à une entente sur les objectifs thérapeutiques et d'établir avec le client une collaboration continue dans l'atteinte de ces objectifs.

Le modèle de la PGRO est porteur de ces principes. Delisle (2004) postule que le processus thérapeutique est fait de cycles plus ou moins longs où se déploie la trilogie : reproduction – reconnaissance – réparation. Pour que ces cycles se déploient le thérapeute doit absolument se présenter au client dans un sentiment d'ouverture à sa complexité et à sa singularité expérientielle. Cette ouverture doit s'appuyer sur une tolérance à la reproduction des impasses en thérapie, à la distorsion perceptuelle à son égard et à la pression psychologique qui l'accompagne. Cette attitude implique une capacité à créer une alliance thérapeutique robuste et une préoccupation constante pour les ruptures d'alliance et leur restauration.

b) Le rôle et les attitudes du thérapeute

Au niveau du thérapeute, les principes suivants sont rapportés :

- Un niveau d'activité relativement élevé mais sans être nécessairement directif.

Le dialogue herméneutique proposé en PGRO semble être une bonne illustration de ce principe. En effet, au cours de ce dialogue, le thérapeute est vigilant et contribue à la création de sens en tant que participant actif afin d'élucider le sens de l'expérience du client, sans pour autant imposer de sens prédéterminé. Les développements récents des neurosciences viennent d'ailleurs appuyer cette recherche de niveau optimal d'activité de la part du thérapeute.

- Un traitement structuré qui identifie clairement les limites de ce qui est acceptable de ce qui ne l'est pas en thérapie.

Bien qu'aucun des écrits de Delisle et de ses collaborateurs ne porte spécifiquement sur ces questions, il semble clair que les thérapeutes pratiquant dans le modèle de la PGRO se fient aux caractéristiques du cadre identifiées par les auteurs importants dans le traitement des pathologies de la personnalité (Clarkin, Yoemans & Kernberg, 1999; Allen & Fonagy, 2006).

- Le thérapeute doit faire preuve d'un haut niveau d'empathie envers le client.

L'empathie est considérée en tant que construit multidimensionnel qui comprend les dimensions suivantes : une dimension cognitive qui implique la compréhension et la validation, une dimension affective, la communication et l'interaction et, finalement, une façon d'être ensemble (Drouin, 2003; Bohart & Greenberg, 1997). Encore une fois les trois niveaux de compétences identifiés et définis par Delisle (affectives, réflexives et interactives) rendent compte de chacune des dimensions de l'empathie

de leur importance dans la bonne marche et dans l'issue positive du processus thérapeutique.

- Le thérapeute doit offrir un regard positif à son client.

Même si, dans les dimensions relationnelles de la PGRO, nous ne retrouvons pas d'élément portant spécifiquement sur la notion de regard positif, l'invitation faite aux thérapeutes de permettre la reproduction d'enjeux développementaux inachevés de la part du client en est une manifestation éloquente.

- La congruence dans l'expression des émotions du thérapeute incluant le dévoilement de soi et la transmission de connaissances.

Nous revenons ici aux compétences interactives clairement identifiées comme essentielles à acquérir afin d'utiliser ce modèle de façon optimale. Le thérapeute est, entre autres, invité à développer sa maîtrise de ses fonctions de contact et de soutien.

3- Principes associés aux techniques

Ces principes sont regroupés sous quatre grandes catégories de techniques qui sont toutes corrélées avec de bons résultats thérapeutiques.

a) Les éléments saillants du travail thérapeutique

- Une flexibilité technique en ce sens que les interventions doivent être proches de l'expérience immédiate du client, ce qui implique que le thérapeute puisse s'ajuster à la réalité singulière de son client.
- Le thérapeute doit se centrer sur les problèmes que présente le client. Respect du schème de référence du client.
- Une formulation initiale du problème et une identification de patterns (affectifs, cognitifs et comportementaux) contribuant au maintien de la problématique.

Encore ici nous devons reconnaître que la PGRO, de par son essence, reconnaît la réalité expérientielle singulière du client. Le thérapeute est donc invité à s'ajuster à cette réalité pour permettre, entre autres choses, la reproduction d'impasses de contact. De plus, la recherche d'affinités inter-champs dans la problématique que nous présente le client aide à la formulation et à l'identification de patterns (affectifs, cognitifs et comportementaux) contribuant au maintien de la problématique.

b) Les techniques en lien avec la transparence du thérapeute

- L'honnêteté du thérapeute et sa capacité à expliquer clairement les limites de son cadre et de son intervention.
- L'ouverture à discuter de la nature des difficultés ainsi que du rationnel et des objectifs du traitement.
- Des interventions qui facilitent la compréhension des liens entre les difficultés, les affects, l'environnement, les cognitions et le comportement.

L'honnêteté du thérapeute et sa transparence rejoignent les notions d'intégrité dont Delisle fait mention dans son article sur la relation tridimensionnelle (1993, 2001).

c) Une structure de traitement orientée vers des objectifs

- Un traitement qui établit, en collaboration avec le client, une structure qui permet l'atteinte d'objectifs explicites et clairement identifiés.
- Un traitement empreint de directionnalité, cohérent du point de vue théorique, et dont la séquence est définie.

La cohérence théorique de la PGRO n'est plus à démontrer. Il s'agit d'un modèle épistémologiquement valable. Les trois niveaux de réalité (théorie de l'être humain, de la psychothérapie et ensemble de procédures opératoires concrètes) permettent d'intervenir avec directionnalité en respectant une séquence en trois temps (reproduction – reconnaissance – réparation).

d) Des techniques mettant l'accent sur le changement

- La recherche d'un équilibre constant entre un accent mis sur les objectifs de changement, la motivation au changement, et un support empathique.
- Une emphase mise sur le développement de cognitions et de comportements plus adaptés.
- Des techniques mettant l'accent sur la réduction de comportements mésadaptés, la confrontation des pensées irrationnelles et des schèmes cognitifs inadaptés.

Ces préoccupations techniques rejoignent les postulats fondamentaux de la Gestalt-thérapie quant à l'intervention thérapeutique. La Gestalt-thérapie s'est toujours considérée en tant qu'approche à la fois phénoménologique et comportementale. La recherche de sens ne s'est jamais faite au détriment de l'importance des cognitions et de la prise de risque. Ces considérations sont bien présentes dans la PGRO.

De plus, les auteurs recommandent fortement aux thérapeutes travaillant avec des clients souffrant de pathologies de la personnalité, de rechercher du support à travers leur psychothérapie personnelle et la supervision clinique. La PGRO, dans son cursus de formation, encourage fortement une démarche personnelle et fondatrice en psychothérapie ainsi qu'une supervision didactique.

CONCLUSION

Suite à ce tour d'horizon des principes thérapeutiques validés empiriquement dans le traitement des troubles de la personnalité, nous sommes à même de constater que la PGRO respecte la très grande majorité de ces principes. Même si Castonguay et Beutler (2006) rapportent que ces principes de traitement sont moins bien définis pour les troubles de la personnalité que pour les autres troubles étudiés, nous pouvons tout de même nous réjouir que ce modèle semble tout à fait en harmonie avec l'état actuel des connaissances dans le traitement des pathologies de la personnalité.

À défaut de pouvoir accéder au titre de traitement validé empiriquement, pour des raisons découlant davantage des méthodologies employées pour ce type de validation que de la nature même et de la rigueur de son modèle, la PGRO peut se réclamer conforme à ce qu'on pourrait appeler un *traitement empiriquement informé*.

Références

- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. New York: Wiley.
- Barlow, D. H. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders; a step-by step treatment manual* (4^e éd.). New York: Guilford.
- Beutler, L. E., & Castonguay, L. G. (2006). The task force on empirically based principles of therapeutic change. Dans L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Éds), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 3-12). New York: Oxford University Press.
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (Éds). (1997). *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (Éds). (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Clarkin, J. F., Yocmans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for Borderline personality*. New York: Wiley.

- Critchfield, K. L., & Benjamin, L. S. (2006). Integration of therapeutic factors in treating personality disorders. Dans L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Éds), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 253-271). New York: Oxford University Press.
- Delisle, G. (1993). La relation thérapeutique tri-dimensionnelle 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. (2001). *Vers une psychothérapie du lien*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité: perspectives développementales*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2008). *Attachement et relations d'objet: aspects neurodéveloppementaux et implication pour la psychothérapie*. Conférence présentée à Montréal.
- Drouin, M. S. (2003). L'empathie en Gestalt thérapie: quelques considérations cliniques et éthiques. *Revue québécoise de Gestalt*, 6, 85-105.
- Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: a meta-analysis. Dans D. J. Cain & J. Seeman (Éds), *Humanistic Psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 57-82). Washington, DC: American Psychological Association.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (mai 2005). Conceptualiser et regrouper les données probantes pour guider le système de santé. Extrait du 16 octobre 2006 (www.fcrss.ca).
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T. et al. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059-1064.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, (5^e éd.), (pp. 139-193).
- Lecomte, C. (2007). Pour une pratique de la psychothérapie éclairée par des principes validés empiriquement. Conférence présentée lors de la Journée de formation du 27 septembre 2007. Ordre des psychologues du Québec.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M. S., Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25 (3), 73-102.

- Wallerstein, A. R. (1989). *The integration of psychotherapy*. Human Sciences Press.
- Nathan, P. E. & Gorman, J. M. (Éds). (2002). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Éds). (2006). *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2006). The therapy relationship. Dans J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Éds), *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 208-218). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2006). The psychotherapist. Dans J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Éds), *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*, (pp. 200-208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Westen, D. I. (2006). Transporting laboratory-validated treatment to the community will not necessarily produce better outcomes. Dans J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Éds), *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 383-392). Washington, DC: American Psychological Association.

Abstract

Psychotherapy outcome has been of great interest for the last fifty years. Empirically supported psychotherapy and evidence based treatment have contributed to the actual controversy regarding what should be validated in psychotherapy. We present a critical review of evidence based treatment and we try to evaluate how the *Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet* (PGRO) may be positioned with regards to the results of the research on psychotherapy.

Commentaire de lecture

Vivre à la frontière

Par Laura Perls

Traduction de Janine Corbeil

Marie GÉRIN-LAJOIE

Pour ce commentaire, le livre *Vivre à la frontière* m'a rejointe par la porte d'à côté. J'avais l'idée du résumé d'un autre livre et voilà qu'avec mes collègues du groupe des *Polylogues* (huit gestaltistes intéressés à *polyloguer* autour de textes préalablement choisis), nous choisissons la lecture du livre de Laura Perls pour notre prochaine discussion. En relisant ce recueil de conférences, d'articles, d'entrevues, d'ateliers, s'échelonnant entre 1939 et 1990, je suis fascinée par la résonance contemporaine de plusieurs des thèmes abordés, et j'ai envie de remettre sur le tapis cette pensée riche de la cofondatrice de la Gestalt-thérapie.

Je n'ai pas l'ambition de faire un résumé de chacun des textes, mais plutôt de dégager certains thèmes et concepts fondamentaux élaborés par l'auteure, en espérant vous mettre en appétit pour déguster vous-mêmes le repas.

Déjà en 1993, lors de ma première lecture, peu après la traduction par Janine Corbeil, et peu après la fin de ma formation de base en Gestalt, Laura Perls m'avait touchée par la profondeur de son humanisme. Pour moi, elle représentait le versant enraciné de la Gestalt dans une pratique clinique quotidienne assidue.

Frederick et Laura Perls, le couple fondateur de la Gestalt, ont élaboré les bases de cette approche lors d'échanges soutenus dans leurs années d'isolement en Afrique du Sud de 1933 à 1947. Frederick et Laura représentent les deux polarités d'une même histoire, celle de Fritz avec son côté flamboyant, créateur, audacieux, perspicace, délinquant et plus ou moins structuré, celle de Laura avec son côté intellectuel, plus structuré, proche du corps et des arts, assumant davantage que son mari la continuité du travail thérapeutique dans l'ordinaire du pas à pas, des impasses et de la fine dentelle de l'art thérapeutique. Lorsque j'ai lu ce volume en 1993, j'ai été fascinée par le côté « Laura » de l'histoire gestaltiste ; il renforçait mon identité de femme-thérapeute-gestaltiste.

Par une conférence (pp. 27 à 31)¹ et une entrevue (pp. 11 à 14) avec Laura Perls, *Vivre à la frontière* nous donne accès aux grands jalons de son cheminement professionnel intimement lié à la fondation et à l'élaboration de la Gestalt-thérapie.

L'aspect clinique, bien qu'omniprésent dans la plupart des textes, est exploré plus directement dans l'article « Deux exemples de Gestalt » (pp. 71 à 83). Il rapporte deux histoires de cas et la transcription d'un verbatim d'atelier de groupe. Dans les histoires cliniques présentées et dans les sections de travail thérapeutique fait avec l'un ou l'autre des membres du groupe, nous découvrons comment Laura Perls utilise la théorie de la Gestalt pour offrir une attention soutenue au processus du contact qui s'élabore entre elle et le client ou la cliente dans une cocréation unique. « La thérapie est en soi un processus innovateur au cours duquel le patient et le thérapeute se découvrent et inventent constamment leur relation » (p. 98). Dans le langage d'aujourd'hui, nous dirions que la Gestalt ne peut être, par définition, une approche *manuelisée*.

Laura Perls travaille à mettre en évidence ce qui est là, directement accessible, dans la manière dont le client la contacte avec sa respiration, sa posture, ses expressions faciales, son rythme, sa tonalité, le choix de ses mots, etc. C'est le soutien interne que la personne se donne, quand cela circule bien dans le cycle de contact, ou le soutien interne qu'elle bloque lorsqu'il y a perturbation du cycle de contact.

Déjà, dans les débuts de la Gestalt, cette approche défend l'idée que l'essentiel du travail thérapeutique se déroule juste là, à la frontière-contact, et que toute l'histoire de la personne s'y déploie. C'est la façon gestaltiste de rester présent à la fois au besoin et à la résistance tels qu'ils se manifestent dans la rencontre du patient avec le thérapeute. La recherche de sens et le lien avec l'histoire de la personne sont présents dans le dialogue thérapeutique mais en continuité avec l'émergence de ce processus *ici et maintenant*.

Le thème du soutien interne est abordé dans plusieurs autres textes de ce recueil. Nommons spécialement les articles « Notes sur le soutien à la base du processus de contact » (pp. 65 à 70), « Certains aspects de la thérapie gestaltiste » (pp. 95 à 99) et finalement « Commentaires sur les nouvelles directions » (pp. 101 à 106). Ce thème est fondamental à la Gestalt. Laura Perls nous explique comment sa formation en danse et en eurythmie l'a sensibilisée à la notion du corps comme notre base d'être-au-monde. En anglais,

¹ Dans ce commentaire, les références à l'ouvrage de Laura Perls proviennent du volume publié aux Éditions du Reflet. C'est maintenant l'édition de l'Expressimie qu'on peut trouver en librairie.

...expression rend de façon saisissante cette notion, «to be some body», et à l'inverse «to be nobody». Le soutien interne se déploie au mieux avec une physiologie primaire libre. La pathologie est un manque de coordination entre les fonctions de contact et les fonctions de soutien. Le rôle du thérapeute gestaltiste sera justement de travailler, dans le dialogue avec le client, avec ce qui est là, à la frontière, mais dont le client n'est pas encore conscient.

Tout ce travail de dentelle au moment présent dans le processus thérapeutique est aujourd'hui remis à l'honneur par plusieurs courants psychothérapeutiques et est corroboré par les découvertes récentes en neurosciences, ainsi que nous le rappelle le très stimulant article de Gilles Delisle (2007) «Une neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique». Il est rafraîchissant de lire et de revenir sur cette manière clinique de travailler que Laura Perls et plusieurs pionniers de la Gestalt avaient mise de l'avant 50 ans auparavant!

La façon de conceptualiser l'agressivité fait également partie de la genèse de la Gestalt avec le fameux texte de Frederick Perls, *Le moi, la faim et l'agressivité* (1992) écrit en 1936, alors qu'il se dit encore psychanalyste. On ne sait pas suffisamment que les idées présentées dans cet article ont été construites à partir des observations de Laura sur ses jeunes enfants et lors de discussions entre elle et son mari. L'idée, originale à l'époque, était de considérer le côté créateur de l'agressivité liée à la capacité pour le jeune enfant de mâcher avec ses dents la nourriture qu'on lui présente. Cette capacité sert ensuite de prototype à la capacité de réduire en plus petits morceaux les matériaux de l'environnement avec la pensée, la critique, les choix qui séparent ce qui est assimilable et ce que la personne rejette. Laura Perls écrit:

L'agression n'est pas seulement une énergie destructrice; elle est la force qui sous-tend toutes nos activités et sans laquelle nous ne pourrions rien entreprendre. L'agression nous permet non seulement d'attaquer, mais également de saisir les choses; elle n'entraîne pas que la destruction, elle permet aussi de construire. Elle ne nous amène pas uniquement à voler, mais nous pousse à conserver et à maîtriser ce qui nous appartient. (p. 38).

Dans le texte «La psychanalyse et la critique» (pp. 51 à 56), Laura Perls reprend encore cette idée qui consiste à utiliser son agressivité pour mâcher les matériaux de l'environnement, et à partir de ce premier travail de déstructuration, la place est disponible pour une nouvelle intégration. L'autre thème cher à Laura Perls et à la Gestalt, celui de la création, est abordé magnifiquement dans le texte «Notes sur la mythologie de la souffrance et de la sexualité»

(pp. 41 à 49). Comme le note Claire Allard dans nos échanges « *polylogues* », il est touchant de voir comment Laura Perls place côte à côte dans ce texte, les douleurs de l'enfantement, les tourments de l'artiste et les doutes du scientifique. Pour Laura Perls, toute création implique une souffrance. Cette souffrance fait partie de la condition humaine et représente la tension de ce qui cherche à naître mais n'a pas encore émergé. Comme individus et comme membres de l'espèce humaine, nous sommes engagés dans un parcours de développement psychique où, sans cesse, nous avons à déconstruire les anciennes formes de notre être et à créer de nouvelles intégrations moins clivées. Laura Perls, dans ce même texte, propose les mythes de l'Ancien Testament et du Nouveau Testament comme des métaphores sur le niveau de développement de l'espèce humaine avec la place plus ou moins intégrée de la sexualité et de la souffrance. La créativité intégrée au développement est la clé d'un développement qui peut poursuivre sa route. « La souffrance née de la répression et de l'inhibition de la vitalité et de l'imagination créatrice, les sources mêmes du développement humain, incarne le mal » (p. 47).

Le texte « Une approche de thérapie gestaltiste » (pp. 85 à 90) reprend ce thème d'une autre façon avec la question d'un participant: « Que pensez-vous de l'essence de la nature humaine et comment affecte-t-elle le processus thérapeutique? » Pour Laura Perls, cette question est la plus importante de toutes, elle réfère à notre anthropologie personnelle. Voici ce qu'elle en dit:

Toute mesure thérapeutique est influencée par notre conception de l'humain (...). Quant à moi, (...) le problème fondamental, non seulement de la thérapie mais de la vie, se résume à ceci: comment rendre la vie vivable, à un être dont la caractéristique principale est la conscience d'être unique d'une part et mortel d'autre part. Son unicité lui donne le sentiment de son importance (...) alors que sa qualité de mortel lui donne un sentiment de vanité et de frustration et l'impression de n'être qu'un grain de sable au milieu de l'univers. (...) La véritable créativité, d'après mon expérience, est inextricablement liée à la conscience de la mort inévitable. Plus cette conscience est vive, plus grand sera le besoin de créer quelque chose de nouveau, de participer à l'infinie créativité de la nature (...). C'est ce qui rend la vie vivable et j'ajouterais la thérapie possible. (p. 89).

C'est de cette saveur essentielle dont nous entretenons Laura Perls de différentes manières dans ce stimulant recueil de textes.

Pour terminer ce tableau esquissé à grands traits, quelques mots sur le thème de l'engagement, celui de l'auteure et celui requis pour quiconque s'aventure à créer son existence. Laura Perls raconte dans le texte « Engagement » (pp. 151 à 154) une très

... une métaphore avec l'histoire du film *La femme des dunes*. Elle nous invite à accepter de nous engager avec les contraintes et les limites de toutes les relations et de toutes les situations où nous devons assumer des responsabilités. Mais justement, c'est dans cet espace-là que la créativité peut naître. « Le désert devient fertile (...), le piège s'ouvre, les frontières reculent. (...) En acceptant de faire face à ce qui est, il (l'homme) transforme et transcende la situation et accède à la vraie liberté » (p. 152).

Nous sommes bien loin de l'individualisme étroit d'une Gestalt reliée sur elle-même. Cette approche de Laura Perls est d'une brûlante actualité pour nous, pour nos clients et, en paraphrasant Gordon Wheeler (2006), autre gestaltiste, pour cette époque mouvementée, inquiétante et pourtant si riche qu'est la nôtre. C'est une manière de s'engager à vivre à la frontière, juste là où nous sommes vivants.

Références

- Delisle, G. (2007). Une neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique. *Revue québécoise de Gestalt*, 10, 111-137.
- Perls, F. S. (1992). *Ego, hunger and aggression*. Highland: The Gestalt Journal Press. (Ouvrage original publié en 1947).
- Perls, L. (1993a). *Vivre à la frontière*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Perls, L. (1993b). *Vivre à la frontière*. Bordeaux: L'Expressimie.
- Wheeler, G. (2006). New directions in Gestalt theory and practice: Psychology and psychotherapy in the age of complexity. *International Gestalt Journal*, 29 (1), 9-41.

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 dix ans, elle a travaillé aux plans d'urgence et à l'intervention lors d'incidents critiques, dont les situations traumatiques. Diplômée de l'UQAM, elle a poursuivi sa formation dans les orientations psychodynamique et humaniste, dont la Gestalt-thérapie. Elle est impliquée à l'AQG depuis six ans; elle est présentement coordonnatrice du comité scientifique.

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.

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 Centre d'Intervention Gestaltiste (CIG) et membre du Groupe de Recherche et d'Intégration en Psychothérapie (GRIP), il intervient dans la formation du premier cycle. Professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) dans la section psychodynamique/humaniste, il s'intéresse particulièrement à l'efficacité de la psychothérapie et au rapprochement entre les diverses approches thérapeutiques.

Marie GÉRIN-LAJOIE est psychologue clinicienne depuis 1982. Elle a travaillé en pratique privée à Rimouski de 1987 à 2001. Sa formation de base en Gestalt (1989-1992) s'est poursuivie par une formation approfondie sur la thématique de la Gestalt et du corps avec Janine Corbeil (1995-1998). Elle a complété le troisième cycle du Centre d'Intervention Gestaltiste (2001-2003) avec Gilles Delisle. Elle a obtenu, sous la supervision de Line Girard, sa

certification de psychothérapeute (2004) et sous celle de Gilles Delisle, sa certification de superviseure (2007). Établie à Montréal depuis 2001, elle oeuvre auprès d'adultes dans un contexte de psychothérapie individuelle en pratique privée.

Line GIRARD est psychologue clinicienne depuis près de 25 ans et formatrice en PGRO (Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet) depuis plus d'une décennie. En tant que codirectrice du CIG (Centre d'Intervention Gestaltiste de Montréal), responsable des admissions, formatrice du 1^{er} cycle de la formation clinique et superviseure-didacticienne, elle a souvent l'occasion d'observer sous différents angles le processus de maturation des compétences spécifiques nécessaires à une pratique optimale de cette psychothérapie du lien dans la clinique des troubles de la personnalité. Depuis 1981, Line Girard a œuvré tant en bureau privé (CIG et clinique privée de psychiatrie) que dans le réseau de la santé mentale (CSSMM, CLSC, CH).

Jean-François GRAVOUIL est psychothérapeute, formateur et superviseur de psychothérapeutes. Il est membre titulaire de la Société Française de Gestalt. Il s'est formé à la Gestalt à l'École Parisienne de Gestalt, avec A. et S. Ginger, puis à la psychothérapie du lien avec Gilles Delisle, fondateur du Centre d'Intervention Gestaltiste de Montréal. Il est certifié comme psychothérapeute et superviseur par le Centre d'Intervention Gestaltiste de Montréal. Il exerce aussi des activités de consultant, coach, formateur en management et ressources humaines dans les entreprises.

Catherine HAMEL est psychologue clinicienne. Elle a d'abord travaillé en Centre jeunesse auprès de jeunes en difficultés. Par la suite, elle a exercé en contexte organisationnel au niveau de l'évaluation des compétences et du potentiel de gestion et a pratiqué dans un programme d'aide aux employés. Actuellement, elle exerce en pratique privée à Montréal et travaille au centre de réadaptation Raymond Dewar, centre spécialisé en surdité et en communication. Elle a complété en 2007 une formation de troisième cycle au Centre d'Intervention Gestaltiste.

Michael Vincent MILLER, est un psychologue clinicien qui a pratiqué et enseigné la Gestalt-thérapie dans la région de Boston depuis plus de 30 ans. Il a co-fondé le *Boston Gestalt Institute* en 1973 et y a dirigé la formation dans les années 1980. Plus récemment, il a formé des thérapeutes gestaltistes et donné des conférences dans dix pays en Europe et en Amérique du Sud. Il a été membre du

mité éditorial de la revue *The Gestalt Journal* pendant plus de vingt ans et a participé à la fondation de la *International Gestalt Therapy Association*. Il a reçu sa formation en Gestalt de Frederick Perls, Isadore From, ainsi que de Erving et Miriam Polster au moment où ces derniers enseignaient encore à l'Institut de Cleveland. Ses écrits ont été publiés dans de nombreuses revues professionnelles et dans des périodiques.

Danielle POUPARD, est psychologue clinicienne et diplômée du *Gestalt Institute of Cleveland*. Associée au *Centre de croissance et d'humanisme appliqué* (CCHA, 1975-1979), elle pratique la Gestalt-thérapie avec individus et groupes depuis 30 ans et s'intéresse comme humaniste aux problèmes existentiels de l'être humain, tels la santé et le stress au travail, la solitude, les problèmes psychosomatiques, les transitions de vie, l'affirmation et l'estime de soi.

Bernard RIVIÈRE, psychologue et conseiller d'orientation, enseigne à l'UQAM, en counseling individuel et de groupe, au programme de maîtrise en carriérogie de la Faculté des sciences de l'éducation. Il est aussi professeur externe au département de psychologie, section psychodynamique/humaniste. Il a été formé à la Gestalt-thérapie au *Centre international de Gestalt* (Ernest Godin) et au Centre d'Intervention Gestaltiste (Gilles Delisle). En parallèle de son enseignement, il pratique la psychothérapie en bureau privé. Il est actuellement président de l'Association Québécoise de Gestalt.

Gisèle ROBERT est psychologue clinicienne en pratique privée dans les Laurentides depuis 1999. Elle offre des services de psychothérapie individuelle et de couple. Auparavant, elle a travaillé comme infirmière formatrice et psychothérapeute auprès d'une clientèle variée. Sa formation de base en Gestalt (1980-1982) s'est poursuivie par l'apprentissage de la relaxation et de l'imagerie mentale et du travail du rêve par le langage symbolique jungien (1986-1991). Elle a complété une formation clinique en thérapie conjugale où l'approche systémique est privilégiée (2004-2006). Depuis sa formation à la Synergie Rubensfeld (1988-1991), elle vise à intégrer davantage la dimension somatique à la psychothérapie. En ce sens, elle poursuit un DESS à la méthode Feldenkrais à l'UQAM depuis janvier 2008.



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 () Vol. 11 ()

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, 10 et 11) :

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

Gaétane Bourdages
Agnès Trempe
Jorge Vasco

BOURDAGES, TREMPE, VASCO

PSYCHOLOGUES

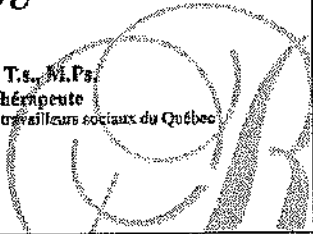
1801, boul. Saint-Joseph Est, Montréal (Québec) H2H 1C8
Téléphone : (514) 288-2082 Télécopieur : (514) 288-0620



**RESSOURCES
PSYCHOLOGIQUES
DE LIMOILOU**

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

333, 2^{de} Rue, app. 2
Québec (Québec) G1L 1W4
tél. téléc. (418) 649-0568



PSYCHOLOGIE

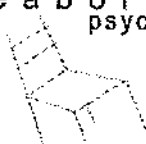


AU CENTRE DE LA PERSONNE

Richard Filion
Psychologue / Psychologist

1015, Grand Bernier, Saint-Jean-sur-Richelieu, QC J2W 1X4
450 • 349-3048

Sylvain
Seaborn
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 2L 1

H. BLAIS

St-Lambert : (450) 671 • 6457

Laval-Ahuntsic : (450) 668 • 1003

L. BOUGARD

St-Lambert : (450) 671 • 8457



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

Revue québécoise de Gestalt

LEÇON PRÉPARATION D'UN ARTICLE

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

Contenu de l'article: L'article doit demeurer en lien avec le contexte de la revue et respecter la mission de la revue. Un article présentant une contribution à 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*.

Revue québécoise de Gestalt

Volume 11 • 2001

Bernard RIVIÈRE

Mot du président

**Marc-Simon Drouin
et Gaétane Bourdages**

Éditorial

Michael Vincent MILLER
Traduction de l'anglais par
Janine CORBEIL, Claire ALLARD
Marie GÉRIN-LAJOIE et
Gisèle ROBERT

L'esthétique du temp
en Gestalt-thérapie

Janine CORBEIL et
Danielle POUPARD

La Gestalt

Jean-François GRAVOUIL

Le lien, au cœur de la vie,
au cœur de la thérapie

Catherine HAMEL

Enjeu de l'attachement

Bernard RIVIÈRE

Le sentiment d'impuissance
en relation d'aide

Line GIRARD

Une réflexion diagnostique
au service du processus
psychothérapeutique

Marc-Simon DROUIN

La Psychothérapie Gestaltiste
des Relations d'Objet
et les données probantes

Marie GÉRIN-LAJOIE

Commentaire de lecture